



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA

ANDRÉ JOSÉ MARIA CHIMUCO

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
Desenvolvimento e implantação do módulo do Programa de Agentes
Comunitários de Saúde - “Módulo PACS/SIAPS”, no âmbito do subsistema de
Saúde das Forças Armadas de Angola

Belo Horizonte - Minas Gerais

2014

André José Maria Chimuco

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
Desenvolvimento e Implantação do módulo do Programa de Agentes
Comunitários de Saúde - “Módulo PACS/SIAPS”, no âmbito do subsistema de
Saúde das Forças Armadas de Angola**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais como requisito
parcial para obtenção do Título de Mestre em Promoção
de Saúde e Prevenção da Violência

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção
da Violência

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Coorientador: Prof. Horácio Pereira de Faria

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência
Belo Horizonte

2014

Chimuco, Andre José Maria.

C538s Sistema de informação da atenção primária em saúde [manuscrito]: desenvolvimento e implantação do módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - "Módulo PACS/SIAPS" no âmbito do subsistema de saúde das Forças Armadas de Angola. / André José Maria Chimuco. - - Belo Horizonte: 2014.
104f.: il.

Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi

Coorientador: Horácio Pereira de Faria

Área de concentração: Medicina Preventiva e Social.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Sistemas de Informação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Planejamento Estratégico. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Radicchi, Antônio Leito Alves. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: W 26.5

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna - Campus Saúde UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor:

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora:

Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação:

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação:

Prof^a. Ana Cristina Cortês

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof^a. Jandira Maciel da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof^a. Elza Machado de Melo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha

Prof^a. Eliane Dias Gontijo

Prof^a. Elizabeth Costa Dias

Prof^a. Eugênia Ribeiro Valadares

Prof^a. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO ANDRE JOSE MARIA CHIMUCO - 2012783923

Realizou-se, no dia 16 de setembro de 2014, sala 807 - Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Desenvolvimento e implantação do Módulo do Programa de Agente Comunitário de Saúde do Sistema de Informação em saúde da Atenção Primária no Subsistema das Forças Armadas Angolanas*, apresentada por ANDRE JOSE MARIA CHIMUCO, número de registro 2012783923, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof. Antonio Leite Alves Radicchi - Orientador (UFMG), Prof. Horacio Pereira de Faria (UFMG), Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (UFMG), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

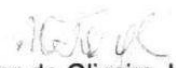
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2014.


Prof. Antonio Leite Alves Radicchi (Doutor)


Prof. Horacio Pereira de Faria (Doutor)


Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (Doutor)


Prof. Alzira de Oliveira Jorge (Doutor)

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Desenvolvimento e implantação do Módulo do Programa de Agente Comunitário de Saúde do Sistema de Informação em saúde da Atenção Primária no Subsistema das Forças Armadas Angolanas

ANDRE JOSE MARIA CHIMUCO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 16 de setembro de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Prof. Antonio Leite Alves Radicchi - Orientador
UFMG

Prof. Horacio Pereira de Faria
UFMG

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
UFMG

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge
UFMG

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2014.

Dedico este trabalho ao meu Pai a título póstumo e
à minha Mãe pelo esforço e pela dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus por tudo

Agradeço especialmente à Professora Elza de Melo, os meus orientadores António Leite Radicchi e Horácio Faria pela coragem em dedicar particular atenção e solucionar com vontade as dificuldades por mim enfrentadas.

Ao professor Manoel Otávio e Panades Rubió pela persistência, abnegação e encaminhamento das preocupações.

Agradeço às Professoras Maria da Conceição Cortes e Eliane Gontijo pela ajuda inestimável nos primeiros passos.

Ao senhor General Nunda por ter apoiado materialmente na operacionalização do trabalho.

Aos Generais Áires do Espírito Santo Africano e General Mackenzie pelo apoio e encaminhamento das principais preocupações em Angola e no Brasil.

À memória da Avó Mariana pelos seus ensinamentos.

À minha família, particularmente a minha Mãe pelos ensinamentos e pela paciência na minha ausência.

À Cisaltina pela coragem e suporte do processo de ensino.

À Andreia, Alícia, Delmont e Roger pelo encorajamento.

Agradeço à Marcia, coordenadora da Gerência de Planeamento, à Amália, Ana Paula I, II e III, Ana Eliza, da Gerência de planeamento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pela inestimável cooperação.

Agradeço à Mariza pela orientação bibliográfica e amizade com que tratou o assunto.

Agradeço a todos os Gerentes/Coordenadores e trabalhadores da SMS de BH que direta ou indiretamente participaram do meu trabalho, especialmente os trabalhadores da saúde na Regional Noroeste.

Agradeço ao companheiro Macaia, pela participação nesta longa trajetória.

Aos amigos Alexa e Marlene pelo encorajamento.

Aos anônimos que direta ou indiretamente participaram do trabalho.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivos desenvolver e implantar o módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Sistema de Informação da Atenção Primária em Saúde no âmbito das Forças Armadas Angolanas. Para tal, foi fundamental a utilização dos princípios do Planejamento Estratégico Situacional em todo o processo de negociação do Projeto na cadeia de comando dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas, permitindo a sua viabilização em quatro Unidades Militares dos Ramos das Forças Armadas. Para tanto foi criado um grupo de trabalho formado por oficiais das Direções dos Serviços de Saúde como estratégia de fortalecimento do projeto. Apesar das dificuldades de cumprimento de prazos, a implantação está a acontecer e o Planejamento Estratégico se mostrou uma ferramenta útil em todos os momentos do desenvolvimento do Projeto.

Palavras-chave: Sistemas de informação em saúde. Atenção primária em saúde. Agente comunitário de saúde. Planejamento estratégico situacional.

ABSTRACT

This study aims to develop and deploy the module of Community Health Workers Program on Information System's Primary Health Care within the Angolan Armed Forces. To do so, it was essential to use the principles of Situational Planning. Strategic planning have been used to negotiate the Project with the command of the Health Services of the Angolan Armed Forces, which has allowed its viability in the four branches of the Armed Force. Hence, a workgroup was formed by officers of the department of Health Services as a strategy. Despite difficulties in meeting deadlines, the introduction is happening and Strategic Planning proved to be a useful tool at all times of development of the Project.

Keywords: Information health systems. Primary health care. Community health workers. Situational strategic planning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estrutura da epidemia do VIH em Angola, 2009 – 2011.....	18
Tabela 2	Composição da Companhia Médica da Brigada das FAA	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Localização das áreas de intervenção do Projeto, por região militar e divisão administrativa civil	59
Quadro 2	Desenho da operação	63
Quadro 3	Identificação dos recursos críticos.....	64
Quadro 4	Análise de viabilidade do plano	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de localização geográfica de Angola	16
Figura 2	Organograma do Ministério da Saúde de Angola, 2009	20
Figura 3	Organograma da Companhia Médica da Brigada das FAA	25
Figura 4	Fluxo de informação sanitária da Brigada das FAA	27
Figura 5	Componentes de um sistema	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDSS/EMG	Chefe da Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General
CEMG/FAA.....	Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas
Cmdo.....	Comando
CNE.....	Concelho Nacional de Estatística
CPD.....	Centro de Processamento de Dados
CS	Centro de Saúde
CSR.....	Centro de Saúde de Referência
DDA.....	Doença Diarreica Aguda
DMS	Diarreia com Muco e Sangue
DNSP	Direção Nacional de Saúde Pública
DNVT.....	Direção Nacional de Viação e Trânsito
DPPTE/EMG	Direção Principal de Preparação de Tropas e Ensino do Estado Maior General
DPS.....	Departamento Provincial de Saúde
DRA	Doença Respiratória Aguda
DSS/EMG/FAA.	Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas
DSS.....	Direção dos Serviços de Saúde
EXE	Exército
F.Tifoide	Febre Tifoide
FAA	Forças Armadas Angolanas
FAN	Força Aérea Nacional
FUNED.....	Fundação Exequiel Dias
GEPE	Gabinete de Estudo, planeamento e Estatística
HIV	Viros de Imunodeficiência Humana
HM.....	Hospitas Municipal
HMP/IS	Hospital Militar Principal e Instituto Superior
HSA.....	<i>Health System Assessment</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOM.....	Instituto de Medicina

MGA.....	Marinha de Guerra de Angola
MINSAs.....	Ministério da Saúde de Angola
NEP.....	Norma de Execução Permanente
PACS/SIAPS....	Módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Sistema de Informação da Atenção Primária em Saúde
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES.....	Planejamento Estratégico Situacional
PIB.....	Produto Interno Bruto
R.M.Cabinda	Região Militar Cabinda
R.M.Leste.....	Região Militar Leste
R.M.Norte.....	Região Militar Norte
RM.....	Região Militar
RMCentro.....	Região Militar Centro
RSS/RMS.....	Repartição dos Serviços de Saúde de Região Militar
SEM.....	Sistema Estatístico Nacional
SES.....	Serviços Essenciais de Saúde
SIAB.....	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAP.....	Sistema de Informação da Atenção Primária
SIS.....	Sistema de Informação em Saúde
SNS.....	Serviço Nacional de Saúde
SS.....	Serviços de Saúde
SSFAA.....	Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas
TG.....	Tempo de Guerra
TP.....	Tempo de Paz
UNAID.....	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
USAID.....	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
USC.....	Unidade de Subordinação Central

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Contextualização do país.....	15
1.2	Necessidades e problemas de saúde em Angola.....	17
1.3	Sistema nacional de saúde.....	19
1.4	Organização do subsistema de saúde das FAA (SSFAA).....	20
1.5	Os problemas da APS e do sistema de informação no SSFAA.....	22
1.5.1	Características da APS no SSFAA.....	22
1.5.2	Características gerais do Subsistema de Informação em Saúde da APS no SSFAA.....	26
1.5.2.1	Coleta, processamento e análise de dados.....	26
1.5.2.2	Fluxo da informação na APS dos SSFAA.....	27
1.5.3	Problemas encontrados no atual sistema de informação da APS no SSFAA.....	28
1.6	Justificativa.....	28
1.7	Objetivos.....	29
1.7.1	Objetivo geral.....	29
1.7.2	Objetivos específicos.....	29
1.8	Estrutura da dissertação.....	29
2	METODOLOGIA.....	31
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	33
3.1	Sistema de informação.....	35
3.2	Dado e informação.....	37
3.3	Sistema de informação em saúde.....	39
3.4	O sistema de informação da APS.....	42
3.5	Os países em desenvolvimento, entre as tecnologias de informação (TI) e o desenvolvimento dos sistemas de informação.....	45
3.6	As explicações para o insucesso na implantação dos SIS.....	47
3.7	Alternativas para os países em desenvolvimento.....	48

4	RESULTADO	51
4.1	Artigo científico: Desenvolvimento e implantação do módulo do programa de agentes comunitários de saúde do sistema de informação da atenção primária à saúde no âmbito do subsistema de saúde das forças armadas angolanas	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS.....	80
	ANEXOS	
	Anexo A: ProAngola.....	86
	Anexo B: aprovação do projeto de Implantação.....	87
	Anexo C: Solicitação dos Professores	92
	Anexo D: solicitação de visto de entrada em Angola	93
	Anexo E: Constituição do grupo de trabalho	94
	Anexo F: Ficha de cadastramento de militar	95
	Anexo G: Ficha de cadastro da família do militar	99
	Anexo H: Exemplar de ficha de acompanhamento de condição de risco	101
	Anexo I: Esquema do fluxo de informação da APS do SSFAA.....	102
	Anexo J: Processamento dos dados e sua periodicidade.....	103

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto é produto de um processo de formação de recursos humanos iniciado em janeiro de 2010, no âmbito da cooperação entre Brasil e Angola, através do Projeto de Cooperação Proangola (2007) (ANEXO A), que estabeleceu uma parceria entre os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas e a Universidade Federal de Minas Gerais através do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O processo de formação contemplou um estágio de dois profissionais da saúde na Secretaria Municipal de Saúde e a participação no programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da UFMG.

Como desdobramento do processo de formação, foram propostos dois subprojetos: o primeiro trata do desenvolvimento e implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde propriamente dito e é objeto de dissertação de mestrado do colega Alberto Macaia. O segundo, que será aqui descrito, trata do desenvolvimento e implantação do módulo do Agente Comunitário, do Sistema de Informação da Atenção Primária em Saúde, como instrumento necessário ao monitoramento e avaliação do trabalho dos agentes comunitários no Subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas (DSSFAA).

1.1 Contextualização do país

Angola está situada na costa ocidental de África, tem uma superfície de 1.246.700 km² e uma costa marítima de 1.650 km de Norte a Sul. Faz parte da Sub-região da África Austral, bloco da Comunidade de Desenvolvimento dos Países da África Austral (SADC), sigla traduzida do inglês. Limitada a Norte pela República Democrática do Congo e República do Congo, a Leste pela República Democrática do Congo e República da Zâmbia, a Sul pela República da Namíbia e a Oeste pelo Oceano Atlântico. Alcançou a independência em 1975, logo, qualquer abordagem do ponto de vista econômico, político e social é influenciado pelo passado recente,

caracterizado por um conflito armado que durou cerca de quatro décadas, fator que nem sempre justifica o estado atual de desenvolvimento do país (Figura 1).

Figura 1: Mapa de localização geográfica de Angola



Fonte: google.com: <https://www.google.com.br/maps/@-11.2135241,17.8770032,3z>

O país se caracteriza por uma variedade de grupos étnico-culturais, tradições, línguas nacionais e comportamentos típicos dos povos Bantú.

O último censo geral do país teve lugar em 1970, com um total da população de cerca de 5.673.000 e uma densidade de 4,55 habitantes por km². (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2002, 2005). Em maio de 2014 teve início o censo geral da população, o primeiro depois da independência, cujos resultados ainda não foram divulgados. As atuais estimativas da população indicam que Angola tem 18,5 milhões de habitantes distribuídos em 18 províncias; 166 municípios e 530 comunas, sendo majoritariamente jovem. A distribuição por gênero indica que 48% são homens e 52% mulheres. Quarenta e cinco por cento da população vive em áreas rurais. A densidade populacional é de 15 habitantes por km². Em 2010, 46,6% da população angolana possuía idade inferior a 15 anos, 49,5% entre os 15-60 anos; Luanda, a capital do país, por razões diversas registra um aumento da população assinalável, representando, em 2010, 25% da população e 43% da população urbana do país (PEDROSA, 2012). A esperança de vida em Angola estima-se em 52 anos, sendo 51 para os homens e 53 para as mulheres. O

índice de Gini situa-se em 0,55 no meio urbano e 0,50 no meio rural, espelhando as desigualdades existentes no País. De acordo com o relatório de desenvolvimento humano em 2013, o País situava-se no 148º contra o 160º em 2006, numa lista de 173 e 186, respectivamente (PNUD, 2013).

1.2 Necessidades e problemas de saúde em Angola

Em Angola, de um modo geral, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde ainda são um problema importante a ser enfrentado. Em 2005, em uma avaliação do Sistema Nacional de Saúde, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID) citava a falta de recursos humanos como importante limitação, incluindo agentes comunitários de saúde, particularmente nas zonas rurais (CONNOR et al., 2010). Esta situação foi reiterada em outro estudo similar realizado pela USAID em 2010 (CONNOR et al., 2010). Este fato, de acordo com aqueles autores, relaciona-se com a programação vertical para a formação de trabalhadores para a Atenção Primária da Saúde (APS), embora pese o processo de descentralização dos serviços municipais de saúde ter iniciado de forma tímida, o que tem prejudicado ainda mais o repovoamento de recursos humanos para a APS (CONNOR et al., 2010).

As mudanças que ocorrem nas situações e nos sistemas de saúde podem ser reveladas pelos diversos sistemas de informação disponíveis. É de interesse do gestor do sistema de saúde, em todos os níveis de governo, acompanhar estas modificações, por auxiliarem na detecção das prioridades, na elaboração das políticas e na reorientação da administração na área da saúde. Para o caso de Angola não será difícil depreender a importância da discussão sobre a relevância de um sistema de informação se considerarmos alguns indicadores de saúde. A esperança de vida ao nascer do angolano estimava-se em 51 anos para homem e 53 anos para as mulheres. A probabilidade de morrer em mil habitantes entre os 15 e 60 anos, em 2005 era estimada em 583 para os homens e 512 para as mulheres, entretanto, em 2012 a probabilidade de morrer entre os 15 e 60 anos passou para 314/1000 habitantes (ANGOLA, 2009). Em 2001, a taxa de mortalidade materna era elevada, estimando-se em 1.400 mortes por 100.000 nascidos vivos, tendo passado para 450/1.000.000 em 2010 (ANGOLA, 2012a). A cobertura institucional de partos realizada em unidades sanitárias era de 22,5%. A taxa de mortalidade infantil

decreceu de 116 mortes por mil nascidos vivos em 2001, sendo 93 por mil nas áreas urbanas e de 238 nas áreas rurais, para 194 em 2010. Em 2008 a taxa de mortalidade infanto-juvenil era de 195 óbitos por mil nascidos vivos, sendo de 150 nas áreas urbanas e de 238 nas áreas rurais. Em 2010 a taxa de mortalidade infanto-juvenil passou para 161/1.000 nascidos vivos (PNUD, 2013). O documento refere ainda que a má nutrição, incluindo a obesidade, as doenças crônicas como a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* e as diferentes formas de câncer têm crescido acentuadamente.

De acordo com os dados sobre óbitos registrados nos cemitérios de Luanda, de 2001- 2003, 55% de 48.487 óbitos ocorreram em crianças com menos de cinco anos de idade. Dos óbitos registrados em crianças menores de cinco anos de idade, um terço ocorreu no período neonatal (35%), 26% ocorreram no período pós-neonatal e o restante, 38% ocorreram em crianças de 1-4 anos (ANGOLA, 2009).

Em 2009, a prevalência estimada do VIH era de 1,9%, observando-se uma aumento nos dois anos seguintes, entre as populações de 15-49 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1: Estrutura da epidemia do VIH em Angola, 2009-2011

Indicadores	Estimativas		
	2009	2010	2011
Prevalência em adultos (15-49) anos	1,9%	1,98	1,97
Pessoas vivendo com VIH (15-49) anos	166.500	172,881	212,558
Crianças (0-4) anos com VIH	29.642	23,006	37,280
Mulheres vivendo com VIH	100.931	104,194	145,320
Mortes (adultos) 15-49 anos	9.259	-	-
Mortes em crianças (0-14 anos)	3.589	-	-
Órfãos de Sida (0-17)	16.656	-	-

Fonte: Programa conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (UNAIDS, 2010)

A epidemia em Angola é considerada generalizada, mais de 1% das mulheres grávidas são soropositivas ao VIH. Em um estudo sobre soroprevalência realizado em 2009, 2,8% das grávidas estudadas foram positivas ao VIH. O modo predominante de transmissão do VIH em Angola é por via heterossexual (ANGOLA, 2012b).

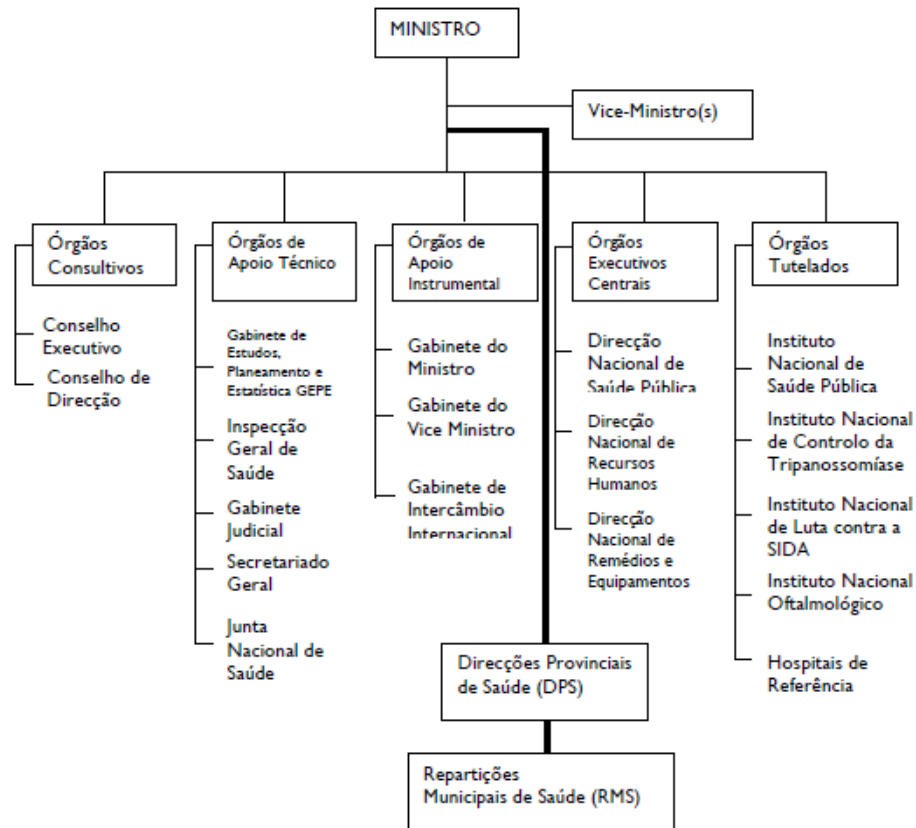
Por outro lado, relativamente às causas externas, com o “crescimento econômico” observado no período pós-guerra, há um significativo aumento de casos de acidentes rodoviários. De acordo com a Direção Nacional de Viação e Trânsito (DNVT) , só no primeiro trimestre de 2013 cerca de dez pessoas morreram por dia nas estradas de Angola. Foram registados 3.798 acidentes, tendo como resultado 896 mortes e 3.770 feridos . Em 2012 a DNVT registou mais de 3.500 acidentes, os quais provocaram a morte de mais de 3.300 pessoas e deixaram mais de 12.700 feridas (ANGOLA, 2011, 2013; CHEVRON, 2013). A Polícia Nacional estima ainda haver uma tendência de aumento dos acidentes rodoviários, tornando urgente uma abordagem da prevenção contra acidentes. Em 2011, Angola apresentou a terceira taxa mais elevada de sinistralidade rodoviária do mundo com 2.613 óbitos, sendo superada apenas pelo Irão e Serra Leoa. Desde 2009, em Angola, os acidentes de transportes rodoviários são a segunda causa de morte, depois da malária. (ANGOLA, 2011; 2013; CHEVRON, 2013).

É importante salientar que a variedade de dados estimados, disponibilizados por distintas fontes em Angola, apesar de mostrarem uma ideia da condição de vulnerabilidade da sua população, não podem ser considerados confiáveis (GIUGLIANI, 2011; OLIVEIRA, 2010).

1.3 Sistema nacional de saúde

Em Angola, o Ministério da Saúde é o órgão da administração central do Estado responsável pelo controle, execução, supervisão e fiscalização da Política Nacional de Saúde. O estatuto orgânico do Ministério da Saúde (MINSa) aprovado pelo decreto-lei 2/00 de 14 de janeiro, prevê órgãos de nível central com caráter normativo e executivo, de apoio e assessoria ao Ministro, e de natureza consultiva. Em nível intermédio e periférico, as Direções Provinciais e Seções Municipais representam o MINSa (Figura 2) (ANGOLA, 2000).

Figura 2: Organograma do Ministério da Saúde de Angola, 2009



Fonte: Angola, 2009

1.4 Organização do subsistema de saúde das FAA (SSFAA)

O Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde, tutelado pelo MINSa, os Serviços de Saúde Militar, tutelado pelo Ministério da Defesa e os Serviços de Saúde do Ministério do Interior. Também fazem parte do Sistema Nacional de Saúde, os Serviços de Saúde de grandes empresas públicas e privadas vocacionados ao atendimento de seus trabalhadores, serviços de saúde privados com fins lucrativos e ainda os filantrópicos. O Serviço Nacional de Saúde abrange ainda todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependente do MINSa (ANGOLA, 1992).

O papel desempenhado pelos SSFAA durante o período de guerra e no pós-guerra imediato, pela facilidade de acesso em todo território nacional, onde a autoridade sanitária civil não estava estabelecida, evidenciou o importante papel dos SSFAA na assistência à saúde das populações e clarificou o papel dos SSFAA como o principal Subsistema de Saúde do SNS, papel que é desempenhado até o

presente momento, em concordância com o estabelecido no regulamento da assistência médica das FAA (ANGOLA, 2002).

O SSFAA tem como Órgão coordenador central, a Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas (DSS/EMG/FAA), representada nos Ramos das FAA (Marinha de Guerra Nacional, Força Aérea Nacional e Exército) pelas direções dos serviços de saúde dos Ramos das FAA, que coordenam as distintas Repartições dos Serviços de Saúde das Regiões Militares dos Ramos das FAA. A principal estrutura de prestação de serviços de saúde nas FAA é composta por:

- a. o Centro Militar de Higiene e Epidemiologia apesar de estar formalmente constituído, ainda não está efetivamente em funcionamento;
- b. Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos, vocacionado principalmente para a produção e controle de qualidade, entretanto ainda não realiza alguma dessas atividades por falta de investimentos;
- c. outras infraestruturas de interesse nas Forças Armadas são, além do Batalhão de Apoio Médico, Farmácias militares;
- d. no nível central, a maior unidade diferenciada de prestação de atenção à saúde é o Hospital Militar Principal e Instituto Superior, que oferece serviços de especialidades médicas com limitações, entretanto ele representa estabelecimento hospitalar de maior complexidade nas FAA, e tem uma capacidade de internação de 400 camas, apresentando-se como hospital de referência nacional dos Serviços de Saúde das FAA;
- e. as clínicas dos Três Ramos são a segunda estrutura de prestação de atenção à saúde mais diferenciada e servem de referência para os Hospitais Militares e Enfermarias Militares das Regiões Militares do Exército, Marinha e Força Aérea, entretanto, esta relação é ainda conturbada por questões de organização;
- f. as Repartições de Saúde dos Ramos são a coordenação local da APS nos Serviços de Saúde das FAA. Essa atenção primária acontece nos territórios gerenciados pelas Divisões Militares, que têm na ponta a Companhia Médica da Brigada, uma estrutura dotada de tecnologia para as ações da atenção primária, cujas unidades de saúde são os postos médicos das Brigadas com

responsabilidade sanitária restrita sobre áreas de responsabilidade das Brigadas, onde acontece a atenção à saúde das tropas, seus familiares diretos e população em condições especiais. Estas Brigadas e suas dependências correspondem ao *lócus* do desenvolvimento do projeto.

1.5 Os problemas da APS e do sistema de informação no SSFAA

1.5.1 Características da APS no SSFAA

Claramente, embora não seja um discurso das autoridades sanitárias angolanas, pelo que representa em sí o sistema e as ações desenvolvidas, quer na assistência como na promoção e prevenção, o discurso tem sido orientado para o modelo assistencial adotado por muitos países que têm como desafios a **universalidade**, equidade e integralidade. A lei de base do sistema nacional de saúde reitera esses princípios no seu capítulo III do artigo 23º, ao referir que, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ter as seguintes características: ser universal quanto à população abrangida; prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; ser tendencialmente gratuito para os usuários tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos e; ter gestão descentralizada (ANGOLA, 1992). Entretanto, a realidade ainda está longe de acontecer. Atualmente ele convive com indícios de modelos de intervenção e combate às endemias e epidemias. Os programas verticais também são dominantes, por haver discrepância entre as regiões, mesmo do ponto de vista do adoecimento, variando de região para região. Todavia o modelo hegemônico prevalecente é o modelo de medicina voltada para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrados na atenção terciária, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias, o chamado modelo neoliberal-capitalista, que encontrou sólido alicerce no estruturado modelo flexinariano-biológico, contemplando o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e se fundamenta nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura (BRASIL, 2010; PAGLIOSA, 2008). Essas características hegemônicas são transferidas para os diferentes subsistema de saúde incluindo o subsistema de saúde das FAA, que tem resistido a ele pelas suas características peculiares.

A atenção primária deve ter como plano de fundo o contexto teórico entendido como o nível de atenção, organizado através dos atributos de prestação de serviços de primeiro contato, a assunção da responsabilidade longitudinal pelos pacientes continuando a relação clínico-paciente no percurso da vida; o cuidado integral físico e psicossocial da saúde, bem como a coordenação das diferentes atividades e serviços a fim de resolver pequenas necessidades menos frequentes e complexas (STARFIELD, 2002). A acessibilidade, a variedade de serviço, a definição da população eletiva e a continuidade da atenção constituem o elemento estrutural da APS

Para garantir o funcionamento da cadeia de prestação de serviços de saúde no SSFAA, foi criada a Companhia Médica como parte integrante da Brigada e das Unidades equivalentes da Força Aérea e Marinha de Guerra. É o primeiro escalão funcional básico dos Serviços de Saúde das FAA e tem por missão, em tempo de paz (TP), a aproximação da prestação efetiva do cuidado, garantindo todas as medidas de promoção da saúde, prevenção das doenças e recuperação dos militares, suas famílias e população civil em condições especiais (áreas sob o controle das Forças Armadas com inacessibilidade das autoridades civis dos Serviços de saúde; situações de catástrofes, etc.), quando as FAA forem chamadas (ANGOLA, 2002). Para a sua organização, a Companhia Médica se desdobra nas seguintes subunidades: Seção dos Serviços de Saúde, Posto Médico da Brigada, Posto de Socorros dos Batalhões e de Grupos de Artilharia (Tabela 2) (ANGOLA, 2006).

Tabela 2: Composição e desdobramento da Companhia Médica da Brigada das FAA

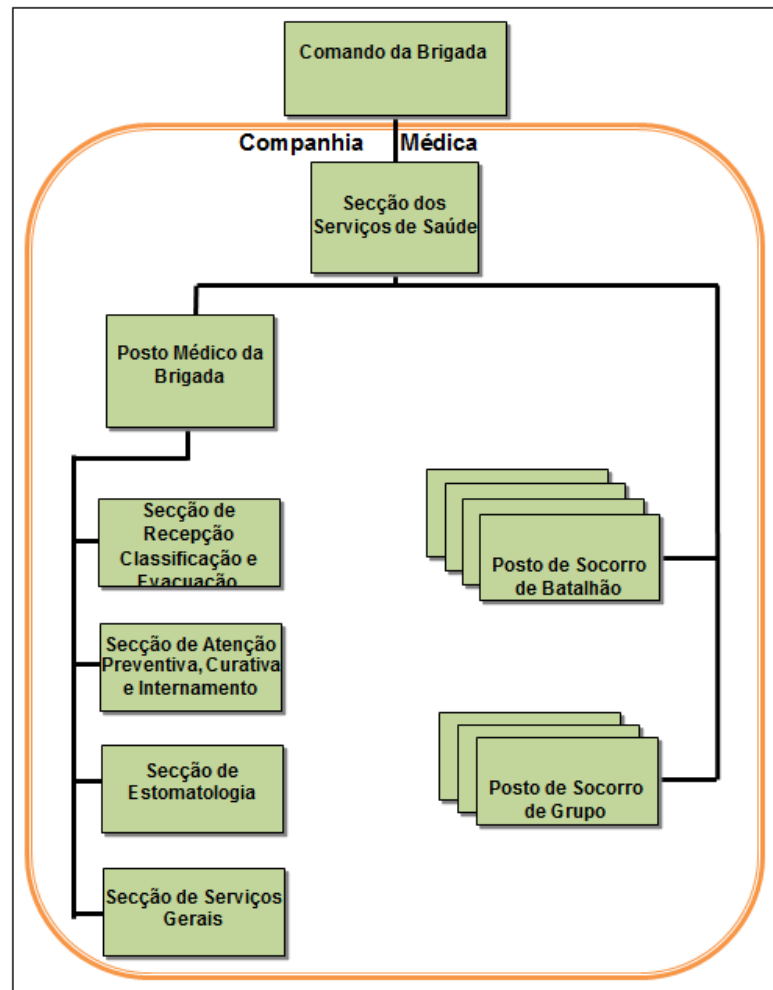
Subunidades	Quantidade de pessoal em TP
Secção dos Serviços de Saúde	4
Posto Médico da Brigada	37
Postos de Socorro de Batalhões	76
Postos Socorro de Grupos de Artilharia	27
Total da Companhia Médica	144
Especialidade	TP
Médico	2
Estomatologista	1
Licenciado em Enfermagem	2
Técnico Médio de Enfermagem	11
Técnico Médio de Abastecimento Médico	1
Técnico Médio de Estatística de Saúde	2
Técnico Médio de Fisioterapia	1
Técnico Médio de Análises Clínicas	1
Técnico Médio de Radiologia	1
Técnico Médio de Farmácia	1
Técnico Médio de Saúde	2
Técnico Médio de Estomatologia	1
Técnico Básico de Saúde	1
Sanitário Maior	12
Sanitário	81
Maqueiro	2
Chefe Secção SG (Especialista de Logística)	1
Cozinheiro	2
Pessoal de Limpeza	2
Lavadeiro	2
Condutor Auto	15
Total do Pessoal da Saúde da Brigada	144

Fonte: Angola (2006)

A seção de saúde da Brigada é a coordenação administrativa da Companhia Médica, gerenciada por um médico que acumula as funções de chefe do Posto Médico da Brigada, unidade de referência para a prestação de cuidados de saúde dos utentes das subunidades da Brigada (Posto de Socorro dos Batalhões e de Grupos de Artilharia), possuindo uma população adstrita e um território sob sua responsabilidade (Figura 3) (ANGOLA, 2006). Nesta linha de pensamento, deve-se sublinhar a importância da noção de território no processo saúde-doença que não se resume simplesmente à uma área geográfica delimitada, com características próprias do local como relevo, clima e vegetação; ela é muito mais complexa, um espaço de reprodução social, de diferentes grupos de indivíduos com um processo

historicamente construído, aspetos que devem ser levados em consideração quando se busca o conhecimento, nas situações de ocorrência de doenças, e não considerar apenas os estudos da origem biológica das doenças (FARIA; WERNECK, SANTOS, 2009). Estas condições permitiram diferenciar a sociedade em classes, culturas, condições de vida e de acesso aos bens e serviço, propiciando oportunidades e formas dos indivíduos estarem sadios ou doentes. A territorialização é ainda a principal característica da APS e permite o discernimento dos modelos assistenciais que, quanto ao subsistema de saúde das FAA, apesar de ter alguma semelhança na concepção, não conceitual, mas do ponto de vista da configuração estrutural, permite uma abordagem do PACS nas unidades seleccionadas.

Figura 3: Organograma da Companhia Médica da Brigada das FAAA



Fonte: Angola (2006)

1.5.2 Características gerais do Subsistema de Informação em Saúde da APS no SSFAA

Nas FAA o Sistema de Informação é manual e uniforme em todas as Unidades de Saúde e centralizado no primeiro nível da hierarquia. A seção de Saúde da Brigada, à qual se subordina a Companhia Médica da Brigada, dispõe de um técnico de estatística em saúde, responsável pela realização das atividades relacionadas com o sistema de informação da companhia, e tem as principais atribuições: receber os dados das diferentes unidades, verificar erros e, elaborar a informação estatística.

1.5.2.1 Coleta, processamento e análise de dados

A coleta dos dados é realizada diariamente nas Unidades de Saúde por todos os profissionais de saúde das diversas dependências. A informação primária de saúde é produzida nos Postos de Socorro de Grupos de Artilharia, Postos de Socorro de Batalhões e Posto Médico da Brigada ou unidades equivalentes da Marinha e Força Aérea, coletada por todo o pessoal da saúde que trabalha nestas unidades através dos principais instrumentos de coleta de dados previstos para a Companhia Médica: livro de registro de atividades, livro médico pessoal (não está em vigor), guia de transferência, informe diário, ficha de relatório mensal, processo clínico, ficha do falecido e fichas dos programas de saúde pública.

Semanalmente o técnico de estatística realiza uma compilação dos dados referentes à informação diária; estes dados semanais serão resumidos e remetidos ao gerente da Unidade de Saúde, o Chefe da Seção dos Serviços de Saúde da Brigada, geralmente profissional médico, que procede à verificação preliminar dos dados.

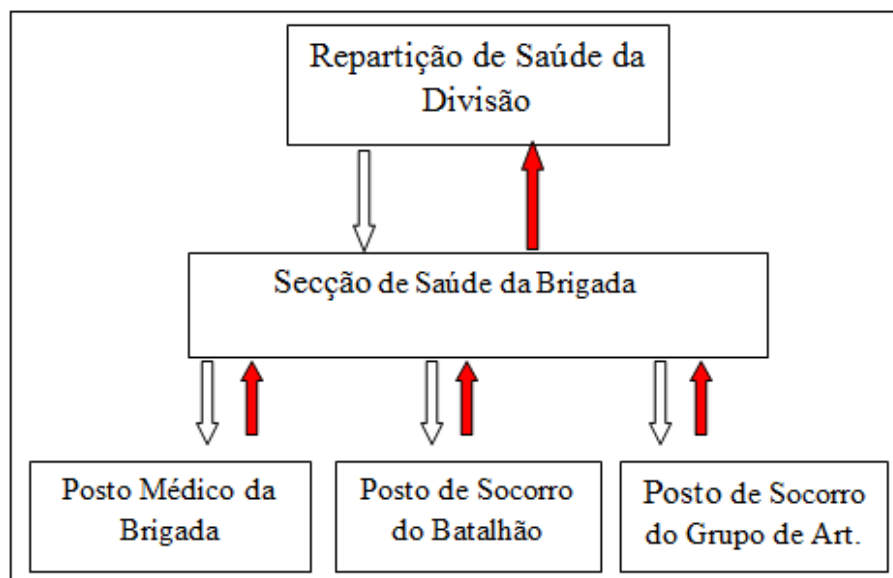
Os dados provenientes dos postos de socorro das companhias são remetidos aos postos de socorro dos respectivos batalhões, onde são verificadas as inconsistências e são feitas correções mediante consulta na fonte da informação, para posteriormente serem agregados como dados do Batalhão e remetidos ao nível da Brigada, que agregará os dados dos Batalhões para o envio à gerência da saúde da Divisão (ANGOLA, 2006).

Apesar da informação mensal para o acompanhamento da atividade, as unidades de saúde devem agregar os dados mensais e emitir a informação trimestral de atividades, que se tem revelado a mais importante para a DSS/EMGFAA. Relativamente ao sistema de comunicação estão previstas a comunicação por rádio (comum nas instituições militares), mensagem, ou através da internet (pouco usual considerando o contexto do país). Em caso de eventos de carácter compulsório, a via mais rápida será o telefone. As informações mensais e trimestrais para os níveis imediatamente superiores são remetidas utilizando mensageiros (ANGOLA, 2006).

1.5.2.2 Fluxo da informação na APS dos SSFAA

Na APS dos SSFAA, depois de serem coletados nos postos de socorro das companhias, grupos, Batalhões e Posto Médico da Brigada, os dados são remetidos à área de saúde da Brigada ou unidade equivalente dos Ramos, que os remetem destas para a Repartição de Saúde da Divisão ou unidade equivalente dos Ramos e posteriormente para a repartição de saúde da Região Militar (Figura 4).

Figura 4: Fluxo de informação sanitária da Brigada das FAA



Fonte: Adaptado ANGOLA (2006)

1.5.3 Problemas encontrados no atual sistema de informação da APS no SSFAA

Os constrangimentos do atual SIS são transversais ao subsistema de saúde e tornam difícil a produção de informações confiáveis, para o planejamento das ações da APS dos serviços de saúde. Os problemas estão relacionados com:

- a. a falta de compreensão da importância e da necessidade dos dados em todos os níveis do subsistema, prejudicando toda a produção da informação e a resposta aos problemas;
- b. o sistema de informação em saúde nas FAA é centralizado, sendo as unidades de saúde locais, meros coletores de dados para o envio ao nível imediato. Este fato contribui para a falta da assimilação dos fenômenos informacionais;
- c. a ausência de um sistema informatizado tem dificultado a organização e sistematização dos dados, bem com o seu processamento, análise e extração de relatórios, prejudicando o planejamento das ações;
- d. há uma falta permanente de material de reposição, especialmente fichas de coleta de dados;
- e. falta de recursos humanos em quantidade e qualidade por não haver um plano de desenvolvimento dos profissionais, como a capacitação e sensibilização dos usuários do sistema em relação à importância da necessidade de qualidade dos dados, o que leva à ausência de reflexões sobre os dados produzidos na ponta;
- f. quanto à análise, esta poderia ser melhor, entretanto o que tem sido feito é o agrupamento de dados provenientes das unidades para o nível central, onde é feita uma crítica superficial, especialmente sobre a frequência.

1.6 Justificativa

Quando se observam os dados e indicadores de saúde em Angola, informados por agências internacionais, conclui-se que existe uma necessidade urgente de intervenção sobre os problemas de saúde da população. Mas, para Oliveira (2010) e Giugliani (2011), esses dados não são confiáveis, pelas dificuldades organizativas e estruturais que o Sistema de Saúde enfrenta. Existe uma grande dificuldade na sistematização dos registros, na notificação e no diagnóstico de casos, prejudicando a confiabilidade dos indicadores. Além disso, a

falta de recursos humanos em quantidade e qualidade é um fator a ter em consideração.

O Projeto se justifica por duas razões principais: a primeira razão é pela necessidade de dar suporte ao projeto de implantação do Programa de Agentes Comunitários citado anteriormente e que é objeto de outra dissertação no Programa de Mestrado Profissional; a segunda razão se refere à necessidade urgente de melhorar as informações em saúde atualmente disponíveis. Por isso, acredita-se que o módulo PACS/SIAPS poderá contribuir não apenas para monitorar e avaliar o trabalho dos agentes comunitários, mas também da própria APS.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo geral

Descrever o desenvolvimento e a implantação do módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - “Módulo PACS/SIAPS”, do Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Subsistema de Saúde das Forças Armadas de Angola (SSFAA).

1.7.2 Objetivos específicos

- a. Descrever o desenvolvimento do módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde do SSFAA.
- b. Descrever a implantação do Módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Sistema de Informação em Atenção Primária à Saúde no âmbito do SSFAA.

1.8 Estrutura da dissertação

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, a introdução, contextualiza o país e evidencia a relação entre o Sistema Nacional de Saúde e o Subsistema de Saúde das Forças Armadas (SSFAA), bem como caracteriza e dá o ponto de situação da Atenção Primária em Saúde (APS) do

SSFAA, e o respetivo Sistema de Informação em vigor. Apresenta, ainda, a justificativa da realização do projeto e seus objetivos.

O segundo capítulo, a metodologia, descreve os diferentes momentos que levaram à viabilização teórica e prática do assunto.

O terceiro capítulo apresenta uma revisão da literatura em que, entre outras questões, traz o contexto do desenvolvimento e implantação de sistemas de informação e da utilização das TI em países em desenvolvimento como um aspecto importante face ao contexto desses países.

O capítulo quatro faz referência ao resultado, sob a forma de artigo científico, e trata do desenvolvimento e implantação do módulo PACS/SIAPS nas quatro unidades militares, e o capítulo cinco conclui tecendo considerações finais do trabalho.

2 METODOLOGIA

Tendo em consideração os objetivos traçados para o trabalho, o presente estudo apoia-se numa revisão bibliográfica narrativa. Para a construção do capítulo de revisão foi realizada busca em bases de dados eletrônicas da BVS e no portal CAPES e, de forma complementar, realizou-se a busca direta para a seleção de artigos publicados entre 1990 e 2012.

A primeira estratégia foi realizada nas bases de dado da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando os descritores DeCS em espanhol, português e inglês, com os operadores booleanos seguintes: sistema de informação AND atenção primária à saúde, refinadas no idioma português.

A segunda estratégia na BVS, utilizou os descritores DeCS com operadores booleanos: Sistema* AND informação AND implanta* OR desenvolvimento, somente no título.

A terceira estratégia foi realizada no portal CAPES, em inglês, utilizando o descritor DeCS com os operadores booleanos: Information Systems AND development.

Com a intenção de se buscarem experiências de países com contextos equiparados ao de Angola, lançou-se mão de trabalhos realizados por autores africanos e outros autores que retratam o desenvolvimento, a implantação e implementação de sistemas de informação, bem como o uso de tecnologias de informação, no contextos de países em desenvolvimento, principalmente na APS, com particular realce em países asiáticos e africanos.

Como complemento de informação, foram também consultados e utilizados alguns documentos e páginas da internet de instituições europeias e africanas. A página da Internet “Google” (<http://www-google.com>) também permitiu o acesso a diversas fontes de dados. Poucas fontes relacionadas com o tema referentes à produção angolana foram utilizadas por sua escassez.

Os critérios de inclusão compreenderam artigos que abordavam o sistema de informação, da atenção primária à saúde, desenvolvimento, implantação e implementação de sistemas de informação.

Os resultados e discussão são apresentados na forma de um artigo científico intitulado: "Desenvolvimento e implantação do módulo do programa de agentes comunitários de saúde do sistema de informação da atenção primária à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas" que poderá ser submetido à publicação.

Para o desenvolvimento e implantação do CAPS/SIAPS, utilizou-se como proposta metodológica o Planejamento Estratégico Situacional (PES), com o propósito do enfrentamento de problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existem soluções normativas ou previamente conhecidas e consensuadas. Idealizado pelo Professor Matus (1993), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem no seu enfoque o reconhecimento da complexidade, fragmentação e incerteza que caracterizam os processos sociais, semelhante a um sistema de final aberto e probabilístico e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total dos recursos que estão envolvidos na situação. O planejamento é situacional porque trata de uma situação, que se caracteriza por constantes mutações. Nesse ambiente, o PES permite elaborar o plano dentro do contexto dinâmico da realidade social (MIGLIATO, 2004). Com um plano com estas características, Matus mostra-se atento ao dinamismo e mutabilidade da vida econômica, política e social e, nesse sentido, deve-se destacar que o PES se identifica com a realidade e gira em torno de problemas, podendo ser reatualizado (GONÇALVES, 2005).

3 REVISÃO DA LITERATURA

O presente trabalho trata do desenvolvimento e implantação do módulo do Programa de Agentes Comunitários em Saúde do Sistema de Informação da Atenção Primária em Saúde no âmbito do Subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas (SSFAA). Para tanto, a sua abordagem necessita de um olhar sobre as experiências de outras realidades. Nesse contexto busca-se retratar sobre a importância do sistema de informação em saúde (SIS) e a necessidade dos serviços possuírem um SI que possa refletir, de fato, a realidade do que acontece nos serviços e sobre a população.

Trata-se da necessidade de se implantar um SIS para o apoio às ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e não só, houve a necessidade de se buscar experiências de outros países com contextos semelhantes aos de Angola, nos quais as dificuldades - quer em recursos humanos, quer materiais, são consideráveis.

Outra questão que foi tratada se relaciona à utilização das tecnologias de informação, atendendo ao progresso dessa área, e aos problemas de globalização. Sobre esse ponto, entendendo as dificuldades dos países em desenvolvimento, procuraram-se também experiências sobre inovações e adaptações que possam auxiliar os sistemas e serviços nos países em desenvolvimento. A problemática da qualificação e sensibilização do profissionais da saúde é também ressaltada

Smit, em sua abordagem sobre a informação, diz que

Qualquer acidente geológico como o que ocorre com a formação de uma montanha, não se dissolve no ar com a mesma facilidade da nuvem de fumaça e pode servir, por séculos, para informar sobre a condição geológica, climatológica etc., de um determinado local. Por outro lado, não é possível transportar todos os alunos do primeiro grau de todas as escolas do mundo inteiro para a foz do rio Amazonas, objetivando informá-los sobre o que seja o fenômeno da pororoca. Igualmente, professores no Japão, ao tratar da pororoca, utilizarão um texto, imagens ou um vídeo. A informação do acidente geográfico tem que ser vista ao vivo no local ou deverá ser suprida por uma representação - escrita, imagem e som, para adquirir portabilidade e assim poder ser acessada em outro local (SMIT, 2012, p.85).

Pode-se depreender que a informação, para fazer parte do dia a dia das pessoas em qualquer lugar e momento, tem de ser registrada. Esse registro

torna a informação mais portátil e menos instável. Quando não registrada em algum tipo de suporte, a informação, por mais importante que seja, não poderá ser amplamente socializada, uma vez que seu acesso estará condicionado pelas variáveis espaciais e temporais. Quando as informações estão registradas, elas equivalem ao conceito de documento, embora o mesmo tenha sido investido de valores diferentes ao longo do tempo (BARRETO, 1994).

Desde a antiguidade a volatilidade da informação não registrada trouxe a necessidade de se buscarem alternativas para que a mesma pudesse ser estocada e disponibilizada para o uso das diversas categorias sociais, desde cidadãos a estudantes, cientistas, gerentes etc.. Esse movimento foi o precursor de instituições como as bibliotecas, museus e arquivos e, mais tarde, os centros e sistemas de documentação ou informação (BARRETO, 1994). Posteriormente, da síntese dessa variedade de instituições, nascem os centros de memória que deram origem, ao associar tecnologia e internet, à outra variedade de instituições com a função de disponibilizar informações acessadas por milhares de pessoas simultaneamente: os sites, *blogs*, repositórios, bancos de dados etc. Estas organizações têm, como característica, a institucionalização da informação, tendo essa informação uma certa qualidade (BUCKLANDE, 1991). Atualmente, a qualificação da informações deve passar por algum crivo que faça uma crítica a partir de algum critério preestabelecido. Vale recordar que, entre o discurso da disponibilização massiva de informações e a efetiva disponibilização de uma informação, que possa ser consumida de forma enriquecedora pelos diversos utilizadores, existe uma enorme diferença. O dever de informar remete ao dever de criar condições propícias para a construção do conhecimento. Para poder cumprir sua missão, as configurações informacionais, além de selecionar, organizar e disponibilizar a informação, devem atribuir o “selo de qualidade”, fornecendo explicações acerca dos procedimentos adotados de modo que o usuário possa exercer um papel ativo com condições para avaliar a qualidade da informação à que teve acesso (BUCKLANDE, 1991).

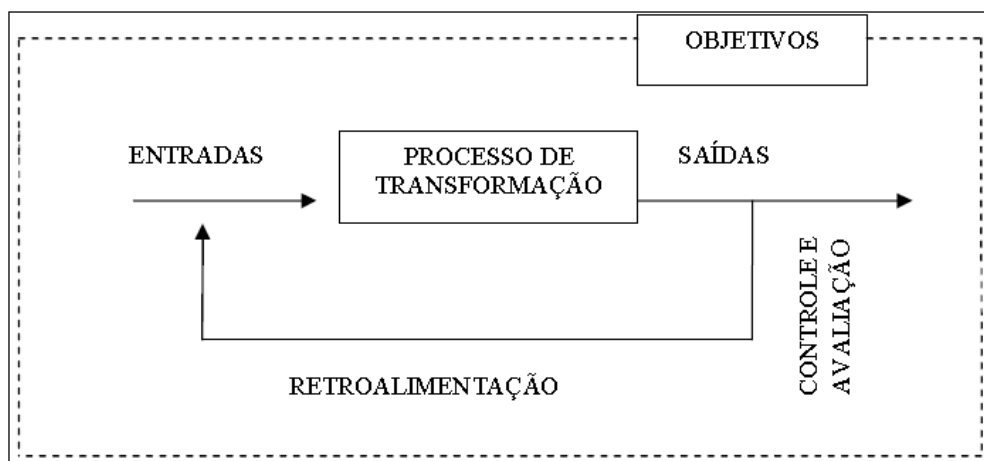
A existência de sistemas de informação (SI), não é contemporânea dos computadores, antes mesmo destes existirem, os seres humanos se organizavam recorrendo a diferentes tipos de estratégias para suprir sua necessidade de informação. As ciências da informação emergem no período que sucede as guerras mundiais, devido à explosão de informações geradas pelas pesquisas militares, que

necessitavam de organizar e recuperar informações, considerando que, por questões estratégicas e institucionais, informação e conhecimento são poder de dominação. Essa constatação ganha importância na guerra fria quando a comunicação, o comando e o controle exigem uma articulação de esforços e de um grande número de indivíduos. O SI torna-se, assim, objeto de maior atenção dos governos, dando início às suas investidas em políticas de ciência e tecnologia aplicada a questão da informação (COSTA, 1997).

3.1 Sistema de informação

Para O'Brien (2004), um sistema é um conjunto de componentes que trabalhando inter-relacionados para atingir uma meta, recebem insumos que produzem resultados, em processos organizados. Possuem três funções principais: a entrada, na qual são recebidos os elementos a serem processados, o processamento, no qual ocorre a conversão do insumo em produto e serviço, e a saída, que transfere os elementos processados para seu destino final, produtos ou serviços acabados e informações gerenciais (Figura 5).

Figura 5: Componentes de um sistema



Fonte: Oliveira (2004).

Oliveira (2004), relativamente ao conceito de sistema anteriormente citado, refere que o mesmo se torna mais prático quando os elementos *feedback*,

que mede o desempenho do sistema, e *feedback*, que controla, avalia e monitora e determina se ele está de acordo com a realização de sua meta, forem introduzidos.

O'Brien (2004) refere ainda que os sistemas de informação contêm elementos que fazem as relações entre as atividades, formando-se uma cadeia composta por recursos humanos, incluindo: os usuários finais e especialistas em sistemas de informação; recursos de *software*, que são programas e procedimentos; recursos de *hardwares*, conhecidos como máquinas, mídias e recursos de rede, que são os meios de comunicação e de suporte de rede e os recursos de dados, que são bancos de dados com base em conhecimento.

Turban, McLean e Wetherbe. (2004) classificam os sistemas de informação de diferentes maneiras: por níveis organizacionais, por áreas funcionais principais, por tipo de suporte que proporcionam e por arquitetura de informação. Segundo o nível organizacional existem três tipos: os departamentais – que dão suporte às áreas funcionais da organização, como a área financeira ou recursos humanos; os empresariais – formados por um conjunto de aplicativos departamentais combinados com outros aplicativos funcionais, e os interorganizacionais, que conectam duas ou mais organizações.

Segundo os autores, do ponto de vista do apoio à estrutura da organização por níveis, os sistemas de informação podem ser classificados de acordo com a informação que será processada, considerando os níveis de organização de uma pirâmide empresarial, em operacional, tático e estratégico:

- a. o sistema de informação operacional é formado por operações rotineiras, normalmente com um grande volume de operações de entrada e saída. Grande parte dos sistemas de informação existentes situa-se neste nível e se caracteriza por trabalharem com muitos formulários de cadastros e relatórios operacionais rotineiros. Têm grande volume de decisões a tomar, mas de pequeno impacto e de curto prazo. Como exemplo, tem-se o caso dos sistemas de informação dos prontuários eletrônicos das unidades básicas de saúde;
- b. os sistemas de informação táticos ou gerenciais, são formados por operações de apoio à tomada de decisão, têm função gerencial e trabalham com informações agrupadas, para criar mecanismos de gerenciamento da organização. Tem um impacto maior em relação ao SI operacional e auxiliam a

tomada de decisões que têm impacto no médio prazo, é o caso dos sistemas de informação gerencial;

- c. sistemas de informação estratégica são formados por operações estratégicas de apoio à alta diretoria, filtrando as informações fundamentais e estratégicas. Aqui as decisões têm impacto de longo prazo. Como exemplos, tem-se os sistemas de informação da alta direção das organizações e governos.

3.2 Dado e informação

É bastante frequente considerar o dado e a informação como sendo a mesma coisa, porém, na realidade o dado pode ser considerado uma descrição limitada da realidade, uma sequência de símbolos que pode ser quantificada, trazendo na forma numérica a realidade em questão que, por si só, não exprime uma realidade. Para que o dado faça sentido e expresse algo, deve ser interpretado e analisado (SETZER, 1999).

O desafio em definir o que é informação tem levado diferentes autores a tomarem diferentes definições, geralmente levando em consideração o modo como são estudados os sistemas de informação. Neste sentido as alternativas são:

- a. a informação gerada ao se analisarem dados. Quando se analisam dados geralmente se consideram apenas os relevantes, e os que não forem relevantes geralmente não traduzem qualquer informação;
- b. a informação do que é comunicado e entendido e;
- c. a informação como redutora de incertezas na tomada de decisão. Aqui, embora a informação tenha utilidade variada, o âmbito de interesse é apenas o das decisões a tomar (GALLIERS, 1987). Diante das definições anteriormente expostas, é inteligível a importância do contexto, na seleção do que é realmente informação.

A informação se caracteriza como uma descrição mais ampliada da realidade, baseada em um referencial explicativo, tem a ver com a representação de uma dada situação selecionada, tratada, resumida e organizada, partindo de determinado contexto, visto por um indivíduo, por uma instituição, de acordo com os

objetivos em jogo, refletindo determinada relação de poder, produção e saber (MORAES, 1994).

Nessa ordem de ideias, o dado é parte da representação da informação que será interpretado e só terá sentido de acordo com quem o interpreta. A transformação do dado em informação decorre de processos que podem ser manuais ou eletrônicos de armazenamento, processamento e análise, sendo necessária a atualização da informação produzida mediante observação permanente da sua relevância, eficiência e eficácia no olhar de quem as toma como informação, como já foi referido anteriormente (FERREIRA, 2000).

A informação também pode ser analisada de acordo com a fonte, podendo ser informais, aquelas não registradas e por validar que se encontram numa fase de discussão, ou não foram concebidas ou criadas, ou ainda aquelas que são passadas de pessoa a pessoa e formais, as registradas ou validadas e acessíveis a parceiros e concorrentes. Artigos, livros, patentes, jornais e relatórios são, entre outros, fontes formais de informação (CANONGIA et al., 2001) Essa questão remete à discussão sobre a importância da informação como recurso de poder nas organizações.

Segundo Bilhim (1999), as decisões a serem tomadas baseando-se em informações podem ser de dois tipos:

- a. a decisão rotineira, repetitiva, geralmente certa e precisa (estruturada), é processual e previsível, apoiando-se em regras e princípios, tendo respostas conhecidas e preestabelecidas;
- b. decisão não rotineira, incerta e imprecisa (não estruturada), nova e complexa, não repetitiva, apoiando-se em juízo pessoal e criatividade.

Para o autor, três questões devem ser levadas em consideração no processo de tomada de decisão: o momento da decisão, seu custo e os riscos envolvidos na decisão. Para a tomada de decisão são listados os modelos de decisão de Harrison (BILHIM, 1999):

- a. modelo racional: prescreve o que o indivíduo deve fazer para ser decisor eficaz e muito estruturado, e o seu critério de decisão é a maximização do resultado final. É mais adequado para a tomada de decisões **estruturadas**. Segundo Silva (2005), a perspectiva do comportamento puramente racional, apoiado por

informações carregadas de significado, foi descrita como um “mito”. Para o autor, o modelo racional de tomada de decisão geralmente é descrito como um processo de construção de opções no qual se calculam níveis de risco e escolhe-se a alternativa com melhor chance de sucesso, incorporando racionalidade econômica;

- b. modelo organizacional: combina o uso da matemática, estatística e economia, bem como as disciplinas de ciências sociais. O critério de decisão é a obtenção de um resultado que seja satisfatório. Reconhece-se que existem limitações de informação, cognitivas, de custo, e está associada à tomada de decisão de curto prazo orientada para os resultados finais. É de caráter tático;
- c. modelo político: as restrições políticas na tomada de decisão levaram alguns teóricos a sistematizarem um modelo **político** de tomada de decisão, geralmente contrapostos aos modelos técnicos, executados por analistas especializados que referem ser o seu trabalho sistemático. Também conhecido por modelo adaptativo, baseia-se nas contribuições da ciência política, da filosofia, da psicologia e da sociologia. Trata-se de um modelo comportamental cujo critério de decisão é que os resultados sejam aceitáveis, recorrendo-se a uma estratégia de decisão baseada na negociação e no compromisso para conseguir obter resultados aceitáveis por diversos grupos externos. Nesse modo, a escolha não é a decisão certa, mas sim a decisão aceitável;
- d. modelo de processo: relacionado à gestão, possui como critério de decisão uma forte orientação para os objetivos, usando as disciplinas quantitativas e reconhecendo o valor das ciências sociais, assenta em princípios interdisciplinares e é característico de modelos organizacionais, orientados para o longo prazo e de caráter estratégico.

3.3 Sistema de informação em saúde

Os sistemas de informação em saúde (SIS), são sistemas cujo propósito é selecionar dados pertinentes à situação de saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos ou de uma comunidade, bem como às políticas, programas e ações relacionados ao campo da saúde, transformando-os em informação necessária para o processo de decisão das organizações e dos indivíduos interessados. De acordo

com Brasil (1996), os SIS têm como objetivo, em conformidade com o modelo de atenção adotado, contribuir para o diagnóstico situacional das diferentes realidades, o apoio ao processo de planejamento e a tomada de decisão, o monitoramento e avaliação das estratégias e das ações de saúde em todos os níveis de organização do Sistema de Saúde, apoiar o desenvolvimento tecnológico, a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das políticas subsidiar o processo de comunicação dos órgãos do setor saúde com a sociedade.

O SIS é tido como um instrumento usado para o processo de tomada de decisões políticas ou técnicas e é concebido como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade (BRASIL, 1996). Segundo Guedes (2005), a gestão moderna exige que a tomada de decisão seja feita com o máximo de eficiência.

Os SIS têm funções de monitoramento e avaliação permanente da situação de saúde de uma determinada população e dos resultados das ações de saúde realizadas, fornecendo subsídios para, de forma ininterrupta, orientar as ações em direção aos objetivos do Sistema de Saúde (FERREIRA, 1999).

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, segundo Moraes (1994), o SIS, para que seja utilizado plenamente como instrumento de gestão, deverá estar estruturado em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS como a universalidade, integralidade, e equidade da assistência; para estabelecer prioridades e para fortalecer o controle social e o direito à informação, de forma coerente com o modelo de atenção adotado.

Apesar de a informação em saúde ser entendida como um recurso importante para o planejamento e avaliação das políticas e ações de saúde, sua incorporação e utilização pelos diferentes setores e serviços de saúde tem um relativo atraso, apesar das orientações oficiais e dos avanços dos sistemas de informação do setor. A explicação, na visão de vários autores, se relaciona com a forma como os profissionais que trabalham com as informações tratam a questão. O planejamento das ações, regra geral, não se baseia em informações epidemiológicas para a definição de prioridades, sendo os dados coletados, mais usados para análises financeiras e contábeis da prestação de serviços. Vários fatores ajudam a entender o comportamento acima referido, justificado por questões, tais como o grau de importância que os gestores atribuem à informação e à qualidade dos dados e informações (GOLDBAUM, 1996).

Tomasi, Facchini e Maia. (2004), em uma revisão da literatura, referem como achado comum a dificuldade entre os médicos de utilizarem protocolos para a informatização dos cuidados de saúde primários.

Branco (1998) reflete sobre a importância da ampliação do conhecimento, da lógica por trás da produção de informação em saúde e de fluxos, dirigida aos profissionais envolvidos na produção da informação, os objetivos dos sistemas de informação bem como as vertentes da sua utilização.

Para Silva (2008), muito além dos aspectos meramente técnicos, tecnológicos e gerenciais, as práticas informacionais no setor da saúde são influenciadas pelo entorno sociocultural. A formação de profissionais de saúde, calcada na biologia, pode não prepará-la para a compreensão da dimensão cultural da enfermidade, de comportamentos grupais e de interações sociais relacionadas, com aquela realizada entre os profissionais de saúde e o paciente. E essas interações sociais, dos modos de vida às relações profissional/enfermo são, além de construções socioculturais, fenômenos informacionais para os quais os profissionais teriam que estar preparados para sabê-los interpretar (SILVA, 2008).

A eficácia de um SIS na prestação de informações de apoio aos gestores e prestadores de cuidados depende, em grande medida, de profissionais bem treinados, não somente em relação à mecânica de coleta, mas também em relação à familiarização com os padrões de serviço e as definições de caso. Deste modo, o SI pode melhorar as comunicações e, como resultado, melhorar o atendimento aos usuários, proporcionando facilidades no processo de trabalho. Conhecer o potencial dos SI e ter a capacidade para trabalhar com eles torna-se uma estratégia vital para as organizações que desejam atingir metas de qualidade, resolubilidade e produtividade.

Outro aspecto importante em relação aos SIS é a sua descentralização, pois é cada vez mais presente nos modernos sistemas de informação, com vantagens na melhoria do manuseio e na agilidade e disponibilidade para o uso local, permitindo a identificação de possíveis falhas e sua rápida superação. A descentralização da produção da informação pode ainda trazer vantagens no aprimoramento da qualidade da informação por sua proximidade entre a fonte de captação e o tratamento, facilitando o monitoramento da coleta de dados. Essas considerações têm grande importância para que o processo de descentralização da

produção e gestão das informações em saúde não aconteça de forma burocrática e permita ao sistema de saúde dar um passo qualitativo no seu aprimoramento (ALMEIDA, 1998).

Segundo Moraes (1994), as principais características dos SIS em funcionamento no Brasil, são:

- a. centralização/verticalização/fragmentação – os dados obedecem ao fluxo municípios-estados-federação, ou seja, sempre na direção do nível local para o nível central, são fragmentados, pertencendo aos vários feudos técnicos da saúde e sofrem processamento fundamentalmente no nível central;
- b. exclusão do nível local nos processos de decisão e planejamento em saúde;
- c. ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos;
- d. ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, não permitindo a construção do perfil de saúde da população;
- e. falta de compatibilidade entre os diversos sistemas de informação utilizados;
- f. falta/deficiência de infraestrutura de informática nos municípios, o que dificulta ou até mesmo inviabiliza a coleta adequada e o processamento dos dados;
- g. ter como base dos dados apenas a população assistida, o que contribui para a produção de informações não compatíveis com a realidade local;
- h. ausência da participação popular na geração e uso das informações.

Scorel et al. (2002) sinalizam que, das várias avaliações feitas pelos gestores, um grande problema foi considerado a falta de articulação dos diferentes sistemas de informação que conformam o SIS do SUS, o que exige múltipla alimentação, especialmente do SIA/SUS. O uso de vários instrumentos de preenchimento, pela ausência de comunicação com outros sistemas, faz com que haja priorização de uns em detrimento de outros.

3.4 O sistema de informação da APS

Atenção Primária em Saúde é a atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos, cientificamente comprovados e socialmente

aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1978).

Encontramos definida a APS também como sendo:

[...] provisão de serviços de atenção à saúde de forma integrada e acessível por profissionais de saúde que se responsabilizam em manejar a grande maioria das necessidades das pessoas, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes, atuando no contexto da família e da comunidade (INSTITUTE OF MEDICINE - IOM, 1994).

A Atenção Primária à Saúde é ainda vista como o “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006 p.12). Esta atenção é desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, direcionadas a um território delimitado, com responsabilidade sanitária e considerando a dinâmica do território (BRASIL, 2006).

De acordo com Starfield (2002), a Conferência de Alma Ata acentuou que os componentes fundamentais da APS eram a educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos, programas de saúde materno-infantis, incluindo imunização e planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e a medicina tradicional.

Nesta prestativa de territorialização, para Mendes et al. (1993), o entendimento de território tem duas orientações de pensamento: uma referente à estrutura no espaço físico geográfico (território-solo), que dá sustentação à visão topográfico-burocrática; e a outra visão, se refere ao território-processo em permanente construção, produto da dinâmica social sob as influências políticas, culturais, econômicas e epidemiológicas. É ainda entendido como espaço do acontecimento do processo social de mudanças das práticas sanitárias e permite o exercício do modelo assistencial.

O reconhecimento do território permite caracterizar a população e seus problemas de saúde, assim como avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde desta população específica, num dado momento e lugar, com problemas e necessidades de saúde determinados, cuja solução deve ser compreendida pelos profissionais da saúde, fazendo recurso às informações disponíveis no SIS, um ponto de partida para a realização das funções da APS.

O território define o perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa em um processo de construção permanente (MONKEN, 2005). Neste contexto ele vai permitir que os profissionais de saúde focalizem as causas da doença, abordando-as mais corretamente, e não focalizem as sequelas das doenças, consumindo uma proporção considerável do seu tempo de trabalho. Esse fato tem estreita relação com a não utilização das informações disponíveis nos sistemas de informação, relevando-se por isso a necessidade da educação permanente dos profissionais da saúde bem como a avaliação permanente das dificuldades da utilização dos SIS (MONKEN, 2005).

O processo de capacitação possibilita o aperfeiçoamento profissional, a criação do vínculo com a comunidade e o desenvolvimento do trabalho em equipe (MONKEN, 2005). A compreensão de todo o sistema, e não apenas do preenchimento adequado das fichas do sistema de informação, pode ser realizado mediante um processo de capacitação e sensibilização sistemáticos e contínuos dos profissionais.

Para Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), a vigilância em saúde tem uma vertente que corresponde à análise da situação da saúde, priorizando grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida e sua distribuição nos diferentes territórios e contextos. A informação gerada é fundamental para a compreensão das relações entre condições de vida e saúde, e para o planejamento do acesso da população aos serviços de saúde. De acordo com os autores, alguns estudos têm demonstrado que as desigualdades sociais são acompanhadas de desigualdades em saúde, uma vez que a existência de diferentes níveis socioeconômicos dentro de uma mesma comunidade resulta em diferentes índices de saúde e de qualidade de vida.

No Sistema Único de Saúde do Brasil, o Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde (SIAB), foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), para o acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), agregando e processando os dados provenientes das visitas domiciliares e do atendimento dos médicos e enfermeiros realizados nas unidades de saúde (BRASIL, 2006). O SIAB utiliza três formulários de entrada de dados, sendo um para o cadastramento das famílias, outro para as informações de saúde e outro para as informações de produção e marcadores para avaliação.

Entre os sistemas de informação em saúde no Brasil, o SIAB, diferenciando-se dos outros, é territorializado. Esse sistema de informação organiza os serviços baseados na prática de vigilância em territórios determinados, podendo imprimir qualidade às ações por considerar os dados demográficos, de morbidade referida e de condições sociais locais, possibilitando a construção de indicadores simples e práticos, no monitoramento e avaliação das ações que o serviço se propôs a fazer. Propõe, com isso, que se conheçam as condições de saúde da população adstrita, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença. (BRASIL, 2000).

3.5 Os países em desenvolvimento, entre as tecnologias de informação (TI) e o desenvolvimento dos sistemas de informação

Os aspectos informacionais vão desde a digitalização de prontuários para construção de estatísticas populacionais quanto detalhamento referentes à identificação dos usuários, momentos de entrada e saída no sistema, identidade e localização dos terminais e registro de acesso. As tecnologias de informação envolvem redes de comunicação tanto para transmissão de dados (som, imagem texto etc.) quanto para teleconferências e teleconsultas (SILVA, 2008).

Na realidade, o termo TI foi introduzido na década de 50. Ele indicava a disponibilidade dos computadores no sistema de produção, e se generalizou na década de 80, evoluindo até os nossos dias. No setor saúde, as TI são todas as formas de conhecimento relacionado com a produção, gestão e disseminação da informação, valorizadas por auxiliar a solucionar ou atenuar problemas dos

indivíduos e populações, através do aporte célere da informação para a decisão. Auxiliam ainda no planejamento e gestão (VASCONCELLOS; MORAES; CAVALCANTE, 2002).

O desenvolvimento de novos sistemas de informação e sua implantação nos serviços de saúde permitiu: a migração dos processos de registro e armazenamento de informações baseados no papel para o meio eletrônico, a expansão exponencial; a transição da perspectiva de análise institucional para uma regional e nacional; a inclusão de novos usuários das informações – pacientes e consumidores – e o uso sistemático das informações no planejamento e na pesquisa. Em relação a essas últimas, esse desenvolvimento criou uma forte demanda para inclusão das inovações tecnológicas que continuamente são oferecidas para consumo. Entre as mais recentes destacam-se, por exemplo, as que permitem armazenamento e análise de imagens e monitoramentos de dados cada vez mais inteligentes (HAUX, 2006).

Quando essas tecnologias de informação estiverem disponíveis nos sistemas de saúde, inúmeras vantagens aparecerão em relação aos sistemas não informatizados, ou seja, aos registros em papel usados ainda hoje em alguns países em desenvolvimento principalmente por dificuldades de recursos de várias ordens. Tais vantagens se resumem no relativo aumento da segurança das informações e dos pacientes e, na eficiência estrutural e operacional, bem como na possibilidade de extração de relatórios com múltiplas possibilidades de cruzamento de dados e informações de interesse para a gestão e administração, pesquisa, monitoramento e avaliação. Outra vantagem não menos importante dos sistemas informatizados sobre os manuscritos é a legibilidade das informações. Por outro lado, o mesmo sistema oferece algumas fraquezas que podem ser reconhecidas em situações tais como a dificuldade de integração de diversos SI bem como a resistência do pessoal no uso de novas tecnologias ou do redesenho de processos. Na área da saúde, a implementação de tecnologias de informatização nos SIS exige o estabelecimento de relações interpessoais estáveis entre os diversos profissionais intervenientes no processo de trabalho, sob pena de provocar ruído na comunicação (KOHLI; KETTINGER, 2004).

Contrariamente, Carr (2003) põe em dúvida a eficácia dos investimentos em tecnologias de informação como uma mais valia – e a racionalidade que os

gestores devem adotar ao tomar as suas decisões nesse campo. O autor sustenta esta tese ao afirmar que as TI tornaram-se uma comodidade e, ao estarem disponíveis para todos os competidores, há um ponto de equilíbrio e perde-se a capacidade de diferenciar uma empresa das demais.

Os altos custos de investimento em projetos de inovação, as condições reais locais e as práticas organizacionais têm sido um problema endêmico nos países em desenvolvimento, dificultando a realização de iniciativas de inovação e a realização de seus benefícios, o que tem levado, algumas vezes ao fracasso dos projetos (HEEKS, 2002).

Porter e Millar (1985) analisam o conceito de vantagem estratégica dos sistemas de informação, valorizando as TI como argumento competitivo e disponível aos gestores. Mas esse conceito vem sendo amplamente debatido e revisto pelos seus custos de aquisição, manutenção e atualização.

Segundo Rockart, Earl e Ross. (1996), a TI não deve ser considerada uma revolução, pois ela não invalida a realização de atividades que não fazem uso desta tecnologia e, caso não se façam ajustes à estratégia específica da organização, esta não alcançará vantagens significativas. O caminho do sucesso não está relacionado apenas com os *softwares* e *hardwares* utilizados ou com as metodologias de desenvolvimento, mas sim com o alinhamento da tecnologia com a estratégia e organização das instituições (LAURINDO et al., 2001).

Taveira (2004) afirma que os problemas de obtenção de informação sobre produção de serviços de saúde e de sua qualidade só serão solucionados a partir do nível local, assim sendo, faz-se necessário dedicar atenção à tarefa de reconstrução do SIS nesse nível.

3.6 As explicações para o insucesso na implantação dos SIS

Existem sociedades de tecnologias de informações que prometem transformar as realidades em países em desenvolvimento, entretanto as coisas não funcionam desse modo, o contexto de concepção / produção não é o mesmo que o contexto de utilização de tecnologias produzidas (ROBEY; BOUDREAU, 1999).

Para Heeks (1996), um problema da transferência de tecnologias é o fato de, muitas vezes, serem elaboradas para condições de países desenvolvidos, e,

portanto, não considerarem as realidades cultural, econômica e do desenvolvimento industrial dos países em desenvolvimento. Em parte isso se deve a um comportamento cultural que reforça a crença na supremacia dos itens importados. Esse fato ajuda a explicar, em grande medida, o fracasso da transferência de tecnologia em muitas situações. Deve haver, sim, a transferência de tecnologia, mas não a transferência de contextos, principal causa da falha dos sistemas de informação. Entretanto, de modo geral, os sistemas de informação são concebidos exatamente como uma entidade objetiva e racional, não considerando valores culturais. Essa tendência de racionalidade nos projetos é reforçada pela racionalidade da modernização da agenda de inovação industrial para o desenvolvimento dos países.

O processo contínuo de incorporação de novas tecnologias tem exigido dos gestores de SI, alternativas na busca de medidas e padrões que facilitem a integração entre novos e antigos sistemas.

Nos últimos anos, as preocupações relativas às tecnologias de informação têm aumentado. De acordo com Gunasekaran, Ngai e McGaughey. (2006), os gestores e gerentes têm mostrado muita preocupação em relação às despesas e ao retorno dos investimentos com TI/SI. Há ainda organizações referindo que essas tecnologias estão a demonstrar uma incerteza quanto aos resultados (ELDABI et al., 2003).

3.7 Alternativas para os países em desenvolvimento

A Atenção Primária à Saúde (APS), é um elemento importante dos Sistemas de Saúde, particularmente nos países em desenvolvimento onde a maioria da população vive em áreas rurais e a única alternativa para o cuidado da saúde é a APS do sistema público.

O que se verifica nos países em desenvolvimento, na atualidade, é o crescente aumento de responsabilidade da APS, com a extensão de muitos programas verticais como os de tuberculose, hanseníase, atenção à gravidez e ao parto e puericultura, entre outros, que se deslocando para mais perto da comunidade, exigem a transmissão da informação de forma rotineira, através de relatórios, para além da grande quantidade de dados sobre morbidade e mortalidade

sobre epidemias que exigem respostas rápidas. Neste ambiente da APS, o sistema de informação tem papel importante. Apesar do enorme potencial das tecnologias na APS, existe um longo histórico de casos mal sucedidos (BYRNE; SAHAY, 2007).

Uma saída para resolver essa complexidade na APS são os processos participativos, com a inclusão das várias partes interessadas no desenho do SI. A projeção do desenho de um SI apenas por especialistas, sem a participação das partes interessadas, pode não refletir as necessidades e realidades práticas dos prestadores de serviços e gestores (RHINO, 2001).

Nesta perspectiva da participação comunitária no desenho do sistema de informação, Byrne e Sahay (2007) desenvolveram um SI com o objetivo de proteger e melhorar a saúde de crianças menores de cinco anos, no distrito de Okhahlamba, kwazulo-Natal (África do Sul). Conceitualmente, esse sistema de informação baseado na comunidade foi criado para ajudar os membros da comunidade a gerenciar doenças infantís e melhorar o estado de bem-estar de seus filhos, tomar decisões informadas, e solicitar seus direitos e dos filhos. Para o autor, mais do que um sistema de informação, é uma forma de resgate dos valores e dos direitos humanos (HEEKS, 2006).

Conceitualmente, todos os SIS necessitam de uma estrutura de gestão que inclua ao menos dois componentes: os recursos do sistema de informação em saúde e as regras de sua organização (LIPPEVELD; SAUERBORN; BODART, 2000).

Um projeto de implantação de sistemas de informação em saúde deve ser impulsionado não somente pela percepção da necessidade de informações de rotina, mas também pelos recursos disponíveis para a execução do projeto. Regra geral, financiamentos de doadores, muitas vezes disponíveis para a concepção e implantação de um sistema de informação em saúde, não são confiáveis, pois não garantem o custeio de sua implementação e para as operações de rotina, e portanto, não devem determinar a complexidade de um sistema (LIPPEVELD; SAUERBORN; BODART, 2000).

A literatura tem cada vez mais referido a importância da lógica por trás da produção da informação em saúde e dos objetivos dos sistemas de informação,

dirigindo-se aos profissionais da saúde numa perspectiva da constatação do deficiente uso da informação nos processos de trabalhos das organizações.

Além da pouca importância que os gestores e trabalhadores da saúde atribuem à informação, apresentam dificuldade na utilização dos meios informáticos. Estes aspectos podem estar relacionados à questões culturais ligadas à formação dos profissionais de saúde, calcada na lógica biologicista, que não permite a identificação de aspectos presentes na construção sociocultural do processo saúde-doença presentes no cotidiano dos profissionais (SILVA, 2008).

Nos países em desenvolvimento, a saída para resolver a complexa situação do desenvolvimento e a implantação dos SIS na APS têm sido recomendadas nos processos de construção participativa, com a inclusão das partes interessadas no desenho do SIS. A projeção do desenho do sistema de informação, apenas por especialistas, sem a participação das partes interessadas, não refletirá as necessidades, aspirações e realidades da prática dos prestadores de serviços e gestores (RHINO, 2001). Um SI deve, além do seu uso corrente, contribuir para o resgate de valores e dos direitos humanos (HEEKS, 2006).

4 RESULTADO

4.1 Artigo científico

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO MÓDULO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS

André José Maria Chimuco
Antônio Leite Alves Radicchi
Horácio Pereira de Faria

RESUMO

O artigo descreve o desenvolvimento e implantação do Módulo do Programa de Agentes Comunitários do Sistema de Informação de Saúde da Atenção Primária em Saúde, em quatro unidades militares das Forças Armadas de Angola. Para a realização do projeto utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). As unidades militares, alvo do projeto em sua primeira fase, foram selecionadas por intenção, considerando aspectos logísticos e de custos financeiros. Um produto significativo do projeto foi a aprovação e autorização dos recursos para o desenvolvimento do mesmo pelas Forças Armadas de Angola. A implantação do projeto teve início na primeira quinzena de junho de 2014 em todas as unidades previstas. A criação do grupo de trabalho definiu o conteúdo do módulo, os instrumentos de coleta de dados, o processamento e o fluxo da informação. Ainda não foram definidos, até o momento, o desenho de análise dos dados e relatórios, bem como a base tecnológica que dará suporte ao módulo. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) mostrou-se um importante instrumento de resolução dos problemas enfrentados no desenvolvimento do trabalho, possibilitando a

participação de vários atores da linha de comando das FAA e também de profissionais dos setores de execução final da atenção à saúde. O desenvolvimento do trabalho exigiu estratégias de motivação e estabelecimento de negociações com atores controladores de variáveis importantes, fazendo recurso às demandas por um lado, e por outro lado, à realização de ações, para a solução de problemas críticos. Pode-se afirmar, com base na experiência do processo de desenvolvimento e implantação do módulo que, embora o PES seja um método que produza resultados, é necessária uma articulação política e técnica importante, contínua e, sobretudo, uma visão de oportunidade dos proponentes da intervenção, para a realização do projeto, em cada um de seus momentos de construção. As dificuldades características dos países em desenvolvimento recomendam o acompanhamento e avaliação contínua do projeto como garantia da continuidade e conclusão exitosa do processo.

Palavras-chave: Sistemas de informação em saúde. Atenção primária em saúde. Agente comunitário de saúde. Planejamento estratégico situacional.

ABSTRACT

This article is aimed to describe a developing and implementing module of Community Health Workers Program on Information System's Primary Health Care, in four Military Units of the Angolan Armed Forces. The introduction of the Project was supported by the Situational Strategic Planning (SSP). The Military Units which are the target of the project in its first fase were intentionally selected taking into consideration the costs of logistic and financing aspects. One of the most significant aspects of this project was the approval and authorization of the resources for the development by the Angolan Armed Forces. The implementation started on the first fortnight of June, 2014 in all predicted Military Units . The criation of the task force defined the context of the Module, the tools for collection of data processing and the flow of information. Still have not been defined yet, the layout of data analysis and reports, as well as the technology that will support the module. The Situational Strategic Planning (SSP) has demonstrated to be a very important tool

for the resolution of problems faced in the development of the work, thus allowing the participation of several actors of the Angolan Armed Forces (FAA) command line and also of professionals of the enforcement sector of attention of the health sector. The development of this work demanded motivational strategies and the establishment of negotiations with controller actors of important variables, making appeals to demand by one side, and by the other side to the achievement of actions for the resolution of critical problems. We can therefore declare, basing on the experiences of the development and implementation Module that, although the SSP is a method that produces results, still is necessary an important polity and procedure linkage, continuous and mainly, a vision of opportunity of the proposers of this intervention for the implementation of the project in each of its building moments. The difficulties, features of countries in ways of development recommend the monitoring and continuous evaluation of the project as the guarantee of the successful connection and conclusion of the process.

Key words: Information health systems. Primary health care. Community health workers. Situational strategic planning.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Sistema de Informação em Saúde (SIS), como instrumento complexo e composto pelas etapas de coleta dos dados, processamento, análise e transmissão da informação necessária, com vista à gestão dos serviços de saúde, promovendo a organização, a operacionalização e a produção de informações (WHO, 2004).

Os sistemas de informação em saúde têm apresentado, ao longo do tempo, mudanças tecnológicas, conceituais e de métodos para coleta, armazenamento, análise e disseminação da informação, para que seja utilizada da melhor maneira por diferentes públicos - gestores, acadêmicos e sociedade em geral (STARFIELD, 2002).

Nos próximos anos prevê-se a introdução de tecnologias de informação (TI) e comunicação para as organizações de saúde no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações e auxiliar os gestores da saúde a lidarem com os problemas de saúde das comunidades. Um grande número de artigos acadêmicos e relatórios de agências têm argumentado que as TI podem contribuir de forma significativa para a melhoria do desempenho do setor saúde nos países em desenvolvimento (AVGEROU, 2008; CHETLEY, 2006). No entanto, algumas experiências de implementação de SIS têm apresentado resultados insatisfatórios, por razões de discrepância entre o contexto da concepção das tecnologias e o contexto do local da sua aplicação, cujas realidades diferem significativamente (HEEKS, 2006).

O debate sobre a introdução da informatização/TI nos SIS nos países em desenvolvimento, vem a propósito da tendência do incremento do volume de dados que tem provocado desgaste dos trabalhadores da saúde responsáveis pelo seu manejo. Por outro lado, é necessário ter em conta a carência em recursos humanos e materiais, que podem intensificar a complexidade da aplicação dessas TI no contexto dos países em desenvolvimento (THOMPSON, 2002). Diferenças nos sistemas de informação, identificadas entre os países, correspondem às experiências dos processos históricos, às características das instituições, e às necessidades dos sistemas de atenção. Logo, estes sistemas de informação dos

Serviços de Saúde não podem ser implantados sem considerar estas realidades enunciadas (FARIA et al., 2010).

No caso de Angola, o novo ambiente de paz que se vive tem exigido mudanças no setor saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA), trazendo ao debate questões como a reorientação dos modelos de atenção à saúde, adotando a Atenção Primária à Saúde (APS), como pilar dessa reorientação, à luz do que vem acontecendo em vários sistemas de saúde no mundo, tal como é referido pela Organização Mundial da Saúde, nas recomendações da Conferência de Alma Ata,

[...] a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita a ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados Primários de Saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento. A Conferência conclama todos os países a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos e desenvolvidos, de acordo com a letra e espírito da declaração de Alma Ata. A Conferência recomendou ainda a reorientação e treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde como ator dinâmico na Atenção Primária à Saúde, afigurando-se importante, especialmente nos países em desenvolvimento [...] (OMS 1978, p. 50)

No processo de reorganização da APS em curso no âmbito do subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas (SSFAA), a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem um significado importante e justifica a implementação de um módulo voltado para as atividades dos agentes comunitários de saúde dentro do sistema de informação da APS (PACS/SIAPS), que garanta as informações necessárias ao monitoramento e avaliação do PACS. Esses acontecimentos - implantação do PACS e do PACS/SIAPS, em curso no âmbito do subsistema de saúde das FAA, inserem-se, por sua vez, no contexto de mudanças do Sistema Nacional de Saúde de Angola.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2021 constitui um instrumento orientador para a implementação da estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo e da Política Nacional de Saúde, transformando essas políticas em ações e intervenções concretas, a serem executadas e monitoradas em períodos sucessivos, trazendo desafios enormes pela grandiosidade do que se propõe (ANGOLA, 2012). Entre os desafios se realça o alcance de princípios e diretrizes como a necessidade da equidade, da descentralização, da humanização do cuidado, da liberdade de escolha do cuidado e da prestação de contas. Reafirma a proposta da APS como pilar, respondendo em

85% a demanda em atenção à saúde; a redução da mortalidade materna e infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer (ANGOLA, 2012). A implementação do PNDS conta com a participação do Subsistema de Saúde das FAA, que tem responsabilidades no processo. A principal mudança nessa direção é a valorização da APS, com a recente criação da Companhia Médica da Brigada, estratégia que está a ser utilizada pelos SSFAA para implementar a APS, e que constitui um grande desafio. A Companhia Médica da Brigada constitui a base da estrutura de funcionamento da cadeia de prestação de cuidados de saúde nas FAA e a estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, na busca da qualidade do cuidado em saúde e da melhoria das condições de saúde das populações sob sua responsabilidade.

Organização do SSFAA

O Sistema de Saúde de Angola é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), tutelado pelo Ministério da Saúde, pelos Serviços de Saúde Militar, tutelado pelo Ministério da Defesa e dedicado ao atendimento de militares e seus familiares diretos, pelos Serviços de Saúde do Ministério do Interior e pelos Serviços de Saúde de Empresas. Esta composição é referida na lei de base da saúde nº 21B/92 de 27 de outubro. Assim, a estrutura da saúde das Forças Armadas é considerada um Subsistema do Sistema Nacional de Saúde (ANGOLA, 1992).

As FAA têm uma estrutura hierárquica organizada em três níveis: o Estado Maior General, o Estado Maior dos três Ramos das FAA - Marinha, Força Aérea e Exército, e os Comandos das Regiões Militares, sendo que, em cada um dos níveis existem representações dos Serviços de Saúde assim distribuídos: no primeiro nível, a Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General (DSS/EMG/FAA); no segundo nível, as Direções dos Serviços de Saúde dos Estados Maiores dos Ramos das FAA; e, no terceiro nível, os Comandos das Regiões Militares que têm em suas estruturas as Repartições dos Serviços de Saúde das Regiões Militares dos Ramos das FAA. Na ponta de todo o sistema, se encontram as Brigadas como principais unidades onde se realiza a Atenção Primária à Saúde, espaço de intervenção do projeto.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever o desenvolvimento e a implantação do módulo do programa de agentes comunitários de saúde do sistema de informação da atenção primária à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas.

Objetivos específicos

- a. Descrever o desenvolvimento do módulo do programa de agentes comunitários de saúde do sistema de informação da atenção primária à saúde no âmbito do subsistema de saúde das Forças Armadas Angolanas;
- b. Descrever a implantação do módulo do programa de agentes comunitários de saúde do sistema de informação da atenção primária à saúde no âmbito do subsistema de saúde das Forças Armadas Angolanas.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que utiliza como proposta metodológica o Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizado para o enfrentamento de problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existem soluções normativas ou previamente conhecidas e consensuadas. Idealizado pelo Professor Matus (1993), o PES tem no seu enfoque o reconhecimento da complexidade, fragmentação e incerteza que caracterizam os processos sociais, semelhante a um sistema de final aberto e probabilístico, em que os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados, e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total dos recursos que estão envolvidos na situação. O planejamento é situacional porque trata de uma situação, que se caracteriza por constantes mutações. Nesse ambiente, o PES permite elaborar o plano dentro do contexto dinâmico da realidade social (MIGLIATO, 2004). Com um plano com estas características, Matus mostra-se atento ao dinamismo e mutabilidade da vida econômica, política e social e, nesse

sentido, deve-se destacar que o PES se identifica com a realidade e gira em torno de problemas, podendo ser reatualizado (GONÇALVES, 2005).

O planejamento estratégico tem caráter dinâmico e de ações interativas ao longo de todo o processo de planejamento. Artmann (2000) propõe quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. Ao romper com a ideia de etapas sequenciais do planejamento normativo, a noção de momento indica que essas “etapas” se desenvolvem, na realidade, de modo simultâneo, em que apenas há o predomínio de um momento sobre o outro (FERREIRA, 1981; TEIXEIRA, 2001).

O momento explicativo implica a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas relevantes e se observam as oportunidades de ação do ator em cada situação. Nesse momento se busca levantar as possíveis causas do problema, suas consequências e as possibilidades de superação em um espaço e momento dados.

O momento normativo contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados (FERREIRA, 1981). Aqui se definem os objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. Quando for possível quantificar tais objetivos, então ter-se-ão metas. Os objetivos gerais podem corresponder a certas linhas de ação, e para cada objetivo específico deverão estar explicitadas as ações e subações necessárias ao seu alcance, bem como recursos necessários (TEIXEIRA, 2001).

O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos Módulos Operação-Problema contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. Chega-se ao momento estratégico, confrontando-se as oportunidades, fragilidades, fortalezas, ameaças, e construindo os cursos de ação no tempo e no espaço, bem como as alianças e mobilizações para a superação dos obstáculos - desenho estratégico (MATUS, 1993).

Após a formalização, aprovação e viabilização política e técnica do plano, tem-se o momento tático-operacional quando as suas ações são executadas, sob uma dada gerência e organização do trabalho, com monitoramento das operações e

avaliação dos resultados alcançados, bem como prestação de contas sobre o plano (PINEAULT; DAVELUY, 1987). A divisão do processo de planejamento em momentos que se desenvolvem simultaneamente e não em etapas rígidas, assim como o desafio de lidar com os conflitos entre os atores envolvidos, frente a um problema concreto num espaço e tempo definidos, são marcas fundamentais que diferem o PES do planejamento normativo.

Local do trabalho e cenário de intervenção

O projeto foi desenvolvido em três Regiões Militares e três Ramos das Forças Armadas, situadas em três Províncias de Angola, quais sejam; Huila, Namibe e Cunene. Foram considerados espaços de intervenção do Projeto: 1) a 60ª Brigada de Infantaria Motorizada, localizada no município da Matala, província de Huila; 2) a 61ª Brigada de Infantaria Motorizada, localizada na comunidade de Tchamutete, município de Jamba, província de Huila; 3) o Regimento Aéreo de Caças de Lubango, localizado no município de Lubango, capital da província de Huila e; 4) a Base Naval do Namibe, localizada no município Namibe, capital da província de Namibe (Quadro 1). As Unidades Militares foram selecionadas por intenção, considerando sua localização em uma Região Militar do Exército onde se sobrepõem, coincidentemente, as Regiões Marítimas Sul e a Região Aérea Sul, minorando as questões de acesso geográfico por estrada às unidades militares e consequentemente o custo da intervenção.

Quadro 1: Localização das áreas de intervenção do projeto, por regiões militares e divisão administrativa civil

Ramo das FAA	Região militar	Divisão administrativa	Grandes unidades militares	Unidade militares selecionadas	Localização
Exército	Região Militar Sul	Província de Huila Municípios de Matala e Jamba	6ª Divisão	60ª Brigada	Candjanguiti
				61ª Brigada	Tchamutete
Marinha	Região Marítima Sul	Província de Namibe Município de Namibe	Base Naval do Namibe	Base Naval do Namibe	Forte do Namibe
Força Aérea	Região Aérea Sul	Província de Huila Município do Lubango	Base Aérea do Lubango	Regimento Aéreo de Caças	Aeroporto da Mukanka

Fonte: Elaborado pelo autor

DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS

O caminho percorrido até o momento pode ser sintetizado em passos que aconteceram, como sugere o método do PES, não em etapas estanques mas como um processo, no qual as relações/negociações entre os diferentes atores envolvidos foram definindo as possibilidades e alternativas na construção da viabilidade dos objetivos do projeto.

Viabilidade do projeto junto ao EMGFAA

Para a viabilização do projeto junto aos órgãos de decisão do EMGFAA foram desenvolvidas ações que tiveram como objetivos principais apresentar, discutir, divulgar o projeto junto aos diferentes atores na cadeia de comando das FAA e sensibilizá-los quanto à sua pertinência. Para tanto foram realizadas várias reuniões e alguns eventos, dentre os quais se destacam, em ordem cronológica:

- a. reunião em janeiro de 2013 com o objetivo de apresentar e informar, ao CDSS/EMGFAA, detalhes do projeto sobre o PACS e PACS/SIAPS. O resultado da reunião foi positivo e com uma orientação de prosseguimento do projeto;
- b. reunião ainda em janeiro de 2013 com o objetivo de reforçar a ideia da necessidade de recursos para o projeto. A questão dos recursos passou a constituir, nesse momento, um impasse à realização do projeto, considerando as dificuldades de financiamento, apresentadas pelo CDSS/EMGFAA, entretanto, com o compromisso de se buscarem outras fontes de financiamento, externas à DSS;
- c. com a aceitação da ideia e o compromisso da busca por recurso por parte do CDSS, ainda em fevereiro de 2013 foi realizada uma reunião com o objetivo de se buscar o apoio político junto ao CEMGFAA. Em 24/03/13, por orientação do CDSS foi remetida a petição S/N, ao CEMG/FAA com a nota nº 335/5.01/DSS/GC/EMG/13. Com o encaminhamento do Projeto para aprovação pelo EMGFAA foram desenvolvidas, paralelamente, as seguintes ações:

- em 12/03/13 foi realizada a reunião com o Chefe da Direção Principal de Preparação de Tropas e Ensino do Estado Maior General (CDPTE/EMG) com o objetivo de informá-lo sobre o projeto;
- a primeira apresentação do projeto foi realizada em 11/03/13. Estiveram presentes ao ato, o Chefe CDSS/EMG/FAA e seu Adjunto para a Assistência Médica e, os Chefes de Repartições dos Serviços de Saúde da DSS/EMG/FAA e convidados das DSS dos Ramos. Foram ainda realizados, durante os intervalos, encontros, separados com o Chefe Adjunto para a Assistência Médica, os Chefes de Repartições da DSS/EMG/FAA presentes ao ato, com o propósito de interagir e complementar detalhes do projeto;
- em 27/03/13 o projeto teve sua aprovação pelo CEMG/FAA, tendo sido autorizada a realização do mesmo nas áreas previstas, bem como os recursos necessários ao seu desenvolvimento. A partir deste evento, a viabilização técnica passou a ter um ascendente sobre a política (ANEXO B);
- em abril de 2013, organizaram-se gestões para as reuniões entre os Comandantes dos Ramos das FAA e os Chefes das DSS dos Ramos, nas quais o projeto foi discutido. Posteriormente foi orientado aos Comandantes de Região Militar o apoio às atividades previstas para sua viabilização;
- em maio 2013 foram realizadas gestões junto à Faculdade de Medicina da UFMG através de ofício, para a participação de dois docentes que, naquele momento, respondiam pela orientação das dissertações referentes aos Projetos de Implantação do PACS e do PACS/SIAPS, em dois eventos (ANEXOS C e D). O primeiro evento aconteceu em 03 e 04/06/13 em Luanda, e teve como objetivo a capacitação dos oficiais, contando com a participação de oficiais seniores da DSS/EMG/FAA. O segundo evento aconteceu nos dias 05 à 07/06/2013 na província da Huila, e teve como objetivo principal a realização do seminário de capacitação e sensibilização dos formadores de ACSs. A realização dos dois eventos fortaleceu o processo e deu mais credibilidade ao projeto (ANEXO E).

Desenvolvimento técnico do projeto

A viabilização técnica do projeto é, na realidade, a construção técnica coletiva do módulo do SIAPS/PACS. O grupo de trabalho (ANEXO F), constituído no âmbito da DSS, por ordem do CDSS/EMG/FAA, teve como missão o desenvolvimento e implementação do módulo PACS/SIAPS. Para levar a cabo esta missão, o grupo elaborou um plano de ação. Para tanto, foram realizadas as seguintes atividades:

- a. reunião com as DSS/Ramos, para definição das unidades participantes do projeto, em maio de 2013;
- b. viagem às cidades do Lubango e Namibe, para seleção de quinze formadores de ACS e preparação das condições para a realização da oficina de formação de formadores, de 21 à 24/05/13;
- c. oficina de formação de quinze formadores de ACS envolvidos nas Unidades Militares previstas, realizada na cidade do Lubango, entre 06 e 07/06/2013; (ANEXO E);
- d. oficinas de capacitação e sensibilização dos ACS sobre noções básicas do PACS/SIAPS nas unidades, previstas para julho de 2014.

O plano de ação

O plano de ação incluiu o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, a elaboração do plano operativo e de gestão do plano. O ponto de partida para a elaboração do plano de ação foi a definição dos nós críticos para a elaboração e implementação do módulo. Para tanto, foi compartilhada com o grupo, discutida e reelaborada uma árvore explicativa do problema com os seguintes nós críticos:

- a. desenho do processo de produção da informação do PACS/SIAPS;
- b. nível de conhecimento do ACS sobre o PACS/SIAPS;
- c. nível de conhecimento dos operadores do PACS/SIAPS.

Os quadros 2, 3 e 4 sintetizam o caminho construído pelo grupo de trabalho objetivando a construção e implantação do módulo PACS/SIAPS, numa perspectiva participativa e considerando, em cada momento, o contexto e a viabilidade de cada passo.

Quadro 2: Desenho das operações

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultado esperado	Produtos esperados	Recursos necessários
Desenho do processo de produção da informação do PACS/SIAPS	Definição de indicadores de monitoramento e avaliação	Indicadores definidos	Planilha com indicadores	Políticos - concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – conhecimento sobre o assunto
	Definição do conteúdo dos instrumentos de coleta	Conteúdo do SISPACS definido Formulários definidos.	Formulário de cadastro familiar, Formulário de acompanhamento de condições prioritárias	Políticos - concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – conhecimento sobre o assunto.
	Definição do processamento dos dados	Processamento dos dados definido	Definido o processamento de dados	Político – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – conhecimentos sobre o assunto
	Definição do plano de análise dos dados e os relatórios	Plano de análise e relatório definidos	Plano de análise e um modelo de relatório	Político – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – conhecimento sobre o assunto
	Definição do fluxo da informação	Fluxo definido	Desenho do fluxo definido para a transmissão da informação (anexo)	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – conhecimento sobre o assunto
	Definir a base tecnológica do PACS/SIAPS	Base tecnológica definida	Base tecnológica do PACS/SIAPS instalada	Político – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – demanda a especialistas e tecnologia
Nível de conhecimento dos ACS sobre a importância da informação	Realizar oficinas de sensibilização e capacitação dos ACS envolvidos desde a coleta à divulgação dos dados	Oficinas de trabalho realizadas, ACS sensibilizados e capacitados	Duas oficinas de trabalho realizadas e 61 ACS sensibilizados e capacitados	Cognitivos – conhecimentos sobre o tema político – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Organizativos – programação da oficina Financeiro – equipamentos audiovisuais, viagem e energia elétrica
Nível de conhecimento insuficiente para trabalhar com o PACS/SIAPS	Oficina de capacitação do pessoal para operar PACS/SIAPS	Oficina de capacitação e sensibilização de operadores do PACS/SIAPS realizada	Uma oficina de capacitação realizada e 10 operadores sensibilizados e capacitados	Organizacional – organizar a capacitação Cognitivos – especialistas Políticos – espaço para capacitação Financeiros – liberação dos recursos para aquisição de recurso audiovisual e didático e contrato

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 3: Identificação dos recursos críticos

Operação / projeto	Recursos críticos
1 - Oficina de capacitação do pessoal para operar o PACS/SIAPS	Financeiros – liberação dos recursos para aquisição de recurso audiovisual, didático e contrato
2 - Fluxo da informação - rumo que segue a informação	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo
3 - Definição de indicadores Monitoramento e avaliação	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo
4 - Definir o conteúdo dos instrumentos de coleta	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo
5 - Definição do processamento dos dados	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo
6 - Definir o plano de análise dos dados e os relatórios	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo
7 - Definir a base tecnológica do PACS/SIAPS	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – demanda a especialistas Financeiros – aquisição dos recursos tecnológicos
8 - Realizar oficinas de sensibilização e capacitação dos ACS	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Financeiro – energia elétrica

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 4: Análise da viabilidade do plano

Operação/projeto	Recurso crítico	Controle dos recursos críticos		Operação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Definição de indicadores de monitoramento e avaliação	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Indiferente	Apresentação da proposta do grupo à DSS
Definir o conteúdo dos instrumentos de coleta	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Favorável	
Definição do processamento dos dados	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Favorável	
Definir o plano de análise dos dados e os relatórios	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Indiferente	Apresentação da proposta do grupo à DSS
Fluxo de informação – rumo que segue a informação	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Favorável	

Continua

Quadro 4 - conclusão

Operação/projeto	Recurso crítico	Controle dos recursos críticos		Operação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Definir a base tecnológica do PACS/SIAPS	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo Cognitivos – contratação de consultoria de especialistas	DSS/EMG	Favorável	Apresentação da proposta do grupo à Direção de Finanças
	Financeiros – aquisição dos recursos tecnológicos	Direção de Finanças	Indiferente	
Realizar oficinas de sensibilização e capacitação dos ACS	Políticos – concordância da DSS em relação à proposta elaborada pelo grupo	DSS/EMG	Favorável	Apresentação da proposta do grupo à Direção de Finanças
	Financeiro – aluguel de gerador de energia elétrica	Direção de Finanças	Indiferente	
Capacitação de operadores do PACS/SIAPS	Financeiros – liberação dos recursos para aquisição de recurso audiovisual, didático e contrato	Direção de Finanças	Indiferente	Apresentação da proposta do grupo à Direção de Finanças

Fonte: Elaborado pelo autor

Plano operativo e a gestão do plano de ação

A responsabilidade pelo desenvolvimento das oito operações ficou a cargo dos mestrandos e do grupo de trabalho, e o prazo inicialmente definido para o cumprimento das operações foi estabelecido da seguinte maneira: até setembro de 2013 para a definição do fluxo e dos instrumentos de coleta de dados, até dezembro de 2013 para a definição do processamento de dados e até setembro de 2014 para plano de análise e definição da base tecnológica do módulo e para a capacitação e sensibilização de operadores do PACS/SIAPS.

As operações de definição dos instrumentos de coleta de dados, a definição do fluxo de informação e o processamento de dados foram cumpridas dentro dos prazos estipulados. Essas operações contaram desde o início com a concordância da DSS, o que facilitou o seu desenvolvimento. Os anexos F, G, H e I, sintetizam a proposta final aprovada.

Em relação à operação de desenvolvimento dos indicadores de monitoramento e avaliação, foi elaborada uma planilha contendo um elenco de indicadores e encaminhada à DSS para aprovação. O prazo do cumprimento foi

alterado de maio 2013 para outubro de 2014. A operação estratégica do grupo foi a apresentação de uma proposta à DSS.

A operação de capacitação de operadores do PACS/SIAPS, pela demora da Direção de Finanças em desbloquear o recurso financeiro necessário para o seu desenvolvimento, ficou aprasada de setembro de 2014 para fevereiro de 2015, utilizando a operação estratégica de apresentação do Projeto à Direção de Finanças.

A operação de desenvolvimento do plano de análise dos dados e relatórios foi encaminhada para a DSS, para a sua aprovação. E, entretanto, existe um ponto de discórdia referente à descentralização de parte da responsabilidade da análise para a Divisão ou RSS que correspondem à gerência local dos SSFAA. Apesar da incerteza da definição da decisão, o prazo do cumprimento foi alargado para dezembro de 2014.

A operação de definição da base tecnológica do PACS/SIAPS, programada para dezembro de 2014, foi alterada para fevereiro de 2015, não tendo sido realizada por razões de ordem financeira. Sendo assim, foi programada a operação estratégica de uma proposta do grupo de trabalho (apresentação do Projeto à Direção de Finanças);

Em relação à operação de realização das oficinas de capacitação e sensibilização de ACS sobre noções básicas sobre sistemas de informação, foram cumpridos os dois ciclos, conforme a programação inicial, ficando por realizar, de acordo com a programação, a capacitação / sensibilização programadas para outubro de 2014 e fevereiro de 2015.

A operação referente às oficinas de capacitação dos operadores ficou adiada para fevereiro de 2015.

Síntese dos resultados parciais do projeto até o momento

Os resultados obtidos até junho de 2013 resumem-se nos seguintes pontos:

- a. aprovação do projeto e dos recursos: o projeto foi aprovado pelo CEMG/FAA, tendo sido autorizada a realização das atividades, bem como o recurso

necessário, através do documento sob a nota nº 335/5.01/DSS/GC/EMG/13, em 27/03/13 (ANEXO B);

- b. definição dos principais instrumentos de coleta de dados: foram definidas as fichas de cadastramento e as de acompanhamento das situações de risco (ANEXO H);
- c. definição do fluxo de informação: foi definido o fluxo, mantendo a configuração atual (ANEXO I) e;
- d. definição do processamento dos dados e a periodicidade: para o processamento dos dados manteve-se o roteiro anterior com alterações na periodicidade do processo (ANEXO J).

DISCUSSÃO

Inicialmente previsto para cinco províncias: Benguela, Cabinda, Huambo, Luanda e Huila localizada em cinco Regiões Militares, por razões financeiras e de acesso geográfico, a intervenção ficou restrita a quatro Unidades Militares, permitindo a articulação logística e o acesso àquelas áreas, isto é, havia governabilidade sobre um grande número de variáveis, permitindo poupar recursos tempo e materiais. As adaptações realizadas no plano original fazem parte da dinâmica do processo de planejamento. Vários autores apontam para a necessidade de se realizarem ajustes no desenvolvimento de um projeto em função das dificuldades e possibilidades que se apresentam em cada momento.

Para Migliato (2004), o planejamento é situacional porque se trata de uma situação dinâmica, que se caracteriza por constante mudanças, possibilitando a elaboração de planos dentro do contexto dinâmico da realidade. Para Huertas, (2004), planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente com método, explicando cada possibilidade e analisando suas respectivas vantagens e desvantagens, criando coletivamente as condições do futuro.

Segundo Huertas (2004), a realidade é percebida por meio de problemas, que são considerados o eixo central do PES. Partindo desse pressuposto, e considerando que, de acordo com Faria (2008), de um modo genérico, o problema é a discrepância entre uma dada situação real e uma situação ideal ou desejada. O problema identificado e selecionado no presente trabalho é que desencadeou o

planejamento das ações realizadas foi a ausência de um sistema de informação para o monitoramento e avaliação das ações do PACS que vem sendo implantado no âmbito do SSFAA. No desenvolvimento do trabalho, foram relatados dois tipos de recursos críticos: o político e o financeiro, exigindo dos proponentes uma intervenção utilizando-se de operações estratégicas capazes de convencer os atores sobre a importância das operações propostas.

A criação do grupo de trabalho constituído por profissionais da saúde das Direções de Saúde do EMG e Ramos, foi um fator importante e demonstrou o aspecto democrático do PES, permitindo a participação de grupos de interesse, limitando o viés autocrático e levando em consideração a diversidade de opiniões dos representantes dos segmentos sociais.

Embora no momento de implementação as soluções sejam principalmente técnicas, o caso do projeto de desenvolvimento e implantação do PACS/SIAPS tem mostrado que os aspectos técnicos não caminham isolados, as questões políticas e de interesses de poder devem ser levadas em consideração. Isso envolve negociações contínuas, nas quais os atores e suas bases de poder associados, podem ou não ter sucesso.

Apesar de o processo de implementação estar ainda em curso, o grupo de trabalho tem participado na definição da estrutura do sistema de informação. Até o momento, já foram definidos o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados, o processamento e o fluxo da informação. Entretanto, entre as principais pendências se encontram a definição do plano de análise e da base tecnológica do módulo PACS/SIAPS, que são fundamentais para conformação do módulo, tendo sido encaminhadas para a decisão da DSS. Ao analisar as proposições das operações estratégicas designadas para a viabilização técnica, é possível notar que, na sua maioria, têm um pendor político importante, o que de certa forma tem a ver com a concentração de poder em determinado ator, próprio dos sistemas militares, de acordo com a observação feita.

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos essenciais dos sistemas de saúde. Eles armazenam, processam, analisam as informações e fornecem relatórios importantes para o processo de planejamento e tomada de decisão fundamentada para as organizações. As informações produzidas pelos sistemas de informação podem levar essas organizações a produzirem

conhecimentos sobre a realidade objetiva. Para Wurman (1991), esse saber de transformar informação em compreensão, ou seja, torná-la mais clara e acessível, é um dos grandes problemas a ser enfrentado pela civilização moderna. Nessa linha de pensamento, para que o sistema de informação cumpra um papel fundamental no fornecimento de informação necessária para a produção de conhecimento, é importante que haja um alinhamento com o modelo de atenção à saúde, adotado pela organização.

O modelo conceitual sugerido para o PACS/SIAPS é a proposta que busca agregar princípios - universalidade, integralidade, equidade e participação social, cujo alcance são objetivos da APS, na qual a responsabilidade sanitária é atribuída à equipe e que, pelo conceito de território, inclui a adscrição da clientela, que cumpre um papel fundamental (TEIXEIRA, 2003). É nesse território que os indivíduos habitam, se realizam e se integram com os serviços da APS que, por meio de seus profissionais de saúde, trabalhando em diferentes programas e setores, oferecem um conjunto de serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os princípios citados anteriormente definem de que forma se deve dar a relação entre as equipes de saúde e os indivíduos isoladamente, suas famílias ou a comunidade como um todo em um dado território. E é na diversidade de ações desenvolvidas pelos profissionais que se dão os encontros, significando confluência de toda a diversidade de serviços, indivíduos ou famílias que confluem numa consulta individual ou coletiva, visitas no domicílio etc. Esse encontro se explicita sob a forma de um dado registrado (como origem ou motivo, tema debatido, situação percebida, dado de anamnese e exame físico etc.), na identificação de problema ou necessidade, na formulação de projetos ou adoção de condutas e na definição de certos encaminhamentos (TEIXEIRA, 2003). Essa afirmação vem confirmar o que vários autores advogam, quanto à necessidade de adotarem modelos de sistemas de informação que se harmonizam ao modelo assistencial em vigor numa determinada realidade.

De acordo com Paim (2003), entre os problemas mais relevantes dos sistemas de saúde, estão os modelos assistenciais, desde a desigualdade no acesso ao sistema e a inadequação dos serviços às necessidades, até a qualidade insatisfatória dos serviços, bem como a falta de integralidade das ações. Para tal, o

autor define modelos de atenção como uma combinação de tecnologias mediadas pelas organizações da saúde que, para a sua aplicação, necessita de um espaço onde vão interagir com os equipamentos sociais, ambiente, uma determinada população usuária e unidades prestadoras de serviços de saúde com ampla complexidade.

Na APS dos SSFAA, o processo de trabalho é desenvolvido pela “Companhia Médica” como parte integrante da Brigada e das Unidades equivalentes dos Ramos das FAA. É o primeiro escalão funcional básico do Subsistema de Saúde das FAA e tem por missão, em tempo de paz, a aproximação da prestação efetiva do cuidado, garantindo todas as medidas de promoção da saúde, prevenção das doenças e recuperação dos militares, suas famílias e, população civil em condições especiais - áreas sob o controle das Forças Armadas com inacessibilidade das autoridades civis dos serviços de saúde; situações de catástrofes etc., quando as Forças Armadas são chamadas (ANGOLA, 2002). Pode-se então depreender que, com essa responsabilidade a Companhia Médica da Brigada corresponde à estratégia de reorganização da APS (ANGOLA, 2006), pelo que se ousa designar – “Estratégia da Companhia Médica da Brigada”. É nesse espaço que o ACS, na qualidade de principal agente da coleta de dados, vai alimentar o sistema de informação.

Uma questão importante a se considerar na implantação do módulo PACS/SIAPS é o cuidado que se deve ter ao utilizar, como referência, modelos que foram desenvolvidos para realidades muito distintas. As vezes incorre-se no erro de elevar um modelo teórico, que teve algum sucesso em uma realidade, à categoria de verdade indiscutível (FARIA et al., 2010).

O sistema de informação em vigor no subsistema de saúde da FAA, de maneira geral, é manual. Esse fato tem provocado, em função das questões de globalização, um debate sobre a informatização do subsistema de saúde.

Starfield (2002), ao discutir a informatização dos serviços de saúde, refere seu potencial na melhoria, não somente da atenção clínica, mas também no planejamento, na prestação de serviços, na avaliação dos serviços para as populações e nas bases do conhecimento nas quais se encontra o progresso da prestação dos serviços de saúde. Entretanto, Heeks (2006) constata a existência de um abismo entre a realidade e o que se tem escrito sobre as tecnologias,

especialmente no setor público dos países em desenvolvimento, levando ao desperdício de recursos financeiros, humanos e políticos. Lungo e Igira (2003) sugerem que o uso criativo de tecnologias de informação e comunicação é um dos meios mais promissores para melhorar a qualidade, atualidade, clareza, apresentação e uso de informações relevantes para a APS.

Apesar das questões em desfavor do uso das tecnologias, é necessário que os serviços de saúde progridam gradualmente no uso de sistemas informáticos que possam auxiliar no planejamento, na tomada de decisão de forma célere, no monitoramento na avaliação.

Melamed (1998) refere que a proposta inicial do PACS no Brasil era o esclarecimento da comunidade sobre os cuidados básicos com a saúde e seu encaminhamento a postos de saúde ou serviços especializados em caso de necessidade, que ultrapassem a competência do ACS. Segundo o autor, por meio da visita consistente às casas da comunidade, se realiza o acompanhamento do crescimento das crianças de zero a cinco anos. Apesar dessa realidade ser similar à angolana e os objetivos do PACS em Angola serem muito próximos, para o caso dos SSFAA, além de todas as questões gerais relativas à saúde da população, também deverá se levar em consideração os aspectos ligados às consequências da guerra recente, por meio das medidas de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Logo, o ACS não se deve restringir tão somente ao uso das fichas, os apontamentos referentes a outras observações sobre as famílias, a moradia e seu entorno são muito importantes.

É necessário compreender, ainda, que o projeto está sendo realizado no espaço de uma estrutura hierarquizada e centralizada, pelas especificidades do caráter militar que se reveste a instituição. A hierarquização e a interdependência administrativa, no caso do projeto, tem retardado algumas ações, aliado ao fato inegável da história recente de guerra, com todas as implicações que ela trouxe à maturação das instituições. Esse fato é agravado, como consequência desse cenário, pelo custo elevado de bens e serviços em Angola. Entretanto, apesar desse detalhe e suas implicações reais, o projeto tem tido apoio.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um elemento importante dos Sistemas de Saúde, particularmente nos países em desenvolvimento, onde a maioria da população vive em áreas rurais e a única alternativa para o cuidado da saúde é a APS do sistema público. Parte significativa da população é atendida na APS, o que deve levar as autoridades sanitárias a prestar maior atenção neste segmento do sistema. Deve-se destacar a importância na captação da informação produzida, para poder subsidiar o planejamento das ações prioritárias.

A preocupação em desenvolver o módulo PACS/SIAPS, além do monitoramento e avaliação das ações do PACS, vem no mesmo raciocínio, no sentido de melhorar a sistematização das informações na APS. Sendo assim, para o desenvolvimento e implementação do módulo foi imprescindível a autorização do projeto e dos recursos, que permitiram o início das atividades, com o estabelecimento de reuniões, apresentação do projeto e discussão com os diferentes atores.

Os principais obstáculos ao processo estavam relacionados com o desenvolvimento técnico. Nesta altura foram levantadas questões como a falta de recursos financeiros necessária para a realização das operações, o que levou ao abrandamento das negociações e conseqüentemente da realização da implementação.

Com a participação do grupo de trabalho, foram definidas as principais fichas de coleta de dados (cadastro da família e fichas de acompanhamento das condições de risco), o roteiro do fluxo da informação e o processamento de dados e sua periodicidade.

As principais discussões estavam ligadas à definição dos indicadores, à análise dos dados e à tecnologia a ser utilizada, sendo este último item e a capacitação e sensibilização dos operadores do módulo PACS/SIAPS, também dependentes de recurso financeiro.

Apesar dos recursos estar autorizado, o país vive um momento de crise financeira que levou a restrições e espaçamentos mais longos da entrega de valores.

Até ao final do mês de junho, as principais operações por realizar eram a definição da análise dos dados, a definição da tecnologia a utilizar e o treinamento dos operadores do módulo, cujas conclusões estão previstas entre setembro de 2014 e março de 2015.

Nem todas as estratégias formuladas no planejamento serão consideradas viáveis na situação inicial, o que significa dizer que nem todas as estratégias poderão ter sua execução iniciada em um primeiro momento. Muitas delas, sobretudo aquelas que necessitam da cooperação de diversos atores sociais, precisam ter sua viabilidade analisada e, caso necessário, construída ao longo do tempo.

Por outro lado, nos países em desenvolvimento, mesmo quando bem sucedidos na fase de implantação, muitos projetos enfrentam problemas de diversas naturezas - principalmente políticos e financeiros, e encontram dificuldades no momento de sua operacionalização (AVGEROU, 2008; WALSHAM, 1992). Além disso, a dispersão geográfica é identificada entre as principais causas, aliada a uma forte centralização das organizações públicas, na maioria dos países em desenvolvimento (AVGEROU, 2008; WALSHAM, 1992).

Apesar dessa afirmações, das dificuldades inerentes à complexidade do contexto angolano, e considerando a localização das principais unidades básicas de saúde em locais longínquos, os passos dados até o momento presente, as negociações com a DSS/EMG, e as discussões em torno da temática sobre SIS no SSFAA, revela que há vontade política no sentido da implantação do PACS/SIAPS. Entretanto, se por um lado há essa vontade política, por outro lado, existem dúvidas quanto aos resultados finais, por parte de alguns atores do subsistema que têm introduzido outras propostas.

Um legado do projeto é a possibilidade de que o método PES venha trazer contribuições e benefícios para a discussão de práticas de planejamento no SSFAA. Essas contribuições são evidentes em três pontos: a participação dos vários atores envolvidos no processo de planejamento, o uso frequente das teorias do planejamento e a participação ativa no uso das estratégias de viabilização, pelo grupo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ANGOLA MINDEF. **Norma de Execução Permanente da Companhia Médica da Brigada**. Luanda, 2006.

ANGOLA MINDEF. **Regulamento da Assistência Médica e Medicamentosa nas Forças Armadas** (Decreto nº 38/02 de 26 de Julho). Diário da República n.59 I série. Luanda, Julho de 2002.

ANGOLA Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 – 2021**. Luanda, Angola, 2012.

ANGOLA. **Lei de base do Sistema Nacional de Saúde. Lei nº 21 – B/92 de 28 de Agosto**. Diário da República nº34, I série. Luanda, Agosto de 1992.

ARTMANN, Elizabeth. Planejamento estratégico situacional no nível. local: um instrumento a favor de uma visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**, Rio de Janeiro, n.3, p. 98-119, 2000.

AVGEROU, Chrisanthi. Information systems in developing countries: a critical research review. **Journal of information Technology**, v.23, n.3, p.133-146, 2008.

CHETLEY, Andrew. Improving health, connecting people: the role of ICTs in the health sector of developing countries. **Infodev**, World Bank. Washington, DC, 2006.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p. Disponível em: <http://www.more.ufsc.br/livros/inserir_livros>. Acesso em: 21/10/13.

FARIA, Horácio et al. **Processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte. UFMG, NESCON/UFMG. 2008, p. 80.

FERREIRA, Francisco Whitaker. **Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GONÇALVES, Raquel Garcia. **Modelos emergentes de planejamento: elaboração e difusão - um estudo do planejamento estratégico situacional**. 2005. 201f. Tese (Doutorado. em Planejamento Urbano e Regional) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

HAUX, Reinhold. Health information systems; past, present, future. **International Journal of medical Informatics**, v.75, n.3, p.268-281, 2006.

HEEKS, Richard. Health Information Systems: failure, success and improvisation. **International Journal of Medical Informatics**, Shannon, v.75, n.2, p.125-137, Feb. 2006.

HUERTAS, Franco. **Entrevista com Matus: o método PES**. São Paulo: Fundap, 2004.

LUNGO, Juma Hemed; IGIRA F. Development of health information system in zanzibar: practical implications. **Journal of Health informatics in Developing Countries**, v.4, n.1, p.24-32, 2003.

MATUS, C. **El PES em la Pratica**. Caracas: Fundación ALTADIR. (mimeo), 1994.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasil: IPEA, 1993.

MELAMEDI, C. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. ALCANTIL (PB). In: FUJIWARA, L. M.; ALESSIO N. L. N.; FARAH, M. F. As. (Orgs.). **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 1998.

MIGLIATO, Antônio Luiz Tonissi. **Planejamento estratégico situacional aplicado à pequena empresa**. 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2004.

OMS. **Cuidados Primários de Saúde**, Alma Ata, URSS. Set. 1978. p 64.

OMS. **Estratégia da OMS de cooperação com os países**. Angola 2002 – 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYOL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole. **La planificación sanitaria**. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1987. 382p.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**; equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmen. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Cooptec/ISC, 2001.79 p.

TEIXEIRA, Robson Ricardo. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTÓS, R. A. (Eds.). **Construção da integralidade**; cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-ABRASCO, 2003. p.89-111.

THOMPSON, Mark. Cultivating meaning: interpretive fine-tuning of a South African Health Information System. **Information And Organization**, Oxford, v.3, n.12, p.183-211, 2002.

WALSHAM, Geoff. Decentralization of systems in DC's: power to the people. In: BHATNAGAR, S.C.; ODEDRA, M. (Eds.). **Social implication of computers in developing countries**. New Dehli: McGraw-Hill, 1992. p.197-208.

WHO. Regional Office for the Western Pacific. **Developing Health Management Information Systems: A Practical Guide for Developing Countries**. Genebra, 2004.

53p. Disponível em: http://www.wpro.who.int/publications/docs/Health_manage.pdf?ua=1 . Acesso em: 09 set. 2013.

WURMAN, Richard Saul. **Ansiedade de informação**: como transformar informação em compreensão. São Paulo: Cultura, 1991. 380p.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Saúde das Forças Armadas de Angola é considerado um Subsistema do Sistema Nacional de Saúde de Angola ao abrigo da Lei de base do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 21 – B/92 de 28 de agosto). Seu papel tornou-se evidente durante o período em que o Ministério da Saúde encontrou dificuldades em proporcionar assistência às populações localizadas em lugares onde só o exército atingia, justificado pelo momento de guerra que se vivia à época. Seu papel é reconhecido até os dias de hoje.

Com as transformações do país, houve a necessidade dos SSFAA se adaptarem ao momento de paz, trazendo desafios quanto à atenção à saúde da sua população, priorizando a APS, tal como vem sendo adotada em diversos países, como estratégia para organizar e ordenar os Sistemas de Saúde, e assim, responder de maneira mais apropriada às necessidades de saúde em diferentes contextos e momentos históricos (STARFIELD, 2002).

Os sistemas e serviços de saúde necessitam cada vez mais de sistemas de informação para apoiá-los no planejamento, para a tomada de decisão, e no monitoramento e avaliação. A evolução da ciência, em particular na área da medicina, tem proporcionado maior agilidade, eficácia e eficiência nos processos de tomada de decisão e, com isso, uma melhora nos níveis de saúde da população deve ser esperada, sobretudo nas populações carentes. Uma contribuição importante tem sido dada, neste sentido, pelos sistemas de informação. Esses sistemas de informação devem, cada vez mais, adaptar-se ao grau de complexidade e ao volume de informações que são produzidos na área da saúde, melhorando por meio da capacitação e sensibilizando os profissionais da saúde na compreensão da essência e da necessidade de dados com qualidade, adaptando novas tecnologias ou redesenhando os atuais sistemas de informação.

O desenvolvimento e implantação de sistemas de informação exige, para a sua construção, o cumprimento de passos que facilitaam a sua implantação, tais como a revisão dos sistemas de informação existentes, a definição dos dados relevantes, o fluxo da informação mais apropriado, o desenho dos instrumentos de coleta e de relatórios, o desenvolvimento e a implementação de programas de treinamento do pessoal, o desenvolvimento de mecanismos para o uso dos dados, o

monitoramento e a avaliação, bem como prever a disseminação de informações e da retroinformação. Dependendo do nível de renovação do que se pretende, o redesenho do novo sistema de informação, radical ou não, deverá respeitar e aproveitar as boas iniciativas e estruturas do anterior sistema de informação.

Tendo como objetivo desenvolver e a implantar o módulo do PACS/SIAPS, essa programação inicial indicava que a realização de todas as operações teriam o seu termo entre fevereiro e março de 2015, culminando com a capacitação dos operadores do PACS/SIAPS. Entretanto, a conclusão do projeto não foi possível no tempo programado, por razões não somente financeiras ou de ordem política, mas principalmente pela complexidade administrativa burocrática, e da revisão da documentação submetida à aprovação, dentre outros fatores.

É importante reiterar, que o projeto está sendo desenvolvido num espaço com características peculiares de Forças Armadas. Por essa razão, cada passo dado tem merecido uma revisão da documentação pelas autoridades, que precede sua autorização. Ao longo do processo do desenvolvimento e implementação do módulo, algumas propostas elaboradas foram discutidas e automaticamente autorizadas, tendo sido consideradas como resultados parciais, alcançados até o presente momento. São os casos da definição do conteúdo dos principais instrumentos de coleta de dados, como as fichas de cadastramento e as fichas de acompanhamento das situações de risco, a definição do fluxo de informação bem como a definição do processamento dos dados e a sua periodicidade.

Todos os outros passos necessários, tais como a definição dos indicadores, a definição da análise e do *software* do sistema, foram revisados pelo grupo de trabalho e remetidas propostas para a DSSFAA e estabelecidas operações estratégicas com a Direção de Finanças, aguardando-se outra discussão para a definição final. Mas o processo não é tão simples como parece, as negociações e as demandas são também carregadas de alguma resistência de alguns atores sociais com visões contrárias as do projeto.

Com a liberação de cerca de 45% do valor previsto para o projeto, em finais do mês de junho/14, certamente, todos os passos que dependiam de valores financeiros, como a contratação de serviços para a capacitação dos operadores do PACS/SIAPS e a aquisição do *software* serão ultrapassados.

Em um primeiro plano, o sistema de informação será posto à prova para o acompanhamento das ações do PACS para, posteriormente, ir sendo adaptado à APS, de um modo geral. Essa intenção foi discutida e aceita pelo grupo, e compartilhada com a DSSFAA.

Não há um diálogo entre os diversos órgãos responsáveis pela produção de informações. Essas informações chegam ao órgão central, provenientes dos hospitais, enfermarias, dos diferentes programas verticais de saúde e regiões militares (APS). Neste contexto a sistematização das informações não tem sido tarefa fácil, dificultando o planejamento e a programação. Ao longo do processo de desenvolvimento do projeto tem sido aproveitada a oportunidade para relançar a discussão, acerca da construção de um sistema de informação que possa dialogar com todos os entes produtores de informação.

Outro desafio que o processo deverá enfrentar é a capacitação e sensibilização sistemática dos profissionais, relativamente à necessidade e qualidade dos dados, sua importância para o planejamento e priorização das ações, em um ambiente onde as dificuldades de recursos financeiros e humanos são permanentes. Esta questão deverá estar clara, para que o trabalho, não somente dos ACS e dos operadores do PACS/SIAPS, mas de maneira geral na APS, faça sentido e seja um fator que motive os profissionais da saúde.

Apesar do reduzido volume dos resultados alcançados até junho, o projeto tem sido visto pelas autoridades sanitárias da FAA, como uma oportunidade para se discutir o sistema de informação de maneira geral. A disponibilidade das autoridades sanitárias da FAA, durante toda fase de campo, pode ser um sinal do interesse para a conclusão com êxito do projeto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **Inf. Epidemiol. Sus**, v.7, n.3, p.27-33, Set. 1998.
- ANGOLA. Acidentes rodoviários continuam a ser problema grave. **Jornal a Voz da América**. Angola, 2013. Disponível em: <<http://www.voaportugues.com / content /angola-acidentes-rodoviaros/1694920.html>>. Acesso em: 10.10.2013.
- ANGOLA. **Decreto-lei 2/00 de 1 de agosto. Decreto-lei 2/00 de 14 de janeiro.** Estatuto Orgânico do MINSA. Luanda, Janeiro de 2000.
- ANGOLA. **Decreto-lei nº. 17/10, de 29 de Julho.** Administração Local do Estado. Angola, 2010.
- ANGOLA. MINDEF. **Norma de execução permanente da Companhia Médica da Brigada.** Luanda, 2006.
- ANGOLA. MINDEF. **Decreto nº 38/02 de 26 de julho.** Regulamento da assistência médica e medicamentosa nas Forças Armadas. Diário da República n.59 I série. Luanda, Julho de 2002.
- ANGOLA. MINSA. **Plano Nacional 2009. Programa executivo setorial.** Luanda – Angola, 2009.
- ANGOLA. MINSA. **Relatório de progresso da declaração política sobre VIH/SIDA – UNGASS.** 2012a.
- ANGOLA. Ministério da Saúde. **Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012 – 2021.** Luanda-Angola, 2012b.
- ANGOLA tem a maior taxa de sinistralidade rodoviária. **Diário de Notícias GLOBO.** Lisboa, ago. 2011. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/globo / interior.aspx ?content_id=2136498&seccao=CPLP Acesso em: 02/08/13.
- ANGOLA. **Lei nº 21 – B/92 de 28 de Agosto.** Lei de base do sistema nacional de saúde. Diário da República nº34, I série. Luanda, Agosto de 1992.
- BARRETO, A. A. A questão da informação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.8, n.4, p.3-8, 1994.
- BILHIM, J. **Metodologia e técnica de avaliação.** Avaliação na administração pública. Lisboa: INA, 1999.
- BRANCO, M. A. F. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, v.8, p.95-123,1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília, 2006. v. 4.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de informação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – SUS 01/96**: gestão plena com responsabilidade pela saúde da população. Portaria MS/GM nº 2.203/96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasil, DF, 6 nov 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2010.

BUCKLANDE, M. K. Information as thing. **Journal of the American Society for Information Science**, v.42, n 5, p.351-360, jun. 1991.

BYRNE, E.; SAHAY S. Participatory design for social development: a South African case study on community-based health information systems. **Information Technology for Development**, v.13, n.1, p. 71-94, 2007.

CANONGIA, C. et al. Convergência da inteligência competitiva com construção de visão de futuro: proposta metodológica de sistema de informação estratégica (SIE). DataGramZero – **Revista de Ciência da Informação**, v.2, Suppl 3, 2001.

CARR, N. G. TI já não importa. **Harvard Business Review**, v.81, n.5, p.30-37, May 2003.

CHEVRON Promove campanha de prevenção rodoviária em Angola, 2013. Disponível em: <<http://www.chevroninangola.com / News / PressReleases / ViewArticle.aspx?ID=98>>. Acesso em: 02/08/13.

CONNOR et al. **Angola health system assessment 2010**. Betesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc. 2010.

COSTA, I. T. M. **Memória institucional**: a construção conceitual numa abordagem teórico-metodológica. 1997. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - UFRJ/ECO, CNPq/IBICT, Rio de Janeiro, 1997.

ELDABI, T. et al. **Operational use evaluation / post implementation evaluation of IT**. UKAIS, 2003.

SCOREL, S. et al. **Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 228 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacaoimplementacao.pdf>>. Acesso em: 10.06.2013.

FARIA, H. P.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FERREIRA, J. M. **Um modelo informacional para a gestão do SUS:** construindo indicadores desagregados de morbidade hospitalar para o município de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2000. 197p.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de informação em saúde.** Conceitos fundamentais e organização. Pesquisadora do NESCON/FM/UFMG, 1999. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>>. Acesso em: 20.10.13.

GALLIERS, R. **Information analysis:** selected readings. Boston: Addison-Wesley Longman, 1987.

GIUGLIANI, C. **Agentes comunitários de saúde:** efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola. 2011 Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Cadernos de saúde**, v.12, n.2, p. 95-98, 1996.

GONÇALVES, Raquel Garcia. **Modelos emergentes de planejamento:** elaboração e difusão - um estudo do planejamento estratégico situacional. 2005. 201f. Tese (Doutorado. em Planejamento Urbano e Regional) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GUEDES, V. L. S; BORSCHIVER, S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnológica. **Encontro Nacional de Ciência da Informação**, v.6, p.1-18, 2005.

GUNASEKARAN, A.; NGAI, E. E. T.; MCGAUGHEY, R. E. Information technology and systems justification: a review for research and application. **European Journal of Operational Research**, v.173, p.957-983, 2006.

HAUX, R. Health information systems; past, present, future. **International Journal of medical Informatics**, v.75, n.3 p.268-281, 2006.

HEEKS, R. Health information systems: failure, success and improvisation. **International Journal of Medical Informatics**, v.75, n.2, p.25-137, Feb. 2006.

HEEKS, R. **India's software industry.** New Delhi: Sage Publication, 1996.

HEEKS, R. Information systems and developing countries: failure, success and local improvisations. **The Information Society**, v.18, n.2, p.101-112, 2002.

IOM. Institute of Medicine. Committee on the future of primary health care. **Defining primary care:** an interim report. Washington, DC: IOM. National Academy Press, 1994

KOHLI, R.; KETTINGER, W. J. Informating the clan: controlling physicians' costs and outcomes. **MIS Quarterly**, v.28, n.3, p.363-394, 2004.

LAURINDO, F. J. B. et al. O papel da tecnologia da informação (TI) na estratégia das organizações. **Gestão e Produção**, v.8, n.2, p.160-179, 2001.

LIPPEVELD, T.; SAUERBORN, R.; BODART, C. **Design and implementation of health information systems**. Genève, 2000.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasil: IPEA, 1993.

MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. et al. **Distrito sanitário**. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 166-169.

MIGLIATO, Antônio Luiz Tonissi. **Planejamento estratégico situacional aplicado à pequena empresa**. 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.898-906, 2005.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde**; da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

O'BRIEN, J. A. **Sistemas de informação e as decisões gerenciais na era da internet**. 9.ed. São Paulo: Saraiva 2004. p.17-19.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistema de informação gerencial**: estratégias, táticas operacionais. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2004. 24p.

OLIVEIRA, Miguel dos Santos. **Processo de descentralização do serviço nacional de saúde de Angola**. 2010. 377f. Tese (Doutorado em Ciências de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2010.

OMS. **Cuidados primários de saúde**. Alma Ata, URSS. Set. 1978. 64 p.

OMS. **Estratégia da OMS de cooperação com os países**. Angola 2002 – 2005.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROSA, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.4, p.492-499, out- dez. 2008.

PEDROSA, P. **Caminhos para a segurança social em Angola**. PNUD. Luanda, janeiro de 2012.

PNUD. **Relatório de desenvolvimento humano**, 2013. A ascensão do sul: progresso humano num mundo diversificado. Portugal: Camões - Instituto da Cooperação e da Língua, 2013.

PORTER, M. E.; MILLAR, V. E. How information gives you a competitive advantage. **Harvard Business Review**, v.63, n. 4, p.149, July/Aug. 1985.

PROANGOLA. **Relatório complementar do convênio 1597/2006**. 2007.

ROBEY, D.; BOUDREAU, M. C. Accounting for the contradictory organizational consequences of information technology: Theoretical directions and methodological implications. **Information Systems Research**, v.10, n.2, p.167-185, 1999.

ROCKART, J. F.; EARL, M. J.; ROSS, J. W. The new IT organization: eight imperative. Center for information Systems Research, Sloan School of management, **Massachusetts Institute of Technology**, v.38, n.1, p.43-55,1996.

RHINO - ROUTINE HEALTH INFORMATION NETWORK. **The RHINO workshop on issues and innovation in routine health information in developing countries**, March 14-16, 2001, The Bolger Center, Potomac, MD, US, 2001.

SETZER, V. W. Dado, informação, conhecimento e competência. *Data Grama Zero* **Revista de Ciência e informação**, n.0, dez 1999.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do sistema de informação da atenção básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, dez. 2005.

SILVA, J. W. N. et al. Decisão, decisões: o processo administrativo como processo decisório. **Revista ANGRAD**, v.1, n.1, p.15-31, jul./dez. 2000.

SILVA, J. W. N. **Informação na gestão pública da saúde sob uma ótica antropológica**: do global ao local no Estado de Minas Gerais. 2008. 395f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, Belo Horizonte, 2008.

SMIT, J. W. A informação na Ciência da Informação. InCID: **Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v.3, p.84-101, 2012.

STARFIELD, B. Atenção Primária. **Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TAVEIRA, M. **Cursos de pós-graduação em saúde pública**. ENSP/FIOCRUZ: Brasil, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informes Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v.7 n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; MAIA, M. F. S. Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review. **Bulletin of World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 867-874, 2004.



TURBAN, E. R.; MCLEAN, E.; WETHERBE, J. **Tecnologia de informação para a gestão**. 3.ed. Porto Alegre: Boodman, 2004.

UNAIDS. **Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa**. Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Lisboa: CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, 2010.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H.; CAVALCANTE, M. T. L. Política de saúde e potencialidade de uso das tecnologias de informação. **Saúde em Debate**; v.26, Suppl. 61, p. 219-235, 2002.


ANEXOS

ANEXO A: ProAngola

11/08/2014 00:10	
	Sistema de Informação de Extensão
	PROEX UFPA Pró-Reitoria de Extensão
PROJETO PROANGOLA DE COOPERAÇÃO ENTRE BRASIL E ANGOLA NA ÁREA DA SAÚDE	
DESCRIÇÃO	
Registro	400563
Registro	31.01/2012
Status	Desativado
Título	Projeto PROANGOLA de Cooperação entre Brasil e Angola na área da saúde.
Data de início	02/01/2007
Previsão de término	31/07/2013
Data de última aprovação pelo Órgão Competente	03/05/2005
Órgão Competente	Câmara Departamental
Ano em que se iniciou a ação	2007
Unidade	Faculdade de Medicina
Departamento	Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa vinculado	REDE DE INTERVENÇÃO, ENSINO E PESQUISA EM REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS SOCIAIS
Principal Área Temática de Extensão	Saúde
Área Temática de Extensão Afim	Educação
Linha de Extensão	Saúde Humana
Grande Área do Conhecimento	Ciências da Saúde
Categorias da Saúde	Bolsa PROEXT
	0
Bolsa Institucional da PROEX	0
Bolsa FUMP	0
Bolsa PROEXT	0
Bolsa RAPEMIG	0
Bolsa Outra	26
Palavra-chave	PROANGOLA, Cooperação, Angola, Saúde, Vigilância, graduação e pós-graduação.
Apresentação e Justificativa	

ANEXO B: aprovação do projeto de Implantação

*Chefe R.P.O.
Para considerar esta
matrícula. 2/4/13
JH*


FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS
ESTADO-MAIOR GENERAL
GABINETE DO CHEFE DO ESTADO-MAIOR GENERAL

AO
- CHEFE DA DSS/EMG
- CHEFE DA DIRECÇÃO DE ADM. E
FINANÇAS DO EMG

LUANDA

NOTA Nº 01808 /GAB.CEMGFAA/00.35/03/2013


Os nossos melhores cumprimentos.

Incumbe-nos Sua Excelência General de Exército, CEMGFAA, de remeter a Nota nº 353/5.01/DSS/GC/EMG/13, datada de 27 de Março, procedente da Direcção dos Serviços de Saúde do EMG, em conformidade com o seu Despacho exarado a respeito, cujo teor se segue:

DESPACHO:
"AO
CHEFE DA DSS.EMG E DAF.EMG.
C/C: CHEFE DA DPPE.EMG E GICI.EMG
AUTORIZO.
ASS: O CEMGFAA
GEN.EXE.
27.03.13"
.....Está Conforme.....

GABINETE DO CHEFE DO ESTADO-MAIOR GENERAL DAS FAA, EM
LUANDA, A 27 DE MARÇO DE 2013. -

[Signature]
O CHEFE DO GABINETE
JOSE MORAIS PAULO
TENENTE-GENERAL



C/C:
- CHEFE DA DPPE.EMG
- GICI.EMG

1080 02 de 13

OP.MEA
ARQ.SECRET.3


[Signature]

21

Continuação

URGENTE

do
Off. DSS. EMG e DSS. EMG
CIC - Off. D. P. TE. EMG e GIC. EMG
Ante si 70.
27.03.13



FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS
ESTADO MAIOR GENERAL
DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

SUA EXCELENCIA
CHEFE DO ESTADO MAIOR
GENERAL DAS FAA

LUANDA

V/Referência

V/Comunicação

N/Referência

N/Comunicação

23 /5.01/DSS/GC/EMG/13 27/03/13

Excelência

Havendo necessidade de 2 bolseiros mestrandos dos Serviços de Saúde na Área de Saúde Pública, Tenente Coronel Alberto Macaia e Tenente Coronel André Chimuco se deslocarem ao Brasil para realizarem a qualificação dos seus Projectos de dissertação em Junho de 2013 e a Defesa dos mesmos em Outubro de 2013 na Universidade Federal de Minas Gerais;

Vimos por este meio submeter a aprovação de Vossa Excelência as necessidades para implementação do respectivo programa.


Com elevada estima e muita consideração, subscrevemo-nos apresentando os nossos melhores cumprimentos.

Atentamente,

O CHEFE DA DSS/EMG/FAA

Aires Espirito Santo Pereira Africano

AIRES ESPIRITO SANTO PEREIRA AFRICANO
****TENENTE GENERAL-MÉDICO****



FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS
 ESTADO MAIOR GENERAL
 Gabinete do CEMG / FAA

Entrada n.º *1858* Data *27/03/2013*
 Saída n.º _____ Data ____/____/____
 Processo _____
 Assinatura *Aires*

Continuação

Ao

Exmo. Senhor Tenente General Médico Aires do Espírito Santo de Fátima Africano, Chefe da Direcção dos Serviços de Saúde/EMGFAA.

LUANDA

ASSUNTO: Solicitação

Data: 07/03/2013

Sua Excelência Senhor General,

Havendo a necessidade dos dois bolsheiros mestrados dos SSFAA, Ten. Coronel Alberto Feliciano Macaia, e Ten. Coronel André José Maria Chimuco de se deslocarem ao Brasil com a finalidade de realizar a qualificação dos seus projectos de dissertação em Junho/2013 e a defesa dos mesmos em Outubro/2013 na Universidade Federal de Minas Gerais;

Vêm solicitar à V/Excia, Senhor Chefe da DSS/EMGFAA para viabilizar o custeio das referidas deslocações, bem como a estadia no Brasil para 15 dias (fase de qualificação) e 45 dias (fase da defesa).

Cientes de que a presente solicitação merecerá Vossa prestimosa atenção;
Sem outro assunto de momento, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Alta Consideração

Atenciosamente,

Tenente Coronel Médico, Alberto Feliciano Macaia

Alberto Feliciano Macaia

Tenente Coronel Médico, André José Maria Chimuco

André José Maria Chimuco

Entrada: 497 9/03/13
 saída: 10/03/13
 Wiltona Dale

Continuação

Ao

Exmo. Senhor Tenente General Médico Aires do Espírito Santo de Fátima Africano, Chefe da Direcção dos Serviços de Saúde/EMGFAA.

LUANDA

ASSUNTO: Exposição e solicitação

Data: 07/03/2013

Os médicos bolsеiros dos Serviços de Saúde das FAA, Ten. Coronel Alberto Feliciano Macaia, e Ten. Coronel André José Maria Chimuco, mestrandos do Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Viloência do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Milnas Gerais (FMUFMG), na República Federativa do Brasil, concluíram a fase presencial teórico-prática da sua formação.

O Plano Curricular do curso prevê a realização da pesquisa de campo em Unidades das FAA com a supervisão de dois professores orientadores da FMUFMG. A pesquisa insere-se em projectos de intervenção dos dois mestrandos, com os temas:

1. *Desenvolvimento de metodologia para a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no nível de atenção primária do Subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA)*

2. *Desenvolvimento do Sistema de Informação em Atenção Primária de Saúde, módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - "Módulo PACS/SIAPS", no âmbito do Subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas(FAA)*

A partir do II Semestre do ano lectivo de 2013, inicia a qualificação dos trabalhos de dissertação dos alunos do mestrado em que os dois oficiais angolanos estão inseridos. A defesa dos trabalhos está marcada para o IV trimestre/13.

Pelo exposto, vimos solicitar à V/Excia, Senhor Chefe da DSS/EMGFAA para viabilizar a realização do trabalho de pesquisa com os custos avaliados em USD 88.160,00 (Oitenta e oito mil e cento e sessenta dólares americanos), valor estimado para cubrir a missão dos professores orientadores da UFMG à Angola, a realização dos seminários para os grupos de trabalho, técnicos e profissionais dos Serviços, a aquisição dos meios e sua aplicação.

Segue a tabela com o cálculo orçamental para dois Projectos de Pesquisa:

Deslocação de dois professores orientadores à Angola (5 dias)				
	Item	Quantidade	valor unitário (USD)	Total (USD)
1	Bilhete de passagem (I/V)	2	1.800	3.600
2	Hospedagem	5 dias x 2	500	2.500
3	Alimentação	2	50 x 2 x 5	500
4	Transporte no local	1	200	1.000
Subtotal				7.600

Intra:
Tabela
Proc:

493 07/03/13
Williams Dalva

Continuação

Deslocação de 5 Chefes de Repartição das Regiões à Luanda				
1	Bilhete de passagem para seminariandos	5	170 x 2 x 5	1.700
2	Hospedagem	5	100 x 5 x 2 d	1.000
3	Alimentação	5	30 x 5 x 2 d	300
4	Transporte no local	5	150 x 2d	300
5	Bilhete de passagem dos investigadores para as 4 Regiões Militares	2	170 x 4 x 2 x 5R	6.800
6	Alimentação	2	30 x 5 x 5R	750
7	Hospedagem	2	100 x 5 x 5 R	2.500
8	Transporte no local	2	100 x 5 x 5 R	2.500
Subtotal				15.850
Meios materiais para a recolha de dados, formação e capacitação do pessoal				
1	Sala de conferências	1		
2	Data Show	2	3.200	6.400
3	Computadores	6	1.500	9.000
4	Impressoras	2	2.000	4.000
5	Programa estatístico SPSS	1	5.000	5.000
6	Papel A4 (resma)	40	10	400
7	Tinteiros para impressoras	10	200	2.000
8	Quadro branco	1	200	200
9	Canetas para o quadro	6 cx	10	60
10	Blocos de apontamentos	100	3	300
11	Esferográficas	150	3	450
12	Lápis de carvão	150	2	350
13	Borracha	150	2	350
14	Afiadores	150	2	350
15	Pasta de cartolina p/ doc	150	2	350
Subtotal				29.210
Instalação, programação, criação das máscaras e digitação dos dados em Software SPSS				8.000
Assistência técnica				22.500
Encargos adicionais				5.000
Subtotal				35.500
Total Geral				88.160

Alta Consideração

Atenciosamente,

Tenente Coronel Médico, Alberto Feliciano Macaia

Alberto Feliciano Macaia

Tenente Coronel Médico, André José Maria Chimuco

André José Maria Chimuco

ANEXO C: Solicitação dos professores



Forças Armadas Angolanas
Estado Maior General
Direcção dos Serviços de Saúde

Ao
Exmo. Senhor Diretor da Faculdade
de Medicina da UFMG/Brasil

Belo Horizonte

V/Referência	V/Comunicação	N/Referência	N/Comunicação
	2425/16.08/RPO/DSS/EMG/FAA		08/05/2013

ASSUNTO: ORIENTAÇÃO DO PROJECTO PILOTO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS

No quadro da cooperação entre a Direcção dos Serviços de Saúde/EMGFAA e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), estão em formação no curso de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, dois oficiais desta Direcção, cujo Programa de estudo prevê a realização de trabalho de campo em Angola, enquadrado no processo de recolha de dados para elaboração das respectivas Dissertações de Mestrado.

Vimos pela presente solicitar a deslocação à Angola, no período de 30/05/2013 à 10/06/2013, os professores **António Leite Radicchi** e **Horácio Pereira de Faria**, orientador e co-orientador deste estudo, pertencentes ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG, com o seguinte objetivo:

1. Fazer a supervisão do trabalho de campo dos dois mestrandos.
2. Ministrando o seminário de capacitação para formadores de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
3. Trocar experiência com os profissionais dos Serviços de Saúde das FAA sobre o quadro organizacional em serviços de saúde.
4. Lançar as bases metodológicas para o enquadramento dos resultados da investigação em curso no Sistema de Planeamento e Organização dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas.

Os encargos financeiros relativos aos bilhetes de passagem e hospedagem serão suportados pela nossa Instituição.

Sem outro assunto de momento, queiram aceitar as nossas cordeais saudações.

Atenciosamente

O Chefe da DSS/EMG/FAA

Aires do Espírito Santo Africano
Aires do Espírito Santo Africano
“Tenente General – Médico”



ANEXO D: Solicitação de visto de entrada em Angola



Forças Armadas Angolanas
Estado Maior General
Direcção dos Serviços de Saúde

Ao
Exmo. Senhor Adido da Defesa da
Embaixada da República de Angola
no Brasil

BRASÍLIA

<i>V/Referência</i>	<i>V/Comunicação</i>	<i>N/Referência</i>	<i>N/Comunicação</i>
	2426	16.08/RPO/DSS/EMG/FAA	08/05/2013

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE APOIO PARA VISTOS

No quadro da cooperação entre a Direcção dos Serviços de Saúde/EMGFAA e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a DSS/EMGFAA tem a necessidade de promover o Seminário de capacitação de formadores dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enquadrado no curso de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, onde estão inseridos dois oficiais desta Direcção.

Por esta razão, solicitamos o apoio da Chancelaria, na obtenção dos vistos para os Senhores Professores da UFMG nomeadamente:

1. **António Leite Radicchi**, portador do passaporte N° FH853696, expedido por SR/DPF/MG, aos 26/04/2013, com prazo de validade até 25/04/2018.
2. **Horácio Pereira de Faria**, portador do passaporte N° FB879946, expedido por SR/DPF/MG, aos 04/10/2010, com prazo de validade até 03/10/2015.

Procedimentos administrativos estão em curso para garantir a vinda dos professores à Angola a partir de 30/05/2013 até 10/06/2013

Sem outro assunto de momento, queiram aceitar as nossas cordeais saudações.

Atenciosamente

O Chefe da DSS/EMG/FAA

Aires do Espírito Santo Africano
“Tenente General – Médico”



ANEXO E: Constituição do grupo de trabalho

Nome	Função
Miguel Gaspar	Chefe da Repartição de Planeamento e Organização da DSS/EMGFAA
Francisco Bungo	Chefe da Repartição de Medicina Preventiva
Manuel Cadete Leite	Chefe da Repartição de Medicina Curativa e Hospitais (RMCH)
Pascoal Folo	Chefe da Repartição de Operações (RO)
Cajau	Chefe da Repartição de Saúde da Região Militar Sul (RSS/RMS)
Francisco Antas	Chefe de processamento de dados (CPD)
Amilcar Sanches	Chefe da Secção de Estatística
Alberto Feliciano Macaia	Adjunto da Repartição de Planeamento e Organização (RPO) da DSS/EMG Aluno do Curso de Mestrado Profissional em promoção da Saúde e Prevenção da Viloência e Paz
André José Maria Chimuco	Chefe de Serviços de Saúde de RM Aluno do Curso de Mestrado Profissional em promoção da Saúde e Prevenção da Viloência e Paz

ANEXO F: Ficha de cadastramento de militar

FICHA DE CADASTRAMENTO DOS MILITARES		
I – Endereço		
Ramo das FAA: _____	Região Militar: _____	
Unidade Militar/Área: _____		
Subunidade: _____		
Microárea _____		
II – Identificação militar		
NIP: _____, Posto: _____		
Função: _____		
Nome completo: _____		
Idade: _____ anos, Data de nasc.: _____, Sexo: _____, Telef: _____		
Tem família residente: Sim <input type="checkbox"/> , Não <input type="checkbox"/> Se sim, indica quantas _____		
Endereço da família _____		

III – Estado civil: Casado(a) <input type="checkbox"/> , Solteiro (a) <input type="checkbox"/> , União de facto* <input type="checkbox"/>		
Divorciado(a) <input type="checkbox"/> , Separado (a) <input type="checkbox"/> , Viúvo (a) <input type="checkbox"/>		
* - União de facto é igual a viver maritalmente ou viver amigado.		
IV – Grau de instrução		
Analfabeto(a)	<input type="checkbox"/>	I nível completo <input type="checkbox"/>
I nível incompleto	<input type="checkbox"/>	II nível completo <input type="checkbox"/>
II nível incompleto	<input type="checkbox"/>	III nível completo <input type="checkbox"/>
III nível incompleto	<input type="checkbox"/>	Ensino Médio completo <input type="checkbox"/>
Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/>	Ensino Superior completo <input type="checkbox"/>
Ensino superior incompleto	<input type="checkbox"/>	

V – Habitação**1. Tipo de material de construção**

- f) Adobe/tijolo/bloco , b) Capim , c) Madeira , d) Pau a Pique ,
Outros (Especifique) _____

2. Tipo de material para a cobertura (tecto)

- a) Chapa de zinco , b) Losalite , c) Capim , d) Outros
(Especifique) _____

3. Número de compartimentos

- a) 1
b) 2-3
c) Mais de 3

4. Fonte de iluminação

- a) Electricidade
Sim
Não

VI – Água e saneamento**1. Fontes de abastecimento de água**

- a) Rede pública , b) Rio c) Poço/Nascente
d) Outras (Especifique) _____

2. Formas de tratamento de água

- a) Filtro , b) Fervura, c) Cloração/lixívia d) Não tratada
e) Se tratada diga, Regularmente ou Irregularmente

3. Meios de conservação de água

- a) Recipiente com tampa b) Recipiente sem tampa
c) Outros (Especifique) _____

4. Meios de conservação dos alimentos

- a) Armazéns com estrado b) Armazéns sem estrado , c) Prateleiras
d) Frigorífico e) Outros (Especifique) _____

5. Deposição de fezes e urina

- a) Sistema de esgoto b) Ar livre/Céu aberto c) Fossa

6. Destino de resíduos sólidos e líquidos (lixo)

- a) Lixeira ou céu aberto b) Aterro c) Queima d) Colectado
 e) Outros (Especifique) _____

VII – Fonte de informação

- a) Rádio , b) Televisão , c) Ed ~~Patriót~~ , d) Família , e) Serviços de Saúde
 f) Outros
 (Especifique) _____
 g) Nenhuma

VIII – Situação da saúde

1. Doença ou condição referida

- a) Sim Qual? _____
 b) Não
 c) Há quanto tempo? _____
 d) Tem seguimento? _____

2. Onde vai quando está doente?

- a) No Posto Médico da Unidade
 b) No Hospital
 c) Em Unidade de Saúde Privada
 d) No tratamento tradicional
 e) Outros (Especifique) _____
 f) Tem alguma justificação? Se sim qual? _____

3. Onde prefere ter assistência em caso de doença?

- a) No Posto Médico da Unidade
 b) No Hospital
 c) Em Unidade de Saúde Privada
 d) No tratamento tradicional
 e) Outros (Especifique) _____
 f) Tem alguma justificação? Se sim qual? _____

4. Possui plano de saúde?

e) Sim Que entidade? _____

f) Não

IX - Outras informações _____

O chefe do Pelotão _____

O ACS _____

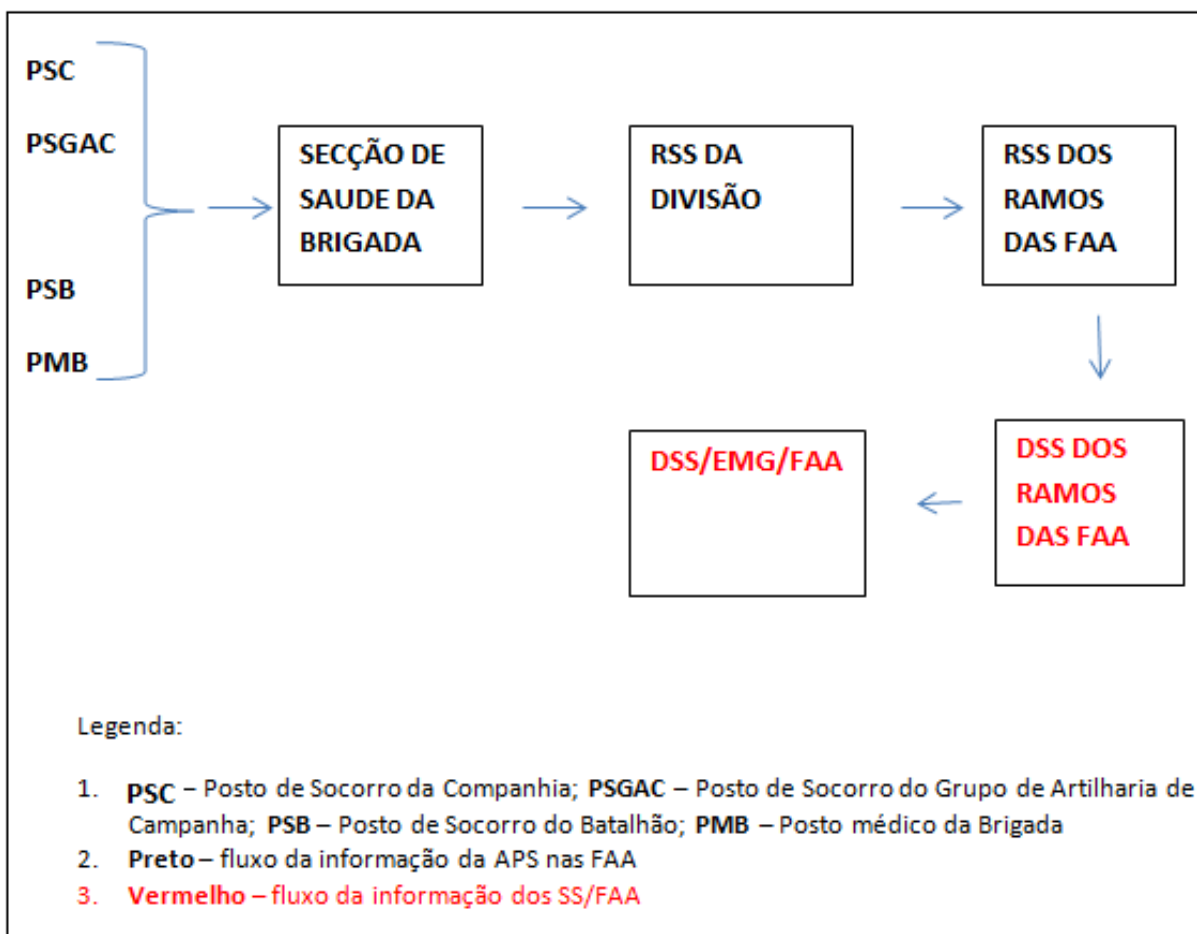
O Supervisor _____

(verso)

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:	
A família é beneficiária d'um Programa do Governo?	_____

OBSERVAÇÕES	

ANEXO I: Esquema do fluxo de informação da APS do SSFAA

ANEXO J: Processamento dos dados e sua periodicidade

Processamento dos dados - os dados coletados pelo ACS são discutidos com o coordenador, enfermeiro localizado nas unidades de saúde das companhias, grupos e batalhões, que procedem à verificação desses dados: espaços em branco, duplicações e discordância das frequências. Isso acontece em reuniões mensais e sempre que for necessário. Esses dados são enviados para o setor de informática e estatística da seção de saúde da Brigada (em papel manuscrito) até o primeiro dia de cada mês, quando se procede à agregação dos dados provenientes das unidades e o seu envio, sob a forma bruta à RSS da Divisão, até dia cinco de cada mês. Aqui, os dados são verificados e digitados/ introduzidos na base de dados, sendo posteriormente enviada para a e RSS/RM, depois de gerado um dispositivo de armazenamento de dados, qual seja CD ou “*pen drive*”, ou então via e-mail, até dia dez de cada mês.

Periodicidade do processamento de dados do PACS/SIAPS da APS dos SSFAA

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
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	26	27	28
29	30	31				

Legenda:

Dia 1 - ACS e Coordenador enviam para a seção de saúde da Brigada.

Dia 5 - O gerente, chefe da seção de saúde da Brigada remete os dados à RSS da Divisão.

Dia 10 - O chefe da RSS da Divisão envia os dados para a RSS/RM.

Dia 15 - A RSS/RM envia para a DSS dos Ramos.

Dia 20 - A DSS dos Ramos envia dos dados para a RSS/EMg.