

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

**O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB  
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF**

**Francisca Gilca da Silva Medeiros**

**Belo Horizonte**

**2001**

**FRANCISCA GILCA DA SILVA MEDEIROS**

**O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB  
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em  
Ciência da Informação da Escola de Ciência da  
Informação da Universidade Federal de Minas Gerais  
como requisito à obtenção do título de Mestre em  
Ciência da Informação.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Maria Rezende Cabral

**Belo Horizonte**

**2001**

**FRANCISCA GILCA DA SILVA MEDEIROS**

**O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB  
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Rezende Cabral  
**Orientadora**

---

XX  
**Examinador**

---

XX  
**Examinador**

Trabalho apresentado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200?

Os indivíduos de personalidade forte devem admitir que a vida é uma luta entre o sacrifício e o desafio, entre o aplauso da coletividade, de um lado, e, a salvação da pessoa humana, de outro.

Hermann Hesse

À minha mãe, Luiza, e  
às minhas filhas, Gardene  
e Gilnyanne, com amor.

## **AGRADECIMENTOS**

À prof<sup>ª</sup> Ana Maria Rezende Cabral, por sua orientação e amizade.

À prof<sup>ª</sup> Lígia Maria Moreira Dumont, pelas sugestões e caminhos apontados.

À prof<sup>ª</sup> Isis Paim, pelo apoio constante.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, pelos conhecimentos e ensinamentos.

À Goreth Maciel e Viniany Carvalho, pela acolhida e auxílios.

Aos colegas de Diretoria do SINTUFPI, Antônio Gomes, por seus oportunos incentivos; Castelo Branco; João Domingos; e, de modo especial, a Washington Mendes, que muito colaborou em todos os momentos para a feitura deste trabalho.

Aos funcionários do SINTUFPI, pela cooperação, em especial a José Pedro.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem, pela compreensão e apoio.

De modo especial, às equipes do Programa de Saúde da Família de Teresina-PI, que, além de participarem das entrevistas, também colaboraram na organização e participação das comunidades.

As 14 comunidades abordadas, por suas efetivas colaborações e participações.

À coordenadora do PSF em Teresina, Maria Vieira de Moraes, por sua amizade e atendimento às solicitações.

## LISTA DE SIGLAS

A1, A2, A3 e A4 → São Relatórios de Consolidação Anual das Famílias Cadastradas; os números 1, 2, 3 e 4 nestes relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes a microárea (1), área (2), segmento (3) e município (4).		
ACS	→	Agente Comunitário de Saúde
FICHA A	→	Ficha de Cadastramento das Famílias
FICHA B	→	DIA: Ficha de Acompanhamento de Diabéticos
FICHA B	→	HA: Ficha de Acompanhamento de Hipertensos
FICHA B	→	HAN. Ficha de Acompanhamento de Pacientes com Hanseníase
FICHA C	→	(Cartão da Criança) Ficha de Acompanhamento de Crianças
FICHA D	→	Ficha para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações
NOB	→	Norma Operacional Básica
PACS	→	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PFS	→	Programa de Saúde da Família
PMA2 e PMA4	→	São relatórios de produção e marcadores para avaliação
SIAB	→	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIS	→	Sistema de Informação em Saúde
SSA2 e SSA4	→	São relatórios de situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias
SUS	→	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Variáveis descritivas</b>			
Tabela 1	→	Tratamento d'água em domicílio .....	76
Tabela 2	→	Abastecimento de água .....	77
Tabela 3	→	Tipo de casa .....	78
Tabela 4	→	Destino do lixo .....	79
Tabela 5	→	Destino fezes/urina .....	81
Tabela 6	→	Sexo dos componentes das equipes .....	82
Tabela 7	→	Faixa etária dos componentes das equipes .....	83
Tabela 8	→	Profissão dos componentes das equipes .....	83
Tabela 9	→	Tempo de atuação dos componentes na equipe .....	85
Tabela 10	→	Tempo de atuação na comunidade .....	86
Tabela 11	→	Conhecimento dos impressos do SIAB .....	87
Tabela 12	→	Conhecimento do conteúdo dos impressos do SIAB .....	88
Tabela 13	→	Utilização dos impressos no desempenho de atividades .....	89
Tabela 14	→	Finalidade da utilização dos impressos .....	90
Tabela 15	→	Influência do uso das informações do SIAB .....	92
Tabela 16	→	Satisfação dos dados do SIAB .....	93
Tabela 17	→	Cronograma de reuniões mensais .....	94
Tabela 18	→	Relevância das informações coletadas pelo SIAB .....	95
Tabela 19	→	Compreensão junto aos grupos focais .....	96
Tabela 20	→	Indicadores do SIAB .....	97



<b>Dados colhidos na comunidade</b>			
Tabela 21	→	Nível de escolaridade dos membros da comunidade .....	98
Tabela 22	→	Sexo dos membros da comunidade .....	100
Tabela 23	→	Faixa etária dos membros da comunidade .....	101
Tabela 24	→	Componentes das equipes que trabalham o uso das informações com a comunidade .....	103
Tabela 25	→	Conhecimento do SIAB .....	104
Tabela 26	→	Conhecimento dos dados/informações das fichas .....	106
Tabela 27	→	Conhecimento da finalidade das informações .....	107
Tabela 28	→	Explicação dos conceitos .....	109
Tabela 29	→	Importância das informações para o grupo .....	110
Tabela 30	→	Influência das informações na melhoria de vida .....	112

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Dados colhidos nas equipes</b>			
Gráfico 1.0	→	Componentes das equipes do PSF – Teresina-PI .....	84
Gráfico 1	→	Conhecimento dos impressos do SIAB –Teresina-PI .....	87
Gráfico 2	→	Conhecimento do conteúdo dos impressos do SIAB -Teresina-PI .....	88
Gráfico 3	→	Utilização dos impressos do SIAB -Teresina-PI .....	89
Gráfico 4	→	Finalidade da utilização dos impressos do SIAB -Teresina-PI .....	91
Gráfico 5	→	Influência do uso das informações do SIAB -Teresina-PI .....	92
Gráfico 6	→	Satisfação quanto aos dados do SIAB -Teresina-PI .....	93
Gráfico 7	→	Relevância das informações do SIAB -Teresina-PI .....	95
Gráfico 8	→	Compreensão das informações do SIAB -Teresina-PI .....	96
<b>Dados colhidos na comunidade</b>			
Gráfico 2.0	→	Conhecimento do SIAB -Teresina-PI .....	104
Gráfico 3.0	→	Conhecimento das informações/dados contidos na fichas do SIAB .....	106
Gráfico 4.0	→	Para que são usadas as informações/dados contidas nas fichas do SIAB ..	108
Gráfico 5.0	→	Explicação dos conceitos .....	109
Gráfico 6.0		Importância das informações do formulário do SIAB para os grupos .....	110
Gráfico 7.0		Formas que as informações podem melhorar a vida cotidiana .....	112

## **RESUMO**

Esta dissertação teve como objeto de estudo o uso das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, no Programa de Saúde da Família, em Teresina-PI. A análise foi realizada no período de 1998 a março de 2001, com base no referencial teórico, que permitiu a exposição e apreensão de conceitos e fatores conjunturais que vêm afetando o uso e a fragmentação dos Sistemas de Informações em Saúde; segmentação esta que vem interferindo no processo de criação desses sistemas, que não têm atendido de forma adequada e suficiente as demandas geradas pela população. A metodologia utilizada foi a entrevista semi-estruturada, aplicada em 20% das equipes do programa e em 23% dos grupos focais, estes constituídos por pacientes das comunidades assistidas pelo Programa e consolidados das famílias cadastradas no PSF. Os métodos utilizados foram aqueles considerados mais apropriados, tendo em vista que a abordagem não foi apenas quantitativa, mas, sobretudo, qualitativa dos segmentos pesquisados, e, em particular, das comunidades. Esse estudo procurou esclarecer a relevância do uso da informação e, especificamente, da informação em saúde como fator determinante na mudança do perfil epidemiológico, bem como contribuir para a construção de uma consciência sanitária coletiva, buscando a efetiva prática da cidadania.

## **ABSTRACT**

The object of this dissertation is the study of data from the system of Basic Attention Information - SIAB, within the Program of Family Health in the city of Teresina - Pi, which were assessed in the 1998 - March 2001 period. This work has been carried out based on inherent theoretical references, which enabled the exposition and apprehension of conjunctural concepts and factors which have been affecting the use and fragmentation of the System of Health Information, such a segmentation interfering with the process of establishing these systems causing them to have a performance which is inadequate and insufficient to meet the demands of the population. The methodology utilized was semi-structured interview, applied in 20% of program teams and in 23% of focal groups of patients of communities served by this program and families enrolled in PSF. The methods utilized were very proper, considering that quality, rather than quantity, emphasis was placed on surveyed elements, particularly the communities. The work cares to high-light the relevance of the use of information and, more particularly, health information as a decisive factor in determining the change in the epidemiological profile and helping the construction of a collective sanitary awareness, seeking the effective practice of citizenship.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1 EPIDEMIOLOGIA DESCRITVA</b> .....	19
1.1 Mortalidade .....	28
1.2 Morbidade .....	30
1.2.1 Medidas da morbidade .....	31
1.3 Indicadores demográficos .....	33
1.4 Indicadores sociais .....	34
1.5 Indicadores ambientais .....	34
1.6 Expressão dos resultados dos indicadores .....	35
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	36
2.1 Sistema Nacional de Saúde .....	42
2.2 Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB .....	49
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3 USO DA INFORMAÇÃO</b> .....	55
3.1 Consolidação da informação .....	60
3.2 Processos básicos na consolidação de informação .....	62
3.3 O valor da informação consolidada .....	62
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	65
4.1 Variáveis descritivas .....	68
4.2 Análise das variáveis descritivas .....	75
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	82
5.1 Dados colhidos nas equipes .....	82
5.2 Dados colhidos na comunidade .....	98
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	114
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	123
<b>ANEXOS</b> .....	128

## **INTRODUÇÃO**

Por entender que a informação é instrumento poderoso na construção da realidade cotidiana é que nos lançamos ao desafio de averiguar o uso das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB pelas equipes do Programa da Saúde da Família-PSF, nas comunidades carentes assistidas em Teresina-Pi. A necessidade de verificar sua operacionalidade teve por escopo obter dados sobre a realidade em questão, assim como conhecer os benefícios das informações para as equipes e para as comunidades assistidas pelo Programa.

O SIAB gera grande quantidade de dados, compondo três bancos de dados; são estes: dados relativos a agrupamentos comunitários; produção de serviços; e indicadores gerais ou marcadores de saúde, que são coletados pelas equipes que atuam nas comunidades. Com a finalidade de sistematizar esses bancos de dados e informações, o Ministério da Saúde determinou ser necessário o desenvolvimento de um sistema de informação eficiente, capaz de organizar e disponibilizar informações em saúde, para fins de gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades e oriundas também de outros procedimentos e atendimentos às comunidades assistidas.

Nesse contexto, acreditamos que a utilização das informações pelas comunidades cobertas pelo PSF em Teresina-PI gere conhecimento que seja fator determinante nas

mudanças do perfil epidemiológico e nas atitudes em relação ao processo saúde/doença dessa população.

Deste modo, pudemos compreender também a necessidade de observar o uso do SIAB, por ser o referido sistema instrumento de coleta, processamento e consolidação de dados e informações de saúde obtidos nas comunidades, como também estratégias para o processo de melhoria das condições de saúde dessas comunidades assistidas. E, ainda, porque as equipes utilizam as informações reunidas por este sistema para organizar e operacionalizar os serviços de saúde. Acreditamos, inclusive, que o uso das informações pelas equipes junto às comunidades modifica o perfil epidemiológico, além de prover as equipes com informações necessárias e pertinentes para o planejamento, administração e avaliação dos serviços de saúde das populações beneficiadas, bem como para tomadas de decisões. Portanto, o SIAB pode ser considerado um instrumento determinante no controle social, epidemiológico e sanitário das comunidades assistidas pelo PSF.

A ênfase da nossa dissertação é o uso da informação, em razão disso, abordamos vários conceitos sobre informação, tais como o de BUCKLAND (1991), para quem o termo informação é usado para referir-se a coisas, conhecimentos ou um processo. Deste modo, a informação envolve a atividade realizada por alguém e um processo experimentado por outrem. Assim sendo, na perspectiva do informante, informação é uma atividade completa. Já na perspectiva do usuário, informação é um processo, ou seja, alguma coisa que se constrói para o usuário.

Podemos deduzir que, de todas as etapas do processo que envolve um sistema de informação, nada é mais importante do que a própria compreensão do usuário, de suas necessidades de informação e o reconhecimento do que satisfaz esta necessidade. Os usuários de um sistema de informação são todos aqueles que necessitam de informações para algum fim. Logo, de um sistema de informação em saúde necessitam dele a esfera federal, estadual e

municipal, bem como equipes e comunidades. Sob esta ótica, Allen (1996) refere-se aos sistemas de informação como instrumentos de comunicação voltados para solucionar problemas de usuários; e, nesta perspectiva, é que estruturamos o tema da nossa dissertação, conforme exposição dos capítulos a seguir:

O Capítulo I trata da Epidemiologia Descritiva, envolvendo mortalidade, morbidade, indicadores demográficos, sociais, ambientais e expressão dos resultados dos mencionados indicadores.

O Capítulo II foi elaborado segundo a abordagem sobre sistema de informação, desde suas concepções globais ou holísticas até as concepções fragmentadoras, reducionistas e racionalistas, até os dias atuais. Na concepção fragmentadora e especialista dos sistemas de informações, geram-se informações e conhecimentos fragmentados da realidade, sendo esta concepção evidenciada na multiplicidade de sistemas de informações em saúde existentes. Este capítulo, também de forma breve, apresenta preocupações mais recentes das abordagens sobre sistemas, e refere-se a teorias e conceitos de sistemas de informação que visam a integração das partes dos sistemas, possibilitando visão mais ampla do contexto social e vigência política sob as quais estes são projetados. Fizemos também, comentário sucinto no subcapítulo 2.1 sobre o Sistema Nacional de Saúde e outros sistemas de informações em saúde, ocasião em que nos referimos aos aspectos de financiamento e repasse financeiro.

O item 2.2 é o nosso próprio objeto de estudo, tendo em vista a descrição do Sistema de Informação em Saúde-SIAB aplicado no Programa de Saúde da Família de todo o Brasil e especificamente em Teresina-PI, verificando-se seu uso enquanto instrumento capaz de viabilizar e suprir os seus usuários de dados e informações consolidadas, necessárias e oportunas, gerando conhecimento contextualizado e específico, sendo assim capaz de influenciar atitudes e estilos de vida necessários à melhoria da qualidade de vida das



comunidades assistidas pelo Programa, bem como subsidiar os diferentes níveis hierárquicos de tomadores de decisões.

O Capítulo III aborda o uso da informação gerada a partir do corpo de conhecimento da epidemiologia, ciência da ação tradicionalmente utilitária por ocupar-se das circunstâncias e fatores microbiológicos, toxicológicos, genéticos, sociais, ambientais, políticos e até mesmo religiosos que concorrem para danos e agravos à saúde de indivíduos e população. Procura mostrar que a literatura é, ainda, escassa em relação ao uso de informação e, em particular, de informações em saúde. No entanto, alguns autores se destacam, como Taylor (1991) e Dervin (1992), que oferecem análise do uso da informação de forma mais avançada, com abordagem do uso da informação como ação construtivista. Já no subitem 3.1, nos reportamos a respeito da consolidação da informação e, ainda, o valor da informação consolidada, especialmente no contexto da resolução de problemas e tomada de decisões.

No Capítulo IV, para a realização da pesquisa, foram utilizados os aportes metodológicos, entrevista semi-estruturada e variáveis descritivas epidemiológicas. A entrevista foi aplicada em 20% das equipes do Programa de Saúde da Família-PSF em Teresina-PI e em 23% dos grupos sistematicamente acompanhados por este programa. Estes grupos na pesquisa foram denominados de grupos focais. Para análise das variáveis descritivas, foram utilizados dados coletados por meio do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB e de posse da coordenação municipal do PSF em Teresina-PI.

O Capítulo V apresenta a análise dos resultados alcançados na pesquisa de campo, sobre a averiguação da aplicabilidade e uso dos dados e informações geradas no SIAB, bem como mudanças de atitudes referentes à saúde, conforme relatos transcritos e informações obtidas, através da consolidação dos dados na coordenação Municipal do PSF de Teresina-PI, confrontamos esses dados com algumas variáveis epidemiológicas indispensáveis à checagem de mudanças de atitudes e estilos de vida da comunidade estudada. Ao final do trabalho,

constam o anexo 1 referente ao roteiro de entrevista destinado as equipes do PSF, em Teresina-PI, e o anexo 2, roteiro de entrevista voltado aos grupos focais, constituídos por representantes das comunidades assistidas. Estes anexos destinaram-se à obtenção da aplicabilidade e uso concreto do Sistema de Informação e Atenção Básica-SIAB, enquanto sistema e uso dos dados e informações nele geradas a partir de sua aplicabilidade e uso.

Quanto aos objetivos da pesquisa, foram estabelecidos conforme nos propusemos, na construção do presente texto. De modo geral, procuramos estudar a aplicabilidade das informações do SIAB pelas equipes do Programa de Saúde da Família-PSF nas comunidades atendidas pelo programa, em Teresina-PI, e investigar a influência do uso das informações para mudança do perfil epidemiológico dessas comunidades. De modo específico, pudemos observar em que circunstâncias as informações do SIAB estão sendo usadas, analisadas, organizadas e manuseadas pelas equipes do PSF. Pudemos verificar o fluxo de uso dos impressos componentes do SIAB, pela equipes do PSF, bem como a percepção das equipes do PSF e grupos da população sobre a importância do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB. Por fim pudemos investigar até que ponto as informações oriundas do SIAB estão sendo absorvidas pelas comunidades assistidas, através das mudanças observadas no seu perfil epidemiológico.

# **CAPÍTULO I**

## **1 EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA**

A epidemiologia teve sua origem há aproximadamente 2000 anos, a partir de uma idéia expressa por Hipócrates e outros estudiosos, quando chegaram à conclusão que fatores ambientais poderiam influenciar na ocorrência das doenças. No entanto, somente no século XIX, a distribuição das doenças em grupos populacionais específicos passou a ser medida (BEAGLEHOLE et al, 1996). A epidemiologia tem berço também nas transformações ocorridas nas práticas de saúde, quando surgiram as sociedades modernas, e tomou-se o saber que mais positivamente absorveu ou trabalhou os ideais revolucionários da medicina social. Ao desenvolver-se como uma disciplina aplicada, a epidemiologia foi o canal através do qual a ideologia científica da medicina social encontrou sua mais expressiva e legítima identidade entre as ciências da saúde (AYRES, 1995).

A literatura relata que foi a partir dos estudos de John Snow que ficou esclarecido que o risco de contrair cólera estava relacionado, entre outros fatores, ao consumo de água fornecida por determinada companhia. Este trabalho marcou não somente o início formal da epidemiologia, mas, em decorrência dessa investigação, Snow construiu a teoria sobre a transmissão das doenças infecciosas em geral. Deste modo, foi capaz de propor melhorias no suprimento de água, mesmo antes da descoberta do microorganismo causador da cólera, além

do que, sua pesquisa teve um impacto direto sobre as políticas públicas de saúde (BEAGLEHOLE et al, 1996).

Sendo assim, é precipuamente a ciência da ação, tendo adquirido tradicionalmente seu caráter utilitário. Além da situação da curiosidade intelectual, seus conhecimentos destinaram-se à solução prática de problemas inerentes à saúde pública e à medicina (FORATINI, 1986).

Desta forma, a epidemiologia ocupa-se das circunstâncias em que as doenças ocorrem e nas quais elas tendem ou não a aparecer. Essas circunstâncias podem ser microbiológicas ou toxicológicas, e podem ser baseadas em fatores genéticos, sociais ou ambientais. Mesmo os fatores religiosos ou políticos devem ser considerados, desde que se note que têm alguma influência sobre a prevalência da doença. Rouquayrol (1988) refere-se ao corpo de conhecimento da epidemiologia, dando ênfase ao uso da epidemiologia descritiva, que tem o propósito de informar como os eventos variam na população ou subgrupo da mesma, de modo a compará-los, por exemplo, entre faixas etárias, sexo e tipo de ocupação. De modo geral, a distribuição dos casos permite evidenciar, quantitativamente, que a saúde e a doença estão distribuídas desigualmente na população. O uso desse conhecimento possibilita o alcance de no mínimo dois objetivos: a) o direcionamento das ações saneadoras em que a distribuição dos casos aponta para as camadas da população em que o dano é mais freqüente ou em que é raramente encontrado. O resultado desse conhecimento é usado como indicativo das necessidades atuais e de que, em futuro próximo, se não houver mudanças na evolução natural do processo ou qualquer intervenção bem sucedida, esta desigualdade na distribuição de casos será também encontrada.

Deste modo, há identificação de desigualdades e das características do grupo que se pode beneficiar de alguma forma de proteção, que vise a diminuir os riscos e suas conseqüências; b) refere-se à base necessária para a formulação de hipóteses causais, que se

relacionem com a elaboração de explicações e relações para mostrar porque as frequências variam na população; sendo assim, a distribuição de um evento na comunidade reflete a ação de fatores que não se manifestam (PEREIRA, 2000). A análise da distribuição das causas, em diferentes épocas e lugares, assim como o seu estudo intensivo, na mesma população, permitem levantar suspeitas de questões quanto às possíveis razões para as diferenças encontradas, de modo a formular hipóteses sobre as causas da variação retratada nos coeficientes, prosseguindo deste raciocínio até à investigação etiológica, ou seja, das causas.

Logo, o conhecimento da distribuição de um evento não é um objetivo que em si termina, mas sim a fase inicial do processo de explicação do perfil das doenças ou de identificação de pontos, onde as ações são mais necessárias, o que fornece subsídios para a investigação etiológica e para a tomada de decisão quanto à implementação de ações saneadoras (PEREIRA, 2000).

Por sua vez, "a epidemiologia descritiva constituiu o eixo fundamental que dá suporte às hipóteses geradoras de novos conhecimentos acerca da distribuição das doenças e dos fatores que as determinam" (ROUQUAYROL, 1988, p. 79). É fundamental, na ciência epidemiológica, o conhecimento das circunstâncias sob as quais ocorrem, nas comunidades, os casos de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como os agravos à saúde. Essas circunstâncias, de forma abrangente, referem-se às variáveis, segundo o tempo, lugar e pessoa, onde, quando e sobre quem ocorre determinada doença ou agravo. Sob este aspecto, questiona-se: – Há grupos especiais mais expostos? Existe alguma época do ano na qual aumenta o número de casos? Em que regiões do País determinados agravos são mais frequentes? Indivíduos idosos são mais atingidos do que crianças? A classe social determina maior ou menor risco?

A epidemiologia descritiva responde a essas e a outras indagações, pois a mesma tem como "objetivo primordial o de relatar a freqüência com que ocorrem casos de doenças ou óbitos em função de variáveis de tempo, lugar e pessoa" (ROUQUAYROL, 1988, p. 80).

Ainda, de acordo com a mesma autora, a epidemiologia descritiva tem por objetivo primordial descrever, para cada patologia que ocorra em um número significativo de casos, as condições e as formas sob as quais ocorreu a modalidade de variação predominante, se cíclica ou sazonal, a tendência ao longo dos anos, se crescente ou decrescente, se a doença tem distribuição acentuadamente urbana ou rural, se tem característica endêmica ou epidêmica, sua variação em função da idade, sexo, ocupação e fatores biológicos, psíquicos e sociais. De importância são também os fatores políticos, econômicos e culturais que sejam na comunidade em estudo.

Podemos notar, pois, que Rouquayrol (1988) vem dando ênfase à descrição epidemiológica, das informações quantitativas de agravos à saúde e das circunstâncias sob as quais ocorreram. Observamos que a vertente descritiva se utiliza de ferramenta estatística, que, por meio da coleta, elaboração e exposição de informações quantitativas, busca descrever estados de saúde-doença de agrupamentos humanos, com vistas à busca de causas, do controle da doença e da promoção à saúde. A epidemiologia, ao buscar informar situações de saúde-doença, trata de fazê-lo tendo por base uma das seguintes diretrizes: 1) descrição do estado atual: que tem por objetivo captar e registrar a situação média num determinado intervalo cronológico (anos, meses, grupos de meses, dias ou grupos de dias). É como se fosse a obtenção da fotografia de um determinado estado de coisas, em um dado momento; 2) descrição da tendência histórica: busca, através de uma série momentânea, colhida em tempos consecutivos, mostrar a dinâmica do processo e sua tendência no tempo (ROUQUAYROL, 1988).

Segundo Pereira (2000), "os estudos descritivos informam sobre a freqüência e a distribuição de um evento" (p. 4). Como o próprio nome indica, tem o objetivo de descrever, "epidemiologicamente", como se diz, os dados colhidos na população. Estes, em geral, referem-se à mortalidade e morbidade, e são organizados de maneira a mostrar as variações com que os óbitos e as doenças se encontram no seio da própria população; por exemplo, entre faixas etárias ou entre regiões e épocas distintas. Focaliza também fatores de risco e características da população.

Numerosos fatores e condições são considerados capazes de favorecer a eclosão de doenças ou a manutenção da saúde. São exemplos típicos, características ou atributos das pessoas, tais como: hábitos; um fator ambiental: a poluição atmosférica; uma prática preventiva: a vacina ou uma intervenção curativa: a conduta médica. Então é a epidemiologia que estuda tais fatores e condições que podem ser objeto de verificação quanto à sua real influência.

Desta forma, a fim de possibilitar a constatação precoce de epidemias, tornou-se evidente a necessidade do estudo das doenças em seus períodos interepidêmicos, já que a epidemia é apenas uma fase na evolução do processo mórbido na coletividade. Assim, costuma-se dizer que a epidemiologia tem como objetivo estudar qualquer dano ou agravo à saúde, em termos de população, e não especificamente de doenças.

A epidemiologia contém em seus princípios básicos o entendimento de que os agravos à saúde não ocorrem ao acaso, pois, segundo Pereira (2000),

a distribuição desigual dos agravos à saúde é produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população,' a elucidação destes fatores, responsáveis pela distribuição das doenças, é uma das preocupações constantes da epidemiologia. (Ibid., p. 5).

Deste modo, é importante também o conhecimento dos fatores determinantes das doenças, pois eles permitem a aplicação de medidas preventivas e curativas, direcionadas a

alvos específicos, cientificamente identificados, o que resulta em aumento da eficácia nas intervenções.

Por conseguinte, os fatores determinantes incluem, de maneira inseparável, as causas necessárias e as suficientes para produzir um agravo à saúde. Portanto, nos dias atuais, dificilmente compreender-se-á a aquisição de dengue sem a presença de mosquitos vetores, nem tampouco de farmacodependência sem o tráfico de drogas, como fatores determinantes, embora o vírus do dengue e a droga, em si mesmos, sejam causas necessárias e suficientes. Desta forma, pode-se considerar esses fatores sob dois grandes grupos, os de origem endógena, ou referentes ao organismo e os dos exógenos ou inerentes ao meio ambiente.

Segundo Foratini (1986), o grupo endógeno compreende características como a idade, sexo, patrimônio genético, condições fisiológicas e os mecanismos de defesa que englobem as prévias exposições imunológicas; quanto ao grupo exógeno, compreende os fatores determinantes que estão no âmbito do quadro ecológico da doença que dizem respeito ao meio ambiente. Assim sendo, acham-se aqui incluídos os aspectos básicos, populacionais, comunitários e sociais.

Segundo Pereira (2000), “a epidemiologia tem como objetivo geral concorrer para reduzir os problemas de saúde, na população” (p. 5). Um importante passo para alcançar tal objetivo, e para o qual a epidemiologia pode muito contribuir, é representado pelo melhor conhecimento da distribuição das doenças, dos fatores que determinam esta distribuição e das possibilidades de êxito das intervenções destinadas a alterá-la. Desta forma, descrevemos as principais aplicações da epidemiologia, as quais são: 1) informar a situação de saúde da população: que inclui a determinação das frequências, o estudo da distribuição dos eventos e conseqüente diagnóstico dos principais problemas de saúde ocorridos, inclusive com identificação dos segmentos da população afetados, em maior ou menor proporção, por estes problemas; 2) investigar os fatores que influenciam a situação de saúde: como o estudo



científico das causas determinantes do aparecimento e manutenção dos danos à saúde na população; e 3) avaliar o impacto das ações propostas para alterar a situação encontrada, envolvendo questões relacionadas à determinação da utilidade e segurança dos serviços de saúde. Essas três aplicabilidades da epidemiologia fornecem valiosos subsídios para auxiliar as decisões, seja em nível coletivo, seja em nível individual, sendo que, em nível coletivo, as decisões são tomadas pelos planejadores de saúde, a partir das evidências proporcionadas pela epidemiologia, no sentido de implementar novas intervenções, reorientar as atualmente existentes ou manter as mesmas estratégias em curso. Já em nível individual, valem-se dos subsídios, apurados com o uso da epidemiologia, os profissionais de saúde que lidam diretamente com as pessoas, no sentido de fundamentar cientificamente decisões e condutas, tais como o diagnóstico clínico, a solicitação de exames complementares e a prescrição de vacinas, de drogas e de regimes alimentares.

Conforme pudemos ver, os usos da epidemiologia indicam que ela fornece base científica para a prática clínica e de saúde pública. O corpo de conhecimentos da epidemiologia contém numerosos detalhes, informações e formas de abordagens dos problemas de saúde, que são úteis para qualquer profissional de saúde, em especial, para avaliar as diferentes situações e para orientar as ações que se fazem necessárias. Por ir além dos fatos eminentemente biológicos, a epidemiologia confere uma perspectiva mais ampla do indivíduo e do ambiente que o cerca.

Os profissionais de saúde que têm preocupação, responsabilidade ou qualquer forma de envolvimento necessitam de informação epidemiológica sobre a comunidade, para agir de acordo com este conhecimento (Pereira, 2000).

Atualmente não é atribuída somente ao sanitarista essa função, mas também a outros profissionais da área de saúde a tarefa de implantar, fazer funcionar ou contribuir para

as diversas "bases de dados" existentes na área de saúde, tais como as de mortalidade, natalidade, morbidade, recursos humanos, custos e recursos de programa, dentre outras.

A partir do funcionamento de registros apropriados, espera-se que os dados sejam produzidos em quantidade e qualidade satisfatórias, para que se conheça a real situação de saúde da comunidade ou das pessoas que demandam cuidados em uma instituição de saúde, ou que sejam acumulados dados adequadamente para sua utilização no futuro (PEREIRA, 2000).

As informações de natureza epidemiológica representam insumos essenciais para o planejamento, a execução e a avaliação das ações em saúde. Com tal finalidade, há que se considerar as informações de mortalidade, morbidade, fatores de risco e características da população, pelas quais se conhecem a magnitude e a importância dos problemas, as necessidades e demandas por serviços de saúde, as características e a distribuição dos recursos já existentes.

A aplicação adequada do corpo de conhecimentos da epidemiologia, de acordo com a situação de saúde detectada, é um dos grandes desafios dos tempos atuais. A epidemiologia fornece muitos dos dados que permitem interpretações a serem usadas como suporte de decisões a serem tomadas, no âmbito do planejamento, da alocação de recursos e da organização de serviços.

As decisões, em termos técnicos, são os resultados da seleção de prioridades, baseadas em cuidadoso balanceamento entre as necessidades e os recursos mobilizáveis para o seu atendimento. E, para tanto, a epidemiologia muito pode contribuir. Contudo, a aplicação dos conhecimentos também depende de elementos situados fora do campo específico da saúde, de natureza socioeconômica, cultural e política. Desta maneira, na epidemiologia, o cerne da prática no processo de quantificação dos eventos é representado pela medida, da maneira mais exata possível, das frequências de doenças, dos fatores de risco, das

características populacionais, bem como dos recursos utilizados. A expressão dos resultados é feita, prioritariamente, por meio de coeficientes ou taxas, em face de sua utilidade e facilidade de interpretação, embora outros meios de sintetizar dados também sejam empregados (PEREIRA, 2000).

Por outro lado, para alcançarmos parte deste conhecimento, faz-se necessário referir sobre indicadores de saúde, usados com o objetivo de intervir, tanto no intuito de mudar uma situação existente e julgada insatisfatória, quanto com o objetivo de guiar os próximos passos a serem seguidos pela equipe do PSF, buscando conhecer adequadamente a situação. Entende-se, pois, ser indispensável o conhecimento sobre indicadores de saúde para quem pretende desenvolver um diagnóstico coletivo de saúde, visto que esses indicadores dão subsídios para a quantificação de saúde e doença na população e têm o propósito ou a premissa básica inerente ao ato de intervir, tanto no intuito de mudar uma situação existente julgada insatisfatória, como simplesmente com o objetivo de guiar os próximos passos, e de conhecer adequadamente a situação. Pelo fato de informarem a situação existente, eles permitem comparações individuais ou populacionais, de modo a subsidiar a tomada de decisões racionais, bem fundamentadas sobre ações a recomendar ou a aplicar de imediato. Além dessa faceta diagnóstica, os indicadores apresentam também caráter prognóstico, pois permitem presumir o que é possível suceder no futuro e mesmo constatar as mudanças que realmente acontecem com o passar do tempo (PEREIRA, 2000).

Quanto ao termo indicador, segundo Aurélio (1988), significa o que reflete uma particular característica. Em química, onde a palavra é muito usada, trata-se de substância cuja cor revela a acidez da solução em que for colocada. Um indicador de saúde tem a conotação de revelar a situação de saúde de um indivíduo ou da população.

Na concepção de Vasconcelos (1977), indicador é a quantificação da realidade, a fim de planejar um modo de interferir nessa própria realidade. Já para Prado Jr. (1973), a

quantidade mede somente um aspecto da qualidade da realidade concreta. Isso possibilita, muitas vezes, que o conhecimento retirado dos números mascare os aspectos importantes da realidade. Logo, por ser muito complexo o conceito de saúde, é natural que também complexa seja a tarefa de mensurá-la; portanto, muitos são os indicadores que podem ser utilizados para medir a mortalidade, a morbidade, os aspectos demográficos, sociais e ambientais. No próximo item, vamos falar sobre os principais indicadores considerados importantes.

### **1.1 Mortalidade**

A Mortalidade foi o décimo indicador historicamente utilizado em avaliação de saúde coletiva, e ainda hoje é o mais empregado devido as facilidades operacionais; pois a morte, ao contrário da doença, é objetivamente definida, tendo que ser registrado cada óbito. Segundo Pereira (2000), "o registro obrigatório (da morte) resulta na formação de uma base de dados, mantida e atualizada por técnicos do governo, divulgada periodicamente" (p.54). Esta base de dados possibilita a preparação de estatísticas sob diversas formas, e sua interpretação, ainda que superficial, fornece um diagnóstico da situação. Podemos citar, como exemplo, os óbitos por causas evitáveis. As taxas elevadas de mortalidade por causas evitáveis permitem concluir pela existência de baixos níveis sanitários e sociais da população. Ainda de acordo com Pereira (2000), "a maioria dos óbitos mantemos, aproximadamente, quatro em cada cinco que ocorreram nos países do terceiro mundo, são consideradas como mortes evitáveis" (p.57). Quanto maior o número desses óbitos, maior é o fracasso da sociedade em lidar com aspectos tão essenciais, como a sobrevivência humana.

Segundo Maletta (1997), "as características de mortalidade constituem instrumento de grande valor em epidemiologia, demografia e administração sanitária" (p.101).

Para o mesmo autor,

A taxa de mortalidade infantil é um indicador sensível de disponibilidade, utilização e eficácia da assistência sanitária e em particular da atenção perinatal. A taxa de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos reflete melhor os principais fatores ambientais que afetam a saúde das crianças, tais como a nutrição, saneamento, as doenças transmissíveis da infância e os acidentes. (Ibid., p. 141).

Por conseguinte, o uso da mortalidade como indicador tem suas limitações, tais como: 1) as estatísticas sobre mortalidade expressam a gravidade da situação, mas, como o objeto representa o último acontecimento no processo saúde/doença, as estatísticas de mortalidade refletem uma história muito incompleta da doença e de seus fatores determinantes. 2) Os danos que raramente levam à morte, como os de natureza dermatológica, osteoarticular e psiquiátrica, praticamente não estão representados nas estatísticas de mortalidade. 3) Os óbitos são eventos que coincidem, anualmente, em uma pequena parcela da população. Até mesmo as regiões mais subdesenvolvidas raramente têm taxas anuais superiores a 25 óbitos por mil/habitantes. Em muitas situações, como na verificação do estado de saúde de crianças que freqüentam uma creche, os óbitos são exceção, o que aponta para a necessidade de outros indicadores que funcionarão como parâmetro de avaliação. 4) As mudanças nas taxas de mortalidade, com o passar do tempo, são, em geral, de pequena amplitude, o que as torna pouco úteis para avaliações de curto prazo (PEREIRA, 2000).

Dessa forma, um indicador só é útil quando classifica corretamente grupos ou subgrupos e os separa convenientemente. Assim sendo, em numerosas situações, é necessário empregar outros tipos de indicadores, para substituir ou completar as informações fornecidas pelas estatísticas de mortalidade.

A taxa de mortalidade geral mede a probabilidade de que qualquer pessoa da população tem de morrer, em determinado local e ano. Esta taxa depende somente do conhecimento do número de óbitos e da população da área em que se estuda. É importante que os óbitos sejam codificados por local de residência habitual, pois os indivíduos doentes convergem para os centros de melhores recursos de saúde. Os erros no cálculo da taxa de

mortalidade geral não levam em consideração a estrutura etária da população, e, por isso, é um indicador pouco sensível.

Dispõe-se também da taxa específica de mortalidade por determinada causa, a qual mede o risco que uma população tem de morrer por uma doença determinada, como, por exemplo, diabetes ou por agrupamento de causas como doenças do aparelho digestivo, neoplasias e outras. Um tipo de erro bastante comum, nessa taxa, é a falta de precisão na declaração da causa básica da morte, posto que, muitas vezes, o médico não preenche corretamente o atestado de óbito (MALETTA, 1997).

Já com relação à taxa de mortalidade materna, esta mede a probabilidade de a gestante morrer por causas associadas à gravidez, parto e puerpério. Apesar de essa taxa não ser muito elevada, é uma mortalidade facilmente evitável e não deveria existir.

## **1.2 Morbidade**

Conhecer o perfil de morbidade da população é essencial para os profissionais da área de Saúde. As estatísticas que expressam a situação das doenças na população têm múltipla utilização: elas permitem medir os riscos de adoecer a que as pessoas estão sujeitas, como também constituem indicações a serem utilizadas na escolha das ações saneadoras adequadas. Comparando-se as medidas de morbidade e as de mortalidade, as de morbidade são mais sensíveis para expressar mudanças em curto prazo (PEREIRA, 2000).

Morbidade é o termo utilizado para expressar a presença de doença ou condição patológica. É um poderoso indicador de saúde de uma comunidade (MALETTA, 1997). No entanto, a morbidade em nosso meio é muito pouco confiável devido à baixa qualidade dos dados. As principais dificuldades encontradas estão relacionadas com o registro, a notificação e os diagnósticos.

O levantamento dos dados de ocorrência das doenças de maior interesse público é uma das atividades mais relevantes dos serviços de saúde pública. Aí encontram-se as doenças que se podem difundir na coletividade, aquelas de maior gravidade, as que têm grande frequência e as que causam grandes prejuízos, gerais ou individuais. Por sua vez, as doenças transmissíveis, por este entendimento, têm merecido destaque do setor público e os dados estatísticos de algumas delas podem ser conhecidos através da notificação obrigatória, que os serviços hospitalares e ambulatoriais fazem aos serviços de saúde pública (MALETTA, 1997).

### **1.2.1 Medidas da morbidade**

A obtenção de uma estimativa quantificada da morbidade pode ser tarefa simples ou apresentar uma variedade de dificuldades. Desta forma, trataremos, aqui, sobre dois termos bastante usados para tal finalidade – incidência e prevalência. A incidência de uma doença refere-se aos casos novos e a prevalência aos casos existentes em comparação. A incidência é, pois, como se fosse um filme sobre a ocorrência da doença, enquanto a prevalência produz apenas uma imagem dela na coletividade. Com a finalidade de conhecer a incidência, especifica-se a duração do tempo de observação de surgimento dos casos novos (PEREIRA, 2000).

A incidência e a prevalência medem diferentes aspectos da morbidade, os quais, em geral, são mais bem expressos por meio de relações entre casos e populações. A incidência reflete a dinâmica com que os casos aparecem no grupo. Ela informa, por exemplo, quantos, entre os sadios, tornam-se doentes em dado período de tempo; ou, então, quantos, entre os doentes, apresentam uma dada complicação ou morrem, após passar algum tempo. Sob este aspecto, diz-se que a incidência reflete a força da morbidade ou da mortalidade, em se tratando de óbitos.

Como fator determinante do nível de prevalência, cita-se a incidência. A prevalência representa a proporção da população que apresenta uma dada doença. Ela aumenta com os casos novos e diminui com o número de curas e de óbitos.

A melhoria no tratamento médico de uma afecção crônica, fazendo prolongar a vida, mas sem curar a doença, aumenta o número de casos na população, o que eleva a respectiva taxa de prevalência. Em caso de não ser instituído o tratamento em doenças curáveis, como, por exemplo, em caso de tuberculose, resulta no aumento da prevalência. Ao contrário, as condições de evolução aguda, ou as rapidamente fatais, têm baixa prevalência na população.

A observação da frequência e da distribuição do evento sob a forma de incidência ou prevalência informa a magnitude e a importância dos danos à saúde da população. Esta é a forma de conhecer a concentração dos casos nas camadas populacionais, fazer comparações geográficas e detectar tendências, tanto em longo prazo quanto variações estacionais ou de outra natureza.

A escolha no uso da incidência ou da prevalência depende da situação em análise, como também de questões operacionais. As doenças de evolução aguda são geralmente indicadas por meio da incidência, forma pela qual são apresentadas as respectivas estatísticas, como as de sarampo e coqueluche. Em agravos de natureza crônica, a determinação da incidência é muito trabalhosa e, como a prevalência é mais facilmente obtida, as informações sobre frequência de condições, como parasitose, hipertensão e alcoolismo, são expressas habitualmente em termos de prevalência, embora o conhecimento da incidência de afecções crônicas possa informar melhor sobre a dinâmica da doença na população. A incidência é uma medida da eficácia das ações terapêuticas e preventivas, dentre outras.

A morbidade refere-se também a danos à saúde que evoluem com pior prognóstico do que outros. A incidência com que esses eventos ocorrem em um grupo



populacional depende das condições de saúde deste grupo. Como exemplo, podemos citar as doenças infecciosas e as não-infecciosas, tendo em vista que, nas regiões menos desenvolvidas, constata-se alta incidência de doenças infecciosas, carenciais e perinatais. Nas mais desenvolvidas, a população costuma ser, em média, mais idosa, com predominância das afecções crônico-degenerativas.

A expressão social da morbidade, representada pelas atitudes e comportamentos assumidos pelas pessoas, quando percebem desvios da normalidade na sua própria saúde, depende de aspectos culturais e é condicionada pelas expectativas da sociedade: por exemplo, proteger-se do sereno, não ingerir bebidas geladas, abster-se de trabalhar e buscar formas alternativas ou complementares de tratamento (PEREIRA, 2000).

Ou, ainda, um indivíduo pode sentir-se mal, ou seja, referir-se a uma queixa, sofrimento ou incômodo, físico ou mental, ou a qualquer outra razão que o leve a preocupar-se com a saúde, sem ter anormalidade orgânica detectável, nem passar por doente. Doença, pois, em termos técnicos, designa uma entidade patológica, geralmente definida por, pelo menos, dois dos três critérios, quais sejam: um agente etiológico reconhecido, um grupo identificável de sinais e sintomas e alterações anatômicas consistentes. Um outro pode sentir-se bem, mas ser portador, sem saber, de uma anormalidade biológica; e, quando dela tem conhecimento, após um exame médico, pode assumir ou não o papel de doente (PEREIRA, 2000).

### **1.3 Indicadores demográficos**

Os indicadores que apresentam maior interesse aos objetivos da demografia e da saúde são a mortalidade e a esperança de vida, já mencionadas. São também indicadores valiosos e que dizem respeito à composição da população, à idade e sexo, dentre outros. Pereira (2000) relata que, em algumas comunidades, as necessidades de saúde são de tal

forma evidentes, que, até mesmo sem informações precisas sobre os problemas de saúde e sem haver coleta de dados adicionais, o planejamento das ações de saúde se faz necessário. Nesses casos, segundo o autor, basta uma estimativa simples da distribuição da população, em grandes grupos, tais como: jovens (0 a 14 anos), população economicamente ativa (15 a 64 anos) e idosos (65 anos e mais). O conhecimento desses e de outros aspectos demográficos permitem estimar, além das necessidades, as demandas presentes e futuras, tanto de serviços, quanto de leitos, consultas, pessoal e recursos de outra natureza.

Segundo MALETTA (1997), o conhecimento populacional constitui prática de caráter demográfico, que possibilita análise retrospectiva e prospectiva da população em estudo.

#### **1.4 Indicadores sociais**

Ainda seguindo os passos de Pereira (2000), a saúde relaciona-se intimamente às condições socioeconômicas, de modo que estas são usadas como indicadores sanitários indiretos, como é o caso da renda *per capita*, da distribuição de renda, da taxa de analfabetismo e da proporção de crianças em idade escolar fora de escolas. Os indicadores socioeconômicos, embora nem sempre concordem entre si, expressam entre si inter-relacionamento, pois medem diferentes aspectos da vida em sociedade.

#### **1.5 Indicadores ambientais**

Entre os principais indicadores de saúde ambiental estão as condições de moradia e o peridomicílio, os quais estão estreitamente relacionados com o nível socioeconômico da população. Vale destacar que uma forma importante da análise da questão ambiental refere-se à cobertura e à qualidade dos serviços de saneamento básico, tais como: abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e de águas pluviais. Estes se denominam indicadores sanitários, e,

entre eles, um muito usado é a proporção da população que dispõe de um sistema adequado de abastecimento de água, de eliminação de dejetos e coleta regular de lixo.

Na opinião de Pereira (2000), é necessário que se conheçam a industrialização, a urbanização e o aumento da circulação das pessoas, porque essa situação tem extraordinário potencial de alterar o meio ambiente, daí a preocupação crescente de desenvolver e usar indicadores que meçam a qualidade do ar, das águas e do meio ambiente, para que, dessa forma, possam permitir a contínua vigilância da qualidade de vida e a adoção de medidas preventivas e saneadoras imediatas, quando for o caso.

### **1.6 Expressão dos resultados dos indicadores**

A preparação de indicadores envolve a contagem de unidades-doentes, inválidos, acidentados, óbitos, episódios ou a medição de alguma característica, em indivíduos e no ambiente: peso, altura, nível de pressão arterial, de glicose, de colesterol, compõem alguns exemplos. A maioria dos indicadores utilizados na rotina é de levantamento relativamente simples, resumindo-se na contagem das pessoas com determinadas características e na expressão dos resultados de maneira conveniente, como resultados expressos em frequência absoluta – a forma mais simples de expressar um resultado é através de um número absoluto. A imprensa leiga a utiliza rotineiramente: assim em tal local, foram detectados cinco casos de tuberculose, durante o ano. Tal expressão tem limitações, por não se apoiar em pontos de referência que permitam melhor conhecimento da situação. Se, por acaso, aqueles números forem relativos a residentes em um pequeno orfanato, a situação é grave; se, no entanto, referem-se à população de um Estado, o quadro muda, tornando-se menos sombrio. Mas a apresentação da frequência em números absolutos, às vezes, é suficiente para causar o impacto desejado.

## **CAPÍTULO II**

### **2 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

A abordagem sobre sistema de informação remonta à época dos filósofos pré-socráticos, passando por Platão, Aristóteles, Santo Tomás de Aquino, Descartes, Leibniz, Spinoza, Kant, atingindo a época de Hegel, Nietzsche até os dias atuais. Nos primeiros tempos, a tônica recaía na explicação da realidade ou imaginação de uma realidade ideal, por meio da filosofia ou da religião. Posteriormente, deslocava-se para a experimentação e, finalmente, nos dias atuais, privilegia o uso de técnicas matemáticas, com a ressalva de que o avanço da informática e da telemática acelerou este processo (CHURCHMAN, 1972).

Historicamente, sabe-se que, no início, as ciências eram vistas como ramificações da filosofia. Por conseguinte, a abordagem sobre sistemas confundia-se com a filosofia, na medida em que esta se preocupava com os problemas globais. Com o incremento do conhecimento humano, uma única pessoa já não conseguia manter-se a par de todos os desenvolvimentos e descobertas de cada ramo da filosofia. Além do mais, a ciência evoluiu, no sentido de dar maior destaque à compreensão dos porquês que subjazem à natureza dos fatos e fenômenos, tornando-se, pouco a pouco, autônomas e "soberanas". Emerge, assim, a especialização cada vez mais acentuada. Ao tempo em que apresenta vantagens, dentre as

quais, a de permitir o aprofundamento de problemas particulares, indubitavelmente traz uma série de desvantagens, uma vez que, quanto mais especializado o profissional, maior o risco de perder a visão global e sistêmica. Vale assinalar que o homem, diante de uma situação problema, no intuito de compreender para melhor solucioná-la, classifica-a sob aspectos distintos, tais como educacional, social, econômico, militar, médico, científico-tecnológico, dentre outros.

Retornando ao século XV, Nicolas de Cusa apresenta a noção de *coincidentia oppositorum*, alusiva à existência de luta entre as partes de um todo. Mesmo opostas, se complementam dentro de uma unidade de ordem superior. Sem dúvida, esse tipo de visão do todo constitui a base das primeiras idéias filosóficas vividas antes da revolução científica dos séculos XVI e XVII. No entanto, Galileu (1564-1642) introduziu mudanças na visão de mundo, substituindo as óticas holística e teológica por uma visão de conjunto de eventos, de ocorrências estanques e submetidas a relações de causa e efeito. Também Descartes (1596-1650), em sua obra *Discurso do método*, aconselha fragmentar cada problema em tantas partes quantas possíveis para sua perfeita apreensão, estabelecendo, de certa forma, o paradigma do pensamento reducionista e racionalista da época.

Há que se ressaltar que a decomposição de um todo em partes facilita a definição dos passos necessários à solução definitiva, tornando oportuna a síntese e integração de soluções parciais. A este respeito, James Culliton (apud MORAES, 1994) acredita que há fortes evidências de que vivenciamos uma época de transição. A era da análise dá lugar à era da síntese, sem perder de vista, no entanto, que a busca pela otimização do todo é imprescindível sem se visualizar tão-somente às partes. Aliás, esta é a idéia central da abordagem de sistemas, a ênfase nas interfaces entre as partes distintas do todo.

Como a especialização profissional é um fato incontestável e irreversível, uma forma de minimizar tal dificuldade é constituir e consolidar equipes de especialistas de

diferentes áreas, ou seja, interdisciplinares, para solução dos problemas emergentes. E, de fato, o uso de equipes interdisciplinares é um traço marcante da abordagem de sistemas, que, sob este aspecto, tem como intuito o estabelecimento de uma linguagem comum entre as diversas áreas que constituem o repertório cognitivo do ser humano, dando ênfase à relevância da interação e avaliação. Sendo assim, a abordagem de sistemas procura disciplinar o bom senso e a intuição, através da análise formal do problema.

A teoria geral de sistemas (TGS) emerge com os trabalhos do biólogo e filósofo alemão Ludwig Von Bertalanffy, publicados entre 1950 a 1968. Estes refletiam a preocupação da comunidade intelectual internacional sobre a necessidade de integrar e aproximar as diversas correntes do pensamento científico, para as quais a fragmentação do conhecimento humano em dezenas de especialidades autolimitadas em alcance, totalmente separadas e estanques, sem linguagem ou conceituação comum, não era aceitável (CHURCHMAN, 1972).

Sobre a temática, Chlavenato (1983) acrescenta que a TGS não tem o intuito precípua de solucionar problemas ou tentar práticas, mas sim de produzir teorias e formular conceitos aplicáveis à realidade empírica. E, a propósito, apresenta os pressupostos básicos da referida teoria: a) há nítida tendência para a integração nas várias ciências naturais e sociais; b) pode ser um modo abrangente de estudar os campos não físicos do conhecimento científico, especialmente as ciências sociais; c) aproxima o ser humano do objetivo da unidade da ciência, ao desenvolver princípios unificadores que atravessam verticalmente os universos particulares das diversas ciências envolvidas; d) pode levar o homem à integração necessária na educação científica; e) afirma que as propriedades dos sistemas não são descritas, significativamente, em termos de seus elementos separados. Em suma, faz-se imprescindível o entendimento dos sistemas de forma global.

Dando continuidade, Moraes (1994) afirma que a TGS funda-se em três pressupostos básicos, quais sejam: 1) os sistemas existem dentro de sistemas; 2) os sistemas são abertos; 3) as funções de um sistema dependem de sua estrutura. Na realidade, a literatura apresenta uma série de concepções acerca de sistemas. Não sendo pretensão esgotar o assunto, seguem apenas algumas. Para Chaves (1978), por exemplo, sistema é um todo complexo e organizado. Trata-se da reunião de coisas ou partes que formam um todo unitário e complexo. A idéia de sistemas, portanto, dá uma conotação de plano, método, ordem e arranjo. Ao incluir as partes e estabelecer as relações entre elas, o sistema torna-se uma nova entidade. A base desse raciocínio talvez resida em Aristóteles (384-322 a.C.), para quem o todo é, essencialmente, mais do que a soma das partes. Segundo Bertalantry (apud CHURCHMAN, 1972), sistema é um conjunto de unidades, em que ocorre relação recíproca entre seus componentes de modo a constituir uma totalidade, ou seja, o sistema possui natureza orgânica pela qual uma ação que produza mudanças em uma das unidades do sistema tem chance de produzir, também, mudanças no todo. Afirma Buckland (1995), de forma direta e objetiva, que tais sistemas caracterizam-se por possuir propósito específico e só têm sentido face à provisão e ao uso da informação. Configuram-se como sistemas, quando a informação é elemento coletado, armazenado, demandado e recuperado pelo usuário.

Em linha similar de pensamento, Salton; McGill (apud Moraes, 1994) os definem como sistemas utilizados para armazenar itens de informação, que devem ser processados, identificados, recuperados e disseminados para vários segmentos populacionais. Com palavras distintas, mas que expressam o mesmo teor, Allen (1996) diz que sistema de informação é um sistema de entidades relacionadas com o propósito de fornecer acesso a um ou mais corpos de conhecimento e que age como um mecanismo através do qual indivíduos podem informar outras pessoas ou podem informar-se.

Em se tratando especificamente dos sistemas de informação em saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) determina alguns parâmetros, segundo os quais, tais sistemas constituem mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações necessárias à organização e operacionalização dos serviços de saúde, e também à investigação e ao planejamento, com vistas ao controle de doenças. Em outras palavras, um sistema de informação em saúde tem o propósito de selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los em informações que fundamentam o processo de tomada de decisão, inerente aos indivíduos e às organizações que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços de saúde.

Por sua vez, para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), um sistema de informações em saúde é o conjunto de componentes, estruturas administrativas, departamento de estatística de saúde, unidades de informação, enfim, segmentos que atuam de forma a produzir as informações essenciais e oportunas à implementação dos referidos processos de decisão no sistema de serviços de saúde.

É Chiavenato (1983) quem sintetiza tal discussão, argumentando que, em qualquer instância, a definição de um sistema depende da finalidade de uso e análise que o usuário pode fazer. Logo, os sistemas de informação em saúde contribuem com os recursos institucionais no processo de construção do conhecimento em saúde; conhecimento este que demanda informações sobre o perfil de morbidade e mortalidade; a identificação dos principais fatores de risco e de seus determinantes; as características demográficas da população-alvo; os serviços de saúde, incluindo recursos humanos, materiais, financeiros; equipamentos; instalações e infra-estrutura em geral. Somente de posse de tais subsídios é possível efetivar o planejamento, a implantação, implementação, organização e avaliação das ações e dos serviços.



Por conseguinte, na prestação da assistência à saúde, as informações constituem elementos imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem de problemas coletivos, recorrendo-se a elas desde a assistência direta nas unidades de saúde até a fixação de políticas específicas e a formulação de planos e programas de saúde. Um sistema de informação em saúde deve incorporar elementos suficientes para a explicação e o entendimento dos processos causais, como também dos fatores sensíveis às intervenções, de modo a possibilitar o acompanhamento e a avaliação dos resultados e do impacto das medidas implementadas. A atualização permanente das informações, a qualidade e disponibilidade oportuna das atividades de vigilância epidemiológica no monitoramento contínuo da situação de saúde permitem compreender as mudanças nos padrões de mortalidade e morbidade e indicar as medidas de controle permanentes. As informações, além de garantirem suporte à gestão dos serviços, orientam a implantação dos modelos de atenção de promoção da saúde e das ações de prevenção e controle. O conhecimento gerado sobre a situação de saúde possibilita estabelecer prioridades e destinar recursos para a melhoria das condições de vida da população. O envolvimento da esfera municipal na gestão da saúde em consequência do processo de descentralização, a mudança nos papéis dos gestores estadual e federal e a organização dos sistemas para suprirem as demandas por ações e serviços apresentam novos e significativos desafios à área informacional. A descentralização de ações e serviços deve incluir, ainda, a responsabilidade compartilhada dos níveis de Governo com as informações em saúde Branco, (apud MORAES, 1994). Por outro lado, ressalte-se que as informações só podem contribuir para o avanço dos modelos de atenção à saúde se amplamente difundidas entre todos os profissionais da área, e, sobretudo, disponibilizadas à população. Aliás, reconhece-se que, no momento atual, há crescente participação social em conselhos de saúde. O próprio processo de descentralização das ações e serviços tem ampliado a demanda por informações que subsidiem a formulação de planejamento, com a fixação de prioridades.

Mas, como não poderia deixar de ser, face à influência decisiva das inovações tecnológicas no fluxo informacional, no caso particular da saúde, seus sistemas de informação vêm utilizando, amplamente e de forma intensa, os variados e quase inesgotáveis recursos da comunicação eletrônica, com destaque para a telemática e as redes eletrônicas de informação. Desta forma, a tecnologia de computação e de telecomunicações facilita o funcionamento e aumenta a eficiência dos sistemas de informação, ampliando as possibilidades de coletar, consolidar e transmitir dados. Conforme salienta Moraes (1994), é o caso dos cartões magnéticos de identificação da clientela, da informatização de prontuários clínicos, da marcação de consultas e internações.

Em síntese, qualquer sistema de informação em saúde depende da coleta primária de dados, o que significa assegurar que o conjunto de instrumentos ou fichas, relatórios e declarações sejam adequadamente preenchidos e os seus dados seguramente registrados e armazenados, cumprindo-se, em tempo, o fluxo de dados até as fases de processamento, consolidação, análise e difusão. Só assim, pode-se contribuir para o cumprimento de funções de gestão relacionadas com o cuidado ao paciente, com a administração de unidades de saúde e com a gestão do sistema de saúde como um todo, acrescentando-se ainda o conhecimento da situação de saúde em bases populacionais e geográficas definidas com fins a atenção à saúde coletiva.

## **2.1 Sistema Nacional de Saúde**

No Brasil, logo no início dos anos 1970, acentuaram-se tendências relacionadas à organização do sistema de saúde, tais como: a) extensão da cobertura previdenciária; b) reorientação da política nacional de saúde, com vistas para uma prática médica curativa-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter

preventivo e interesse coletivo; c) padrão de assistência médica, voltado para a lucratividade e empresarialmente, dentre outros.

De forma breve, esse modelo já demonstrava suas significativas inadequações à realidade sanitária nacional. Essa prática médica curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistem doenças facilmente evitáveis com medidas simples e caráter preventivo.

Os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura, como também havia ausência de critérios para compra de serviços dos hospitais privados, fato incompatível com as necessidades de coordenação e planejamento. Diante destas observações e constatações, é que se vem construindo um contexto de democratização da sociedade, com tendências ao deslocamento de poderes para as classes populares. São processos que se redefinem de lutas pela democratização da sociedade, do Estado e das Instituições, e apontam para princípios de unificação com descentralização e gestão autônoma dos serviços, participação, controle social e proteção à saúde de forma integral por todos os segmentos sociais.

Nesta perspectiva foi que se pensou a constituição de um Sistema Único de Saúde que tivesse configuração institucional com base em princípios unitários e com amparo constitucional. A unificação garantida nas leis permitiria a definição de uma Política Nacional para o setor, com base em princípios universais, reduzindo as desigualdades na distribuição dos recursos, técnicos, financeiros e humanos, garantindo benefícios iguais para toda a população, segundo necessidades definidas e descentralizadas. Afinal, desses pressupostos, foi criado o Sistema Único de Saúde-SUS.

Nesse contexto, inseria-se também a participação das pessoas assistidas. Participação essa que, originariamente no Brasil, se iniciou na década de 1970, em programas de medicina comunitária que propunham a extensão de serviços médicos. Naquela época,

pensava-se de alguma forma a inserção da população usuária e de seus representantes em algum nível do sistema de saúde.

Convém enfatizar que o contato da comunidade com o Sistema de Saúde ocorre primeiramente com a Atenção Primária de Saúde, através das ações de assistência à saúde na promoção e prevenção prioritariamente. São medidas simples que variam conforme as características socioeconômicas e culturais da comunidade. Dentre as ações básicas, podemos citar as de orientação para a educação em saúde, tratamento de água e dejetos, assistência à criança, planejamento familiar, assistência pré-natal, parto e puerpério, dentre outras.

Estas participações permitiram um processo político de interpelação mútua entre as instituições, usuários, e profissionais vistos de modo a constituírem novos sujeitos políticos que lutam para a incorporação de demandas nos programas e projetos institucionais relativos à saúde (TEIXEIRA, 1988).

Ao reconhecer-se, então, a crise do modelo mencionado no âmbito da saúde coletiva do País, a partir da Constituição Federal de 1988, foi instituído no Brasil o Sistema Único de Saúde-SUS. Daí em diante, viabilizaram-se várias iniciativas legais e comunitárias no sentido de implementar o novo sistema.

No âmbito jurídico, podem ser destacadas as Normas Operacionais Básicas-NOB, editadas em 1983, 1986 e 1991. A Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1999) dá suporte à organização da Atenção Básica e apresenta os princípios do SUS, que são necessários para que se possa avançar na direção de um sistema de saúde das pessoas e de seu meio ambiente. Esses princípios são saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade equidade e intersetorialidade; humanização do atendimento e participação.

O novo modelo requer, portanto, de um lado, a transformação da relação entre o usuário e os agentes de saúde, restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o

recebe; e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nesse contexto, foi criado o Programa de Saúde da Família-PSF, em 1994. Este se apresenta como possibilidade de reconstrução da atenção primária, a partir de ações conjugadas com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. O PSF prioriza as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos da família, de adultos, de crianças, de sadios, de doentes, de forma integral e contínua; presta atendimento domiciliar, envolve aspectos como área de abrangência, descrição da clientela, e equipe multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde. O atendimento domiciliar aponta para a reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, direcionando esse olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas.

Com base nesta realidade, viu-se a necessidade do desenvolvimento de um sistema especial para gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades, o que justifica a criação do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB como resposta a essa demanda. Vale acrescentar que este sistema produz relatórios que auxiliam as próprias equipes que atuam nas comunidades, as unidades básicas de saúde e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade.

Segundo Allen (1996), um sistema de informação deve ter objetivo de possibilitar o acesso a um ou mais corpos de conhecimento e que deve agir como mecanismo, através do qual indivíduos possam informar outras pessoas ou possam informar-se. As informações em saúde têm notório poder de contribuir para o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde, desde que sejam amplamente disseminadas e colocadas à disposição da população.

Buckland (1991) deu ênfase à natureza evidencial da informação, para este autor, a natureza da informação como evidência é consumada quando "a informação é usada como evidência no processo do aprendizado, com base no entendimento".

Segundo a literatura, desde os anos 1970 vem se construindo a participação dos usuários, e nessa perspectiva do uso das informações em saúde pelas comunidades assistidas, destacamos alguns relatos, conforme podemos observar:

Depois que a informação chega até nós é que a gente aprende da higiene da nossa casa, a gente aprende a filtrar a água pra família da gente beber, ter cuidado com água paradas em casa, assistir as reuniões e outras coisas mais.

Depois que eu recebi essas informações é que tive mais cuidado, faço dieta, faço caminhada evito muitas coisas pra não ter complicação comigo e tudo isso foi depois do SIAB que agora sei o nome.

As informações que a gente recebe é para informar e orientar sobre o número de doenças que está em nosso meio, é para a gente aprender a se cuidar.

De acordo com os relatos supramencionados, podemos perceber a necessidade de que haja a consolidação da informação, no sentido de provocar aumento no uso da informação. A consolidação da informação é considerada como atividade relevante porque avalia, organiza e condensa informações relevantes e sucintas para indivíduos ou grupos de usuários incorporarem novos conhecimentos confiáveis, e que, de outra forma, grande número de usuários não teriam acesso a essas informações.

Também foi possível observar nítida preocupação dos grupos focais pesquisados em relação ao destino das informações após serem colhidas pelas equipes, conforme podemos ver perceber a seguir:

O prefeito deve saber dessas informações pra poder ajudar a gente, porque se ficar só nessas folhas ele não sabe do que a gente precisa.

Acho que seria muito importante se a gente pudesse saber da situação de todos do lugar que a gente vive e acho que se juntar essas ficha de cadastro dá pra gente saber.

Para Allen (1996), um sistema de informação é composto de partes que se inter-relacionam com o propósito de fornecer informações e possibilitar acesso a um ou mais corpos de conhecimentos, e que age como suporte, através do qual indivíduos podem informar-se ou informar outras pessoas, apresentando tanto qualidades como defeitos. Estes defeitos só podem ser superados a partir de sua identificação, proposta de solução e empenho conjunto de seus usuários e gestores.

Nos exemplos a seguir, evidencia-se a fragmentação dos Sistemas de Informação de Saúde-SIS no Brasil, e tal evidência não ocorre ao acaso, nem é mera incompetência de quem os idealiza, de quem os projeta, tampouco de quem os utiliza. Esta concepção de modelo denota a visão política, social e de saúde no País que tende a encobrir as contradições e as desigualdades sociais existentes.

Conforme mencionado, destacam-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN); Sistema de Informação de Produção de Serviços e Atendimento Ambulatorial (SAI); Sistema de Informação das Internações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), este último objeto do presente estudo.

Embora se caminhe em direção à unificação do Sistema de Saúde do Brasil, tais sistemas ainda figuram como valiosas fontes de informação em saúde para pesquisas, estudos, gerenciamento e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito dos serviços assistenciais, das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária e de acesso à população.

São eles mantidos em cumprimento a dispositivos legais que regulamentam o SUS. Estabelece a Lei Federal nº 8.080, de 1990, o papel das informações em saúde e a constituição dos sistemas de informação. Trata, ainda, do emprego da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, alocação de recursos, orientação programática, organização e coordenação do sistema de informação em saúde.

Moraes (1994) recorre ao pensamento de Carvalho e afirma que, em decorrência da municipalização das ações e serviços de saúde, os sistemas antes mencionados estão se adaptando ao estabelecimento de sistemas locais de saúde, viabilizando, portanto, o conhecimento e acompanhamento da situação de saúde do nível mais periférico do sistema de saúde, referenciando-se, aqui, as microrregiões homogêneas e áreas definidas. A alimentação dos bancos de dados de interesse nacional é feita por todos os municípios e Estados, enquanto a consolidação e análise ascendentes entre o nível local e o nacional são efetivadas com o intuito de suprir as necessidades de cada nível de gestão.

Deste modo, espera-se que o Sistema Único de Saúde-SUS produza o impacto necessário e questionado para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. Nessa perspectiva, visa-se uma ação globalizante do processo saúde/doença, unificada e descentralizada, observando-se que as dificuldades para tais propósitos advêm da própria história da organização institucional das ações de saúde. Superar estas dificuldades é reverter a tendência histórica de centralização e fragmentação institucional das ações; representa um dos desafios cruciais do SUS, caso contrário, este não ultrapassará o âmbito de pequenas reformas administrativas e racionalizadoras do arcabouço institucional da rede de serviço, frustrando as expectativas da população mais uma vez.

Ressalta-se, pois, o nível de consciência sanitária da população brasileira, em que a relação de causa e efeito entre moradia, meio ambiente e a morbidade acaba sendo ignorada.



Nesse contexto, podemos nos reportar a Rouquayrol (1988), quando enfoca o corpo de conhecimentos gerado pela epidemiologia, dando ênfase ao uso da mesma.

Por ser a epidemiologia a ciência da ação, portanto de caráter utilitário, tendo em vista que seu corpo de conhecimento destina-se à solução prática de problemas relativos à saúde pública e à medicina (FORATINI, 1986), é que esta se ocupa das circunstâncias em que as doenças ocorrem e nas quais tendem ou não a ocorrer.

Logo, o conhecimento em epidemiologia deve ser usado em direção às ações saneadoras, bem como indicador das atuais necessidades e das de futuro próximo.

Com base no raciocínio apresentado, o corpo de conhecimento da epidemiologia deve ser incorporado, desde o início ao projeto de criação de um sistema de informação em saúde até aos operacionalizadores do sistema. Acreditamos que, sendo o SIS construído segundo esses propósitos, sejam capazes de contribuir eficiente e eficazmente para a construção de uma consciência sanitária ampliada, organizada, e assim possam impor-se como prioridade das políticas social e de saúde, compatíveis com as necessidades e abrangências vigentes na sociedade brasileira.

## **2.2 O Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB**

O Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB é um sistema agregador de informações. Essas informações são coletadas em fichas de cadastramento e de acompanhamento, e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados obtidos. Os instrumentos utilizados para coleta de dados compõem-se de FICHA A, FICHA B-GES, FICHA B-HA, FICHA B-DIA, FICHA B-TB, FICHA B-HAN, FICHA C E FICHA D. A FICHA A é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família, a qual inclui

informações que identificam a composição da família, tais como: endereço, faixa etária, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, doença ou condição referida e ocupação de todos os seus membros. Reúnem-se também informações inerentes à situação de moradia e saneamento, tais como: tipo e casa, tratamento e abastecimento de água, destino do lixo, destino dos dejetos (fezes e urina), assim como informações relativas à participação em grupos comunitários, aos meios de transporte e meios de comunicação mais utilizados. Esse cadastramento é realizado com todos os membros da família. O agente deve estar atento para registrar, mensalmente, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e sobre as condições de moradia e saneamento das famílias, ou seja, atualizar os dados a cada mês.

A FICHA-B ou Ficha de acompanhamento domiciliar compõe-se de FICHA B-GES (gestantes); FICHA B-HA (Hipertensão Arterial); FICHA B-DIA (Diabéticos); FICHA B-TB (pacientes com tuberculose); FICHA B-HAN (pacientes com hanseníase) e FICHA-C (de acompanhamento da criança). Estas fichas são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento. A cada visita mensal, os dados destas fichas devem ser atualizados. As informações colhidas por cada ficha devem refletir a situação encontrada.

Por fim, tem-se a FICHA D, que serve como instrumento utilizado por todos os profissionais das equipes de Saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. O preenchimento desta ficha deve ser realizado diariamente pelo profissional nos dias efetivos de trabalho, para ser entregue ao final do mês.

O SIAB conta ainda com instrumentos de consolidação dos dados, são estes: a) Relatórios AI, A2, A3 e A4, de consolidação anual das famílias cadastradas. Os números 1, 2, 3 e 4 nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondentes, ou seja, microárea (1),

área (2), segmento (3) e município (4). O manual do SIAB, produzido pelo Ministério da Saúde, conceitua "segmento territorial" como sendo um conjunto de áreas contíguas que podem corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma Zona de Informação do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação em Saúde no município. A divisão territorial é utilizada para a análise espacial dos dados em um determinado município.

O relatório A1 tem por objetivo consolidar os dados coletados nas Fichas A de uma mesma microárea, ou seja, da área de atuação de um agente de Saúde. Nesse relatório, são consolidados os dados dos indivíduos das famílias por idade, sexo, situação de escolaridade e cobertura de plano de saúde, dados relativos à doença ou condição, reunidos por faixa etária, condições de moradia e saneamento.

O relatório A2 tem por finalidade consolidar os dados dos relatórios A1 de uma mesma área/equipe. Esse relatório representa a soma das informações dos relatórios A1 de todos os membros de uma mesma equipe e permite que a equipe detecte os pontos vulneráveis de sua área de atuação e fundamente suas ações futuras. Permite ainda a consolidação de dados relativos ao total de famílias e de pessoas cadastradas na área para cálculo da cobertura do sistema total de pessoas, com cobertura de plano de saúde, assim como de dados referentes a 8, escolaridade-crianças de 7 a 14 anos frequentando a escola, e pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas, com vistas a conhecer o perfil da população e as necessidades relacionadas a serviços educacionais. Visa consolidar, também, dados sobre a situação de moradia e saneamento e aqueles referentes a doenças ou condição referida.

No relatório A3, consolida-se o cadastramento familiar por segmento territorial, servindo para análises de agregados homogêneos.

No relatório A4, são consolidados os dados das famílias cadastradas por todas as equipes do município, que se referem apenas à situação das áreas do município cobertas pelas

equipes, e não do município como um todo. Nele são incluídas duas novas variáveis famílias estimadas e população. A equipe preencheu um único relatório para as áreas/equipes da zona rural, para a zona urbana e para o total do município, cuja cópia foi enviada à Coordenação Estadual do Programa.

Alem destes, o sistema conta também com os relatórios SSA2 e SSA4. O relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das Fichas A, B,C e D, e referem-se às microáreas de uma mesma região. A consolidação dos dados coletados nas diversas microáreas do mês anterior será feita no início de cada mês, durante a reunião mensal da equipe, sendo responsabilidade de um dos profissionais de nível superior a condução das atividades e o preenchimento do relatório.

O relatório SSA4 consolida os dados referentes às áreas de um mesmo município, por modelo de atenção, como, por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde-PACS, o Programa de Saúde da Família-PSF, referentes às zonas urbana ou rural. As informações contidas neste relatório referem-se às áreas cobertas pelo PACS e PSF no município, e seu preenchimento deve ser efetuado no início de cada mês, a partir dos dados dos relatórios SSA2 de todas as equipes de saúde atuante. O trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de Saúde da Coordenação Municipal / Secretaria Municipal de Saúde na reunião mensal com as equipes.

Para completar, têm-se ainda os relatórios PMA2 e PMA4. O primeiro é um relatório de produção e marcadores para avaliação, consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras por área. Será utilizado nos casos em que o modelo de atenção for o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, ou o Programa de Saúde da Família-PSF, e ainda outros de demanda espontânea ou oferta programada.

O relatório PMA4 destina-se à produção de marcadores para avaliação por município, como também a consolidação mensal dos dados dos relatórios PMA2. Este trabalho deve ser realizado por profissionais de Saúde da Coordenação Municipal / Secretaria Municipal de Saúde, durante reunião com as equipes de Saúde.

O Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, uma vez analisado em relação ao Sistema Nacional de Informação em Saúde, configura-se como instrumento potencial para subsidiar as políticas públicas ao fornecer considerável volume de informações sobre as comunidades assistidas. Deste modo, é parte importante do todo que deve atuar articulado com os outros sistemas existentes, tais como: Sistema de Informação sobre Mortalidade -SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC; o Sistema de Informação sobre Doenças e Agravos Notificáveis-SINAN; o Sistema de Informação Ambulatorial-SAI/SUS e o Sistema de Informação Hospitalar- SIH/SUS.

Contudo, é oportuno destacar que, na Constituição de 1998, consta o lazer como um dos fatores de proteção à saúde da população brasileira. Isto significa que o presidente, governador e prefeito municipal, quando administram, só podem fazer o que está previsto e definido na Lei. Com vistas a tal finalidade, é que foram elaboradas leis que regulamentam, fiscalizam e controlam tudo o que diz respeito à saúde da população brasileira. Sabe-se, no entanto, que o grande desafio é fazer com que essas leis funcionem na prática, e sejam, cumpridas. E para possibilitar esse cumprimento, atribui-se aos municípios organizarem os serviços de saúde. Isto é muito significativo porque as prefeituras estão mais próximas dos seus cidadãos, tendo estes participação garantida por lei na implementação do SUS; e, assim, contribuem na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde.

No entanto, é do Ministério da Saúde-MS a responsabilidade de traçar as grandes diretrizes políticas para a saúde, cabendo aos Estados apoiar os municípios na tarefa de montar a rede municipal de assistência, inclusive integrando os serviços que possuem aos

serviços dos municípios. É, portanto, esfera estadual que as diretrizes nacionais devem ser adequadas de acordo com as necessidades locais.

Por isso, outro fator importante que merece destaque é o financiamento do sistema de saúde. As fontes de recursos financeiros são provenientes da contribuição das empresas sobre salários pagos, da contribuição dos trabalhadores descontados dos seus salários e da venda das loterias. A União arrecada, mas tem o dever de repassar recursos para os Estados e municípios, através do Fundo Nacional de Saúde. Esses repasses têm a finalidade de custear os serviços públicos de saúde da população (BRASIL, 1994).

## **CAPÍTULO III**

### **3 USO DA INFORMAÇÃO**

Segundo Tuomineu e Savolainen, o número de estudos direcionados para o uso da informação em saúde continua irrisório, até o momento. Para Sa Volalnen (1994), as análises do uso real de informações têm sido ofuscadas por pesquisas que reduzem a problemática do uso da informação a questões que buscam a frequência com que diferentes canais e fontes de informação têm sido consultados dentro de um certo período de tempo. Esses estudos podem ser úteis para bibliotecas que visam reorganizar seus serviços. No entanto, é evidente que essa modalidade de pesquisa não oferece novas perspectivas para o estudo de uso de informações.

A utilização da informação em países em desenvolvimento, até mesmo de informações que estão facilmente disponíveis e acessíveis, é geralmente baixa.

Em maio de 1980, foi realizado em Reston, Virgínia, EUA, o IV Encontro UNISIST, que teve como tema principal a “Informação para solução de problemas de desenvolvimento socioeconômico”. Concluiu-se que a diferença entre países ricos em informação e países pobres em informação não é necessariamente uma questão do grau de posses, mas, muito mais, uma questão de uso da informação disponível. O encontro também concluiu que a disponibilidade e acessibilidade de informação, considerando as necessidades

e diferenças locais, não garantem uma distribuição equitativa de vantagens que poderiam ser obtidas do efetivo uso da informação.

Um dos temas mais importantes do cenário da evolução da informação diz respeito à necessidade de levar-se em conta as condições de demanda em contraste com a forte ênfase que se tem dado aos aspectos da oferta. Mesmo que os serviços e sistemas de informações pudessem dar igual acesso à informação, eles não removeriam as diferenças em capacidade de absorver e usar a informação.

Deste modo, nenhum padrão organizacional fixo ou solução fixa pode ser prescrito para satisfazer essa exigência, no que diz respeito à variedade de necessidades e condições socioeconômicas. As tentativas, nesse sentido, são para arregimentar um número de possibilidades, tais como:

- 1) Envolvimento mais ativo dos sistemas de informação com as demanda do usuário, estudando-o mais de perto e avaliando os produtos e serviços em termos de seu uso.
- 2) Adaptar a variedade de produtos e serviços de informação à variedade de demandas e níveis do usuário.
- 3) Estender o papel dos especialistas da informação para intermediários da informação, que forneçam orientação aos usuários na formulação de demandas pesquisas, julgamentos relevantes e análise, dentre outros.
- 4) Incluir fontes de informação relevantes para grupos como assessores políticos, mas também fornecer informações para grupos semi-alfabetizados e analfabetos.
- 5) Encontrar mecanismos para distribuição mais eficaz de informação aos tomadores de decisões e solucionadores de problemas, e empregar as tecnologias de informação e redes apropriadas às suas circunstâncias.



Autores como Taylor e Dervin, citados por Tuominen e Savolainen (1996), oferecem análises mais avançadas sobre o uso de informações.

Dervin indica que é possível estudar o uso da informação como ação construtiva. O artigo "Uma proposta construtivista social para o estudo do uso da informação como ação discursiva" propõe uma teoria construtivista como um caminho frutífero para o estudo do uso da informação como ação discursiva. Contudo, é Harré, citado por Tuominen e Savolainen (1996), quem se refere ao fato de que a realidade humana primária são pessoas em conversação. Outros pesquisadores como Bruner, Dervin, Poter, Sampson, Shotter, também citados por Tuominen e Savolainen (1996), enfatizam a importância da comunicação e da conversação na estruturação e organização da realidade social.

A idéia apresentada nestes artigos é que é possível centrar a análise sobre a conversação, quando estudamos o uso de informação. Entende-se, portanto, o uso da informação como atividade que pode ser dividida, analiticamente, em duas fases: 1) a construção da informação; e 2) o uso ou utilização da informação construída na ação. Dessa forma, o artigo enfoca, por um lado, as construções discursivas de informações previamente recebidas ou pesquisadas; e, por outro, como essas construções são organizadas para serem utilizadas no ato de falar e escrever. O uso da informação é visto, pois, como construtivo e funcional, na medida em que é orientado para a ação. Portanto, o cerne do construtivismo social está sobre as palavras em sua enunciação e não sobre a estrutura das palavras já pronunciadas. Logo, o conceito básico do construtivismo social é a natureza construtiva do uso da linguagem, posto que, quando falamos e escrevemos, produzimos e organizamos nossa realidade social.

Caracteriza também o socioconstrutivismo, como sendo a rejeição do monologismo, tendo em vista que este diz respeito a um modo de pensar historicamente desenvolvido e ainda dominante, que considera o ser humano individual como seu ponto de

partida. No construtivismo social, o monologismo individualista é substituído pelo dialogismo. A partir da perspectiva dialógica, as coisas mais importantes acontecem na interação, nas práticas discursivas e corporais entre seres humanos e não dentro do indivíduo que está atrelado às suas relações sociais. Dessa forma, os construtivistas sociais consideram que nós construímos versões da realidade em nossas inter-relações e que o conhecimento, longe de ser uma posse individual, é algo que as pessoas criam em conjunto.

Em relação aos problemas e uso de informação, os autores Frohmann, Green e Miksa, citados por Touminen e Savolainen (1996), enfatizam a prevalência das abordagens teóricas nos estudos sobre informação, e dizem que estas apresentam fortes vínculos com a metáfora shannoniana da transferência de informação. Caracteriza-se essa metáfora pela pressuposição de que informações objetivas transportadas por meio da linguagem com significado constante (fixo), desde uma fonte, passam por um canal, até um receptor. Dervin, citado por Touminen e Savolainen (1996), afirmam que não há como existir qualquer informação recebida de modo igual, a menos que haja um sujeito ou vários sujeitos humanos em conjunto e que forjem construtivamente o sentido das mensagens recebidas. Portanto, ironiza a metáfora da transferência, construindo um paralelo entre a informação a ser transferida e um tijolo que se move de uma pessoa que o envia, através de um canal de comunicação, até um receptor que é visto, segundo a metáfora, como um "balde vazio".

Faz-se necessário, aqui, colocar sob o ponto de vista cognitivo a suposição de que existem estruturas conceituais, categorias ou modelos mentais localizados no interior da mente individual. Entendendo assim, toda informação pesquisada ou recebida é "filtrada" por esses modelos, que, por sua vez, estão sujeitos a mudar em função das informações recebidas. Essa mudança dos modelos cognitivos é vista como uma parte essencial do uso da informação (COLE, 1994).

Wittgustein, citado por Touminen e Savolainen (1996), é profundamente cético quanto à correspondência direta entre as palavras e a realidade, para este autor, ao contrário, as palavras adquirem seu significado em um contexto de uso socialmente determinado.

Os construtivistas sociais consideram que é possível estudar o pensamento, as idéias e emoções das pessoas, observando sua manifestação na ação. Dessa forma, quando adotamos o ponto de vista do construtivismo social para a análise do uso da informação, não estudamos o que é interno e subjetivo da informação.

A finalidade precípua da análise discursiva do uso da informação é investigar como a informação pesquisada ou recebida de alguma outra fonte que não seja a experiência direta da pessoa que fala ou escreve é discursivamente construída ou projetada para cumprir uma ação social pragmática.

Diante de tais opiniões, podemos entender que a informação não é uma entidade com limites determinados ou como uma mercadoria que é transferida através de canais de comunicação. Ao contrário, a informação é um construto comunicativo que é produzido em um contexto social.

Na opinião de Buckland (1991), "a natureza evidencial da informação", como evidência, é consumada quando "a informação é usada como evidência no processo do aprendizado, como a base do entendimento". E que a evidência é passiva por natureza, no sentido de que ela, por si só, não prova coisa alguma. A abordagem construtivista social é diferente da abordagem de Buckland, sendo que na abordagem construtivista social o foco é a construção da informação evidencial, que acontece na interação social e comunicativa e não dentro de uma mente individual.

Na concepção de Dervin (1993, p.21),

a natureza da realidade não pode ser capturada pela simples observação do mundo fenomenômico, mas é no interior de nossas inter-relações que

diferentes versões da realidade são construídas de uma forma discursiva e social. A realidade social é criada através de redes de conversação, mediante a utilização de recursos argumentativos e instrumentos culturais que visam à elaboração de alguma versão factua.

Enfim, o artigo antes mencionado acentua que as coisas mais importantes ocorrem não dentro de indivíduos abstraídos de suas relações sociais, mas nas inter-relações pessoais (DERVIN et al, 1992; DERVIN, 1993), e que a ação discursiva é a ação em conjunto que diz respeito à negociação, ao debate e à construção comunicativa do sentido do mundo. Dessa forma, a abordagem construtivista social oferece novas possibilidades de análise crítica dos modos pelos quais diferentes grupos profissionais usam a informação em debates públicos para defesa de seus interesses, e, de modo geral, as idéias do construtivismo social não somente desafiam as propostas de pesquisa tradicionais para o estudo do uso da informação, como também fornecem alternativas ao repertório teórico e metodológico dos estudos relativos ao uso da informação.

A literatura refere que não importa quanta informação esteja disponível na ponta dos dedos de um indivíduo ou de uma sociedade, pois, se ela não for usada, torna-se inútil.

Desta forma, a consolidação da informação deve ser considerada um dos aspectos de atividade relevante para provocar aumento no uso da informação. Tipos específicos de consolidação de informação podem ser úteis à medida que estejam inseridos nas demandas do usuário. O ímpeto primário para a consolidação da informação é a necessidade de aumentar a utilização da informação.

### **3.1 Consolidação da informação**

As atividades de consolidação de informação são usadas para definir a responsabilidade exercida por indivíduos, departamentos ou organizações para avaliar e

condensar documentos relevantes com a finalidade de proporcionar a grupos de usuários definidos novos corpos de conhecimento confiáveis e sucintos.

A consolidação de informação é uma tentativa de aumentar a comunicação de novas idéias e inovações, tomando a mensagem avaliativa e mais apropriada aos usuários, e para tornar esta comunicação mais eficaz, mais fácil e mais rápida.

A informação consolidada é texto ou mensagem intencionalmente estruturada a partir de conhecimento público existente, com o propósito de afetar o conhecimento privado e as decisões de indivíduos que, do contrário, podem não ser capazes de efetiva e eficazmente acessar ou usar este conhecimento público com base na quantidade, estrutura e formas originais.

Informação consolidada é uma forma particular de representação da informação, em que todos os aspectos gerais da mesma são plenamente válidos, exceto onde restrições específicas são impostas, a saber: a) é um conjunto de mensagens que têm a probabilidade ou potencial de reduzir a incerteza, porém com a restrição de que a(s) mensagem(ns) deve(m) ser selecionadas, avaliadas e estruturadas com base nas necessidades dos receptores potenciais; b) tem significado atribuído aos dados por convenções usadas na sua representação / convenção, que são particularmente selecionadas a partir do ponto de vista do receptor; c) é um texto estruturado que tem potencial de afetar o conhecimento do receptor, visto estar reestruturado com base nas necessidades dos receptores; d) tem o potencial de ser de valor para a tomada de decisões, na qual os problemas e o processo das decisões são importantes considerações na sua seleção, avaliação e estrutura. Deste modo, o papel da informação consolidada é ser tão apropriada aos usuários quanto possível.

### **3.2 Processos básicos na consolidação de informação**

Atualmente, dada à vasta produção de informações, faz-se necessário que existam processos que facilitem o acesso à informação com as mais variadas finalidades. E para que estas possam ser eficientes e eficazes, bem como relevantes, há alguns processos básicos para consolidá-las conforme podemos comprovar a seguir: a) estudo de usuários – com a finalidade de deduzir critérios para todos os outros processos; b) seleção de fontes de informação – tem o propósito de conter potencialmente as informações mais úteis para problemas e necessidades de informação de dado usuário, e a seleção pode ser feita de uma variedade de fontes primárias e secundárias; c) a avaliação de informação – diz respeito ao seu mérito intrínseco, validade e confiabilidade; d) a análise tem por finalidade identificar e extrair as características mais relevantes; e) reestruturação – quando necessária, podemos citar, como exemplo, a informação extraída de índice para que este possa ser usado mais efetiva e eficazmente pelos usuários, e isto pode envolver síntese, condensação, o reescrever, simplificar e apresentar de forma mais adequada; f) acondicionamento de informação reestruturada: melhor apresentação física, de forma que ampliará o potencial de seu uso; g) difusão e disseminação: com o intuito de promover o valor da informação, podendo também envolver educação de usuários no uso da informação e marketing de informação; h) feedback de usuários: com a finalidade de avaliação dos efeitos e para ajustes. (CONFERÊNCIA CONSOLIDATION OF INFORMATION, 1981, p.14).

### **3.3 O valor da informação consolidada**

Evidencia-se a preocupação de justificar-se o valor da consolidação da informação, especialmente nas áreas de solução de problemas e tomada de decisões; e, mais geralmente, por seu valor, em todo o processo de desenvolvimento social e econômico. O

valor da informação consolidada caracteriza-se por ela poder afetar grandemente a mudança social de forma positiva.

Sob este aspecto, vale questionar: – Que valores deveriam ser considerados? Os valores somente em termos da economia? – Os valores econômicos devem ser considerados e o valor da informação refletida contra os custos. A informação consolidada tem de fato custos, mas também benefícios, e estes deveriam ser mostrados.

Convém assinalar que *o valor* foi concebido por Aristóteles como composto de porções relativamente iguais de estética, ética, moral, política, sociabilidade e economia. Valor total humano é um composto de muitos fatores, inclusive econômico. Há muitas falhas de esforços desenvolvimentistas, como em muitas tentativas de transferência de tecnologia, que podem ser atribuídas à falha em combinar essa tecnologia com um dado ambiente social, a sofisticação da informação e os valores sociais humanos dessa sociedade.

Os aspectos que influenciam o valor da informação estão profundamente embutidos na arquitetura social e cultural, e excedem enormemente as interpretações econômicas. O valor da informação consolidada é certamente econômico, mas o valor pode até mesmo ser maior porque está relacionado com outros valores de uma sociedade. O argumento a favor da informação consolidada deveria em parte referir-se a dólares, reais, pesos, e assim por diante; mas, ainda assim, deveria repousar em valores que representam outras qualidades da vida humana. O valor da informação consolidada é que ela pode contribuir para a sofisticação da informação de uma população, e, dessa forma, contribuir para a qualidade de vida. Como exemplo, podemos considerar que os valores da informação consolidada ajudam a melhorar o saneamento básico, o tratamento da água, o meio ambiente, o que, por sua vez, diminui as doenças, a dor e o sofrimento.

Discute-se também o valor da informação consolidada em relação ao seu papel na tomada de decisão e solução de problemas, incluindo aquelas encontradas no trabalho

cotidiano. Segundo a Conferência Consolidation of Information (1981), isso depende: a) da complexidade das decisões e problemas que intensificam a necessidade de informação; b) enquanto a quantidade de informação disponível prolifera, torna-se mais difícil obter e usar informação relevante; c) enquanto a complexidade, a sofisticação técnica e interdisciplinar da informação disponível aumentam, menos podem ser usadas pelos tomadores de decisão e solucionadores de problemas.

Afinal, tudo isto aponta para a necessidade de informação consolidada, sendo esta essencial na estrutura do Estado e das metas atuais de desenvolvimento.



## **CAPÍTULO IV**

### **4 METODOLOGIA**

Com a finalidade de operacionalizar os objetivos desta pesquisa, de estudar o uso do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, para a melhoria das condições de saúde das comunidades atendidas pelo Programa de Saúde da Família-PSF, optamos por incluir, no universo a ser pesquisado, dois segmentos considerados como representativos do grupo de usuários do sistema na cidade de Teresina-PI, assim constituídos:

- a) Das 70 equipes que atuam no Programa de Saúde da Família-PSF, em Teresina-PI, cada uma é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de Enfermagem e seis agentes comunitários de Saúde.
- b) As comunidades assistidas pelo Programa de Saúde da Família-PSF foram reunidas em três grupos de pacientes, acompanhados sistematicamente pelas equipes, e com diagnóstico confirmado como portadores de diabetes, hipertensão e gestação. Devido ao número elevado das equipes (70), considerou-se como representativa uma amostra de 20% da população, o que correspondeu a um total de 14 equipes sorteadas, aleatoriamente, tendo como seus componentes (um médico, um enfermeiro e um auxiliar de Enfermagem), totalizaram 42 pessoas. Dentre os seis agentes comunitários de Saúde, que compõem as equipes, foram

incluídos, também através de sorteio aleatório, três membros de cada equipe, atingindo um percentual de 50% de agentes, totalizando, assim, 42 pessoas. Deste modo, o número de pessoas selecionadas para a amostra das equipes atingiu um total de 84 (oitenta e quatro) profissionais.

Segundo Rodrigues (1986), a amostra deve ser uma fração representativa da população-alvo. Deverá essa fração conter elementos que representem fielmente a população a ser analisada, já que os resultados obtidos serão inferidos a essa população. A utilização de amostragem condiciona a um erro amostral, que se centra na diferença entre as estimativas amostrais e os parâmetros populacionais, média ou percentagem. Desta forma, a precisão que desejamos alcançar em um trabalho de pesquisa implicará no aumento da amostra selecionada. Neste contexto, ao pesquisar os percentuais de 20% de médicos, enfermeiros e auxiliares de Enfermagem e 23% dos componentes dos grupos focais (hipertensos, diabéticos e gestantes) e, ainda, 50% dos agentes comunitários de Saúde, inerentes as equipes do Programa, entendemos ser essa amostra significativa, tendo em vista que são percentuais próximos do total de equipes e da população usuária do PSF em Teresina-PI.

O método utilizado para a coleta de dados junto às equipes foi a entrevista semi-estruturada, conforme anexo I, que se compõe de questões abertas e fechadas e aplicada em reuniões previamente agendadas com os referidos grupos. Ressalte-se que a entrevista se caracteriza por ser um instrumento por excelência da investigação social, tendo como objetivo a obtenção de informações dos entrevistados sobre determinado assunto ou problema. A entrevista é, portanto, um encontro entre pessoas, com a finalidade de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante conversação de natureza profissional (MARCONI 1988). Com o intuito de atingir os propósitos nesta pesquisa, optamos por utilizar a entrevista semi-estruturada, tendo em vista que seus roteiros contêm perguntas previamente estruturadas e abertas; ou seja, perguntas que permitem ao entrevistado

liberdade para expressar suas opiniões e sentimentos, de modo a possibilitar a percepção de situações de mudança de conduta. Os resultados referentes às questões fechadas receberam tratamento estatístico e foram apresentados em forma de tabelas e gráficos. Quanto às questões abertas, as informações coletadas pelas entrevistas foram agrupadas e citadas literalmente no decorrer da apresentação dos dados no texto.

Quanto à pesquisa junto às comunidades assistidas pelo PSF, os componentes da amostra foram selecionados também por sorteio, perfazendo um total de 168 (cento e sessenta e oito) pacientes (23% do total da população). O método utilizado para a coleta de dados nas comunidades foi o de "Grupos Focais", os quais consistem em pessoas que têm o mesmo diagnóstico clínico confirmado. No presente estudo, os grupos focais foram constituídos por diabéticos, hipertensos e gestantes, que, juntos, buscam informações inerentes a cada grupo.

O objetivo de juntar pessoas com necessidades semelhantes é de disseminar informações em saúde, capazes de prevenir os agravos à saúde ou que venham a evoluir para eventos indesejáveis, como também levar conhecimentos na mesma área que permitam promover, preservar e recuperar a saúde, não só em nível individual como precipuamente no coletivo.

Cada grupo focal foi composto de, no máximo, vinte pessoas. Aqui, a escolha dos participantes deu-se também por sorteio aleatório de 4 membros participantes de cada grupo.

Todos os grupos focais entrevistados fazem parte das comunidades assistidas pelas equipes sorteadas. Neste segmento, também foi utilizada a entrevista semi-estruturada, conforme anexo II, e os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas. Considera-se, pois, que, através da utilização dos métodos de entrevista semi-estruturada e grupos focais, foi possível investigar adequadamente o uso das informações do SIAB pelos dois segmentos que constituíram a população estudada, por terem oportunizado a efetiva participação dos respondentes no processo de pesquisa.

Para fins da análise dos dados coletados no trabalho de campo e, principalmente, colhidos na Coordenação Municipal do PSF em Teresina-PI, é que foram adotadas algumas variáveis descritivas, priorizando as que dizem respeito a atributos da população, tais como sexo, idade, nível socioeconômico, família e tempo.

#### **4.1 Variáveis descritivas**

As variáveis epidemiológicas, conforme comenta Rouquayrol (1983), determina um conjunto de coisas, fatos ou pessoas, em que duas categorias de propriedades estarão presentes ali de forma clara. Em primeiro lugar, ressaltam suas propriedades constantes; estas são exibidas por todos os elementos do conjunto de igual forma e que foram usadas para delimitar conjuntos homogêneos. Tomaremos como exemplo a cor da pele, na qual branco é um critério que foi utilizado para se proceder à inclusão de pessoas em um conjunto homogêneo. Este conjunto é complementar de outros conjuntos também homogêneos quando utilizado o mesmo critério, ou seja, a cor da pele.

Contudo, por vezes é necessário fazer-se a análise em nível mais profundo, e aí são discerníveis propriedades variáveis ou simplesmente variáveis. Estas têm a função de determinar a maneira pela qual os elementos de qualquer conjunto são diferentes entre si. Ao retomar, aqui, o exemplo do conjunto dos brancos, podemos dizer que as pessoas aí incluídas serão diferenciadas entre si por critérios, tais como sexo, religião, peso ou estatura, caracterizados como variáveis discrimináveis. Segundo a mesma autora, quanto à sua natureza, as variáveis podem ser categorizadas como qualitativas e quantitativas, sendo que as variáveis qualitativas são as que incluem diferenças radicais, como, por exemplo, a variável sexo, que inclui as categorias masculino e feminino e as mesmas mantêm entre si diferenças não apenas de quantidade, mas sim de natureza. As variáveis local de residência, local de

trabalho, ocupação, dentre outras, são também variáveis qualitativas e, assim, também podem despertar interesse epidemiológico.

Algumas dessas variáveis, como sexo, por exemplo, são assim consideradas:

a) Sexo, para Forattini (1986), é uma variável que tem importância, tendo em vista que muitas doenças apresentam diferenças apreciáveis, quanto à ocorrência entre os sexos. Há inúmeras explicações no que se refere a maior morbidade entre as mulheres, enquanto há maior índice mortalidade entre os homens.

Desta forma, os aspectos dos agravos à saúde seriam expressão de fatores gênicos ligados à herança do sexo. Em outras discussões, o determinante social seria predominante e, para tanto, os autores Annandale e Hunt (1990) comentam que é importante considerar aspectos somáticos, como peso, massa muscular, e pressão sangüínea, além dos comportamentais, como a fala e outros estereótipos.

Rosenberg (apud Forattini, 1986) relata as diferenças entre sexos, em razão dos casos masculinos em relação aos femininos; comenta que nos EUA, no ano de 1980, ocorreram 5 casos para 1 caso de suicídio para homens e mulheres respectivamente, na faixa etária de 15 a 24 anos. Mas, no que diz respeito à transmissão heterossexual de doenças, relata Nicolosi e Col (1994) que as mulheres têm-se mostrado com maior suscetibilidade do que os homens. Tal situação é confirmada pela disparidade, estimada em cerca de mais de duas vezes de receptividade para mulheres do que para homens, no caso de infecção pelo HIV (Imunodeficiência Adquirida Humana). Essa diferença vai além dos aspectos anatômicos e fisiológicos entre os dois sexos, intervindo aí fatores socioculturais e socioeconômicos. Como exemplo, podemos citar o hábito do uso do preservativo/camisinha no ato sexual, que é mais de iniciativa masculina que feminina, como também é de importância, a dependência econômica.

Quanto às variáveis quantitativas, estas refletem diferenças apenas de grau e não substanciais, porque, segundo Rouquayrol (1983) estas variáveis referem-se a propriedades que preservam a mesma natureza em toda a sua extensão e se apresentam com maior ou menor intensidade, sendo facilmente representadas em termos numéricos. Por exemplo, se tomarmos as variáveis peso ou altura, serão mensuradas em quilogramas ou em centímetros, respectivamente.

b) Idade, no que concerne à variável idade, a literatura médica refere que esta é provavelmente a variável mais importante a ser considerada isoladamente, no contexto da epidemiologia descritiva.

Muitas são as doenças em que a variação da idade fornece valiosos subsídios à formulação de pressupostos. Para tanto, há que se levar em conta diversas circunstâncias. Podemos considerar, inicialmente, a existência de agravos, de ocorrência limitada a certas épocas da vida, como é o caso de malformações, formações congênicas, que ocorrem no período de desenvolvimento intra-uterino e a osteoporose que acontece na idade avançada. Além disso, como é de conhecimento geral, há doenças próprias da infância, ao lado de outras que afetam preferencialmente a velhice.

O risco de adquirir uma doença cresce, quando a exposição a determinado fator é persistente, e, assim, a frequência do agravo que lhe é associado cresce à medida que a idade avança. Na verdade, o aumento da frequência de doenças crônicas com a idade é fato tão evidente que qualquer desvio desse padrão desperta interesse no sentido de alguma especificidade (FORATTINI, 1986).

A resistência do organismo a agravos, tais como as infecções, aumenta com a idade, devido às repetidas exposições a microorganismos. Contudo, o grau de exposição ao risco pode ser controlado, o que muda o perfil das doenças, na coletividade (PEREIRA, 2000).

Há agravos à saúde próprios da infância, como, por exemplo, a Coqueluche; e há aquelas encontradas exclusivamente nos adultos, como as DST, e, nos grupos mais idosos, as doenças crônico-degenerativas, como, por exemplo, os transtornos cardiovasculares.

c) Nível socioeconômico, Forattini (1986) comenta que, como determinantes dos quadros epidemiológicos, é indiscutível a relação existente entre as condições socioeconômicas e as da saúde populacional. A identificação desses fatores na prática depende do significado social que lhes atribuem os vários grupos da população. Os elementos usados têm sido a fonte de renda, o grau de instrução e a profissão, sendo que a fonte de renda e o grau de instrução são geralmente considerados dotados de maior especificidade. Isso ocorre porque se admite que deles derivam-se outros elementos, como habitação, hábitos diversos e posição social.

A habitação tem servido para estabelecer associações entre a ocorrência de múltiplas doenças e as condições de habitabilidade, conforme refere Mara e Alabaster (apud FORATTINI, 1986).

Kaplan e Salonen (1990) mencionam estudos que deram origem à hipótese de que a doença isquêmica do miocárdio, por exemplo, ocorre precocemente em indivíduos de meia-idade, que em suas infâncias viveram em níveis socioeconômicos considerados baixos.

d) Família, a situação familiar pode ser considerada de duas formas: a biológica e a social. Na ótica biológica, situam-se os determinantes relativos à herança gênica. Em relação ao social, incluem-se os aspectos do contexto. Dessa forma, o aspecto familiar no agravo à saúde poderá encontrar explicação genética ou ambiental, ou ainda, interação entre ambas. Quanto à interação entre estas, alguns estudos

apontam para maior risco de prematuridade e de baixo peso ao nascer, em filhos de mulheres não casadas (RODRIGUEZ e COLO apud FORATTINI 1986).

Admite-se, geralmente, que as pessoas casadas sejam menos acometidas por estados de saúde precária do que as solteiras. Presume-se que essa concepção ao hábito social do casamento como estado normal, admitido pela sociedade, e, desta forma, criando a tendência de perceber as pessoas que permanecem solteiras como situadas fora do padrão da normalidade, tenha reflexos sobre tal fato (FORATTINI, 1986).

e) Variáveis Relativas ao Tempo, o passar do tempo faz com que ocorram alterações nos quadros epidemiológicos. Por conseguinte, as análises não se podem limitar à época contemporânea. Os períodos passados revelam evidências úteis que, vistas como subsídios, podem possibilitar projeções para o futuro. Dessa forma, as variações cronológicas das doenças revelam concomitantes modificações na atuação dos determinantes, além de possibilitarem o estudo das tendências evolutivas dos agravos na população.

As alterações temporais podem ser consideradas sob vários aspectos. Podemos dizer, com base na realidade estudada, que a incidência do agravo à saúde da população em geral pode ser considerada ao longo de períodos curtos ou longos, bem como em relação à maneira pela qual se apresenta na história dos indivíduos. Neste sentido, a utilização do fator tempo em estudos epidemiológicos requer o prévio estabelecimento de noções básicas, como as que serão colocadas a seguir:

a) Nível de incidência para se avaliar o aumento, diminuição ou estabilidade da incidência, deve-se ter conhecimento do valor considerado normal, seja contemporâneo ou de outras épocas.



b) Variações de curto prazo, aqui estão incluídas as variações limitadas a tempo de duração, desde horas até anos. Tais oscilações podem apresentar aspectos de periodicidade, com certo ritmo, motivo pelo qual recebem o nome geral de variações periódicas. À semelhança do que se considera com a densidade populacional, reconhecem-se as variações sazonais das doenças, isto é, as que se encontram associadas ao ritmo anual das estações.

Geralmente a variação estacional é comum nas infecções, traduzindo-lhes o modo de transmissão, quando, por exemplo, esta se faz mediante atuação de vetor biológico, como mosquitos transmissores de Febre Amarela, da Dengue, dentre outras. Além das doenças infecciosas, outros tipos de agravos à saúde podem apresentar flutuação de sua incidência, conforme pode ser observado nas afecções de natureza alérgica na época das floradas (LEONARD, 1988).

c) Variação a longo prazo, certas afecções, como a Meningite Meningocócica, apresentam epidemias entre as quais se interpõem períodos de dez a vinte anos de duração, com baixo nível de incidência. Pelo menos parcialmente, tais aspectos são tidos como resultantes do estado imunitário da população. Como exemplo, podemos citar estudos realizados em Londres, durante o período 1982-1991, pelos quais se evidenciou significância na associação da taxa de desemprego com a de notificações de Tuberculose, nesse período (MANGTANI e Col apud FORATTINI, 1986).

Quanto às variáveis relacionadas a espaço, temos aqui interesse somente em abordar aspectos concernentes à distribuição das doenças e que possam trazer subsídios passíveis de permitirem o traçado do quadro nosográfico. O ponto de partida da descrição da

distribuição geográfica, de determinado agravo, normalmente leva em consideração as divisões político-administrativas.

Quanto ao mapeamento, este representa o meio mais eficiente de demonstrar a distribuição espacial de um fenômeno. E isso com precisão que dificilmente poderá ser alcançada por meio de simples descrição. A aplicação do mapeamento no estudo das doenças é bastante antigo; entretanto, a primeira aplicação, sob o ponto de vista epidemiológico, data de meados do século passado, com as observações de John Snow sobre a Cólera. Historicamente, a cartografia aplicada à medicina e saúde pública evoluiu desde o século XVIII, dando origem a considerável número de publicações sob a forma de Atlas, concernentes aos mais variados tipos de agravos à saúde (HOWE apud FORATTINI, 1986).

Genericamente admite-se que a variação de espaço exista para qualquer fenômeno inerente à saúde. Sua explicação será de levar em conta a ação de determinantes locais peculiares e que, em conjunto com as doenças às quais se relacionam, constituem o que comumente se conhece pelo nome de patologia regional. Sendo assim, um caso de Icterícia e Febre, detectado em habitantes da Europa, dificilmente fará levantar a hipótese de Febre Amarela, a qual será a primeira a ser aventada se o agravo for registrado em morada da região amazônica.

O estudo das variações espaciais podem ocorrer dentro do mesmo país, entre os Estados, municípios, dentro de núcleos e unidades e entre bairros e distritos. Entende-se que, quanto menor a unidade administrativa e maior o número dos dados disponíveis, maior a possibilidade de interpretação adequada, no âmbito nacional. Seria, portanto, ideal que se pudessem dispor de informações que permitissem proceder à distribuição geográfica por municípios, o que nem sempre é possível. Cresce atualmente o interesse na comparação entre áreas urbanas e rurais. Embora as diferenças encontradas em relação às doenças, na maioria

desses casos, há que se considerar a possibilidade de urbanização de agravos que tendem a se tornar características desse ambiente (FORATTINI, 1986).

#### **4.2 Análise das variáveis descritivas a partir de dados colhidos na Coordenação Municipal do Programa de Saúde da Família-PSF em Teresina-PI**

Neste item, procederemos à análise de dados considerados relevantes na mudança do perfil epidemiológico das comunidades assistidas pelo PSF, Teresina-PI, a partir dos dados obtidos através dos relatórios A4, que consolidam as informações anuais contidas nas fichas A ou de cadastramento das famílias, usadas diariamente pelo agente comunitário de Saúde.

Esses dados são considerados relevantes por produzirem informações que se referem às condições do meio e que têm influência sobre saúde. Essas informações fazem parte da divisão dos grupos de indicadores de saúde, conforme indicação no informe técnico número 137, da Organização Mundial de Saúde-OMS (LAURENTI et al, 1987).

Convém explicar que procuramos abordar somente os aspectos: número de famílias, abastecimento de água, tipo de casa, destino do lixo, das fezes e urina, como também nos reportamos somente em relação aos percentuais dos anos de 1998 a 2000. Estes dados são referentes às equipes e comunidades inseridas na pesquisa de campo.

Podemos verificar, por meio das Tabelas seguintes, que o número de famílias cadastradas no ano de 1998 a 2000, no PSF em Teresina, é cada vez maior; desta forma se vislumbra oportunidade singular de ser trabalhada a participação das comunidades para fins de conhecimento de suas realidades, bem como construir uma consciência em saúde benéfica para o indivíduo e para sua coletividade.

Tabela 1 – Variáveis descritivas – Tratamento d'água em domicílio

Equipes	1998					2000				
	Nº fam.	Filtração %	Fervura %	Cloração %	S/trat %	Nº fam	Filtração %	Fervura %	Cloração %	S/tratamento %
20	290	46,21	-	-	53,79	837	78,02	0,24	0,36	21,39
03	684	81,58	0,88	-	14,18	696	81,47	0,86	3,45	14,22
05	919	52,56	0,22	0,22	47,01	1080	79,81	0,09	0,28	19,81
13	648	46,30	0,15	0,46	53,09	654	47,71	-	0,15	52,14
16	-	-	-	-	-	1173	79,03	0,85	1,53	18,58
21	307	82,74	0,33	12,38	4,56	1051	73,55	1,24	2,95	22,26
23	102	62,75	-	-	37,25	944	65,68	0,21	0,74	23,37
25	712	60,53	1,69	13,62	24,16	1415	78,52	0,92	12,58	7,99
27	111	65,77	0,90	-	33,33	761	70,57	0,53	0,39	28,52
30	-	-	-	-	-	733	71,90	11,77	0,68	25,63
48	-	-	-	-	-	781	62,87	0,51	0,51	36,11
26	697	53,37	1,43	25,54	19,66	1100	76,58	0,18	10,00	13,24
19	-	-	-	-	-	870	64,71	0,34	0,11	34,83
39	-	-	-	-	-	984	71,85	0,41	1,93	25,81

Fonte: Dados obtidos na Coordenação Municipal do PSF - Teresina-PI.

Podemos constatar, ao observar a Tabela 1, que há tendência crescente e predominante de filtragem da água nas comunidades assistidas pelo PSF. Sabemos que a filtração da água não remove todos os microorganismos, mas é um procedimento útil na retenção de grande parte das impurezas. Atualmente, os filtros domésticos com vela são facilmente adquiridos. Desta forma, através do cadastramento das famílias, podemos nos certificar da necessidade de a população implementar campanhas educativas junto a estas comunidades carentes, criando-se, assim, facilidade para sua aquisição. Esta é uma prática das equipes do Programa.

Ainda de acordo com a mesma Tabela, constatamos que há, ainda, percentuais significativos de falta de tratamento d'água em domicílio, conforme podemos perceber através dos percentuais que se seguem: 42,14%; 36,11%; 34,86%; 28,52%; e 25,81 %, do total de 14 comunidades pesquisadas.

Mesmo sabendo, que a grande maioria da população usa abastecimento d'água da rede pública e que este deve garantir água potável à comunidade, constatam-se altos percentuais de famílias que não utilizam qualquer procedimento de tratamento em domicílio, possibilitando ocorrência de agravo à saúde, como diarreias, por falta de um simples hábito de higiene da população. Podemos observar também, na grande maioria das residências que possuem utensílios bem mais caros como: geladeira e até mesmo, fomo micro-ondas, que não têm filtro doméstico. Daí percebermos a necessidade da educação em saúde no cotidiano dessas comunidades.

Deve chamar a atenção das equipes o fato de as famílias utilizarem água de poço ou nascente. A ênfase aqui no tratamento da água deve ser permanentemente observada.

**Tabela 2 – Abastecimento de água**

Equipes	1998				2000			
	Nº fam.	Rede Púb %	Poço/Nasc %	Outros %	Nº fam	Rede Púb %	Poço/Nasc %	Outros %
20	290	82,41	0,34	17,24	837	93,19	1,08	5,73
03	684	99,56	0,44	-	696	99,57	0,43	-
05	919	98,15	1,20	0,65	1080	99,91	-	0,09
13	648	61,73	37,96	0,31	654	60,09	26,76	13,15
16	-	-	-	-	1173	87,30	10,06	2,64
21	307	100,00	-	-	1051	98,38	1,14	0,48
23	102	19,61	50,98	29,41	944	49,15	26,48	24,36
25	712	98,32	0,84	0,84	1415	98,94	0,78	0,28
27	111	100,00	-	-	761	99,21	0,26	0,53
30	-	-	-	-	733	96,45	1,23	2,32
48	-	-	-	-	781	98,59	0,77	0,64
26	697	96,84	0,72	2,44	1100	99,19	0,09	0,72
19	-	-	-	-	870	69,08	24,14	6,78
39	-	-	-	-	984	91,46	6,81	1,73

**Fonte:** Dados obtidos na Coordenação Municipal do PSF - Teresina-PI.

Conforme podemos verificar, a aceitação do abastecimento de água da rede pública pela população é muito boa e tem crescido, no intervalo de tempo entre 1998 a 2000, atingindo percentuais mais elevados nas comunidades.

No entanto, as equipes devem encorajar e esclarecer quanto aos benefícios da utilização de água da rede pública, enquanto que a utilização de água de poço e nascentes carece de maiores cuidados na potabilidade dessa água.

**Tabela 3 – Tipo de casa**

Equipes	1998				2000			
	Nº fam.	Tijolo adobe %	Taipa revestida %	Taipas revestidas %	Nº fam	Tijolo adobe %	Taipa revestida %	Taipas revestidas %
20	290	9,31	6,90	83,45	837	24,85	16,61	58,54
03	684	52,86	15,36	31,79	696	70,26	10,70	18,97
05	919	41,78	9,03	48,86	1080	80,74	3,43	15,83
13	648	51,70	16,67	29,63	654	51,83	18,20	28,29
16	-	-	-	-	1173	83,97	5,71	10,32
21	307	52,12	12,38	35,18	1051	74,98	10,94	14,08
23	102	35,29	30,39	34,31	944	21,93	13,56	64,09
25	712	71,49	9,41	18,96	1415	87,63	5,02	7,28
27	111	63,96	15,32	20,72	761	70,83	11,04	18,13
30	-	-	-	-	733	70,53	7,23	22,10
48	-	-	-	-	781	57,87	12,29	29,45
26	697	50,22	13,49	36,15	1100	60,00	9,82	30,18
19	-	-	-	-	870	63,45	10,46	25,17
39	-	-	-	-	984	60,87	8,94	30,18

Fonte: Dados obtidos na Coordenação Municipal do PSF - Teresina-PI.

Podemos constatar, através de percentuais de casa do tipo tijolo/adobe, que estas aumentaram em número, como é o caso da comunidade 05, que passou de 41,78% para 80,74% no espaço de tempo de 1998 a 2000; e a comunidade 03 passou de um percentual de 52,86% para 70,26%. Ainda, a respeito da melhoria no aspecto domiciliar, também se observa decréscimo nos percentuais de casas de taipas não revestidas, demonstrando melhoria de habitação e possibilitando, com isso, melhoria nas condições de higiene e prevenção de doenças. Segundo Mara e Alabaster, citados por Forattini (1986), a habitação tem servido como parâmetro associativo entre a ocorrência de várias doenças e as condições de habitabilidade. E observando os percentuais referidos, vale ressaltar o baixo nível socioeconômico da população pesquisada, tendo em vista os altos percentuais do tipo de casa

referido, condição esta que também interfere no baixo nível de escolaridade dessa população, acesso restrito à informação e entendimento desta, evidenciando cada vez mais a necessidade do Programa, e o uso das informações e atividades de educação previstas no Sistema de Informação em Saúde, utilizado por estas comunidades.

**Tabela 4 – Destino do lixo**

Equipes	1998				2000			
	Nº fam.	Rede pública %	Queimado enterrado %	Céu aberto %	Nº fam.	Coleta pública %	Queimado enterrado %	Céu aberto %
20	290	44,14	25,86	30,00	837	71,80	9,20	19,00
03	560	96,43	1,25	2,32	696	98,85	0,57	0,57
05	919	97,06	0,22	2,72	1080	95,56	0,46	3,98
13	648	43,30	31,17	20,52	654	44,34	27,98	27,68
16	-	-	-	-	1173	70,42	24,30	5,28
21	307	98,05	1,30	0,65	1051	93,05	2,66	4,28
23	102	11,76	22,53	64,71	944	17,06	44,70	38,24
25	712	84,55	8,57	6,88	1415	92,23	3,53	4,24
27	111	83,78	11,71	4,50	761	85,02	8,67	6,31
30	-	-	-	-	733	63,98	4,91	31,11
48	-	-	-	-	781	86,68	5,38	7,94
26	697	66,28	1,72	31,99	1100	69,10	3,96	26,94
19	-	-	-	-	870	43,68	39,97	16,55
39	-	-	-	-	984	77,24	9,04	13,72

**Fonte:** Dados obtidos na Coordenação Municipal do PSF -Terresina-PI.

Pudemos ver, nesta pesquisa, que um dos fatores considerados foi o tempo de atuação das equipes nas comunidades assistidas pelo PSF, isto porque entendemos que este é significativamente importante, no que diz respeito à mudança de atitude em relação à saúde individual e coletiva.

Desta forma, resolvemos levantar dados em relação a procedimentos básicos do dia-a-dia da população, que podem resultar em grandes benefícios para todos, como, por exemplo, em relação ao destino lixo, porque, segundo Rouquayrol (1985) e outros autores, entende-se que dentre as atividades de saúde pública, o saneamento é um dos mais

importantes meios de prevenção de doenças. Conforme a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) o define: "o controle de todos os fatores do meio físico do homem exerce ou pode exercer efeito deletério sobre seu bem estar físico, mental e social".

O contato do homem com o lixo pode resultar em sérias conseqüências à sua saúde, tendo em vista que os resíduos sólidos favorecem a proliferação de mosquitos, moscas, baratas, ratos, sendo estes responsáveis por várias doenças, tais como: disenterias, filariose, febre amarela, sarnas, micoses, verminoses e leptospirose, dentre outras.

Logo, ao observar a Tabela 4, nos deparamos ainda com elevado percentual de comunidades que jogam o lixo produzido a céu aberto, ou seja na comunidade 23, em que o percentual de lixo a céu aberto é ainda de 38,24%, seguidos das comunidades 30, com 31,11%, comunidade 13, com 27,68%, comunidade 26, com 26,94%, comunidade 20, com 19%, e comunidade 19, com percentual de 16,55% de lixo a céu aberto. Esta é uma forma não sanitária ou destino final inadequado, que traz sérias inconveniências, como: catação de materiais de lixo, produção de maus odores e proliferação de insetos e ratos.

Contudo, podemos detectar que a coleta pública melhorou e, desta forma, deve-se esclarecer à população de forma mais evidente que esta é a forma mais adequada para o destino final do lixo. Este é um hábito simples, mas que traz grande benefício social, devendo-se ressaltar que este benefício é para a própria pessoa, já que esta faz parte do meio.

Acreditamos que, com o trabalho contínuo das equipes do PSF, haja mudança nesse contexto, porque também, conforme a Tabela 4, podemos verificar que há comunidades que, de um percentual de coleta da rede pública, passou de 44,14%, para 71,80%. Portanto, é preciso acreditar.



Tabela 5 – Destino fezes/urina

Equipes	1998				2000			
	Nº famílias	Sistema esgoto %	Fossa %	Céu Aberto %	Nº fam	Sistema esgoto %	Fossa %	Céu Aberto %
20	290	0,34	23,45	76,21	837	2,87	73,48	23,66
03	560	0,89	94,82	4,29	696	2,73	95,55	1,72
05	919	0,76	93,25	5,98	1080	1,02	90,46	8,52
13	648	12,50	63,73	23,77	654	8,72	68,81	22,48
16	-	-	-	-	1173	5,20	87,30	7,50
21	307	0,33	99,35	0,33	1051	1,81	90,77	7,42
23	102	-	47,06	52,94	944	1,17	41,00	57,84
25	712	-	97,19	1,54	1415	1,41	94,49	4,10
27	111	-	81,98	17,12	761	0,53	92,38	7,10
30	-	-	-	-	733	1,36	83,36	15,28
48	-	-	-	-	781	-	81,82	18,18
26	697	-	48,92	50,93	1100	0,45	68,11	31,44
19	-	-	-	-	870	1,49	63,45	35,06
39	-	-	-	-	984	0,51	89,74	9,76

Fonte: Dados obtidos na Coordenação Municipal do PSF - Teresina-PI.

Sabemos que a melhor solução para a disposição dos excretas é o sistema público de esgoto sanitário; entretanto, poucas são as cidades brasileiras que dispõem de sistemas coletivos de esgotos nas periferias, sendo adotado, então, o sistema de fossa.

Conforme pode ser detectado na Tabela 5, o uso de fossa é predominante. Pudemos observar, também, na comunidade 20, que esta passou de um percentual de uso de fossa de 23,45% para 73,48%, no período entre 1998 a 2000. Ainda assim, são detectáveis, na mesma tabela, percentuais elevados de deposição de dejetos a céu aberto, como: 57,84%; 35,06%; 31,44%; 23,6%, nas comunidades, (23); (19); (26); (20) respectivamente.

Afinal, ressalte-se o empenho do SIAB, no desenvolvimento das atividades de educação em Saúde, já que este as prevê.

## CAPÍTULO V

### 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados e análise do trabalho de campo colhidos através de entrevista semi-estruturada serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos, com comentários sobre os resultados obtidos.

A amostra pesquisada foi de 20% das equipes do Programa de Saúde da Família-PSF, de Teresina-PI, totalizando 84 profissionais e três grupos focais; ou seja, grupos acompanhados sistematicamente por estas equipes. Esses grupos são compostos por hipertensos, diabéticos e gestantes, tendo sido entrevistados 23% dos integrantes destes, perfazendo um número de 180 componentes. Assim, o total de entrevistados na pesquisa foi de 264 pessoas, sendo os resultados distribuídos em tabelas e gráficos conforme já mencionado.

#### 5.1 Dados colhidos nas equipes

**Tabela 6 – Sexo dos componentes das equipes**

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Masculino	18	21,43
Feminino	66	78,57
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF –Teresina-PI.

Entre os componentes das equipes, 21,43% são homens (uma pequena parte) e a maioria 78,51 % são mulheres. Predomina, dessa forma, a mão-de-obra feminina nas equipes do PSF em Teresina-PI.

**Tabela 7 – Faixa etária dos componentes das equipes**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
22 a 26	17	20,24
27 a 31 anos	15	17,86
32 a 36 anos	23	27,38
37 a 41 anos	12	14,29
42 a 46 anos	5	5,95
47 a 51 anos	9	10,71
52 anos ou mais	3	3,57
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

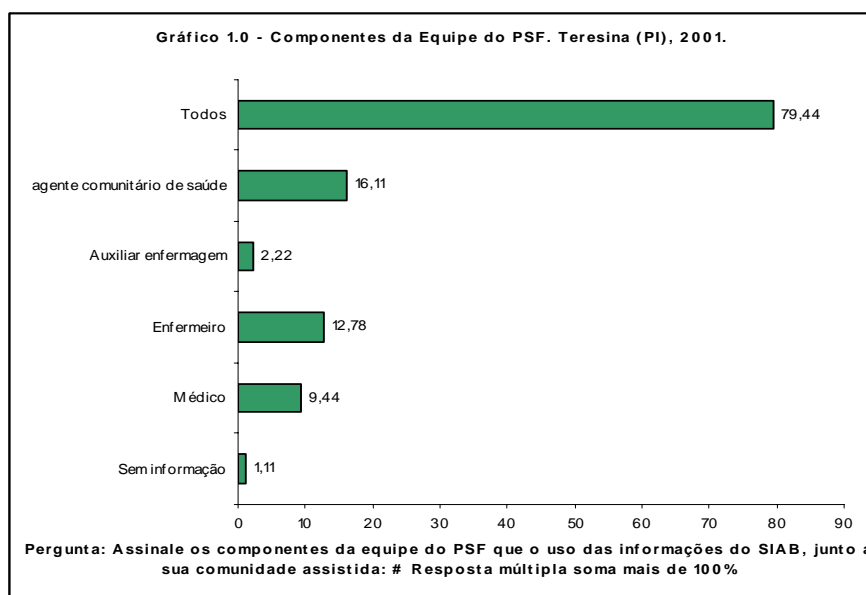
**Fonte:** Entrevista realizada com as equipes do PSF –Teresina-PI .

Entre os componentes das equipes, percebe-se que a maioria dos profissionais encontra-se na faixa etária de maior capacidade laborativa, (32 a 36 anos), o que beneficia o cumprimento das atividades previstas pelo SIAB, tendo em vista que se tratam de atividades desenvolvidas nas comunidades e, desta forma, exige mais esforço físico por parte dos profissionais.

**Tabela 8 – Profissão dos componentes das equipes**

	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Médico	14	16,67
Enfermeiro	14	16,67
Auxiliar de Enfermagem	14	16,67
Agente Comunitário de Saúde	42	50,00
Outras	0	0,00
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



Segundo a Tabela 8, há um equilíbrio entre o número dos componentes das equipes que apresentam 16,67% de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, e 50% agentes comunitários de Saúde.

Podemos constatar que os agentes comunitários de Saúde são maioria na equipe, sendo eles que fazem o elo direto entre a comunidade, o restante da equipe e os profissionais que mais vivenciam o dia-a-dia e as necessidades cotidianas da comunidade. É por meio dos dados e informações colhidos na comunidade por estes profissionais e os demais componentes da equipe somados às outras informações geradas, a partir de procedimentos e atendimentos, que são planejadas, agendadas e implementadas todas as intervenções mais imediatas na comunidade.

Podemos verificar, ainda, que não há inserção de outros profissionais da área de Saúde nas equipes do PSF de Teresina-PI.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi mencionado por todos os membros das equipes que os agentes comunitários de Saúde-ACS são desprestigiados quanto à

execução de atividades educativas com a comunidade, conforme pode ser constatado na ficha D, impresso para registro de atividades, procedimentos e notificações, onde há observação para que não sejam consideradas as atividades desses profissionais, causando-lhes constrangimento.

**Tabela 9 – Tempo de atuação dos componentes na equipe**

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Menos de um ano	14	16,67
1 a 2 anos	12	14,29
2 a 3 anos	31	36,90
3 a 4 anos	27	32,14
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI .

Ao observar a Tabela 9, podemos notar que parte dos componentes das equipes estão atuando na mesma há menos de um ano, 16,67%, ou de um a dois anos, 14,29%. Grande parte deles atua na equipe de dois a três anos, 36,90%, e um grupo um pouco menor atua de 3 a 4 anos, 32,14%, demonstrado que a maioria deles atua na equipe há mais de dois anos.

As equipes do PSF atualmente estão na faixa de 1 a 4 anos de atuação e segundo a Tabela 9, a grande maioria dos profissionais encontra-se nas equipes desde o início, significando que não há flutuação de profissionais nas equipes, refletindo, assim, estabilidade dos profissionais e da comunidade. Isso se evidencia no cotidiano, com expressividade, no que se refere a passar informações em saúde e observar mudanças de atividade da comunidade ao longo do tempo.

**Tabela 10 – Tempo atuação na comunidade**

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Menos de um ano	13	15,48
1 a 2 anos	4	4,76
2 a 3 anos	33	39,29
3 a 4 anos	33	39,29
Sem resposta	1	1,19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF –Teresina-PI.

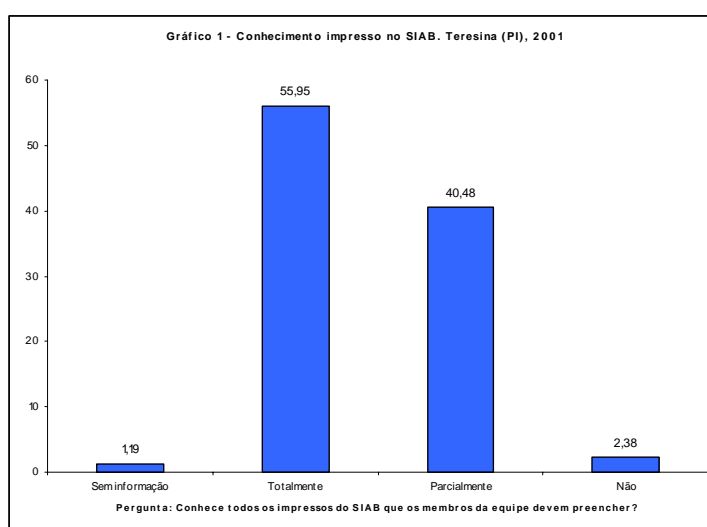
Segundo os resultados da Tabela 10, pode-se perceber que a grande maioria das equipes, com percentual de 78,58%, está com tempo de trabalho de 2 a 4 anos nas comunidades.

Considera-se de grande importância o tempo de atuação das equipes nas comunidades, porque pudemos perceber, ao longo do trabalho de campo, que as equipes trabalham o uso das informações com as comunidades assistidas. E sendo a informação considerada como fluxo de mensagens e o conhecimento criado por esse mesmo fluxo de informação e ainda tendo como base as crenças, as premissas e comportamentos profundamente enraizados nos sistemas de valores dos indivíduos, considera-se que tanto a informação, quanto o conhecimento são específicos ao contexto e criados de forma dinâmica na interação social entre os atores sociais. Acerca deste tema, Berger e Buckmann (1996), afirmam que o conhecimento social compartilhado em uma realidade é capaz de influenciar o comportamento, julgamento e atitudes dos atores dessa realidade; portanto, o tempo de atuação das equipes nas comunidades faz-se importante para que se possa perceber mudanças de atitudes e estilos de vida dessas comunidades.

**Tabela 11 – Conhecimento dos impressos do SIAB**

	Número	Porcentagem
Totalmente	47	55,95
Parcialmente	34	40,48
Não	2	2,38
Sem resposta	1	1,19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



Quando perguntados sobre o conhecimento dos impressos do SIAB, preenchidos pelos membros da equipe, a maioria, 55,95%, declarou conhecê-los totalmente, seguida de um grupo, 40,48%, que respondeu, afirmando conhecer parcialmente, e de uma minoria, 2,38%, que declarou não conhecer os impressos do SIAB.

Podemos observar que a maioria dos membros das equipes conhecem os impressos do SIAB; no entanto, um percentual significativo conhece apenas parcialmente, e há, até mesmo, componentes das equipes que não conhecem tais impressos.

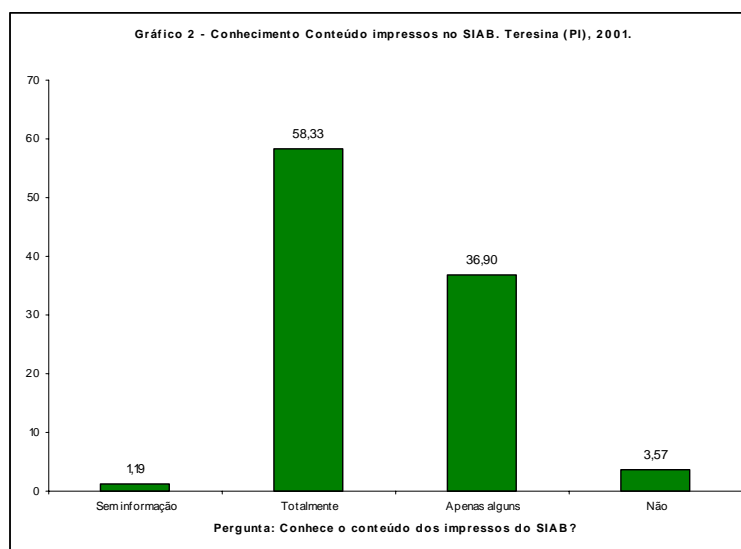
Os resultados da Tabela 11, conjuntamente com as Tabelas 12, 13 e 14, nos causaram surpresa, tendo em vista que todos os membros das equipes obrigatoriamente

preenchem os instrumentos do sistema, conforme citamos como exemplo a ficha D, que é utilizada por todos os profissionais da equipe de Saúde para registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições, que são objeto de acompanhamento sistemático. Dessa forma, sugerimos treinamento sobre o sistema com maior carga horária no treinamento introdutório para todos os integrantes das equipes. Caso contrário, haverá falha no processo de comunicação, de compreensão e esclarecimento das necessidades do usuário, como também bloqueio, no que se refere à finalidade, potencialidade e capacidades do sistema.

**Tabela 12 - Conhecimento do conteúdo dos impressos do SIAB**

	Número	Porcentagem
Totalmente	49	58,33
Apenas Alguns	31	36,90
Não	3	3,57
Sem resposta	1	1,19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.





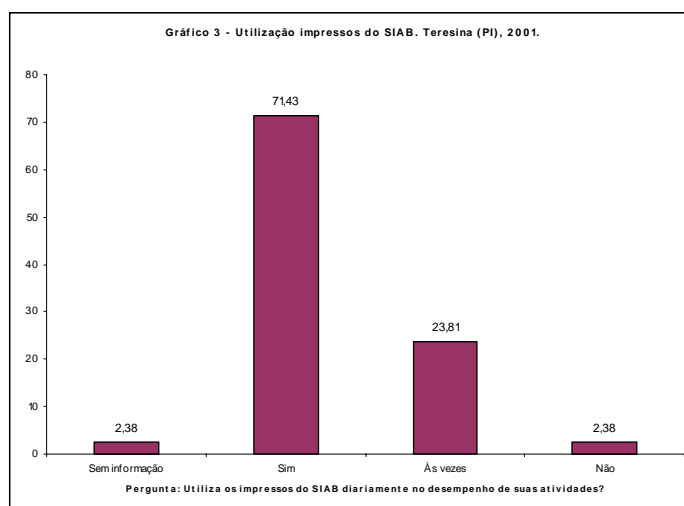
Sobre o conhecimento do conteúdo dos impressos do SIAB, a maioria de 58,33% respondeu que conhece totalmente; outra parcela de 36,90% declarou que conhece apenas alguns, e a minoria de 3,57% disse que não os conhece.

Podemos ver que há coerência entre os resultados das Tabelas 11 e 12, ou seja, entre o conhecimento dos impressos e de seu conteúdo. Neste sentido, Saracevic (1983) afirma que o usuário que busca informação é alguém que se encontra frente a um problema sem uma solução clara e visível; tem um determinado estado de conhecimento ou estrutural sobre aquele problema, tem a intenção de usar a informação no processo de tratar o problema, alterando seu estado de conhecimento ao buscar a resposta à sua questão.

**Tabela 13 – Utilização dos impressos no desempenho de atividades**

	Número	Porcentagem
Sim	60	71,43
Às vezes	20	23,81
Não	2	2,38
Sem resposta	2	2,38
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



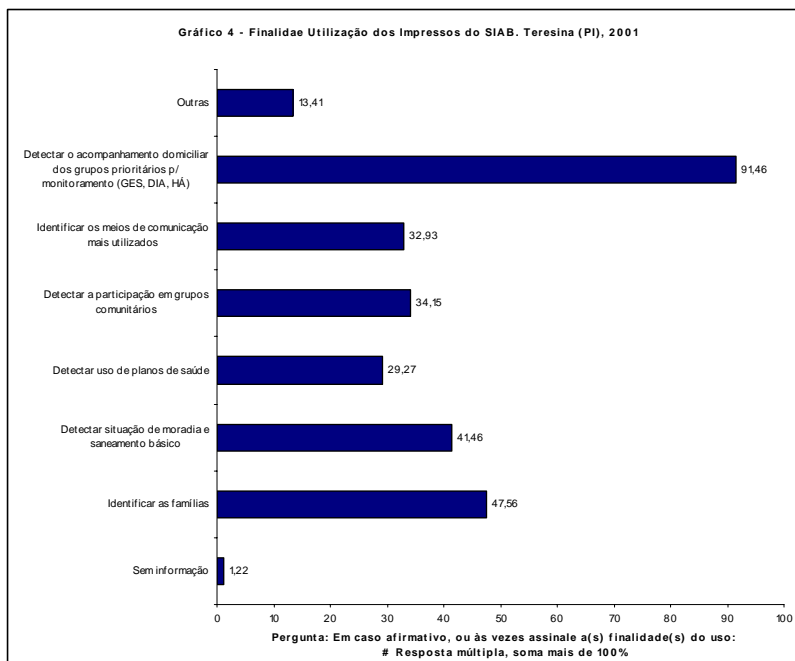
Quanto à utilização dos impressos do SIAB, no desempenho das atividades, 71,43% dos entrevistados responderam que os utilizam diariamente, 23,81 % declararam que usam às vezes e 2,38% responderam que não usam os impressos.

Sendo também as equipes do PSF responsáveis em sua esfera de atuação pelo gerenciamento e organização do serviço de saúde, dependem severamente de informação para saber o que ocorre, o que está mudando e as decisões a serem tomadas. Dessa forma, a utilização dos impressos constantes no SIAB é importante por ser o meio de garantir que as informações obtidas irão sustentar as funções de operações, gerenciamento e tomada de decisões inerentes a cada situação. No entanto, para que tais funções ocorram em sua plenitude, necessário se faz que todos os profissionais das equipes do PSF sejam adequadamente treinados além do treinamento introdutório, pois, somente com o treinamento, a capacidade do SIAB será aproveitada adequadamente.

**Tabela 14 – Finalidades da utilização dos impressos**

	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Identificar as Famílias	39	46,43
Detectar Situação de Moradia e Saneamento Básico	34	40,48
Detectar Uso de Planos de Saúde	24	28,57
Detectar a Participação em Grupos Comunitários	28	33,33
Identificar os Meios de Comunicação mais Utilizados	27	32,14
Detectar o Acompanhamento Familiar dos Grupos Prioritários	75	89,29
Outros	11	13,10
Sem resposta	1	1,19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



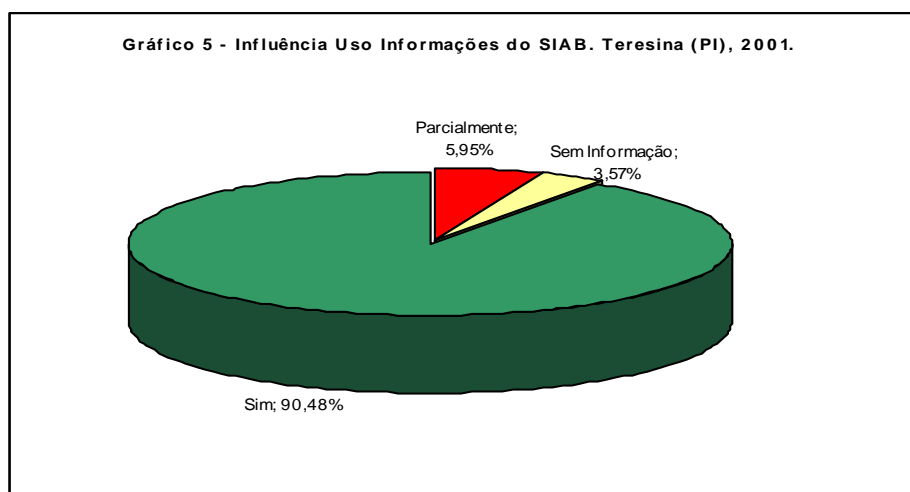
As finalidades do uso dos impressos do SIAB, segundo 46,43% dos entrevistados, são identificar as famílias; 40,48% responderam detectar situação de moradia e saneamento básico; 28,57% detectaram uso de planos de saúde; 33,33% detectaram participação em grupos comunitários; 32,14% identificaram os meios de comunicação mais utilizados, e 89,29%, a maioria, citaram o acompanhamento familiar dos grupos prioritários; 13,10% citaram outras finalidades, entre as quais registrar atividades, procedimentos e notificações.

Conclui-se, pois, que, se os impressos do SIAB estão sendo usados pela maioria, conforme detectado na pesquisa, significa que estão sendo produzidos dados ou informações de forma contínua, as quais podem subsidiar os processos de planejamento, tomada de decisões e controle na execução das ações planejadas e implementadas. É o próprio sistema SIAB em uso.

**Tabela 15 – Influência do uso das informações do SIAB**

	Número	Porcentagem
Sim	76	90,48
Parcialmente	5	5,95
Não	0	0,00
Sem resposta	3	3,57
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



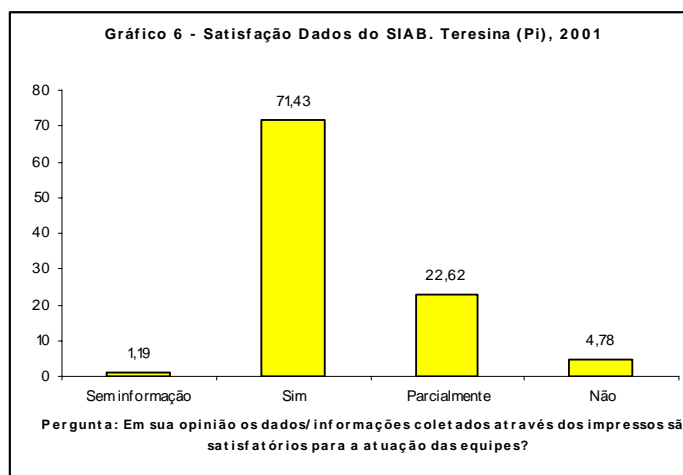
Entre os componentes das equipes, a grande maioria, 90,48%, considera que o uso das informações do SIAB influencia na melhoria da situação de saúde da comunidade; e uma pequena parcela de 5,95% respondeu que afeta apenas parcialmente.

Vale destacar que garantir o uso e disseminação das informações geradas para o próprio usuário é capacitá-los para utilização adequada das informações e contribuir para a construção de uma consciência sanitária coletiva, com base para ampliar o exercício do controle social e da cidadania.

**Tabela 16 – Satisfação dos dados do SIAB**

	Número	Porcentagem
Sim	60	71,43
Parcialmente	19	22,62
Não	4	4,76
Sem resposta	1	1,19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



Ao observar a Tabela 16, verifica-se que a maioria dos entrevistados, 71,43%, considera os dados e informações coletados através dos impressos do SIAB como satisfatórios para a atuação da equipe. Alguns, 22,62%, consideram as informações parcialmente satisfatórias e a minoria de 4,76% considera as informações insatisfatórias.

Essa constatação significa que o SIAB, enquanto sistema de informação voltado à assistência primária à saúde, atende satisfatoriamente as necessidades em termos de dados e informações, possibilitando às equipes do programa eficiência no atendimento à sua clientela.

**Tabela 17 – Cronograma de reuniões mensais**

	<b>Número</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	81	96,43
Não	2	2,38
Sem Informação	1	1,19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.

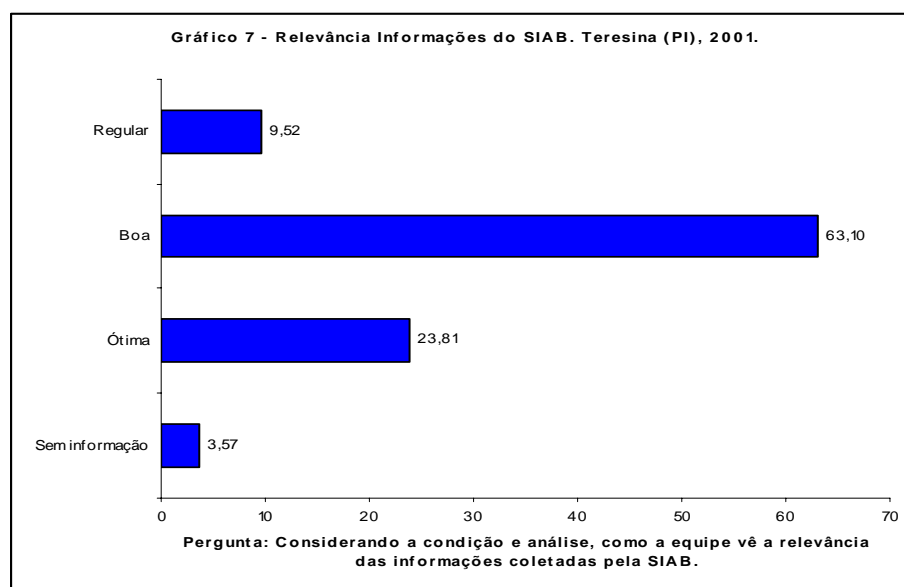
Quanto à existência de cronograma de reuniões mensais para consolidar e analisar a eficácia das informações obtidas na comunidade, a maioria dos entrevistados, 96,43%, respondeu que o cronograma existe, contra uma minoria de 2,38% que negou sua existência.

As equipes não só devem coletar dados e informações, como também devem usá-las de forma consolidada, para intervir com ações de acordo com as necessidades detectadas das comunidades assistidas, desde necessidades individuais até as de demanda coletiva. A consolidação da informação é uma tentativa de aumentar a comunicação de novas idéias, inovações e mensagens, a fim de torná-las mais apropriadas aos usuários como também para tornar essa comunicação mais eficaz, mais fácil, mais rápida, assim como tornar possível o acesso dos indivíduos a conhecimentos que, do contrário, são incapazes de efetiva e eficazmente acessar ou usar informações segundo suas necessidades cotidianas. A análise da informação tem por finalidade identificar e extrair as características mais relevantes. E ainda, o valor da informação consolidada é que ela pode contribuir para a sofisticação da informação de uma população e, dessa forma, contribuir para a qualidade de vida da coletividade. Como exemplo, consideremos os valores da informação consolidada que ajuda a melhorar o saneamento básico, o tratamento de água e esgoto e o meio ambiente, o que, por sua vez, diminui as doenças, a dor e o sofrimento. Nesse contexto, a expressão qualidade de vida coletiva diz respeito à melhoria expressa mediante influência de melhoria nos indicadores sociais concretos utilizados (FORATTINI, 1986).

**Tabela 18 – Relevância das informações coletadas pelo SIAB**

	Número	Porcentagem
Ótima	20	23,81
Boa	53	63,10
Regular	8	9,52
Ruim	0	0,00
Péssima	0	0,00
Sem resposta	3	3,57
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



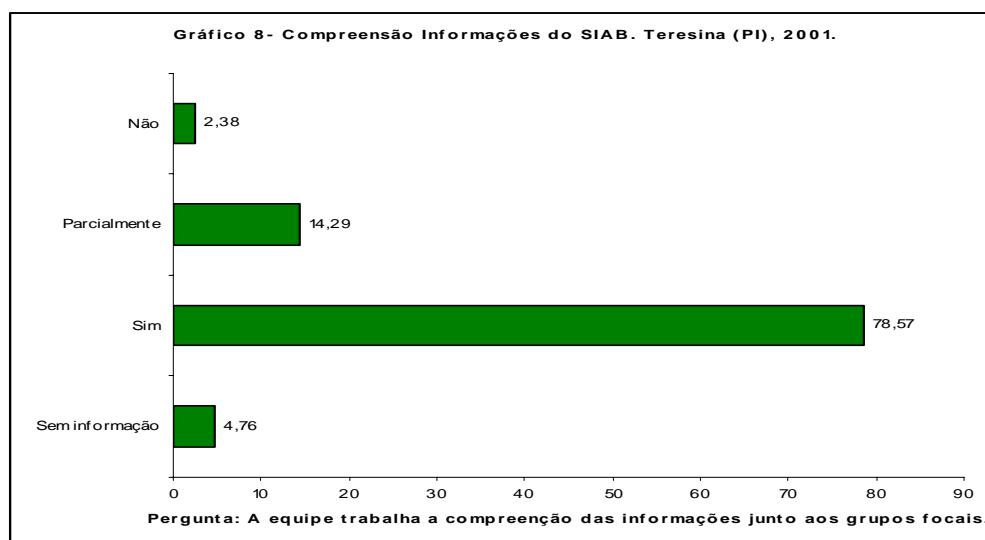
Segundo a Tabela 18, boa parte dos entrevistados, 23,81%, vê a relevância das informações coletadas pelo SIAB como ótimas. A maioria de 63,10% a considera boa; e um pequeno número 9,52% a considera regular. Neste contexto, podemos constatar coerência entre a satisfação dos dados colhidos e a relevância das informações coletadas pelo SIAB, confirmando-se, dessa forma, que o SIAB é um sistema que satisfaz razoavelmente bem as necessidades de informação das equipes do PSF.

Sabe-se que uma informação é relevante quando a mesma contribui para o processo de reflexão, avaliação e tomada de decisões sobre o enfrentamento de uma determinada situação em saúde.

**Tabela 19 – Compreensão junto aos grupos focais**

	Número	Porcentagem
Sim	66	78,57
Parcialmente	12	14,29
Não	2	2,38
Sem resposta	4	4,76
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.



A maioria dos entrevistados, 78,57%, relatou que sua equipe trabalha a compreensão das informações junto aos grupos focais. Uma parcela de 14,29% declarou trabalhar parcialmente a compreensão das informações; e uma minoria de 2,38% disse que não trabalha a compreensão das informações junto aos grupos locais.



Ao trabalhar-se a informação neste contexto, é possível gerar conhecimento específico e relacionado ao contexto social, na medida em que depende da interação social e da situação vivenciada. Acerca deste assunto, Berger e Luckmann (1996) argumentaram que as pessoas que interagem em um determinado contexto histórico e social compartilham informações, a partir das quais constroem o conhecimento social como uma realidade, o que, por sua vez, influencia seu julgamento, comportamento e suas atitudes.

**Tabela 20 – Indicadores do SIAB**

Indicadores	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças crônicas	0	00	1	1,52	1	1,19
Mulheres Grávidas	0	00	1	1,52	1	1,19
Não souberam responder	18	100	65	98,48	83	98,81
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100,00</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fonte: Entrevista realizada com as equipes do PSF – Teresina-PI.

Podemos constatar, através da Tabela 20, que não há conhecimento consistente por parte das equipes quando se usam indicadores de saúde, tendo em vista que 98,81% dos entrevistados não souberam apontar os indicadores mais usados por suas equipes nas comunidades assistidas.

Por ser o SIAB o sistema oficial do Ministério da Saúde a ser utilizado pelo PSF e conseqüentemente pelas equipes, nos causa preocupação tal evidência, porque o SIAB é um sistema de informação em Saúde recheado de indicadores, tais como: indicadores epidemiológicos, tais como mortalidade e morbidade, e indicadores demográficos socioeconômicos e ambientais, entre outros, tendo como premissas básicas que possibilitem a avaliação do impacto sobre a situação de saúde e considerando, além das respostas produzidas pelo sistema de saúde, aquelas geradas por outros setores como educação e saneamento

dentre outras. Sendo o SIAB um sistema especial para coleta e gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades, e que por isso possui instrumentos (impressos) capazes de permitir o conhecimento da realidade socioeconômica e sanitária da população acompanhada, bem como avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos, com a finalidade de readequá-los sempre que necessário e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população assistida, torna-se indispensável saber trabalhar com indicadores de saúde.

## 5.2 Dados colhidos na comunidade

As informações relacionadas às necessidades de saúde direcionam para a adoção de estratégias de intervenções de assistência individual e coletiva e até à viabilidade de políticas públicas. Assim é que apresentaremos tabelas e gráficos com informações coletadas nas comunidades assistidas pelo PSF em Teresina-PI.

**Tabela 21 – Nível de escolaridade dos membros da comunidade**

Nível de escolaridade	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem instrução formal	32	53,33	38	63,33	7	11,67	77	42,78
Ensino Fundamental Incompleto	22	36,67	14	23,33	28	46,67	64	35,56
Ensino Fundamental Completo	1	1,67	3	5,00	7	11,67	11	6,11
Ensino Médio Incompleto	2	3,33	2	3,33	12	20,00	16	8,89
Ensino Médio Completo	2	3,33	3	5,00	7	8,33	10	5,56
Superior Incompleto	1	1,67	0	0,00	0	0,00	1	0,56
Superior Completo	0	0,00	0	0,00	1	1,67	1	0,56
Sem resposta	0	0,00	0	0,00	60	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF – Teresina-PI.

Dentre os membros das comunidades, 42,78% não possuem instrução formal; 35,56% têm Ensino Fundamental incompleto; 6,11% têm Ensino Fundamental completo;

8,89% têm Ensino Médio incompleto; 5,56% têm Ensino Médio completo; 0,56% têm Ensino Superior incompleto; e 0,56% têm Ensino Superior completo.

Contudo, podemos observar que o grupo das gestantes sem instrução formal apresenta um percentual bem menor, comparando-se com os outros dois grupos focais, apresentando, inclusive, instrução superior completa. No entanto, no Ensino Fundamental e Médio apresentam índices mais elevados em relação aos outros grupos.

A literatura relata que há maior incidência de hipertensão em população de nível de escolaridade baixa, fator que também interfere no controle da diabetes. Sabendo-se que a modificação do estilo de vida é extremamente importante, embora difícil para o paciente, é importante que a cada consulta, a cada palestra e a cada visita, os profissionais devam ressaltar os fatores de risco e verificar a compreensão e obediência ao tratamento ou controle, em especial quando o paciente não está conseguindo atingir o controle. Para Forattini (1986), a relação entre as condições socioeconômicas e os fatores determinantes dos quadros epidemiológicos são indiscutíveis, estando inserido aí o nível de escolaridade da população. Dessa forma, todos esforços deverão ser feitos para orientar os pacientes, no que diz respeito à sua real situação de saúde e persistir nas vantagens da modificação do estilo de vida. Podemos perceber, com os resultados da Tabela 21, que as equipes devem buscar formas de abordagem simples e objetivas, no sentido de atingir a apreensão das informações em Saúde levadas até a comunidade. Neste contexto, entendemos que a abordagem do construtivismo social é alternativa para o uso da informação como ação discursiva. Na concepção de Harre (1983), a idéia central do construtivismo social reside no fato de que a realidade humana primária consiste em pessoas em conversação.

**Tabela 22 – Sexo dos membros da comunidade**

Sexo	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	18	30,00	15	25,00	0	0,00	33	18,33
Feminino	42	70,00	45	75,00	60	100,00	147	81,67
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF – Teresina-PI.

Segundo Forattini (1986), o sexo é uma variável de importância, já que algumas doenças apresentam diferenças consideráveis. Conforme pode ser observado na Tabela 22, 30% dos diabéticos são homens, enquanto a maioria, ou seja, 70% são mulheres. Entre os hipertensos, 25% são homens e a maioria de 75% são mulheres. No geral, entre os membros da comunidade entrevistada, 18,33% são homens e 81,67% são mulheres.

A variável sexo é um dos fatores de risco fixo para as doenças cardiovasculares, como hipertensão e diabetes, sendo o sexo masculino citado como mais propício a tais alterações. Observa-se um percentual grande de doentes do sexo feminino em relação ao masculino, embora a literatura específica relate que o sexo feminino procura com maior frequência os serviços de saúde do que o sexo masculino.

Nos diabéticos o exercício, a perda de peso, a interrupção do fumo e o consumo moderado de álcool irão indubitavelmente elevar o HDL - colesterol, que possui efeito desejável. (TRATADO DE MEDICINA DA FAMÍLIA, 1999).

**Tabela 23 – Faixa etária dos membros da comunidade**

Faixa etária	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 10 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11 a 15 anos	0	0,00	0	0,00	1	1,67	1	0,56
16 a 20 anos	0	0,00	1	1,67	23	38,33	24	13,33
21 a 25 anos	0	0,00	0	0,00	22	36,67	22	12,22
26 a 30 anos	1	1,67	1	1,67	9	15,00	11	6,11
31 a 35 anos	2	3,33	1	1,67	5	8,33	8	4,44
36 a 40 anos	4	6,67	4	6,67	0	0,00	8	4,44
41 a 45 anos	5	8,33	6	10,00	0	0,00	11	6,11
46 a 50 anos	12	20,00	8	13,33	0	0,00	20	11,11
51 a 55 anos	4	6,67	8	13,33	0	0,00	12	6,67
56 a 60 anos	7	11,67	10	16,67	0	0,00	17	9,44
61 a 65 anos	7	11,67	6	10,00	0	0,00	13	7,22
65 anos ou mais	17	28,33	15	25,00	0	0,00	32	17,78
Sem resposta	1	1,67	0	0,00	0	0,00	1	0,56
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF – Teresina-PI.

A literatura específica relata que a idade provavelmente seja a variável descritiva epidemiológica mais importante a ser considerada isoladamente, pois várias são as doenças em que a variação da idade fornece valiosos subsídios. Além disso, é de conhecimento geral que há doenças próprias da infância e outras que afetam preferencialmente a velhice.

Daí a importância de termos constituídos três grupos focais de pacientes hipertensos, diabéticos e gestantes, já que todos têm peculiaridades próprias em relação à idade. Segundo Pereira (2000), o grau de exposição ao risco pode ser controlado mudando o perfil das doenças na coletividade.

Segundo a Tabela 23, constatamos percentuais significativos de gravidez que variam entre 38,33% e 36,67% em mulheres de 16 a 20 e de 21 a 25 anos, demonstrando a necessidade de maior empenho por parte das equipes do programa e maior envolvimento dessas comunidades em campanhas e palestras educativas, no que diz respeito ao controle e prevenção de gravidez. Em relação a hipertensos e diabéticos, os maiores percentuais dos

agravos estão nas faixas etárias de 46 a 50 e de 60 anos; e mais, excetuando-se as gestantes, que, por serem grupos assistidos sistematicamente, provavelmente terão melhores condições de assistência e prevenção quanto a agravos à saúde.

Entre os membros da comunidade que foram entrevistados, nenhum tinha menos de 10 anos; 0,56% tinham de 11 a 15 anos; 13,33% de 16 a 20 anos; 12,22% de 21 a 25 anos; 6,11% de 26 a 30 anos; 4,44% de 31 a 35 anos; 4,44% de 36 a 40 anos; 6,11% de 41 a 45 anos; 11,11% de 46 a 50 anos; 6,67% de 51 a 55 anos; 9,44% de 56 a 60 anos; 7,22% de 61 a 65 anos; e 17,78% tinham 65 anos ou mais.

Sem dúvida a variável idade é fator de risco para os hipertensos, diabéticos e gestantes, o que exige maior controle por parte dos idosos, a fim de controlar seu estado de saúde.

Na hipertensão, a maioria dos médicos observa o fator idade dentre outros fatores, na constatação do diagnóstico de hipertensão. Deste modo, é importante que as equipes do PSF compreendam este diagnóstico em crianças, embora a incidência seja muito reduzida. A pressão arterial deve ser mensurada em consultas anuais, após 3 anos de idade. Os filhos de pais hipertensos correm maior risco. O relato da *Second Task Force on Blood Pressure Control in Children* (1987) contém narrativa de dados sobre 70.000 crianças hipertensas de todas as raças.

A detecção precoce de modificações no controle da pressão arterial pode levar à prevenção das complicações através da mudança do estilo de vida ou, se necessária, a troca da medicação. Esta observação também é válida para caso de diabetes precoce ou não (TRATADO DE MEDICINA DA FAMÍLIA, 1999). No que concerne à identificação por zona das quatorze equipes do Programa de Saúde da Família em Teresina-PI, indagados na pergunta número cinco deste anexo, o resultado foi o seguinte: a) a zona Sul com três equipes;

b) zona Norte com quatro equipes; c) zona Sudeste com quatro equipes; d) zona Leste com duas equipes; e) zona rural com uma equipe.

Em razão de ser o Programa de Saúde da Família-PSF uma estratégia de reorganização da Atenção Básica de Saúde e substitutivo do modelo atual de atendimento, detectamos que as quatorze equipes sorteadas aleatoriamente estão distribuídas de modo que possibilitaram apresentar informações pertinentes ao cumprimento dos objetivos da pesquisa.

**Tabela 24 – Componentes da equipe que trabalhou o uso das informações com a comunidade**

Membros da equipe	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	7	11,67	2	3,33	8	13,33	17	9,44
Enfermeiro	10	16,67	3	5,00	10	16,67	23	12,78
Auxiliar de Enfermagem	2	3,33	0	0,00	2	3,33	4	2,22
Agente Comunitário da Saúde	9	15,00	6	10,00	14	23,33	29	16,11
Todos	47	78,33	54	90,00	42	70,00	143	79,44
Sem Resposta	0	0,00	0	0,0	2	3,33	2	1,11
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF –Teresina-PI.

Entre todos os entrevistados, a minoria conta apenas com médicos 9,44%; enfermeiros 12,78%; auxiliares de Enfermagem 2,22%; ou agentes comunitários de Saúde 16,11%, no trabalho do uso das informações, ao passo que a maioria de 79,44% conta com todos esses profissionais.

Esta condição de maioria evidencia que há um trabalho integrado entre os membros das equipes e que os profissionais desempenham suas atividades com o propósito de concretizar os objetivos do Sistema de Informação-SIAB.

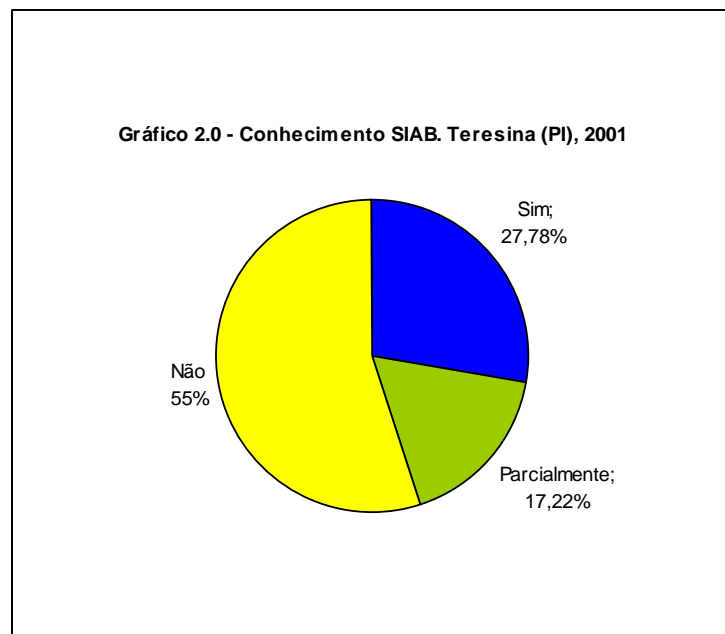
Segundo Buckland (1983), um sistema de informação se caracteriza por possuir propósito e só tem sentido pela provisão e uso da informação; e ainda, segundo a literatura,

não importa quanta informação esteja disponível para um indivíduo ou sociedade, pois se ela não for usada é inútil.

**Tabela 25 – Conhecimento do SIAB**

	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	17	28,33	20	33,33	13	21,67	50	27,78
Parcialmente	10	16,67	7	11,67	14	23,33	31	17,22
Não	33	55,00	33	55,00	33	55,00	99	55,00
Sem resposta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF –Teresina-PI.



No total, 27,78% dos entrevistados afirmaram conhecer o SIAB, ao passo que 17,22% afirmaram que conhecem parcialmente e a maioria dos entrevistados, 55%, afirmou que desconhece o SIAB.



Conforme podemos observar, estes resultados são destoantes de outros, como, por exemplo, da resposta da Tabela 24, onde 79,44% afirmaram que contam com toda a equipe, no que diz respeito ao uso das informações. Torna-se contraditório, porque, segundo a Tabela 25, 55% afirmaram desconhecer o sistema de saúde utilizado pelas equipes. No entanto, foi relatado, durante a realização da pesquisa com os grupos focais, que os profissionais trabalham o uso das informações do sistema, sem, no entanto, abordar o nome do sistema com a comunidade, conforme relato dos grupos focais a seguir:

Não conheço o nome SIAB, mas conheço como ficha de cadastro.

É a ficha de informação que o agente usa para visitar as famílias.

E quanto ao conhecimento parcial do sistema, obtivemos respostas como as que se seguem:

Conheço todas as fichas que os agentes de saúde trabalham na comunidade.

Só conheço as fichas que os agentes comunitários mandam pra fazer o nosso cadastro.

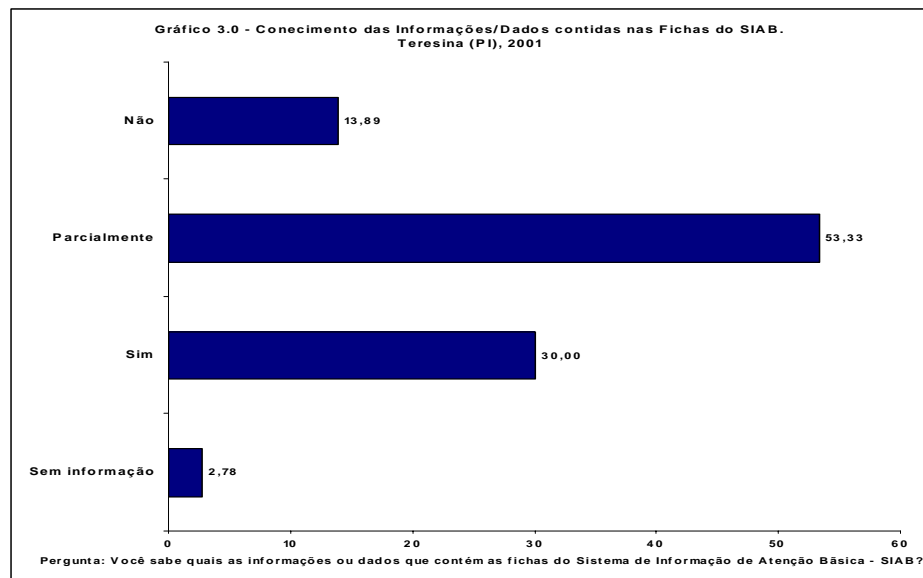
Podemos constatar que as informações só chegam à comunidade através da equipe.

De acordo com Saracevic (1988), havendo um problema de informação do usuário, que, se detectado pelo próprio, transforma-se em uma necessidade de informação. A solicitação do usuário segue-se à fase de análise do especialista em busca. Na verdade, é a partir desta fase que o sistema pode interagir, comunicar-se com o usuário. Podemos comprovar, por meio da Tabela 25 e Gráfico 2, que há um percentual de 27,78% que conhece o sistema, seguido de 17,22% que conhecem apenas parcialmente. Sendo assim, esses usuários buscam esclarecer suas dúvidas e satisfazer suas necessidades através do Sistema de Informação, ocasião em que há interação entre sistema e usuário.

**Tabela 26 – Conhecimento dos dados/Informações das fichas**

	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	17	28,33	22	36,67	15	25,00	54	30,00
Parcialmente	34	56,67	31	51,67	31	51,67	96	53,33
Não	8	13,33	7	11,67	10	16,67	25	13,89
Sem resposta	1	1,67	0	0,00	4	6,67	5	2,78
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF – Teresina-PI.



No total, 30% dos entrevistados declararam saber quais são as informações ou dados contidos nas fichas do SIAB. A maioria de 53,33% respondeu que conhecia parcialmente; e 13,89% responderam que não conheciam esses dados.

Novamente podemos observar a coerência existente nas respostas obtidas em relação ao conhecimento das informações do SIAB; desta forma, destacamos alguns relatos. Notamos aqui que a maioria conhece parcialmente o sistema, conforme o relato:

Conheço a informação das fichas que a equipe leva pra comunidade.

Sou muito bem assistido pelo PSF, tanto o médico, o enfermeiro e os agentes me passam as informações que tem no pape que traz pra cuidar de nós.

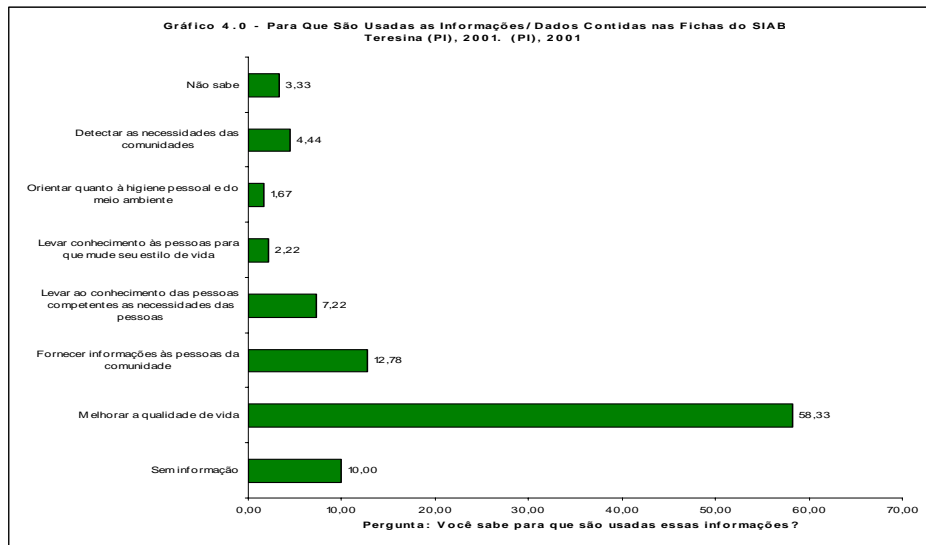
Muitas vezes, o usuário não sabe expressar adequadamente sua necessidade de informação sequer para si mesmo; e, dessa forma, tal incapacidade chega até a etapa de análise e negociação de sua necessidade, podendo dificultar inclusive o trabalho dos especialistas na busca da informação.

Convém assinalar que o objetivo de inserir as gestantes como um dos grupos focais deve-se ao fato de que a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS calcula que 90% a 95% das mortes maternas são evitáveis, tendo em vista os conhecimentos e tecnologias disponíveis nos dias atuais; e que outro número seria evitável através de medidas sociais, como melhoria das condições socioeconômicas, culturais, meio ambiente, saneamento básico e acesso aos serviços e informações em saúde.

**Tabela 27 – Conhecimento da finalidade das informações**

	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Melhorar a Qualidade de Vida	44	73,33	36	60,00	25	41,67	105	58,33
Fornecer Informações	1	1,67	9	15,00	13	21,67	23	12,78
Informar a Pessoas Competentes as Necessidades da Comunidade	3	5,00	3	5,00	7	11,67	13	7,22
Conhecimento para Mudar Estilo de Vida	0	0,00	2	3,33	2	3,33	4	2,22
Orientação sobre Higiene	0	0,00	3	5,00	0	0,00	3	1,67
Detectar Necessidades	6	10,00	0	0,00	2	3,33	8	4,44
Não Sabe	2	3,33	0	0,00	4	6,67	6	3,33
Sem resposta	4	6,67	7	11,67	7	11,67	18	10,00
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF –Teresina-PI.



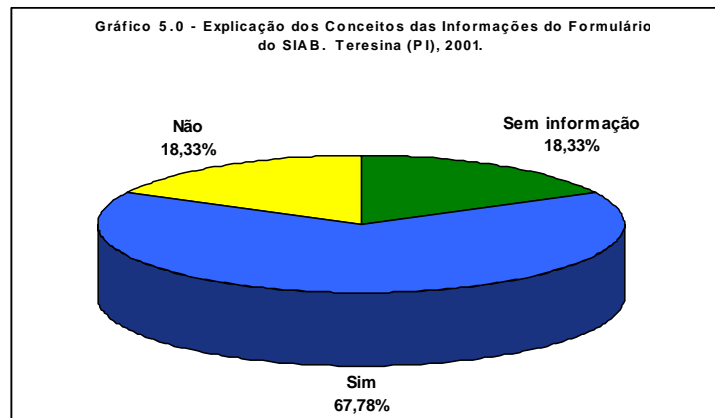
No total, a maioria dos membros das comunidades entrevistadas, 58,33%, respondeu que a finalidade das informações do SIAB é melhorar a qualidade de vida; e grupos menores de 12,78% responderam que a finalidade seria fornecer informações às pessoas das comunidades; 7,22% afirmaram levar ao conhecimento das pessoas competentes as necessidades das comunidades; 2,22% disseram levar conhecimento às pessoas para que mudem seu estilo de vida; 1,67% afirmaram orientar quanto à higiene pessoal e do meio ambiente; 4,44% disseram detectar as necessidades da comunidade; 3,33%, uma minoria, não sabiam a finalidade das informações.

Segundo Mota et al (1999), as informações são imprescindíveis à prestação da assistência à saúde, ao atendimento individual e na abordagem de problemas coletivos, usando-se o conhecimento que gera desde a assistência direta nas comunidades até políticas específicas e a formulação de planos e programas de saúde.

**Tabela 28 – Explicação dos conceitos**

	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	50	83,33	44	73,33	28	46,67	122	67,78
Não	3	5,00	4	6,67	18	30,00	25	13,89
Sem resposta	7	11,67	12	20,00	14	23,33	33	18,33
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF – Teresina-PI.



No total dos entrevistados, a maior parte da comunidade, 67,78%, respondeu que recebeu explicação sobre o conceito das informações do SIAB; enquanto poucos, 13,89%, responderam que não receberam estas explicações.

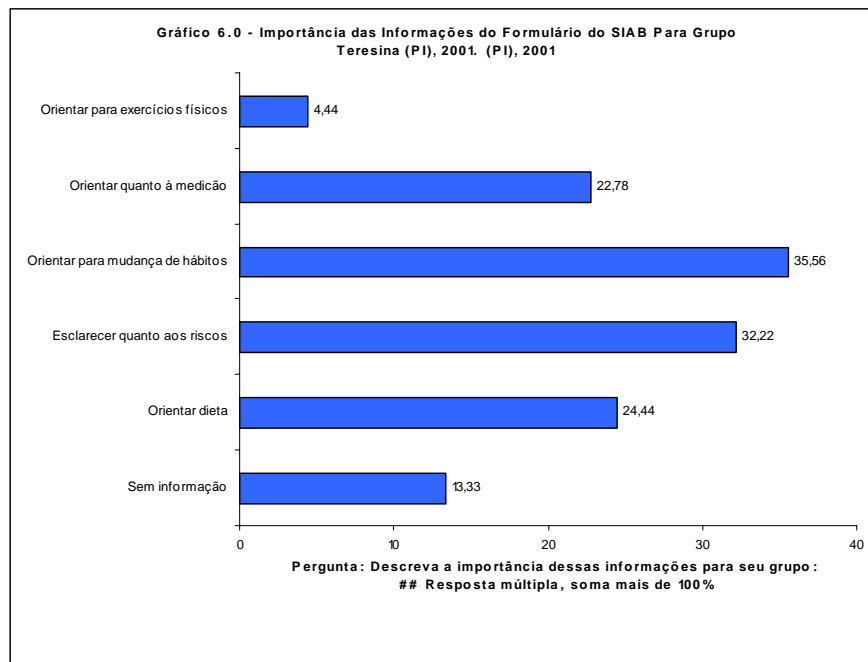
A natureza da realidade, segundo Dervin (1982), não pode ser captada pela simples observação do mundo e de seus fenômenos, mas é no cerne de nossas inter-relações que diferentes versões da realidade são construídas de forma discursiva e social. Dessa forma, é necessária a apreensão dos conceitos em saúde, para que possibilite às pessoas inseridas no processo expressarem seu entendimento, idéias, emoções e ações em um contexto social de uso da informação em saúde.

Convém enfatizar que a realidade social é criada através de redes de conversação, mediante a utilização de recursos argumentativos adquiridos por meio de informações adequadas à realidade social; e também devido ao uso de instrumentos culturais que visam a elaboração de uma nova visão de saúde.

**Tabela 29 – Importância das informações para o grupo**

	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orientar Dieta	16	26,67	19	31,67	9	15,00	44	24,44
Esclarecer Quanto aos Riscos	14	23,33	16	26,67	28	46,67	58	32,22
Orientar Mudança de Hábitos	21	35,00	20	33,33	23	38,33	64	35,56
Orientar Medicação	16	26,67	22	36,67	3	5,00	41	22,78
Orientar Exercícios Físicos	2	3,33	6	10,00	0	0,00	8	4,44
Sem resposta	4	6,67	7	11,67	13	21,67	24	13,33
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF – Teresina-PI.



Quanto à importância das informações para os diabéticos, as respostas foram: orientar dieta 26,67%; esclarecer quanto aos riscos 23,33%; orientar mudança de hábitos 35%; orientar medicação 26,67%; e orientar exercícios físicos 3,33%. Entre os hipertensos, as respostas foram orientar a dieta 31,67%; esclarecer quanto aos riscos 26,67%; orientar mudança de hábitos 33,33%; orientar medicação 36,67%; e orientar exercícios físicos 10%.

Para as gestantes, a importância das informações constituiu-se em: orientar a dieta 15%; esclarecer quanto aos riscos 46,67%; orientar mudança de hábitos 38,33%; e orientar a medicação 5%.

No total, as respostas foram orientar mudança de hábitos 35,56%; orientar medicação 22,78%; e para uma menor parcela, orientar exercícios físicos 4,44%.

O uso da informação em saúde vem juntar-se ao interesse da comunidade em minimizar os riscos de agravos à saúde. Todos os segmentos da sociedade parecem estar curiosos sobre os meios para diminuir seus próprios riscos. As pessoas de modo geral estão limitando os fatores de riscos ambientais, tais como: uso do fumo; a oferta de alimentos, tais como óleos com baixos teores de colesterol e lipídios.

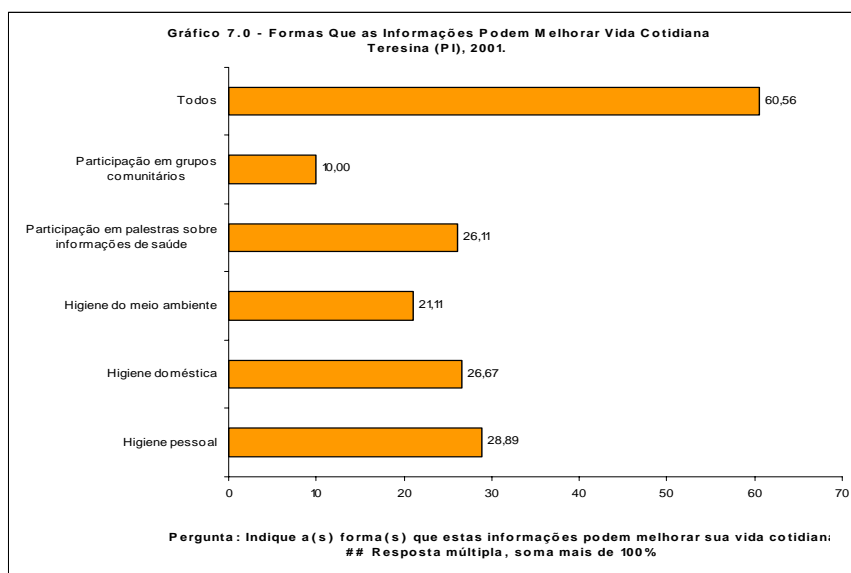
Diante da realidade estudada, é provável que observemos mudanças sociais que poderão beneficiar a população como um todo. O uso da informação em saúde é a grande chance que as comunidades têm de reconsiderarem seus estilos de vida e de decidirem se seriam adequadas ou oportunas mudanças em seus comportamentos e hábitos, a partir da prevenção por meio da educação em saúde prevista, inclusive, pelo SIAB.

Os profissionais do PSF têm a oportunidade incomum de implementarem atividades educacionais, bem como acompanhamento de pacientes de todas as idades; portanto, também a oportunidade ímpar de incentivar bons hábitos de saúde e monitorar mudanças de atitudes em relação à saúde.

**Tabela 30 – Influência das informações na melhoria de vida**

Influência das informações	Diabético		Hipertenso		Gestante		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene Pessoal	14	23,33	10	16,67	28	46,67	52	28,89
Higiene Doméstica	12	20,00	9	15,00	27	45,00	48	26,67
Higiene Meio Ambiente	11	18,33	6	10,00	21	35,00	38	21,11
Participação em Palestras	14	23,33	11	18,33	22	36,67	47	26,11
Participação em Grupos	5	8,33	6	10,00	7	11,67	18	10,00
Todos	40	66,67	46	76,67	23	38,33	109	60,56
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>60</b>	<b>100,00</b>	<b>180</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Entrevista realizada com grupos focais acompanhados pelo PSF – Teresina-PI.



No geral, podemos perceber que a maioria dos entrevistados, 60,56%, considera que as informações melhoraram a vida dos grupos em todos os aspectos levantados. Estes aspectos foram higiene pessoal 28,89%; higiene doméstica 26,67%; higiene do meio ambiente 21,11%; participação em palestras 26,11%; e participação em grupos 10%. O aconselhamento da frequência da atividade física, tanto para diabéticos quanto para hipertensos, baseia-se no fato de que a mesma facilita a normalização do peso, diminui as necessidades de insulina nos diabéticos, melhora a eficiência do músculo cardíaco, aumenta a capacidade respiratória, e



aumenta a circulação colateral. As atividades físicas ou esportivas devem ser realizadas regularmente e tornar-se hábito.

Conforme já mencionado, não é tarefa fácil ajudar os pacientes a modificarem seus hábitos e estilos de vida. Nesse momento, as equipes do PSF têm singular oportunidade, através do uso da informação da saúde, em atividades já previstas em instrumento do SIAB, e assim maiores e melhores resultados, podem advir da intervenção precoce e da prevenção por meio da educação em saúde.

Por fim, destacamos, aqui, também, o que alguns entrevistados referiram:

As informações servem para que eu faça o controle de tudo, ou seja, para que eu possa melhorar a cada dia minha saúde, me ajuda na minha dieta me explicando como eu devo usar.

A informação serve pra defender as pessoas das doenças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior dificuldade não está em persuadir as pessoas a aceitar novas idéias, mas em persuadi-las a abandonar as antigas.

**John Maynard Keynes**

Ao tecer as considerações finais a respeito deste estudo, enfatizamos que as informações têm o poder de contribuir efetivamente para o avanço dos modelos de atenção à saúde, atingindo mudanças no perfil epidemiológico da população, se forem amplamente difundidas entre todos os profissionais da área de Saúde e, sobretudo, disponibilizadas à população.

Deste modo, com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, pudemos constatar que o Programa de Saúde da Família aproxima os serviços de saúde às comunidades assistidas, tanto em relação ao aspecto curativo quanto, prioritariamente, ao aspecto preventivo. No entanto, isto só foi possível com a aplicabilidade do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, que permite aos responsáveis pela oferta de serviços de saúde e aos gestores do Sistema de Saúde que possam aprofundar seus conhecimentos sobre as populações por eles assistidas.

Neste sentido, em relação ao segmento das equipes do PSF em Teresina-Piauí, podemos constatar que:

1) O tempo de atuação das equipes nas comunidades pesquisadas atingiu um percentual de 78,58%, correspondente a um tempo de atuação de 2 a 4 anos (segundo Tabela 10), tempo este considerado razoável pelas equipes, já que permite trabalhar o uso das informações do SIAB e observar aceitação dessas informações pela comunidade.

2) No que diz respeito ao conhecimento do SIAB pelas equipes, podemos verificar que:

a) Quanto ao conhecimento dos impressos do sistema, ficou constatado, segundo Tabela 11 e gráfico 1, que somente 55,95% do total das equipes conhecem todos os impressos do SIAB, e, somando-se os que conhecem apenas parcialmente e os que não conhecem, chegamos a um total de 42,86%. Em razão de tratar-se das equipes do Programa e que é através dessas equipes que o SIAB chega até às pessoas das comunidades assistidas, consideramos este percentual muito elevado. Desta forma, sugerimos treinamento imediato para todos os componentes das equipes que ainda não o fizeram, tendo em vista que isto possibilitará melhores condições de trabalho e haverá maior aproveitamento do sistema. Semelhante situação constata-se na Tabela 12, gráfico 02.

b) A respeito da utilização diária dos impressos nas atividades das equipes, foi obtido um percentual de 71,43% dos que os utilizam diariamente. Trata-se de um percentual satisfatório, posto que o PSF ainda está se estruturando; fato indicador de que o sistema será aplicado naturalmente. Contudo, somando-se os percentuais usados apenas às vezes, aos que não usam e ainda os que não têm informação a respeito, atinge-se um percentual total de 28,57%. Conforme nos reportamos

anteriormente, por tratar-se de equipes, sugerimos que os gestores municipais observem esses percentuais e desenvolvam ações que supram essas deficiências.

c) Em relação à finalidade da utilização dos impressos do SIAB, segundo resultado da Tabela 14 e gráfico 04, pudemos constatar que 89,29% do uso visam detectar o acompanhamento familiar de grupos prioritários, percentual satisfatório, já que nestes grupos prioritários encontram-se os três grupos focais aqui pesquisados. Pode ser observado, também nesta tabela, um equilíbrio entre as outras finalidades de uso.

d) Diante do alto percentual de 90,48% de influência benéfica no uso das informações do SIAB, segundo Tabela 15, gráfico 05, nas comunidades assistidas, podemos observar coerência entre os resultados da Tabela 14 e gráfico 04, demonstrando que o SIAB está sendo utilizado e tem atingindo sua finalidade, enquanto sistema de informação em saúde.

e) Quanto à satisfação dos dados e informações contidas no SIAB pelas equipes, foi obtido um percentual de satisfação de 71,43%, que pode ser considerado bom.

Sob este aspecto, o uso das informações do SIAB apresenta-se com boa aceitação pelas equipes, já que atende satisfatoriamente à assistência primária à saúde. Entretanto, deve ser melhorado, porque há um percentual significativo de profissionais apenas parcialmente satisfeito, e que, somando-se a este os não satisfeitos, atinge-se um total de 27,34% percentual significativamente importante. Logo, sugerimos que, nas ocasiões de aprimoramento do sistema, seus usuários de base, ou seja, os profissionais das equipes sejam ouvidos.

Convém assinalar que, por ocasião do preenchimento do relatório SSA2, no que concerne a crianças com aleitamento materno exclusivo e misto, os profissionais terão que estar bastante atentos, tendo em vista que o SIAB não tem instrumento para registro de

crianças menores de 3 meses e 29 dias desmamadas, podendo ocasionar diferença no total de crianças com idade de 0 a 3 meses e 29 dias. Por tratar-se de uma faixa etária assistida pelo programa, as equipes fazem essas anotações em separado, caracterizando uma lacuna no sistema.

f) Quanto ao resultado da tabela 17, que se refere à existência de cronograma de reuniões para consolidar e analisar as informações obtidas na comunidade, atingiu-se um percentual de 96,43% do total das equipes, significando que as informações do SIAB na esfera das equipes do programa estão sendo coletadas, consolidadas e aplicadas segundo as necessidades dessas comunidades.

g) Quanto à relevância das informações coletadas pelo SIAB, somando os percentuais "ótimo" com os que a consideram "boa", atinge-se um percentual de 86,91, segundo a Tabela 18 e gráfico 07. Isto significa que o SIAB é um sistema de informação em saúde que aproximará as comunidades de suas realidades cotidianas.

h) Quanto à Tabela 19 e gráfico 08, que retratam o trabalho de compreensão das equipes com os grupos focais, estes revelam que um percentual de 78,57% do total das equipes realmente tem a preocupação de que essas comunidades entendam os objetivos do sistema e atinjam as mudanças de atitudes e estilos de vida necessários. No entanto, os gestores da esfera municipal devem se preocupar, porque há ainda um percentual de 14,29% que trabalha parcialmente e outros 2,38% que não trabalham essa compreensão. Entendemos que este trabalho de as equipes fazerem com que haja comunicação entre equipe e comunidade é que faz com que ocorra a mudança do perfil dessas comunidades.

i) Em relação aos indicadores do SIAB, conforme revela a Tabela 20, pôde ser verificado um percentual de 98,81 % de profissionais que não souberam

apresentar com clareza os indicadores do SIAB mais trabalhados em suas comunidades assistidas. O que revela contradição na aplicabilidade do SIAB, já que este é recheado de indicadores em saúde e concretamente trabalhados pelas equipes, conforme podemos observar nas Tabelas 12, 13 e 14 com respectivos gráficos. Haja vista que o treinamento introdutório ocorrido antes de os profissionais irem para o campo de trabalho não supriu essa necessidade, sugerimos treinamento específico sobre o tema "indicadores em saúde" o mais imediato possível, posto que este sistema é utilizado diariamente pelas equipes.

3) em relação aos dados colhidos na comunidade, foram revelados os seguintes resultados:

a) A Tabela 21 retrata um índice de alto analfabetismo nos grupos focais, principalmente no grupo dos hipertensos, que atingiu um percentual de 63,33% dos entrevistados. Isto demonstra que há necessidade de que as equipes, no momento da disseminação das informações em saúde por ocasião das consultas e palestras, se comuniquem de forma que as pessoas compreendam essas informações. A confirmação do baixo nível de escolaridade nestes segmentos da população é referida na literatura como fator de preocupação.

b) O resultado da Tabela 22 confirma o existente na literatura, no que diz respeito à procura dos serviços de saúde pelo sexo feminino, pois a mesma mostra um percentual de 81,67% de mulheres que possuem esse hábito, sendo que apenas 18,33% dos homens têm hábito de procurar esses serviços. As equipes deverão dar maior ênfase, sempre que oportuno, na busca de maior frequência dessa clientela, visto que a própria literatura refere maior risco do sexo masculino no que se refere a alterações cardiovasculares.

c) A respeito da faixa etária dos grupos focais pesquisados, indubitavelmente a idade é fator importante, e os percentuais mais acentuados de diabéticos e hipertensos encontram-se nas faixas etárias esperadas, fugindo das expectativas o percentual de 13,33% no caso das gestantes na faixa etária entre 16 a 20 anos. Este resultado relata o trabalho contínuo que as equipes do PSF vêm desenvolvendo no sentido de mudar essa realidade, já que atividades educativas estão previstas no SIAB.

d) Pôde ser constatado, através do percentual de 79,44% da Tabela 24, que há um trabalho de equipe do PSF no que se refere ao incentivo do uso das informações de saúde nas comunidades assistidas.

e) Em relação ao conhecimento do SIAB pela comunidade, a Tabela 25 revela a princípio resultados discrepantes dos demais, apresentando percentuais de 55% dos entrevistados que afirmam não conhecer o SIAB, contra o percentual de apenas 27,78% afirmando que conhecem o sistema. Durante a realização da pesquisa, pudemos constatar que as equipes não costumam, em suas atividades com as comunidades, falar sobre o nome do sistema de informações utilizado no cotidiano, dessa forma, ocasionando desconhecimento do nome do sistema.

f) O conhecimento dos dados e informações das fichas do SIAB pela comunidade é retratado na Tabela 26 e gráfico 03, através dos percentuais de 30% que afirmam conhecer o sistema e 53,33% que afirmam conhecê-lo parcialmente. Este resultado vem demonstrar que as equipes só levam ao conhecimento das comunidades as fichas do sistema inerentes aos acompanhamentos realizados, fato este relatado por ocasião das entrevistas. Para mudar essa realidade, as equipes deverão levar ao conhecimento das comunidades todas as informações consideradas importantes sempre que houver atividades em grupo.

g) Quanto à Tabela 27 e gráfico 04, que demonstram o conhecimento da finalidade de uso das informações do SIAB pelos respondentes, os dados perfazem um total de 86,66%. Isto significa que as informações que chegam a esses grupos são satisfatoriamente compreendidas em suas finalidades.

h) No tocante à explicação dos conceitos das informações usadas no SIAB para as comunidades, atingiu-se um percentual afirmativo de 67,78%, havendo coerência com os resultados da Tabela 27 e gráfico 04, que culminam com o trabalho satisfatório por parte das equipes do programa.

i) Quanto aos resultados exibidos na Tabela 29 e gráfico 6, em relação à importância das informações do SIAB para os grupos, os resultados são estimulantes e extremamente positivos para as comunidades assistidas, demonstrando que o sistema de informação está sendo usado.

j) Com relação ao entendimento da influência das informações na melhoria da qualidade de vida dos respondentes, pode ser considerado notável, segundo os resultados apresentados na Tabela 30 e gráfico 7.

No que diz respeito às variáveis descritivas aqui analisadas, tais como: tratamento de água em domicílio, abastecimento de água, tipo de casa, destino do lixo e de dejetos, fezes e urina, pudemos constatar, através das Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5, que houve melhoria dos hábitos e qualidade de vida das comunidades assistidas, segundo dados oficiais.

Sendo assim, diante da análise dos resultados, a pesquisa revelou a aplicabilidade e uso do Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, no Programa de Saúde da Família-PSF em Teresina-PI.

O uso das informações produzidas por este sistema possibilita o conhecimento da realidade sociosanitária da população adscrita, acompanhada sistematicamente, permitindo



avaliar e adequar os serviços de saúde oferecidos e readequá-los sempre que necessário, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das comunidades assistidas.

Vale destacar que o SIAB permite integralizar as ações de promoção, proteção e prevenção da saúde da coletividade de acordo com as prioridades, peculiaridades geográficas, sociais, culturais, ambientais e epidemiológicas locais. O uso eficiente das informações do sistema referido resulta no aumento da resolutividade das ações básicas de saúde, da qualidade e otimização dos serviços prestados, evitando desperdício de recursos humanos, materiais e tecnológicos, de forma a evitar a elevação dos custos do atendimento. O SIAB também deve ser utilizado para assegurar a participação e o controle social na prestação dos serviços de saúde, tomando transparentes as ações, tanto aquelas relacionadas às metas programadas, quanto em relação aos recursos financeiros.

Por conseguinte, a perspectiva da pesquisa de averiguar a aplicabilidade e uso do SIAB é que este seja utilizado como um real instrumento capaz de gerar e sociabilizar informações e conhecimentos, mudando as formas perceptivas e cognitivas, redefinindo até mesmo os objetivos e formas de estar junto dos indivíduos e coletividade.

Logo, cabe às equipes e aos gestores das diferentes esferas de poder irem buscar formas de atrair, cada vez mais, um maior número de pessoas da população, para as atividades de promoção, proteção, prevenção e educação para a saúde, previstas pelo SIAB, por meio dos canais de comunicação local entre outros, explorando ao máximo o potencial de comunicação entre as equipes e as comunidades, possibilitando, com isso, um largo acesso e disseminação das informações produzidas nessas comunidades, ao tempo em que vai construindo um dialogo participativo e coletivo, para que, desta forma, venham a ser construídas mudanças em uma cultura que possa ser expressa em novos valores, em benéfica consciência sanitária coletiva; tudo isto consolidado nessas comunidades.

Por sua vez, sendo o Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB utilizado em todo o território nacional, que sejam programados foros de discussão para seu aprimoramento e compreensão, que possam envolver todos os seus usuários, desde as equipes do Programa de Saúde da Família-PSF até gestores federais.

Por fim, que haja o entendimento, por parte das equipes do PSF e dos gestores: municipal, estadual e federal, de que o SIAB não é um emaranhado de fichas e formulários com fins burocráticos, para tornar-se instrumento democrático de definição, política e avaliação de metas prioritárias definidas com a participação de todos os seus usuários, desde as esferas de poder até as comunidades adscritas a cada equipe.

Uma vez que as equipes com aporte suficiente e adequado de informações pode diagnosticar a realidade, os problemas de saúde prevalentes nas áreas de sua abrangência, bem como os fatores de risco aos quais a população encontra-se exposta, faz-se necessária a elaboração de plano de ação, pactuado com as famílias adscritas que preveja atividades de promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde, podendo ser monitorado de forma permanente seu impacto na saúde local, de modo a capacitar cada indivíduo e comunidade a assumir a co-responsabilidade pela recuperação, manutenção e melhoria da qualidade de vida de suas comunidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, B. **Information tasks**: toward a user-centered approach to information systems. San Diego: Academic Press, 1996. / Indexing Services. Information Services and Use. 1984.
- ANNANDALE, E. & HUNT, K. **Masculinidade, feminilidade e sexo**: uma exploração e sua relativa contribuição para explicação das diferenças dos gêneros na saúde. [s. l.: s. n.], 1990. (Mimeo).
- ARAÚJO, V. M. R. H. Sistemas de recuperação da informação. Nova abordagem teórico-con-AYRES. In: C. M. José Ricardo de. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. Epidemiologia. Santos: [s.n.], 1996.
- BERGER, P. I. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BUCKLAND, Michael. **Information and Information Systems**. New York: [s.n.], 1995.
- CABRAL, A M. R. **Democracia, informação e cidadania**. A vez e a voz das classes populares. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Grafolaser, 1998.
- CARVALHO, André de Oliveira; EDUARDO, M. B. de Paula. **Saúde e cidadania-sistemas**.
- CARVALHO, L. C. S. **Análise de sistema. O outro lado da informática**. 1994. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro: Conceitual / CFCH/ECO, 1994.
- CHAVES, M. **Saúde e sistemas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978.

- CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1983.
- CHURCHMAN, C. **West: engenharia de sistemas; planejamento e controle de projetos**. Rio de Janeiro: Vozes, 1972.
- CIÊNCIAS SAÚDE, HUMANAS E SOCIAIS. São Paulo: Edusp, 1999.
- CONHECIMENTO. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CONSOLIDATION OF INFORMATION. A handbook on evaluation, restructuring and repackaging of scientific and technical information. General Information Programme and UNISIST. Paris, july, 1981.
- DAVENPORT, Thomas II; PRUSAK, Laurence. **Conhecimento empresarial**: Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- COMO AS ORGANIZAÇÕES GERENCIAM SEU CAPITALINTELECTUAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA MUNICÍPIOS. São Paulo: Faculdade de Saúde da Universitária, [19??].
- DERVIN, B., & NILAN, M. Information needs and uses. **Anual review of information science and technology**, n. y; v. 21, p. 3-33, 1986.
- DERVIN, BRENDA. 1983a. Information as a user construct: the relevance of perceived information needs to synthesis and Interpretation. In: **Implications for synthesis and interpretation**. Philadelphia, PA: Temple University, 1983. / Belo Horizonte / São Paulo: ECA/USP, 1995. Cap. Z, p. 18-49. **Exercício da cidadania**. 1994. Tese (Doutorado) – USP, São Paulo: Hucitec, 1994.
- FERREIRA, Aurélio. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FIGUEIREDO, Nice Menezes de. **Estudos de uso e usuários da informação**. Brasília: IBICT, [19??].
- FONSECA, J. S. da. ; MARTINS, G. de A. **Curso de estatística**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1979.
- FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, 1980.
- GRAHAM, Taylor and contributors. **Information seeking in contexto**. [s.l. : s.n.], 1997.

- KAPLAN, G. A & SALONEN, J. T. **Condições socioeconômicas na infância e a doença isquêmica cardíaca durante a idade mediana.** [s. l.: s. n.], 1990. [Mimeo].
- KLEIN, David. **A gestão estratégica do capital intelectual:** recursos para a economia baseada em conhecimento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998. / Koogan, 2000.
- LANCASTER, F. ILFRID. **The measurement and evaluation of library services.** Washington, D. C.: Information Resources, 1977.
- LEBEDEV, G. **O Razvitii sistemy naucno-tchniceskoj informacii. Naucno-techniceskaja, informática, 1975.**
- LEBRÃO, L.; GOTLIEB, J. M. **Estatística de saúde.** 2. ed. São Paulo: UPU, 1987.
- LEONARD, W. R. **O impacto da sazonalidade nas exigências calóricas da população humana.** [s. l.: s. n.], 1988. [Mimeo].
- LIVROS TÉCNICOS E CIENTÍFICOS, 1988.
- LUCAS, J. R. **Democracia e participação.** Brasília: UNB, 1985.
- MAGALHÃES, Rosana. **Fome.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MALETTA, Carlos H. M. **Epidemiologia e saúde pública.** Vol. 1. Belo Horizonte: 1997.
- \_\_\_\_\_. **Epidemiologia e saúde pública.** Vol. 2. Belo Horizonte, 1997.
- MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.
- MANUAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA/SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.
- MARCONI, M. de A.; LACATOS, M. E. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1986. 204p. / McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- MEDEIROS, F. G. da S. **Sistemas de informação em saúde.** 2001. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** 28 ed. São Paulo: [s.n.], [19??].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/OP AS/OMS. **O sistema de informação do Ministério da Saúde da República do Brasil,** Brasília, 1973. (Documento n.o 2).

MORAES, Nara Hammerli Sozzi de. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo: Hucitec, 1994.

NAVARRO, Vicente. **Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina.** Rio de Janeiro: ABRASCO/PEC-ENSP. São Paulo: Hucitec, 1994. (Texto de Apoio - Ciências Sociais).

NICOLOSI, A et. al. **A influência da transmissão do vírus da imunodeficiência humana nas relações masculino e feminino e feminino masculino: um estudo de setecentos e trinta casais estáveis,** [s.l: s.n.], 1994, n. 1, 1983.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa.** Rio de Janeiro: Campus, 1977.

O'DONNELL e SCHMITTER. **Possíveis transições dos regimes autoritários-Conclusões.** [s.l: s.n.], [19??].

PARETA, J. M. Marlet; MEIRA, A. Renato; D' ANDRADA JR., Carlos. **Saúde da comunidade.** Paris, July 1981.

PAULI, Evaldo. **Manual de metodologia científica.** São Paulo: Resenha Universitária, 1976. 240p. / Paulo: HUCITEC, 1993.

PEREIRA, Júlio César R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais.** São Paulo: EDUSP, 1999.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Koogan, 2000.

PRADO JÚNIOR, C. **História Econômica do Brasil.** 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 1973.

RODRIGUES, Pedro Carvalho. **Bioestatística.** Niterói: EDUFF, 1986. 227p.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde.** Fortaleza. UNIFOR, 1983. 327p.

SARACEVIC, T. Ciência da Informação: origens, evolução e relações. In: **Perspectivas em ciência da informação.** Belo Horizonte, v.1, n.1, p.41-62, jan./jun. 1996.

SCIENTIFIC AND TECHNICAL INFORMATION. General Information Programme and UNISIST.

SOBRE DEMOCRACIAS INCERTAS, Rio de Janeiro: IUPERJ, 1987.

SARACEVIC, Karl Erik. **A nova riqueza das organizações.** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TARGINO, M. das G. A interdisciplinaridade da ciência da informação como área de pesquisa. **Informação e Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.5, n.1, p.11-19,1995.

TAYLOR, Ofert S. Value-Added. Processes. In: **Document-Based Systems: abstracting services**. Information services and use. 1984.

TEIXEIRA, S. M. F., org. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez / Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

TEIXEIRA, S. M. Fleury. O dilema reformista da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, et al. **Reforma sanitária**. Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec/Cebes, 1988.

THUILLIER, P. O contexto cultural da ciência. **Ciência Hoje**, v: 9, n. 50, [19??].

TUOMINER, Kimmo; SA VOLAINEN, Reijo. A social constructionist approach to the study of Information use as discursive action. In: **Proceedings of an International Conference in Information Needs, Seeking and Use in Different Contexts**. 14-16 August, 1996 Tampere, Finland.

VASCONCELLOS, M. M. **O uso de indicadores em epidemiologia**. Rio de Janeiro: UERJ / Instituto de Medicina Social. 1977.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila & DAL POZ, Mário Roberto. **A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. **PHYSIS**, Rev. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, [19??].

**Anexos**





## CONHECIMENTO DA EQUIPE A RESPEITO DO SIAB

1 Conhece todos os impressos do SIAB que os membros da equipe devem preencher? [ ]

1 [ ] totalmente      2 [ ] parcialmente      3 [ ] não

2 Conhece o conteúdo dos impressos do SIAB? [ ]

1 [ ] totalmente      2 [ ] apenas alguns      3 [ ] não

Justifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3 Utiliza os impressos do SIAB diariamente no desempenho de suas atividades? [ ]

1 [ ] sim,                      2 [ ] às vezes                      3 [ ] não

3.1 Em caso afirmativo ou às vezes assinale a(s) finalidade(s) do uso: [ ] [ ] [ ]

1 [ ] Identificar as famílias [ ] [ ] [ ]

2 [ ] Detectar situação de moradia e saneamento básico

3 [ ] Detectar uso de planos de saúde

4 [ ] Detectar a participação em grupos comunitários

5 [ ] Identificar os meios de comunicação mais utilizados.

6 [ ] Detectar o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento tais como (GES, TB, HAN, DIA, HA).

7 [ ] Outras. Especificar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Em caso negativo. Por que não usa? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4 Em relação a esfera de atuação da equipe, você considera que o uso das informações do [ ] SIAB afeta na melhoria da situação de saúde da comunidade?

1 [ ] sim      2 [ ] parcialmente      3 [ ] não

Justifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5 Em sua opinião os dados / informações coletados através dos impressos são satisfatórios [ ] para a atuação das equipes?

1 [ ] sim      2 [ ] parcialmente      3 [ ] não

Em caso negativo ou parcialmente. Que outros dados / informações deveriam constar nos impressos? \_\_\_\_\_

---



---



---

6 Sua equipe possui cronograma de reuniões mensais para consolidar e analisar a eficácia [ ] das informações obtidas na comunidade?

1 [ ] sim      2 [ ] não

Em caso de não haver reuniões. Como se dá a consolidação e análise dessas informações?

---



---



---

7 Considerando a consolidação e análise, como a equipe vê a relevância das informações [ ] coletadas pelo SIAB?

1 [ ] ótima    2 [ ] boa    3 [ ] regular    4 [ ] ruim    5 [ ] péssima

Justifique: \_\_\_\_\_

---



---



---

8 A equipe trabalhar a compreensão das informações junto aos grupos locais? [ ]

1 [ ] sim    2 [ ] parcialmente    3 [ ] não

Justifique: \_\_\_\_\_

---



---



---

9 Cite os indicadores do SIAB mais usados por sua equipe nas comunidades?

---



---



---



---



7 Você sabe o que é o SIAB?

1  Sim      2  Parcialmente      3  Não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8 Você sabe quais são as informações ou dados que contém fichas do Sistema de informação de Atenção Básica SIAB? [  ]

1  sim      2  parcialmente      3  não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9 Você sabe para que são usadas essas informações? [  ]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10 A equipe do PSF explica os conceitos das informações usadas no formulário do SIAB em grupo. [  ]

11 Descreva a importância dessas informações para seu grupo: [  ] [  ] [  ]

\_\_\_\_\_ [  ] [  ]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12 Indique a(s) forma(s) que estas informações podem melhorar sua vida cotidiana (se quiser pode marcar mais de uma opção) [  ] [  ] [  ]

1  higiene pessoal [  ] [  ] [  ]

2  higiene doméstica

3  higiene do meio ambiente

4  participação em palestras sobre informações de saúde

5  participação em grupos comunitários

6  todos