

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

RICARDO BEZERRA CAVALCANTE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) COMO  
INSTRUMENTO DE PODER

Belo Horizonte

2011

RICARDO BEZERRA CAVALCANTE

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) COMO  
INSTRUMENTO DE PODER**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do grau de Doutor em Ciência da Informação.

Linha de Pesquisa: Gestão da Informação e do Conhecimento

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Macedo Kerr Pinheiro

BELO HORIZONTE

2011

Cavalcante, Ricardo Bezerra.

C376s Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de poder [manuscrito] / Ricardo Bezerra Cavalcante. – 2011.  
218 f. : il., enc.

Orientadora: Marta Macedo Kerr Pinheiro.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação.

Referências: f. 178-195

Inclui apêndices e anexos.

1. Ciência da Informação – Teses. 2. Sistemas de informação – Teses. 3. Sistemas de recuperação da informação – Saúde pública – Teses. 4. Poder (Ciências sociais) – Teses. I. Título. II. Pinheiro, Marta Macedo Kerr. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Ciência da Informação.

CDU: 02:61



UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Ciência da Informação  
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação

FOLHA DE APROVAÇÃO


"SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) COMO INSTRUMENTO DE PODER"

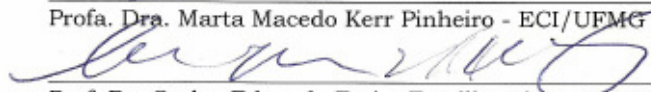
Ricardo Bezerra Cavalcante

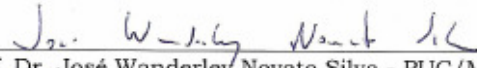
Tese submetida à Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos à obtenção do título de **"Doutor em Ciência da Informação"**, Linha de Pesquisa: **"Gestão da Informação e do Conhecimento - GIC"**.

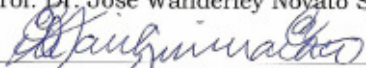
Tese aprovada em: 14 de dezembro de 2011.

Por:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Marta Macedo Kerr Pinheiro - ECI/UFMG (Orientadora)


  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins - FIOCRUZ/RJ

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Wanderley Novato Silva - PUC/MG

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães - ESC.ENF/UFMG

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Cláudio Faixão Anastácio de Paula - ECI/UFMG

Aprovada pelo Colegiado do PPGCI

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Gercina Ângela B. O. Lima  
Coordenadora

Versão final Aprovada por

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Marta Macedo Kerr Pinheiro  
Orientadora



UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Ciência da Informação  
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação

ATA DA DEFESA DE TESE DE **RICARDO BEZERRA CAVALCANTE**, matrícula:  
2009654662


Às 14:00 horas do dia 14 de dezembro de 2011, reuniu-se na Escola de Ciência da Informação da UFMG a Comissão Examinadora aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação em 07/11/2011, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de poder**, requisito final para obtenção do Grau de DOUTOR em CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, Área de Concentração: Produção, Organização e Utilização da Informação, Linha de Pesquisa: Gestão da Informação e do Conhecimento - GIC. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Dra. Marta Macedo Kerr Pinheiro, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Incorporando as sugestões da banca, foram atribuídas as seguintes indicações:

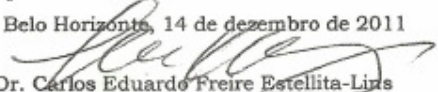
Profa. Dra. Marta Macedo Kerr Pinheiro - Orientadora	APROVADO
Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins	APROVADO
Prof. Dr. José Wanderley Novato Silva	APROVADO
Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães	APROVADO
Prof. Dr. Cláudio Paixão Anastácio de Paula	APROVADO

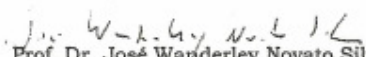
Pelas indicações, o candidato foi considerado APROVADO.

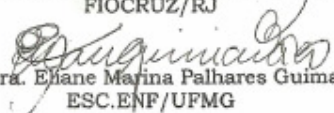
O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ATA que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.


Belo Horizonte, 14 de dezembro de 2011

  
Profa. Dra. Marta Macedo Kerr Pinheiro  
ECI/UFMG - Orientadora


  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins  
FIOCRUZ/RJ

  
Prof. Dr. José Wanderley Novato Silva  
PUC/MG

  
Profa. Dra. Eliane Marina Palhares Guimarães  
ESC.ENF/UFMG

  
Prof. Dr. Cláudio Paixão Anastácio de Paula  
ECI/UFMG

Obs: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo da Coordenadora.

  
Prof. Dr. Carolina Augusta B. C. Lima  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
em Ciência da Informação - ECI/UFMG

*A minha esposa amada Eliane e ao meu filho Daniel.*

*Vocês são instrumentos nas mãos de Deus e me envolvem na demonstração de que somente Ele, o nosso Deus todo poderoso, pode mudar a história do homem.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente quero agradecer ao meu Deus, o autor e consumidor da minha fé. Ao que me elegeu segundo a sua presciência. Toda honra, louvor e gratidão. Hoje compreendo os seus planos em minha vida e suas manifestações em meu corpo, pois Ele me fez parte do Corpo, nele eu fui enxertado. Que sejam cumpridas as suas vontades em minha caminhada. Eis aqui a minha Verdade absoluta, onipotente, onipresente e onisciente.

A minha orientadora, amiga, colega e acolhedora Marta Kerr. Agradeço-lhe pelo seu empenho em colocar as minhas idéias num patamar maior. Por me fazer refletir sobre “em que eu poderia ser conhecimento”. Por me levar ao encontro com as verdades relativas e aceitou o desafio de me orientar.

A prof<sup>a</sup> Ilara Hammerli Sozzi de Moraes cuja obra eu admiro profundamente. Seus textos, discussões e proposições nortearam intensamente esta tese e continuam povoando a minha mente com novas possibilidades de descoberta. Não tive o prazer de conhecê-la presencialmente, mas já a admiro.

A prof<sup>a</sup> Eliane Palhares que acolheu minhas idéias na escola de enfermagem da UFMG e que influenciou profundamente as minhas escolhas pela pesquisa, e em especial o campo da ciência da informação. A você que me comprova, cada vez mais, que os mestres ao serem observados por seus alunos podem auxiliá-los profundamente em suas trajetórias de vida.

A prof<sup>a</sup> Nadja Lappan Botti. Aquele livro foi um presente precioso!!! Sou profundamente agradecido.

Quero agradecer ainda a duas professoras que foram fundamentais em minha formação. A prof.<sup>a</sup> Lívia Errico e prof.<sup>a</sup> Maria José Brito meus agradecimentos pelo incentivo à pesquisa. Eu consegui!!!!!!

A todos os membros da banca examinadora que aceitaram prontamente e carinhosamente o convite para apreciarem o meu trabalho.

Agradeço especialmente a meus colegas Tarcísio, Eliete, Valéria, Alisson e Luciana Queiroga por me auxiliarem a compreender as diversas possibilidades da saúde da família. Vocês foram fundamentais e dividiram comigo os anseios na construção deste trabalho.

A todos os meus colegas da UFSJ que contribuíram grandemente em minhas reflexões sobre a saúde coletiva. A todos aqueles que me suportaram com meus pensamentos ora foucaultianos, ora weberianos, na busca pela compreensão da essência do poder e suas relações com o meu objeto de estudo.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da UFMG pela maneira como sempre me acolheram e pelos ensinamentos que me passaram.

A Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, às equipes de saúde da família, aos gestores locais, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, ao Ministério da Saúde. A todos os profissionais destas instâncias, presto meus sinceros agradecimentos por terem participado desta pesquisa. Pensei que seria mais difícil o acesso a estas instâncias devido ao meu tema de estudo. Mas o que percebi foram corpos emudecidos, ansiosos pela vocalização de suas manifestações. Acho que cheguei em boa hora!!!!

Agradeço também a Ivanilde da SES por me abrir portas em várias instâncias onde caminhei na busca por respostas.

A Mariana, Gustavo, Simone, Camila, Lídia, Lorena, Brenner, Marina Nagata e Felipe Affonso, meus orientandos. Agradeço a paciência que tiveram comigo em todo este percurso. Especialmente, agradeço pela contribuição neste trabalho, vocês foram fundamentais.

A minha família, preciosidade em minha vida. Mãe, Pai (Geraldo), Garete, João Victor, Mila, Dudu, titia Popó e Jak. Sem vocês nada disto seria possível.

A família que me acolheu Dona Maria, seu João, Net, Lei, Bruno, Alice, Mila e Biba. Por favor, não deixem Araruama !!!



*"Portanto condenam ao réu Joaquim José da Silva Xavier, por alcunha de Tiradentes, Alferes que foi da tropa paga da Capitania de Minas, a que com braço e pregação seja conduzido pelas ruas públicas ao lugar da forca e nela morra de morte natural para sempre, e que depois de morto lhe seja cortada a cabeça e levada a Vila Rica, onde em lugar mais público dela será pregada, em um poste alto até que o tempo a consuma e o seu corpo será dividido em quatro partes, e pregado em postes, pelos caminhos de Minas Gerais, no sítio de Varginha e das Cebolas, onde o réu teve suas infames práticas, e os mais nos sítios de maiores povoações até que o tempo também os consuma; declaram o réu infame, e seus filhos e netos, tendo-os os seus bens aplicam para o fisco e Câmara Real, e a casa em que vivia em Vila Rica será arrasada e salgada, para que nunca mais no chão se edifique, e, não sendo própria, será avaliada e paga a seu dono pelos bens confiscados, e no mesmo chão se levante um padrão, pelo qual se conserve a memória desse abominável réu".*

**Sentença de Tiradentes: O suplício perante o exercício da cidadania**

## RESUMO

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é utilizado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de todo o país, gerando um grande volume de dados. Porém, desde a sua criação o SIAB tem apresentado muitas fragilidades que comprometem a sua eficiência. Acredita-se que a ineficiência deste sistema possa ser um reflexo das relações de poder estabelecidas em sua práxis informacional. Este estudo tem como objetivo analisar as manifestações das relações de poder sobre o SIAB. Foram entrevistados gestores, técnicos administrativos e profissionais de saúde que utilizam e analisam os dados do SIAB, nos níveis federal, estadual e municipal. A organização e análise dos dados tiveram como base a “Análise temática de conteúdo”. Após as análises emergiram seis categorias, são elas: Categoria 1: O uso do SIAB para o exercício e manutenção das relações de poder/biopoder nos diferentes níveis de gestão da Atenção Básica em Saúde; Categoria 2: O SIAB e sua ineficiência: Consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas; Categoria 3: O fluxo informacional do SIAB: atores e processos sob a égide de forças moduladoras; Categoria 4: A manipulação de dados no fluxo informacional do SIAB: o jogo de poder; Categoria 5: Capacitação dos profissionais para uso do SIAB: mantendo o *status quo* informacional; Categoria 6: Aprimoramentos necessários no SIAB: para além do imperativo tecnológico. Na primeira verificou-se que o SIAB tem sido utilizado como instrumento de manutenção das relações de poder/biopoder hegemônicas no campo da saúde. Isto ocorre por meio do uso das informações do SIAB para o disciplinamento do corpo individual e a regulação das populações. A segunda categoria demonstra a centralização das informações do SIAB no nível federal, o que estaria proporcionando o esvaziamento do planejamento e das intervenções locais. Na categoria 3 o fluxo informacional do SIAB foi descrito e demonstrou-se sua unidirecionalidade visando a gestão estadual e federal. Na categoria 4 constatou-se que a manipulação dos dados do SIAB ocorre, principalmente no nível local, no sentido de garantir o cumprimento das metas pactuadas, mas, indiretamente, é estimulada pelos demais níveis de gestão. Na categoria 5 verificou-se que a capacitação dos profissionais relacionada ao SIAB, não acontece de forma sistemática e, muitas vezes, é inexistente. Isto pode contribuir para a manutenção do *status quo* informacional. Por fim, na categoria 6, destacou-se as necessidades de aprimoramento do SIAB, bem como os processos atrelados. Enfatizou-se que as necessidades de mudanças neste sistema vão além de uma reformulação pautada pelo imperativo tecnológico. É preciso adequá-lo à realidade local, ao modelo assistencial e às mudanças sociais. É necessário valorizar a centralidade das pessoas no fluxo informacional do SIAB. Aqui pode estar a oportunidade de constituição de um contra-poder que equilibre as forças atravessadoras do fluxo informacional deste sistema e da práxis informacional brasileira. Conclui-se que a prática informacional relacionada ao SIAB tem alimentado interesses dominantes no contexto da atenção básica em saúde. Por um lado, o SIAB tem sido utilizado para ampliar o olhar vigilante de várias instâncias gestoras, mas por outro, tem sido utilizado como um instrumento de negação da realidade da população, bem como um dispositivo tecnológico mantenedor de interesses políticos e econômicos.

**Palavras-chave:** Sistema de informação da Atenção Básica, Relações de poder, Biopoder

## ABSTRACT

The Informational System of Primary Health Care (SIAB) is used by Family Health Teams (ESF) across the country, generating a large quantity of data. However, since its creation, the ISPC has shown many weaknesses that compromise its efficiency. It is believed that the inefficiency of this system may reflect the power relations established in their informational practice. This study aims to analyze the consequences of these power relations on the SIAB. We interviewed managers, technicians and administrative professionals who use and analyze the data from SIAB, at federal, state and municipal levels. The organization and data analysis was based on "Thematic content analysis." Six categories emerged after the analysis, and they are: Category 1: The use of the SIAB for exercise and maintenance of power relations / biopower at different levels of management at Primary Health Care, Category 2: SIAB and its inefficiency: Consequences of relations of power / biopower established; Category 3: The information flow SIAB: actors and processes under the aegis of forces modulating, Category 4: Manipulation of data in the information flow of the SIAB: the power play, Category 5: Training of professionals for use of the SIAB: maintaining the status quo informational, Category 6: Improvements needed in the SIAB: beyond the technological imperative. In the first one was found that the SIAB has been used as a tool to maintain power / biopower relations that are hegemonic in the health field. This occurs through the use of SIAB information in the discipline of the individual body and in the regulation of populations. The second category shows the centralization of SIAB information at the federal level, which leads to a scenario of less local planning and interventions. In category 3 the information flow of the SIAB was described and shown to be directed in order to favor state and federal management. In category 4 it was found that data manipulation of SIAB occurs mainly at the local level to ensure compliance with the agreed goals, but, indirectly, is stimulated by other levels of management. In Category 5 it was observed that the training of professionals related to the SIAB does not happen systematically and it is usually non-existent. This has contributed to maintain the status quo of information. Finally, in category 6, it is shown the needs for improving the SIAB and the processes attached to it. We emphasize that the need for changes in this system goes beyond reformulation guided by the prevailing technology. You have to adapt the SIAB to local conditions, the model of care and social changes. It is necessary to appreciate the centrality of people in the information flow of the SIAB. Here may be the opportunity to form a counter-power that balances the force crossed the informational flow system and the practice of this informational Brazil. In conclusion, the informational practice related to SIAB has nurtured dominant interests in the context of primary health care. In one hand, SIAB has been used to enlarge the watchful eye of several management levels, and on the other, it has been used as an instrument to deny the population's reality, as well as a technological device used to maintain political and economic interests.

**Keywords:** Information system of primary care, Power relations, Biopower

## LISTA DE FIGURAS

1 - Fluxograma de dados do SIAB -----	79
2 - Fluxo da informação do SIAB -----	80
3 - Fluxo de informações do SIAB e HIPERDIA -----	81
4 - Mapa de cobertura de municípios com Equipes de Saúde da Família no Brasil, 2006 -----	206
5 - Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2006 -----	207
6 - Mapa das macrorregiões do Estado de Minas Gerais -----	88
7 - Mapa das microrregiões da macrorregião oeste -----	89
8 - Fluxo informacional do SIAB -----	136
9 - Relações de poder atravessadoras do fluxo informacional do SIAB -----	148
10 - Modelo de compartilhamento da informação em saúde: a rede de olhares -----	166
11 - Disposição interna do Panopticon de Jeremy Benthan -----	167
12 - Disposição interna de uma penitenciária norte americana construída nos moldes do Panopticon de Jeremy Benthan -----	168
13 - Esquema da Planta baixa do Panopticon -----	168

## LISTA DE TABELAS

1 - Indicadores sociais e demográficos da população coberta por EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006. -----	208
2 - Incidência de baixo peso ao nascer e prevalência de desnutrição protéico-calórica em crianças menores de um ano e de 12 a 23 meses nas áreas cobertas por EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006. -----	209
3 - Prevalência de diarreia e IRA em menores de dois anos nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006. -----	210
4 - Taxa de mortalidade infantil (TMI) global, TMI por diarreia, TMI por IRA e TMI por outras causas em áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006 -----	211
5 - Mortalidade infantil proporcional (MIP) por diarreia, IRA e outras causas nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006. -----	212
6 - Proporção de crianças até quatro meses com aleitamento materno exclusivo e crianças menores de dois anos que tiveram diarreia e usaram terapia de hidratação/reidratação oral nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006. -----	213
7 - Proporção de nascidos vivos pesados ao nascer, de crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses pesadas nas áreas cobertas pelas ACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006. -----	214
8 - Proporção de crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006. -----	215

9 - Proporção de gestantes com consultas pré-natal no mês, com início dos pré-natal no 1º trimestre e com vacina em dia nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006. -----	216
10 - Proporção de portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase acompanhados nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006. -----	217
11 - Proporção de hospitalizações por pneumonia e desidratação em menores de cinco anos, por complicações de diabetes mellitus, abuso de álcool e outras causas nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006. -----	218
12 - Características das Microrregionais, Oeste, MG -----	90
13 - Sujeitos entrevistados a partir do fluxo informacional do SIAB nos níveis municipal, estadual e federal -----	95

## LISTA DE QUADROS

1 - Principais problemas apresentados pelos Sistemas de Informação em Saúde de abrangência nacional -----	31
2 - Instrumentos de coleta e de consolidação dos dados do SIAB-----	77
3 - Instrumentos de coleta de dados do SIAB utilizados nos vários modelos de atenção a saúde -----	78
4 - O uso do SIAB para manutenção das relações de poder/biopoder nos diferentes níveis de gestão da Atenção Básica em Saúde -----	114
5 - Consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas sobre o SIAB, seus processos, fluxos e profissionais envolvidos. -----	126
6 - Principais atores envolvidos no fluxo informacional do SIAB e suas funções estabelecidas-----	135
7 – Descrição da rotina de críticas realizadas pelo Ministério da Saúde para verificação de inconsistências na base do SIAB -----	146

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CAA - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CI – Ciência da Informação

COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB – Departamento da Atenção Básica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DATASUS-RJ - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro

DIA – Diabetes

DM – Diabetes Mellitus

DO - Declaração de Óbito

ESF – Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EACS – Equipes de Agentes Comunitários de Saúde

FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz

GES - Gestante

GI – Gestão da Informação

GTISP - Grupo Técnico de Informação em Saúde e População



HA – Hipertensão Arterial

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HAN – Hanseníase

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IOS - Interorganizational Information Systems

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

MPI - Mortalidade infantil proporcional

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência em Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NV – Nascidos Vivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PlaDITIS - Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde

PMA2 - Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação 2

PMA4 - Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação 4

PNIIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PRC - Padronização de Registros Clínicos

PSF - Programa de Saúde da Família

RES - Registro Eletrônico de Saúde

SAI - Sistemas de Apoio Inteligentes

SBIS - Sociedade Brasileira de Informática em Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIG - Sistemas de informação gerencial

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SIH - Sistemas de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIS/HIPERDIA – Sistema de Informação em Saúde HIPERDIA

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SRS – Superintendência Regional de Saúde

SSA2 - Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias no município 2

SSA4 - Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias no município 4

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde

TI – Tecnologias da Informação

TMI - Taxa de mortalidade infantil

TPS - Transaction Processing System

TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 Problema de pesquisa .....	18
1.2 Objetivos e pressupostos.....	19
1.2.1 Objetivo geral .....	19
1.2.2 Objetivos específicos .....	19
1.3 Justificativa .....	20
<b>2 INFORMAÇÃO EM SAÚDE, PODER E BIOPODER</b> .....	<b>26</b>
2.1 Política Nacional de Informação em Saúde e os Sistemas de Informação Nacionais: Avanços e limites atuais .....	26
2.2 O Poder em foco: Sob a ótica de Weber e Foucault .....	33
2.2.1 O Poder segundo Weber: Os três tipos puros de poder legítimo .....	33
2.2.2 O Poder segundo Foucault: para além dos postulados tradicionais .....	39
2.2.3 O olhar vigilante do Biopoder: seus dispositivos e suas manifestações .....	43
<b>3 INFORMAÇÃO, DIREITO A INFORMAÇÃO E O EXERCÍCIO DO CONTRA-PODER</b> .....	<b>50</b>
3.1 A Ciência da informação como fonte de reflexões dos fenômenos informacionais em saúde .....	50
3.2 O direito a informação na sociedade em rede .....	52
3.3 Exercendo o contra-poder por meio da democratização das informações em saúde .....	55
<b>4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: INTERFACES COM A SAÚDE</b> .....	<b>62</b>
4.1 Sistemas de Informação .....	62
4.2 Sistemas de Informação em Saúde .....	69
4.3 Sistemas de Informação de Abrangência Nacional: O SIAB em foco .....	74
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>85</b>
5.1 O Estudo e o método .....	86
5.2 Cenário do objeto de estudo .....	88
5.3 Método de coleta dos dados .....	91
5.4 Organização e análise .....	96

<b>6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS -----</b>	<b>99</b>
6.1 Categoria de análise 1: O uso do SIAB para o exercício e manutenção das relações de poder/biopoder nos diferentes níveis de gestão da Atenção Básica em Saúde -----	101
6.2 Categoria de análise 2: O SIAB e sua ineficiência: Consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas -----	115
6.2.1 O Fluxo centralizado, esvaziamento do planejamento local e qualidade dos dados comprometida -----	115
6.2.2 A inadequação do SIAB às demandas informacionais locais: justificativa para os interesses do mercado privado de tecnologias da informação -----	121
6.2.3 A inadequação do SIAB ao modelo de saúde proposto -----	124
6.3 Categoria de análise 3: O fluxo informacional do SIAB: atores e processos sob a égide de forças moduladoras -----	127
6.3.1 A descrição do Fluxo informacional geral do SIAB: unidirecionalidade e atores disciplinados -----	127
6.3.2 A descrição do fluxo informacional do SIAB dentro dos níveis centrais -----	131
6.4 Categoria de análise 4: A manipulação de dados no fluxo informacional do SIAB: o jogo de poder -----	137
6.5 Categoria de análise 5: Capacitação dos profissionais para uso do SIAB: mantendo o <i>status quo</i> informacional -----	149
6.6 Categoria de análise 6: Aprimoramentos necessários no SIAB: para além do imperativo tecnológico -----	154
6.6.1 Adequação à realidade local, ao modelo assistencial e às mudanças sociais -----	154

6.6.2 A centralidade das pessoas no fluxo informacional do SIAB: oportunidade de constituição do contra-poder .....	163
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>172</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como um dos representantes dos Sistemas de Informação de abrangência nacional foi desenvolvido visando o monitoramento e avaliação das ações e serviços realizados no Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2003). Foi criado com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas (municipal, estadual e federal) do Sistema Único de Saúde (SUS) com informações, para agilizar e consolidar os dados coletados pelas equipes de saúde da família. O SIAB, teoricamente, teria o potencial para detectar desigualdades, microlocalizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores e conseqüentemente auxiliar o processo decisório das equipes e dos gestores (THAINES *et al.*, 2009). Desta forma o SIAB tem sido utilizado com o intuito de instrumentalizar a gestão dos processos relacionados à assistência das comunidades.

O SIAB surge então como um importante sistema para auxiliar no planejamento e no processo de tomada de decisões especificamente na atenção básica em saúde. Os objetivos deste sistema são assim definidos: Descrever a realidade socioeconômica da população; avaliar os serviços e ações de saúde e monitorar a situação de saúde nas áreas de abrangência (BRASIL, 2003).

No entanto, o SIAB apresenta uma série de problemas que se mantêm desde a sua criação e que são muito semelhantes aos problemas existentes nos outros sistemas de informação nacionais. Estes problemas podem ser assim sintetizados: a ineficácia na coleta de dados, bem como na sua interpretação; falhas na atualização do sistema, pois os dados da população são dinâmicos; inúmeros instrumentos de coleta que não contemplam todas as necessidades da população; duplicidade de dados; falta de dados específicos relacionados à prevenção e promoção da saúde; os dados cadastrados e entregues às secretarias municipal e estadual não retornam para as equipes de saúde da família, dentre outros problemas (SILVA; LAPREGA, 2005; FREITAS; PINTO, 2005; BITTAR *et al.*, 2009, RADIGONDA *et al.*, 2010).

Os autores supracitados destacam que os problemas já identificados, enfatizando-se aqui o SIAB, resultam da evolução histórica das práticas informacionais em saúde no Brasil. Nessa perspectiva, as informações em saúde constituem um dos dispositivos do Estado fragmentado e das várias instâncias sociais, políticas e econômicas que visam subsidiar a atuação de seus aparelhos alimentando interesses hegemônicos no campo da saúde (MORAES, 2002; BRANCO, 2006; ABRASCO; GTISP, 2008). Destacam-se aqui as relações de poder que hipoteticamente poderiam estar contribuindo para a ineficiência, bem como a

lenta evolução dos sistemas de informação em saúde de abrangência nacional, sendo o SIAB o foco central do estudo proposto.

### 1.1 Problema de pesquisa

Pelo contexto explicitado surge o questionamento que norteia este estudo. Se os fatores históricos que desencadearam os problemas atuais dos Sistemas de Informação em Saúde de abrangência nacional são conhecidos e, por conseguinte, os problemas do SIAB, e se sabemos a importância destes sistemas para a gestão da informação em saúde no Brasil, questiona-se: **“As relações de poder, oriundas de interesses hegemônicos no campo da saúde, podem estar contribuindo para a ineficiência do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)?”**

Espera-se proporcionar avanços na compreensão dos motivos que levam à manutenção da ineficiência do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como a práxis informacional em saúde determinada pelas relações de poder.

Nesta pesquisa pretende-se analisar as relações de poder manifestas no SIAB a partir de dois referenciais teóricos marcantes para a temática: o de Michel Foucault e o de Max Weber.

A escolha do referencial Foucaultiano se deve a ênfase que o autor dá às relações de poder no cenário da saúde. Em sua perspectiva, o olhar vigilante do Estado e de seus níveis institucionais sobre o corpo individual e coletivo constitui um espaço de disputa de relações de poder e produção de saber. Estas relações de poder no campo da saúde, segundo Foucault (2008a), realizam-se pela disciplina dos indivíduos e pela regulação das populações, agindo com o objetivo de assegurar sua existência. Não é uma relação de opressão, mas de promoção do desenvolvimento por meio do estímulo à docilidade do corpo, prevenindo as revoluções e gerindo o corpo social. A escolha do referencial de Foucault também se faz pelo conceito de “Biopoder” que introduz nas discussões das relações de poder que se estabelecem no corpo social, podendo o SIAB estar neste contexto servindo como um instrumento de poder.

Para Foucault o Biopoder é o poder gestor da espécie humana, da vida. Assim, Moraes (2002) aponta a necessidade de compreender este Biopoder, seus dispositivos e suas conseqüências para as práticas informacionais em saúde, bem como para os sistemas de informação em saúde atuais. Neste estudo as influências do Biopoder sobre o SIAB também serão abordadas.



Além de a análise das relações de poder/biopoder na perspectiva Foucaultiana, verifica-se a necessidade de apreender as relações de poder manifestas no SIAB numa perspectiva do olhar sobre as organizações, bem como seus mecanismos gerenciais. Essa necessidade se deve, entre outros motivos, ao fato de que os sistemas de informação em saúde têm sido desenvolvidos com o objetivo de dar suporte ao processo decisório em organizações de saúde. Justifica-se assim a utilização da teoria de Max Weber, em especial suas reflexões sobre o poder legal – burocrático.

Deve-se ressaltar que o desejo de compreender as relações de poder/biopoder estabelecidas sobre o SIAB a partir de Foucault e Weber não é atribuída ao imperativo de extinguir estas forças, mas de limitá-las dando início a um processo de democratização das informações em saúde e a gestão qualificada do SUS comprometida com a melhoria da saúde da população.

## **1.2 Objetivos e pressupostos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

- Analisar as manifestações das relações de poder sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Analisar as diferentes manifestações de forças que promovem o *status-quo* informacional presente no SIAB;
- Relacionar as implicações das relações de poder às possibilidades de democratização das informações em saúde;
- Relacionar as implicações da política nacional de informação e informática em saúde para a práxis informacional presente no SIAB;

### **Os questionamentos conduziram aos seguintes pressupostos:**

- A ineficiência do SIAB é, em parte, conseqüência das relações de poder que se estabelecem entre os níveis federal, estadual e municipal de gestão, bem como no interior dos mesmos;

- A concepção do SIAB como instrumento do Biopoder influencia a sua disposição atual e permite a ampliação do olhar do Estado sobre o corpo social;
- A lenta evolução do SIAB afigura-se como o resultado da influência do mercado privado de Tecnologias da informação apoiado pela política de informação em saúde estabelecida na práxis informacional em saúde no Brasil.

### **1.3 Justificativa**

Atualmente, existem vários desafios relacionados aos SIS nacionais. São eles: a necessidade de avaliar os impactos da absorção das tecnologias da informação no SUS, a necessidade de compreender as relações de poder imbricadas na gestão dos SIS, a necessidade de democratizar o acesso às informações em saúde limitando a atuação do biopoder e a necessidade de estruturar os SIS visando decisões estratégicas (MORAES, 2002; BRANCO, 2006; SILVA; CRUZ; MELO, 2007). Estes desafios são colocados pelos autores supracitados como possíveis caminhos para compreender melhor a atual apresentação dos SIS nacionais. É nesta perspectiva que são apresentados, em seguida, alguns aspectos que justificam a relevância teórica e prática deste estudo.

#### **1.3.1 Necessidade de repensar a informação e as tecnologias da informação em saúde, suas delimitações epistemológicas e impactos sobre o SUS**

Quando observadas as práticas informacionais em saúde percebe-se a necessidade de evoluções na discussão desta temática. É preciso, portanto, ampliar os saberes acerca da informação em saúde, seus fluxos e processos gerenciais. Ressalta-se a informação como um bem valioso, principalmente em face da complexidade dos processos concretos de saúde/doença/cuidado que ocorrem nas comunidades, bem como os problemas contemporâneos a serem superados (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007). Para estas mesmas autoras, a práxis informacional atual em saúde em nosso país é um fator limitante para o avanço do sistema único de saúde (SUS), pois os discursos acerca da informação e das tecnologias que a envolvem ainda são estanques, desconexos da realidade, restrito a alguns grupos. Há uma grande fragilidade e desorganização do setor público que deveria gerenciar a informação e seus recursos tecnológicos.

Neste sentido, faz-se necessário um aprofundamento teórico sobre a informação, sua práxis em saúde e as tecnologias que podem ser utilizadas para dinamizar esta informação gerando o conhecimento das necessidades da população, bem como empoderando-a. Trata-se de compreender os processos sociopolíticos e epistemológicos presentes na dinâmica que regem as informações em saúde no Brasil.

Em se tratando das tecnologias da informação e comunicação em saúde (TIC's), espera-se que apoiem a organização administrativa e clínica das consultas, a coleta de dados, o armazenamento, o processamento das informações dos pacientes, o auxílio ao diagnóstico, a prescrição dos medicamentos e cuidados adequados a cada situação em que o paciente estiver envolvido. Para Estellita-Lins (2011) a agenda de lutas na saúde coletiva registra grandes interesses pelas TIC's, bem como a necessidade de pensar a finalidade da informação-comunicação em suas diversas possibilidades de inserção. O autor destaca que as últimas conferências nacionais de saúde brasileiras, nos anos de 2003 e 2007, definiram a prioridade de uma reflexão profunda sobre a informação em saúde, bem como os sistemas de informação de abrangência nacional. Ainda alega a necessidade de que sejam desenvolvidos estudos que possam explicar a dinâmica destes sistemas, os usos da informação e as mediações relacionadas.

Como citado anteriormente, os sistemas de informação em saúde surgem como exemplos destas tecnologias da informação e têm proporcionado desafios neste novo contexto da informação eletrônica. É necessário, no entanto, compreendermos os impactos que estas tecnologias da informação, e estes sistemas de informação, promovem no setor saúde, e mais precisamente, no sistema de saúde adotado atualmente, o SUS. Essa é uma das preocupações já incorporada à agenda de lutas e reivindicações presentes nos relatórios das últimas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2004; ABRASCO; GTISP, 2008).

Para Vasconcellos, Moraes e Leal (2002) ainda há outro aspecto primordial que justifica os estudos da informação e tecnologias da informação em saúde. Para o autor é necessário:

[...] ampliar as potencialidades de uso das TI na gestão da saúde implica, dentre outras iniciativas, em uma nova concepção de organização das informações em saúde, onde sejam estruturados mecanismos e condições que criem um ambiente propício para o estabelecimento de uma sinergia de competências, recursos e memórias, frutos e matrizes do conhecimento sanitário, coletivamente produzido por seus sujeitos históricos. (VANSCOCELLOS; MORAES; LEAL, 2002 p. 229).

Enfim, a convergência entre informação e tecnologia da informação no setor saúde tem a potencialidade de proporcionar o surgimento de um ambiente informacional favorável

ao avanço do sistema único de saúde. Entretanto é preciso avançar em estudos que contemplem esta temática.

### **1.3.2 Necessidade de compreender as relações de poder e suas implicações para os Sistemas de Informação de Abrangência Nacional**

No setor da saúde a lógica racionalizadora dos registros é determinada pelas relações de poder existentes nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (MORAES, 2002; BRANCO, 2006). É preciso compreender estas relações de poder e criar estratégias que potencializem a democratização do acesso às informações em saúde. É preciso ampliar a maneira como se olha a população, alterando o olhar patológico sobre o corpo das populações, conforme citado por Moraes (2002, p.33):

É preciso, pois, entender e enfatizar o poder/saber político implícito, ao se discutirem e gerirem bases informacionais e, mais, pensar propostas também políticas, técnicas e éticas de um maior controle democrático sobre elas, onde a sociedade coloque limites aos dispositivos de controle do Estado sobre a sociedade.

A práxis informacional, no Brasil, traz em seu arcabouço histórico um contexto em que a informação se constituía num recurso estratégico da “polícia política” (BRANCO, 2006). Este mecanismo garantiria o controle da sociedade, dos meios de comunicação e dos indivíduos, mantendo-os em uma posição de aceitação do Estado e suas políticas. Os sistemas de informação construídos neste período estavam dotados de intencionalidades que ampliavam o olhar do Biopoder vigilante. Situação que parece continuar na atualidade, principalmente no que tange ao SIAB.

Porém com a evolução da sociedade brasileira e a mudança do modelo de assistência à saúde vislumbra-se cada vez mais a necessidade de que a população, os meios de comunicação, as várias instâncias sociais tenham acesso a informação em saúde de qualidade. Nesta perspectiva, a 12ª Conferência Nacional de Saúde foi um espaço de discussão da necessidade de elaboração e implementação de uma política de informação, comunicação e informática para o SUS. A grande proposta que emergiu a partir desta conferência foi a necessidade de democratizar o acesso à informação, comunicação e informática em saúde, e desta forma ampliar o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). A perspectiva era proporcionar o efetivo conhecimento do SUS, sua legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, bem como acompanhar e avaliar a gestão desenvolvida nos níveis municipal, estadual e federal. Informar para aumentar as possibilidades de participação social e, possivelmente, equilibrar as relações de poder.

### **1.3.3 Necessidade de estruturar os Sistemas de Informação para a gestão estratégica em saúde**

Setores da sociedade, como o da saúde, são potentes produtores de dados relacionados à assistência aos pacientes e também a gestão dos serviços de saúde (BAKKER, 2007). Portanto, gerenciar esse complexo setor constitui uma tarefa árdua. É o que Guimarães (2004) destaca, quando argumenta que a gerência de uma instituição de saúde precisa ser norteada por decisões estratégicas que envolvam todos os fatores relacionados ao atendimento ao paciente. Assim, o cuidado ao ser humano, que é a retórica dos profissionais na área da saúde, precisa ser o centro de uma gestão eficiente (DEMIRIS et. al, 2008).

A utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) surge como um recurso para a gestão estratégica em saúde. Este processo é composto de uma cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes contextos, levando à formulação e à implementação de intervenções necessárias ao alcance das metas estipuladas (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007). Para os autores supracitados, a gestão estratégica possui um complexo caminho, baseado em análises técnicas e escolhas racionais. Envolve o estudo aprofundado do problema a partir de um levantamento de dados e informações confiáveis, necessitando de um sistema de informação que promova o suporte neste processo. Isto justifica a necessidade de estruturamos os SIS atuais para serem efetivos em todo este processo, que se alicerça na informação como recurso primordial para o direcionamento das ações em saúde. Faz-se necessário o uso de sistemas de informação que possam responder às demandas e necessidades informacionais do gestor. Porém é importante ressaltar que o processo decisório em saúde, no Brasil, ainda é determinado por uma práxis informacional de valorização de determinadas informações em detrimento de outras (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007). Nesta perspectiva, os mesmos autores, relatam que o modelo de informação em saúde brasileiro ainda é fundamentado no modelo biomédico hegemônico, no qual se valoriza a doença em detrimento do sujeito. Com esta maneira de entender a informação em saúde historicamente consolidada, onde se valoriza em demasia a manifestação patológica, é possível que o processo decisório em saúde também seja determinado nesta mesma ordem, fragmentada e unidirecional, conforme relatado:

Assim, o aparelho de tomada de decisões se compõe de um complexo de burocracias que operam de modo relativamente autônomo e que têm suas competências, clientelas e percepções próprias dos problemas. Daí resulta um modo de tomada de decisão política que fragmenta e retraduz a

interdependência dos problemas sociais. (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007 p. 556).

A fim de analisar as relações de poder atravessadoras da práxis informacional do SIAB, bem como a mensuração dos pressupostos levantados, utilizou-se da pesquisa qualitativa para compreender os fenômenos que emergem neste contexto. Os profissionais de saúde, gestores e técnicos que utilizam e analisam os dados do SIAB foram entrevistados. Estes sujeitos se encontravam nas esferas federal, estadual e municipal de gestão do sistema único de saúde. Os dados coletados foram organizados e analisados utilizando-se o referencial da “Análise de Conteúdo” proposta por Bardin (2009).

Após a apresentação deste primeiro capítulo introdutório, a estrutura desta tese está organizada conforme a apresentação dos capítulos a seguir:

- O primeiro capítulo refere-se à Introdução. Traz à tona as questões que serão tratadas ao longo do trabalho; apresenta o problema de pesquisa que norteia o estudo, bem como, objetivos, pressupostos e justificativas para a sua realização;
- No segundo capítulo “Informação em saúde, poder e biopoder” é delineado um panorama conceitual, bem como problemáticas envolvendo a informação em saúde e a política nacional de informação e informática em saúde. Ainda são apresentados os principais conceitos relacionados ao tema do Poder presentes nas obras de Paul-Michel Foucault e Max Weber;
- O terceiro capítulo “Informação, direito a informação e o exercício do contra-poder” apresenta algumas temáticas do campo da ciência da informação que auxiliam na compreensão dos fenômenos informacionais em saúde. São tratados os temas: A Ciência da informação como fonte de reflexões dos fenômenos informacionais em saúde, O direito a informação na sociedade em rede, a constituição do contra-poder visando a democratização do acesso à informação em saúde;
- O quarto capítulo “Sistemas de informação: interfaces com a saúde”, ainda referencial teórico, destaca a aplicabilidade dos sistemas de informação na área da saúde, bem como apresenta algumas problemáticas relacionadas. Ainda, neste capítulo, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), seus fluxos, profissionais envolvidos e principais indicadores são descritos;

- O percurso metodológico é descrito no quinto capítulo. São apresentados o tipo de estudo, o município de Divinópolis-MG como cenário inicial do fluxo informacional investigado, a realização das entrevistas com profissionais, gestores e técnicos responsáveis pelo SIAB e por fim a análise dos dados a partir da análise de conteúdo;
- No sexto capítulo, os resultados são apresentados e discutidos. Destacam-se o surgimento de seis categorias analíticas, são elas: Categoria de análise 1: O uso do SIAB para o exercício e manutenção das relações de poder/biopoder nos diferentes níveis de gestão da Atenção Básica em Saúde; Categoria de análise 2: O SIAB e sua ineficiência: Consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas; Categoria de análise 3: O fluxo informacional do SIAB: atores e processos sob a égide de forças moduladoras; Categoria de análise 4: A manipulação de dados no fluxo informacional do SIAB: o jogo de poder; Categoria de análise 5: Capacitação dos profissionais para uso do SIAB: mantendo o *status quo* informacional; Categoria de análise 6: Aprimoramentos necessários no SIAB: para além do imperativo tecnológico.
- O sétimo capítulo dedica-se às considerações finais da pesquisa.

## **2 INFORMAÇÃO EM SAÚDE, PODER E BIOPODER**

A estrutura teórica a ser utilizada para fundamentar as discussões deste capítulo está distribuída em quatro subtópicos, são eles: Política Nacional de Informação em Saúde e os Sistemas de Informação Nacionais: Avanços e limites atuais; O Poder segundo Weber: Os três tipos puros de poder legítimo; O Poder segundo Foucault: para além dos postulados tradicionais; O olhar vigilante do Biopoder: seus dispositivos e suas manifestações.

### **2.1 Política Nacional de Informação em Saúde e os Sistemas de Informação Nacionais: Avanços e limites atuais**

Na sociedade centrada no paradigma técnico-econômico das tecnologias da informação, o setor saúde tem sido influenciado pelo grande volume de dados e informações circulantes. Com a descoberta de novas doenças e, por conseguinte, dos diversos tratamentos, verifica-se a necessidade de se utilizar recursos tecnológicos que possam auxiliar na gestão da informação e do conhecimento em saúde. Neste setor da sociedade, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) surgem com esta tarefa de proporcionar o armazenamento, a organização e a disseminação da informação com vistas a facilitar o planejamento, as decisões gerenciais e assistenciais. Para Moraes (1994) o sistema de informação constitui um núcleo que promove a produção de dados necessários ao processo decisório em saúde e auxilia o fluxo de dados nas instituições com o objetivo de informar e proporcionar a fixação de metas. Desta forma o foco da utilização dos sistemas de informação em saúde é auxiliar um planejamento onde o paciente é colocado no centro das decisões, valorizando o cuidado de alta qualidade.

No Brasil, o uso de Sistemas de Informação em saúde seguiu alguns caminhos distintos. O primeiro caminho, o uso de sistemas computadorizados independentes, adquiridos por gestores de instituições, acompanhando inicialmente o mesmo modelo empresarial, em que os sistemas de informação gerenciais eram instalados. O objetivo era de controlar a área financeira e administrativa de uma empresa (SANTOS, 2003; PEREZ, 2006). Neste modelo os sistemas utilizados são chamados de Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), que trazem como foco o processamento de informações que favoreçam a administração dos hospitais, elevando a competência no mercado da saúde. Posteriormente estes SIH serão acrescidos de informações clínicas por meio do prontuário eletrônico do



paciente, preocupando-se agora com os dois aspectos: a gerência da instituição e a assistência ao paciente (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

Apesar desta integração entre informações relacionadas à administração e ao cuidado ao paciente, verifica-se que estes SIH na atualidade são específicos e limitados à instituição. Não há uma integração dos dados com outras instituições de saúde, tão pouco com as bases nacionais de dados (Sistemas de Informação Nacionais), apesar das recentes tentativas da interoperabilidade entre estes sistemas (MOTA, 2009). Outro aspecto relevante é que este modelo de sistemas independentes alimenta a indústria dos softwares. O setor de saúde torna-se um grande foco mercadológico por suas possibilidades de aquisição de softwares desenvolvidos por empresas. Isto contribui para o sucateamento e fragmentação dos espaços de gestão pública da informação em saúde, desencadeando o aprisionamento a empresas que possuem um fim único, o lucro (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007). Ainda para Moraes (1994) esta terceirização do setor de informação e informática em saúde no Brasil alimenta os interesses corporativistas, governamentais, acadêmicos e, principalmente de comerciantes ligados ao complexo industrial que envolve a computação eletrônica no mundo atual e no país. Para a autora, o setor de saúde tornou-se uma fatia potencial, importante, de mercado consumidor de produtos eletrônicos.

O Segundo caminho trilhado para a inserção dos sistemas de informação em saúde no Brasil acompanhou a história do país em tratar e utilizar a informação para sustentar os interesses do domínio estatal, voltado para o conhecimento das realidades das populações, bem como as possibilidades de efetivar o controle, muito presentes no regime militar (BRANCO, 2006). É neste percurso que se pretende compreender a gênese de um dos SIS nacionais, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), suas aplicações, seus problemas e demais nuances de sua utilização. O SIAB é então objeto deste estudo.

Durante muitas décadas, no Brasil, atribui-se grande valor à informação em saúde centrada nas estatísticas médico-sanitárias. Essas informações deveriam ser utilizadas para nortear o processo administrativo. Nesse contexto a ênfase era a informação numa perspectiva do adoecimento, da patologia, e tendo o profissional médico como o centro do processo informacional. Este cenário acompanha assim a mesma retórica do tipo de política de saúde no país, adotada durante muitos anos, focada no profissional médico como o pivô do processo de trabalho em saúde (BRANCO, 2006).

Nas décadas de 1960 e 1970 predominou a atenção médica curativista em detrimento da saúde coletiva (pautada pela promoção e prevenção), como um resultado da organização capitalista do setor que privilegiava a integração entre o Estado, prestadores de serviços médicos, farmacêuticos e equipamentos terceirizados. Neste cenário havia três serviços de estatística no ministério de saúde, estes eram o reduto do que se chamava de

“serviço de informações em saúde no país”. Eram eles: o Serviço de Estatística da Saúde, o Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde e o Serviço de Estatística do Departamento Nacional da Criança. Todos desconexos e desintegrados (BRANCO, 2006 p.68). Percebe-se neste marco histórico a gênese da desintegração entre os sistemas de informação nacionais atuais. Ainda neste mesmo período observa-se o surgimento de algumas tentativas de união dos serviços de informação, por meio da criação do Setor de Informação que funcionava sob o comando da Seção de Segurança Nacional do Ministério da Saúde. Criava-se um setor com objetivo de unificar as informações em saúde, mas com atribuições claramente voltadas para o exercício da função da polícia política (BRANCO, 2006). Neste momento a informação não é totalmente disponibilizada a todos, e funciona prioritariamente para alimentar os mecanismos de controle do Estado. São marcos dos dispositivos de poder instalados sobre as formas de gestão da informação no país.

No início da década de 1970, criam-se vários sistemas de informação dentro das secretarias estaduais, por meio de iniciativas isoladas em função da explosão de dados advinda do aumento da população e dos agravos que a acometiam. Assim, a criação de várias instâncias de gestão da informação dentro do Ministério da Saúde gerou uma sobreposição de responsabilidades, atribuições e interesses de uso da informação. Estes interesses agora não estavam mais vinculados apenas ao Estado, mas aos atores das várias instâncias de informação criadas, gerando práticas de informação determinadas por poderes em vários níveis. Este fato agravou ainda mais a desarticulação entre os diversos sistemas de informação criados (BRANCO, 2006). Em síntese, nesse período das décadas de 1960 e 1970, a política de informação em saúde serviu a uma política federal que excluiu a participação de estados da federação e municípios do processo de gestão da informação. Aos estados cabiam uma participação pontual em alguns projetos, aos municípios apenas o papel de coletar dados referentes à população local. Talvez esta realidade não tenha ainda mudado, pois os profissionais de saúde que estão no cenário assistencial ainda são meros coletadores de dados que são repassados às secretarias municipal, estadual e ao ministério da saúde. O retorno destes dados aos profissionais, atualmente, ainda é ineficiente e insuficiente. Este retorno insuficiente de dados gera a dificuldade dos profissionais em planejar o processo assistencial e tomar decisões sustentadas em informações de qualidade (MOTA, 2009).

Nos anos 1980, marcados pela transição democrática onde o governo civil assume o poder em 1985, observou-se a emergência de inquietações advindas da necessidade de se repensar a concepção das ações de saúde. As Conferências Nacionais de Saúde foram o espaço primordial para discutir e propor uma ampla reforma sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987). Como resultado destas conferências e de amplos debates nacionais surge o

Sistema Único de Saúde (SUS) que traz em seu arcabouço teórico uma ampliação do conceito de saúde e ainda a definição de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Este tempo de transformações e debates foi fundamental para a ampliação do conceito de informação trabalhado pelo Ministério da Saúde, bem como a definição da importância de sedimentar uma política de informação nacional, conforme relatado pelo documento “Proposição de Diretrizes”:

[...]a precondição para a racionalização do Sistema Nacional de Saúde é a montagem, no setor saúde, de um sistema integrado de informação-decisão-controle que cubra as necessidades técnicas, administrativas e de condução política do sistema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1980 p.4)

Porém em 1982 o Núcleo de Informática, órgão criado pelo Ministério da Saúde, realizou uma importante avaliação da produção de informação em saúde no país. Nela constavam os seguintes itens:

- As Secretarias Estaduais de Saúde possuíam órgãos específicos de informação, porém sem o grau de desenvolvimento adequado;
- No âmbito federal havia várias instâncias de coleta, manipulação e controle da informação, centrado nas estatísticas médico-sanitárias, mas sem qualquer conexão entre si;
- Falta de padronização na coleta, tratamento, armazenamento e disseminação das informações em saúde;
- A utilização da informação em saúde tem estreita relação com a região geográfica em que ela mesma se processava, sendo dependente de recursos físicos e financeiros dependentes das regiões do país;
- Como as diversas instâncias de gestão da informação não possuíam integração, então se verificava a duplicidade de informações e dificuldade de sua recuperação;

A partir desta avaliação realizada na década de 1980, percebeu-se a necessidade de que todas as atividades relacionadas à informação no país fossem tratadas e organizadas dentro de um sistema, denominado de Sistema Nacional de Informação em Saúde (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 1982). Neste contexto, passou-se a enfatizar a importância da informação como centro de um processo decisório em saúde, como avaliador de políticas de saúde e como um instrumento de apoio à melhoria das condições de saúde da população.

Apesar dos avanços na ampliação do entendimento sobre a importância da informação em saúde além dos aspectos estatísticos, a década de 1980 terminou sem que observássemos na prática o funcionamento dos SIS como deveriam. No entanto, do ponto

de vista técnico, ampliou-se consideravelmente o número de sistemas destinados a instrumentalizar os programas governamentais, amparados pela evolução da microinformática.

A década de 1990 foi marcada pela intensa discussão sobre o novo sistema de saúde que surgira. O SUS, neste momento, foi resultado de uma construção histórica, consolidada por conquistas políticas e que por certo influenciaram e tem influenciado o fortalecimento da política de informação em saúde no país. Neste período os sistemas de informação se apresentavam da maneira como o são atualmente, em caixinhas de informação, sem qualquer integração, desconexos e cada um armazenando dados sobre o “corpo” fragmentado, tais como o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), dentre uma série de outros sistemas. Observa-se que os avanços teóricos na política de informação em saúde advindos desta época não se concretizaram na prática. Apesar da tentativa de integração por meio do DATASUS (Departamento de Informática do SUS), os SIS continuaram sendo sistemas incompatíveis e possuem dados duplicados de difícil tratamento, muitos deles infidedignos para serem usados no processo decisório em saúde.

Percebe-se que os sistemas de informação nacionais vinculados ao DATASUS avançam lentamente, não conseguindo acompanhar as evoluções políticas conquistadas com o Sistema Único de Saúde (BRANCO, 2006). A própria Política Nacional de Informação em Saúde pode estar contribuindo para esta ineficiência dos SIS, pois se observa um grande distanciamento entre os aspectos teóricos desta política e a forma como realmente se manifesta na prática informacional (ABRASCO; GTISP, 2008).

Segundo Moraes (2002) ao se analisar os SIS, observa-se que o sujeito enquanto criação da modernidade – está fragmentado dentre as diversas bases de dados em saúde existentes. Seus fragmentos – características parciais e estáticos de sua vida – povoam SIS desconexos. Permanece a tradicional e histórica situação de desintegração existente entre os SIS nacionais. Desta forma, se as informações são fragmentadas, possivelmente as ações de saúde sobre a população também serão fragmentadas e não proporcionarão a melhoria das condições de saúde das comunidades. No Quadro 1, segue os principais problemas dos SIS nacionais que traduzem a sua fragmentação e insuficiência para as demandas da saúde pública. Estes problemas são relatados pelo Grupo Técnico de Informação em Saúde e População (GTISP) (ABRASCO; GTISP, 2008) e também por outros autores como Moraes (2002) e Branco (2006).

### QUADRO 1

#### Principais problemas apresentados pelos Sistemas de Informação em Saúde de abrangência nacional

- precário conhecimento sobre a grande diversidade de bancos de dados nacionais, estaduais e municipais;
- coleta de dados através de sistemas compartimentalizados, com pouca ou nenhuma articulação;
- complexidade dos dados existentes e da estrutura dos bancos;
- insuficiência de recursos, particularmente recursos humanos qualificados para apoiar o processo de desenvolvimento e análise dos SIS;
- inexistências de instâncias responsáveis pela análise dos dados;
- falta de padronização nos procedimentos de obtenção, análise e disseminação das informações;
- oportunidade, qualidade e cobertura das informações variando de acordo com as áreas geográficas onde são produzidas;
- ausência de um claro interesse epidemiológico quando da implantação dos bancos de dados;
- dificuldade no acesso às informações advinda da duplicidade de dados;

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

Apesar da atualidade dos problemas apresentados, o Ministério da Saúde em parceria com outras instâncias sociais fomentaram a criação de uma comissão que elaborou o documento “Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)” (BRASIL, 2004). Este documento é um aperfeiçoamento das diversas versões produzidas a partir do VII Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e culminando na 12ª Conferência Nacional de Saúde. O propósito geral que norteia as diretrizes da política nacional de informação e informática em saúde no Brasil foi definido da seguinte forma:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004 p. 12).

Neste mesmo documento ainda são propostas algumas diretrizes como o fortalecimento das áreas de informação e informática nas três esferas do governo, o estabelecimento do registro eletrônico de saúde, a implantação do cartão nacional de saúde e do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, a garantia da interoperabilidade, entre outras.

No ensejo de estabelecer uma política nacional de informação e informática em saúde, o Grupo Técnico de Informação em Saúde e População (GTISP), vem durante 15 anos proporcionando um amplo espaço de debates com o intuito de estabelecer um projeto democrático para a informação em saúde e suas tecnologias no Brasil. Este grupo é composto por pesquisadores, docentes, gestores, profissionais e representantes da sociedade civil, que se reúnem no âmbito das oficinas de trabalho e seminários dos congressos da ABRASCO. Assim, em julho de 2007, durante IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, o GTISP elaborou o I Plano Diretor para o Desenvolvimento da Informação e Tecnologia da Informação em Saúde (2008-2012) (I PlaDITIS) (ABRASCO; GTISP, 2008).

O I PlaDITIS procura contemplar três dimensões consideradas estratégicas, são elas: o ensino, a pesquisa e a informação juntamente com suas tecnologias na gestão, regulação, programas e serviços de saúde. Ainda possui três marcos referenciais que norteiam suas ações. Estes marcos são: A informação em saúde como um dever do Estado e um direito de todos, devendo estar a serviço da sociedade, da justiça social e da democracia. O segundo marco é definido pelo entendimento de que a informação em saúde é um bem público e passível de ser gerido por mecanismos colegiados, democráticos e expostos ao exercício do controle social do SUS. Por fim, o terceiro marco defende o posicionamento de que as Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TIC) devem ser tratadas como um componente da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), não devendo ser restrita aos feudos técnicos de especialistas. Foram definidos nove eixos temáticos em debate no I PlaDITIS. Em cada eixo definiu-se algumas metas e propostas que deverão ser operacionalizadas e avaliadas no quinquênio (2008 e 2012). Os eixos podem assim serem sintetizados em: 1) Fontes de dados e sistemas de apoio à decisão clínica e à gestão de sistemas e serviços de saúde, 2) Infra-estrutura de comunicação-conectividade, 3) Ética, privacidade e confidencialidade, 4) Estrutura e organização da gestão da informação e tecnologia de informação em saúde, 5) Desenvolvimento científico, tecnológico e inovação em informação e tecnologia de informação em saúde, 6) Formação permanente e capacitação em informação e suas mediações tecnológicas, 7) Democratização da informação em saúde, 8) Informação para o

processo decisório em saúde, 9) Avaliação da Política Nacional de Informação e Tecnologia da Informação em Saúde.

Apesar de todo o empenho despendido pelas instâncias citadas anteriormente, visualiza-se uma lenta evolução da efetivação da política de informação e informática em saúde no Brasil (BRANCO, 2006; MORAES, 2007). Diante desta cristalização da política de informação em saúde e suas tecnologias, percebe-se que existe algo além da discussão técnica sobre os sistemas de informação nacionais, que poderia estar contribuindo para a manutenção da ineficiência destes sistemas, sobretudo do SIAB. Neste estudo pretende-se analisar se as relações de poder manifestas no SIAB poderiam estar interferindo na evolução deste sistema.

## **2.2 O Poder em foco: Sob a ótica de Weber e Foucault**

Para compreender as relações de poder que se estabelecem nas práticas informacionais inseridas nos diversos contextos sociais, e também no setor saúde, faz-se necessário identificar primeiramente alguns conceitos sobre o poder, suas manifestações e posteriormente suas implicações. Neste estudo as relações de poder serão analisadas sobre a ótica Weberiana e Foucaultiana. O estudo das relações de poder a partir de Weber se faz pela necessidade de compreender a influência econômica regida pelo capitalismo sobre as práticas informacionais em saúde, bem como a influência da estrutura burocrática neste contexto. Por outro lado, acredita-se que os estudos de Michel Foucault possam ampliar o entendimento das relações de poder que se manifestam de forma heterogênea, não localizada, na capilaridade das ações sociais, bem como as manifestações do Biopoder sobre o SIAB.

### **2.2.1 O Poder segundo Weber: Os três tipos puros de poder legítimo.**

O exercício do poder como prática na sociedade pode ter algumas roupagens, que se sustentam pelo jogo de relações entremeadas por interesses, anseios ao prestígio, monopólios e reservas mercadológicas. Para Weber, o exercício do poder se refere a encontrar um indivíduo ou um grupo de indivíduos que estarão sujeitos ao recebimento de ordens provenientes de uma autoridade estabelecida (WEBER, 1982 p.1.). Em suas palavras:

O poder, isto é, a possibilidade de encontrar obediência a uma ordem determinada, pode assentar em diferentes motivos de acatamento: pode ser condicionado apenas pela situação de interesses, portanto, por considerações teleológico-racionais das vantagens e desvantagens por

parte de quem obedece. Ou além disso, mediante o simples “costume”, pela habituação monótona à ação tornada familiar; ou pode ser justificado pela tendência puramente afetiva, simplesmente pessoal do governado.

Nesta perspectiva, Weber atribui ao Estado a figura de detentora de um poder que deve se manifestar sobre o conjunto de indivíduos que compõe este Estado, cabendo-lhes a obediência. O Estado deve exercer o poder, a partir do arcabouço jurídico, sobre as diversas classes, para que haja certo nível de organização social. Assim nasce o Estado hegemônico e soberano que para Dupas (2005) é resultado de uma história, repleta de lembranças, acontecimentos que estão imbricados com a evolução do próprio indivíduo e sua coletividade, onde há uma herança comum. Ele organiza a nação que possui terras, valores, características próprias e ainda um legado espiritual que somados a faz soberana. É a organização política que conquista e mantém a soberania em unidades fictícias empoderadas. O Estado hegemônico e dominador é aquele capaz de governar alcançando objetivos que beneficiem o próprio estado e a comunidade externa que o cerca, ou seja os outros estados sob sua influência. Isto proporciona a liderança e consolida ainda mais a hegemonia. Neste contexto, o poder é destacado em três tipos: o poder legal, o poder tradicional e o poder carismático. Segundo Braman (1994) estas formas de poder são também denominadas de instrumental, estrutural e simbólico.

O poder Legal, ou estrutural, pode ser caracterizado pela sustentação dos estatutos, ou algum dispositivo que legitime a associação dominante. Aqui as regras criadas racionalmente irão sustentar as práticas dominantes. Isto nada mais é que o poder exercido na estrutura da burocracia, e que sustenta os interesses de uma classe específica. Este tipo de poder tem como princípios fundamentais a hierarquia funcional, a administração baseada em documentos, a obediência não à pessoa, mas à regras previamente estabelecidas que legitimam o poder da autoridade. Assim, Weber descreve a burocracia moderna:

As atividades regulares necessárias aos objetivos da estrutura governada burocraticamente são distribuídas de forma fixa como deveres oficiais. A autoridade de dar as ordens necessárias à execução desses deveres oficiais se distribui de forma estável, sendo rigorosamente delimitada pelas normas relacionadas com os meios de coerção, físicos, sacerdotais ou outros, que possam ser colocados à disposição dos funcionários ou autoridades. Tomam-se medidas metódicas para a realização regular e contínua desses deveres e para a execução dos direitos correspondentes; somente as pessoas que têm qualificações previstas por um regulamento geral são empregadas. (WEBER, 1982 p.229)

A obediência deve ser atribuída à regra, e isto vale para aquele que a formula. Aquele que ordena é o superior, mas só se faz desta maneira devido ao regulamento ou lei que assim o estabeleceu. No entanto, mesmo o “superior” está submetido às regras, deve cumpri-las e, principalmente, faz-se “exemplo” de obediência. Neste aspecto, o desempenho



do ofício está acima de toda e qualquer vontade, o que importa é a regra, que fora criada para o perfeito funcionamento da organização. Nesta estrutura burocrática o funcionário é especializado, instruído, e, portanto, deve desempenhar as funções das maneiras previamente propostas, sem se distanciar do regulamento, pois isto traria riscos para a produção. A burocratização propaga o princípio prático da especialização das funções administrativas. De forma objetiva o funcionário treinado deve desenvolver cada vez mais as mesmas funções, isto possibilita o aumento de seu desempenho e o cumprimento de “regras calculáveis”. Estas regras proporcionam o desenvolvimento de resultados, planejados previamente e traduzidos como números a serem alcançados. Escapa, neste contexto, o sentimento, o valor humano, bem como suas subjetividades no ambiente de trabalho. Este funcionário possui salário, contrato e possíveis promoções. No entanto, a burocratização, a partir da valorização da especialidade, propulsiona grande efeito sobre a natureza do treinamento e principalmente a educação. Isto desencadeia a necessidade dos exames racionais especializados, pelos quais os indivíduos deveriam se sujeitar objetivando a qualificação e conseqüentemente um prestígio social e econômico. Posteriormente, este fenômeno fará desenvolver os monopólios sociais, ou seja, os mais qualificados, portadores de certificados, especialistas, irão gozar de um prestígio desejado por muitos. Para Weber, o exame é o meio universal desse monopólio e, portanto, os exames avançam irresistivelmente.

No entanto, a disciplina empresarial é o dispositivo de controle que deve garantir a obediência e o respeito ao superior, bem como à norma estabelecida. A disciplina racional, em Weber, é a grande força que diminui a importância da ação individual, pois elimina o carisma pessoal. Neste sentido, o conteúdo da disciplina resume-se à execução da ordem recebida, não cabe uma análise ou crítica executada pelo sujeito que a recebe, pelo contrário, é preciso executá-la à risca, da forma como está registrada, regulamentada e principalmente da maneira como foi treinado. Assim, a disciplina utiliza o processo de treinamento como um artifício para a propagação de seus mecanismos de controle e vigilância. É no processo de especialização e da qualificação que são propagadas os objetivos e os anseios dos resultados esperados pela organização. Para Weber (1982), a disciplina é impessoal, neutra e se coloca à disposição daqueles que precisam utilizar de suas técnicas para a promoção e defesa de seus interesses, sejam eles religiosos (disciplina religiosa), econômicos (disciplina econômica) e militares (disciplina de guerra). Em suas palavras:

No combate, a liderança militar busca influenciar os seguidores através da inspiração e, ainda mais, treiná-los para a compreensão enfática da vontade do chefe (p.294). [...] A pólvora e todas as técnicas de guerra a ela associada só se tornaram significativas com a existência da disciplina – e só

tiveram proporções plenas com o uso das máquinas de guerra, que pressupõem a disciplina (p.296) [...] A organização econômica em grande escala é o segundo grande agente que prepara os homens para a disciplina (p.301).

Na estrutura burocrática, o contrato e sua validade potencializam a disciplina, pois produz nos governados a necessidade de cumprimento da ordem. É a referência dos deveres a serem cumpridos. Outro aspecto a ser considerado é que a forma de inserção do funcionário na empresa burocrática capitalista é livre o que favorece o controle mercadológico sobre a oferta e a demanda de vagas. Então se percebe um controle interno, por meio da disciplina empresarial, pelo contrato, mas também externo pela livre concorrência atrelada aos processos econômicos.

Entretanto, não há só o poder burocrático, gerido por regulamentos, contratos, especialização e a disciplina que permeia estas características. Para Weber as associações possuem em sua alta cúpula indivíduos ou grupos com interesses interdependentes. Estes só estão nesta posição devido à transmissão do poder por herança, ou eleitos pelo povo, ou eleitos por uma corporação parlamentar. Weber destaca que a burocracia não é o único tipo de poder legal:

O funcionalismo por turnos, por sorte e por escolha, a administração parlamentar e por comissões e todas as espécies de corpos colegiais de governo e administração aqui se inscrevem, na suposição de que a sua competência e se baseia em regras estatutárias e o exercício do direito governativo corresponde ao tipo da administração legal. Na época da emergência do Estado moderno, as corporações colegiais contribuíram de modo muito essencial para o desenvolvimento da forma legal de poder, e a elas deve o seu aparecimento sobretudo o conceito de "autoridade". Por outro lado, o funcionalismo por eleição desempenha um grande papel na pré-história da moderna administração por funcionários (e também hoje nas democracias). (WEBER, 2005, p.4)

O segundo tipo de poder considerado por Weber é o Tradicional ou instrumental onde a autoridade é fielmente respeitada por uma tradição que é reconhecida como válida e inquestionável, é a efetivação da dominação patriarcal. O governante é o patriarca ou senhor, os dominados são os súditos e o funcionário é o servidor. Neste contexto o sagrado oficializa uma dignidade pessoal e por certo o direito de ser obedecido e respeitado, é enaltecida a santidade daquele que promulga as ordens, bem como a boa servidão daquele que recebe as ordens. Todo o comando se prende intrinsecamente às normas tradicionais que não se baseiam em um discurso coletivo, emanado de várias classes, mas de um patriarca único perpetuado pela sucessão de suas gerações, e reconhecido pela "profecia". Em relação aos dominados, pode-se dizer que obedecem por estarem ligados ao dominador em uma relação moral e tradicional, legitimada pelo sagrado. Nesta perspectiva o corpo administrativo é constituído por dependentes pessoais (os familiares), amigos pessoais, e os

que possuem um vínculo de fidelidade, como os tributários. Não há a valorização da competência adquirida por meio da especialização, do treinamento, do acesso aos certificados, como na estrutura burocrática. No poder tradicional, o senhor, superior e inquestionável, define as atribuições e os postos a serem assumidos pelos seus subalternos, servos que estarão ao bel prazer do dominador. Outra diferença em relação à burocracia é que a disciplina não se faz efetiva para regular o corpo administrativo, mas a fidelidade dos súditos para com o poder legitimado.

No entanto, o poder tradicional possui duas características a serem consideradas. Primeiro a estrutura puramente patriarcal da administração, onde os servidores estão sobre total dependência do senhor, tornam-se patrimônio ou são incorporados pela tradicional presença familiar. No ofício, os que administram não possuem nenhum direito e os funcionários não passam por uma seleção especializada. Os meios administrativos ficam à mercê do controle senhorial, seguindo a sua forma de gestão pessoal. A segunda característica é a estrutura segundo ordens (estamentos) onde os servidores não são servidores pessoais do senhor, são independentes, podem possuir certo valor social a partir do ofício que executam, isso pode advir da concessão do senhor, e uma transação legal (compra, penhor e renda). Neste caso, o servidor possui certa independência, controla os meios administrativos, pode ser inserido em vários contextos da organização pelo privilégio que possui, e não por sua competência. Nesta perspectiva “o poder dos senhores está, portanto, dividido entre o senhor e o corpo administrativo por apropriação e privilégio, e esta divisão do poder por ordens estereotipa em grau elevado a natureza da administração” (WEBER, 2005 p.6).

Enfim, o terceiro tipo de poder é o Carismático ou simbólico onde a relação entre o dominador e os seguidores se faz pela devoção, pelas crenças e pelo reconhecimento do heroísmo. É o líder que detém qualidades sobrenaturais e desta maneira é instituído para solucionar os problemas de uma determinada classe. Para Weber os líderes naturais em épocas difíceis não foram aqueles que detinham um conhecimento especializado, uma competência adquirida pela educação, não eram aqueles que detinham uma ocupação de prestígio. Os líderes naturais, nessas épocas, foram aqueles que se apresentavam como portadores de dons específicos do corpo e do espírito, sobrenaturais e concebidos pelo divino. O dom concedido por Deus (o carisma) era o elemento que lhes atribuía o direito divino de governar, de exercer sua missão. Na estrutura carismática não há regulamentos previamente estabelecidos como na ordem burocrática, nem tão pouco depende de um privilégio estabelecido por um senhor, ou um familiar, como no poder tradicional, pelo contrário, a missão cabe àquele que possui o carisma concedido pelo sagrado.

O herói carismático não deduz a sua autoridade de códigos e estatutos, como ocorre com a jurisdição do cargo; nem deduz sua autoridade do costume tradicional ou dos votos feudais, como no caso do poder patrimonial. O líder carismático ganha e mantém a autoridade exclusivamente provando sua força na vida. Se quer ser profeta, deve realizar milagres; se quer ser senhor da guerra, deve realizar feitos heróicos. Acima de tudo, porém sua missão divina deve ser provada, fazendo que todos os que se entregam fielmente a ele se saiam bem. Se isso não acontecer, ele evidentemente não será o mestre enviado pelos deuses. (WEBER, 1982 p.287)

O exercício do poder nesta estrutura ignora a carreira, o treinamento, a qualificação, mas o portador do carisma exige a obediência de seus seguidores em virtude de sua missão justificada pelo divino. Outra característica marcante no poder carismático é a sua rejeição ao comportamento econômico racional, muito peculiar do poder burocrático. Para Weber, “frequentemente, o carisma, deliberadamente, abstém-se da posse de dinheiro e de renda pecuniária per se, como São Francisco e muitos semelhantes e ele; mas tal não é, decerto, a regra” (WEBER, 1982 p. 285). O poder carismático rejeita o lucro privado, a exploração econômica não é o grande valor, mas sim o dom (carisma) e a sua missão divina. Os senhores carismáticos serão auxiliados pelas doações de seus patronos, bem como de todos aqueles que desejarem contribuir para que o reino de Deus seja fortalecido nesta terra. Este é o discurso carismático puro.

Atrelado a esta rejeição dos valores materiais, os portadores do carisma e seus seguidores devem viver alijados dos embaraços desta vida, ou seja, distantes das ocupações rotineiras deste mundo e de seus familiares. São exemplos disto, para Weber “o sacerdote e o cavaleiro de uma ordem têm de viver no celibato, e numerosos portadores de um carisma profético ou artístico são solteiros” (WEBER, 1982 p.286).

Outra forma de dominação carismática se manifesta no desejo da coletividade de ter na sociedade uma representação, ou seja é o líder que se levanta contra as mazelas sociais, as desigualdade para se constituir o foco de resistência. A este líder (herói) lhe é imputado respeito e obediência, pois possivelmente estará assegurando os direitos de uma determinada classe menos favorecida. Em todas estas manifestações do carisma, seja do profeta, o sacerdote ou o herói de guerra, verifica-se que o poder emana de uma conquista, de uma vida repleta de proações ou batalhas. Assim o carisma surge de uma dedicação nascida da dificuldade e do entusiasmo.

Além dos três tipos puros de poder (legal, tradicional e carismático) Weber enfatiza que o poder, não necessariamente, seria uma conseqüência da ordem econômica, pelo contrário, o aparecimento do poder econômico é que pode ser conseqüência do poder existente por outros motivos. Para Weber (1982, p.211) “O homem não luta pelo poder apenas para enriquecer economicamente”, mas luta pelas honras sociais que podem

emanar das relações de poder estabelecidas, apesar de nem todas estas relações promoverem as honras sociais. A honra e o prestígio podem ser a base para o surgimento do poder econômico e político.

No entanto as honras sociais, para Weber, podem ser distribuídas em uma sociedade, em alguns grupos, sendo chamada de ordem social. Esta ordem é a forma pela qual os bens e serviços são distribuídos. Assim a ordem social e a ordem econômica se influenciam e se complementam, para constituir os fenômenos de distribuição de poder dentro da comunidade.

### **2.2.2 O Poder segundo Foucault: para além dos postulados tradicionais**

Em Foucault (1995), o poder não será visto como algo estático, centrado na figura do Estado, ou em um aparelho social específico, mas global, heterogêneo, dinâmico, e assim em constantes transformações. Neste olhar o exercício do poder impregna a condução das condutas e intenta no ordenamento das probabilidades.

O Estado não será para Foucault o *locus* único da manifestação do poder, mas uma das possibilidades de manifestação destas relações de poder que o complementa e o ultrapassa. Destacam-se as relações sociais embebidas das manifestações de poder, que podem ser vivenciadas no cotidiano das pessoas, nas relações de trabalho e em vários contextos sociais. Desta forma, o poder é um conjunto heterogêneo que abarca discursos, instituições, organizações arquitetônicas, normas, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos e morais. Este poder intervém sobre o corpo dos indivíduos e das comunidades, penetrando o seu cotidiano e por isso é definido como micro-poder ou sub-poder (FOUCAULT, 1995). Assim os poderes não estão localizados em um local específico da sociedade, mas formam uma rede de dispositivos ou mecanismos sem limites ou fronteiras definidos. Atuam de forma dispersiva, localizado em lugares particulares como a prisão e o asilo, mas também atuam no interior da sociedade, em lugares, máquinas, nas relações e em instituições. O poder está em todo lugar e em todas as coisas. Não é possível possuir este poder como um objeto, torná-lo propriedade, pois o que existe não é o poder enquanto “coisa”, mas práticas ou relações de poder.

As relações de poder estabelecidas na sociedade demonstram uma face negativa, segundo os postulados tradicionais. O poder exclui, reprime, recalca, censura, mascara, esconde e alimenta os interesses de uma classe ou classes hegemônicas. Este é um pensamento generalizado acerca do poder. Porém, na perspectiva Foucaultiana o poder possui uma eficácia produtiva sobre o corpo humano. Ou seja, é preciso aprimorar as forças produtivas dos corpos, “é preciso gerir a vida dos homens”, controlá-los em suas ações para

que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e promovendo um sistema de aperfeiçoamento contínuo. Ainda neste trabalho minucioso do poder sobre o corpo, Foucault também aponta a promoção dos homens dóceis politicamente, desprovidos da capacidade de insurreição e por fim com poucas chances de constituição do contra-poder ou a resistência, apesar da sua continuidade na sociedade.

Refletindo sobre o poder em sua perspectiva transversal e onipresente, é necessário identificar os postulados tradicionais que marcam esta temática, e neste sentido, lançar um novo olhar. Para tanto Wellausen (2007, p.6) identifica seis postulados tradicionais sobre o poder em Foucault, são eles: propriedade, localização, subordinação, essência ou atributo, modalidade e legalidade. Estes serão tratados em seguida.

O postulado da propriedade atribui ao poder uma característica de “coisa” que pode ser possuída principalmente por classes que o conquistaram. Porém para Foucault o poder se constitui como efeito de estratégias, disposições, manobras, táticas, técnicas e funcionamentos que constituem os instrumentos de uma classe. Assim, afirma que é preciso:

[...]não analisar o poder no plano da intenção ou da decisão, não tentar abordá-lo pelo lado interno, não formular a pergunta sem resposta: “quem tem o poder e o que pretende, ou o que procura aquele que tem o poder?; mas estudar o poder onde sua intenção – se é que há uma intenção – está completamente investida em práticas reais e efetivas; estudar o poder em sua face externa onde ele se relaciona direta e imediatamente com aquilo que podemos chamar provisoriamente de seu objeto, seu alvo ou campo de aplicação, quer dizer, onde ele se implanta e produz efeitos reais. (FOUCAULT, 2008a p. 182)

Desta forma, não há como possuir o poder, conservá-lo para num momento utilizá-lo com um determinado fim. O que repercute são os efeitos de sua existência. Se o poder está agindo, o que se percebe são suas manifestações e relações, conseqüências de sua presença heterogênea e sutil.

O Estado, na visão tradicional sobre o poder, destaca-se como sendo o “lócus” do poder. Este é o postulado da localização. A partir deste Estado e seus aparelhos surgiriam os planos de controle e exercício do poder sobre os indivíduos e o corpo social. Mas, para Foucault, o Estado é apenas mais um local onde as relações de poder se manifestam.

O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. (FOUCAULT, 2008a p. 184)

Surgem neste discurso as sociedades disciplinares, que não podem ser reduzidas a uma instituição ou um aparelho específico, pois estas sociedades fazem um percurso multidirecional, em vários níveis, dentro dos aparelhos e instituições. São as várias sociedades perpassando a sociedade dos indivíduos (ELIAS, 1994). Então as relações de poder estão presentes nas sociedades disciplinares, e não apenas no Estado com seus aparelhos. Nestas sociedades disciplinares o corpo é normalizado e corrigido. Forma-se indivíduos dóceis, ativos, eficazes e rentáveis. São efeitos da disciplina sobre o corpo (FOUCAULT, 1999). Porém a atuação destas forças disciplinares é invisível, não tocam o corpo, pelo contrário, ficam na imanência de um olhar vigilante que determina quais práticas serão utilizadas para interiorizar as normas e as regras. Assim, nestas sociedades disciplinares saber e poder se integram para constituir a normalização do sujeito em vários contextos, seja na educação, no exército, nas empresas, e também nas instituições e/ou práticas de saúde, principalmente por meio do “exame” que molda o indivíduo e produz um conhecimento necessário para intensificar a normalização.

O postulado da subordinação determina que o poder esteja subordinado aos modos de produção. Porém a análise Foucaultiana destaca a coexistência do poder e os meios de produção. Como exemplo estão os modos de produção utilizados durante a explosão demográfica do século XVIII. O objetivo era extrair dos corpos toda força útil, com o intuito de crescimento da produção e aumento dos rendimentos. Assim as relações de poder não possuem um fim único subordinado à necessidade de crescimento econômico, mas surgem e se manifestam no mesmo espaço que as forças produtivas.

Dispomos da afirmação que o poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação, como também da afirmação que o poder não é principalmente manutenção e reprodução das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força [...](FOUCAULT, 2008a p. 175)

Como terceiro postulado, o poder teria uma essência ou seria um atributo que coloca de um lado os dominantes, que possuem o poder, e de outro lado os dominados, submissos ao processo. Porém, ampliando o olhar, o poder não é característico de uma classe, mas passa por ela, por meio de suas relações e manifestações. Nesta perspectiva, tanto dominantes como dominados experimentam os reflexos deste poder heterogêneo, multifacetado e inapropriável.

Por dominação eu não entendo o fato de uma dominação global de um sobre os outros, ou de um grupo sobre outro, mas as múltiplas formas de dominação que podem se exercer na sociedade. Portanto, não o rei em sua posição central, mas os súditos em suas relações recíprocas: não a

soberania em seu edifício único, mas as múltiplas sujeições que existem e funcionam no interior do corpo social. (FOUCAULT, 2008a p. 181)

A modalidade também é um postulado que merece um novo olhar. No pensamento tradicional, o poder agiria por violência ou ideologia, mas para Foucault o poder não se exerce por ideologia e muito menos por violência e/ou repressão. Para Foucault as relações de poder são relações de forças com outras forças, ou seja, uma ação sobre outra ação (FOUCAULT, 2008a). Desaparece aqui a imagem do forte que reprime o fraco, pelo contrário não há fortes ou fracos, mas forças que se contrapõem, experimentam-se e se interpenetram. Nesta concepção, a verdade é construída pelo poder antes de uma ideologia ser determinante para a construção dos símbolos e seus significados, é o poder produzindo o real antes da repressão.

Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade. Isto vale para qualquer sociedade, mas creio que na nossa as relações entre poder, direito e verdade se organizam de uma maneira especial. [...]No fundo, temos que produzir a verdade como temos que produzir riquezas, ou melhor, temos que produzir a verdade para poder produzir riquezas. Por outro lado, estamos submetidos à verdade também no sentido em que ela é lei e produz o discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos de poder. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder. (FOUCAULT, 2008a p. 180)

Assim a ideologia e a repressão compõem os dispositivos do poder, mas não o explicam, operam no interior dos mecanismos de controle. Surge aqui mais uma característica da sociedade disciplinar que possui na disciplina um dispositivo tático do poder. Disciplina que se constitui como tática para normalizar o corpo, tornando os aparelhos eficientes.

Por fim, o postulado da legalidade atribui ao Estado a figura do detentor do poder. Isto lhe é imputado a partir das leis que legitimam este poder. Estas leis seriam necessárias para impor as regras que conduzem a um estado de paz. Então o que é ilegal está fora deste projeto, sendo necessário a sua exclusão. No entanto, para Foucault, a lei é uma composição de ilegalismos, pois torna possível o privilégio de algumas classes em detrimento de outras, o que constitui a dominação. A delinqüência, por exemplo, é uma das figuras destes ilegalismos das leis, porque o delinqüente é aquele que rompe com o discurso legal e, portanto, considerado marginal. Ao marginalizado resta a prisão que



solidifica ainda mais a delinquência, pois os seus mecanismos de controle disciplinares reforçam a criminalidade.

A prisão não pode deixar de fabricar delinquentes. Fabrica-os pelo tipo de existência que faz os detentos levarem: que fiquem isolados nas celas, ou que lhes seja imposto um trabalho inútil, para o qual não encontrarão utilidade, é de qualquer maneira não “pensar no homem em sociedade; é criar uma existência contra a natureza inútil e perigosa”; queremos que a prisão eduque os detentos, mas um sistema de educação que se dirige ao homem pode ter razoavelmente como objetivo agir contra o desejo da natureza? A prisão fabrica também delinquentes impondo aos detentos limitações violentas; ela se destina a aplicar as leis e a ensinar o respeito por elas; ora, todo o seu funcionamento se desenrola no sentido do abuso de poder. (FOUCAULT, 2009 p. 252)

Nesta perspectiva é factível que o sistema carcerário não cumpra o seu papel de devolver para uma sociedade legal um indivíduo recuperado, mantém-se o indivíduo patologizado.

Além dos postulados anteriormente mencionados, Foucault aborda o poder na perspectiva do “Biopoder”, retratando-o como uma série de fenômenos vinculados às estratégias políticas sobre o corpo e sobre a vida das populações. Neste sentido, o capítulo seguinte tratará da caracterização do Biopoder, seus dispositivos e manifestações.

### **2.2.3 O olhar vigilante do Biopoder: seus dispositivos e suas manifestações**

Antes de definir o Biopoder segundo a concepção de Michel Foucault, é necessário o delineamento de alguns elementos que emergiram durante o percurso histórico da sociedade, bem como a evolução da discussão entre saúde e doença. Até o século XVIII a medicina destinava-se a estudar a doença, suas manifestações e possíveis formas de tratamento. Este direcionamento do saber médico centrava-se na discussão de um corpo individual e enfermo. Porém o Estado começa a se preocupar com a vida, ou melhor, com o controle da vida, e isto não se faz apenas no corpo individual, mas no coletivo. Entra em foco a população e o meio onde acontecem suas relações. Para Foucault (2001, p.48) *“O médico e o biólogo não trabalham mais, doravante, no nível do indivíduo e de sua descendência, mas começam a fazê-lo no nível da própria vida e de seus acontecimentos fundamentais”*. Desta forma, a intervenção médica agora é necessária não apenas no nível do corpo individual, mas na população e no meio que a cerceia (MARTINS; JUNIOR, 2009).

Esta medicalização da medicina, da sociedade e da população para Foucault pode ser atrelada a quatro processos: a definição da medicina como ciência do estado e polícia médica; a instituição da medicina urbana; a transformação do hospital em instrumento

terapêutico e finalmente a criação de mecanismos de administração médica (registro de dados e estatística) (FOUCAULT, 2001 p.50).

A medicina como ciência do Estado teria surgido na Alemanha no início do século XVIII, nomeada de *Staatzmedizin*, implicava em admitir um saber do Estado voltado para as condições de vida e recursos naturais das populações. Este saber estava fundamentado nas informações estatísticas, definida como *Staatswissenschaft*, e ainda no funcionamento da máquina política estatal. Pode-se dizer que para Foucault o mercantilismo<sup>1</sup> e o cameralismo<sup>2</sup> do século XVII influenciaram o surgimento desta ciência do Estado, pois os modos de governar daquela época ainda eram fundamentados nas regulações das correntes monetárias internacionais, fluxo de mercadorias e a produção da população. Neste cenário os Estados emergentes europeus voltaram o olhar para a saúde das populações, pois era considerada a grande força que movimentava esta estrutura mercantilista e que produzia riquezas. Era então necessário potencializar esta força produtiva por meio de sua saúde. Cabia então a necessidade de submeter esta população a um enquadramento disciplinar que adestrou, repartiu, distribuiu e fixou os corpos segundo os mecanismos disciplinares (FOUCAULT, 2008b). Uma população saudável, eficiente, disciplinada e ativa produz riquezas que alimentarão a política mercantilista.

Porém qual seria o aparelho do Estado que poderia de forma eficiente intervir nas populações com o objetivo disciplinar? Este era um questionamento ainda sem resposta. No entanto, na Alemanha, a polícia médica ou *Medizinischepolizei*, surgiu com o intuito de assumir esta responsabilidade de intervir de forma organizada e ainda de refletir sobre as formas de melhorar a saúde das populações e mantê-las em condições de produzir riquezas. Essa tecnologia de poder pode ser definida como um conjunto de forças que, juntas, podem contribuir para o crescimento das forças do Estado mantendo-o em perfeita ordem (FOUCAULT, 2008a). Neste contexto a estatística emerge com o objetivo de dar ao Estado informações sobre as populações e até mesmo sobre os domínios do próprio Estado.

O grande crescimento demográfico do Ocidente europeu durante o século XVIII, a necessidade de coordená-lo e de integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, a urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos fazem a aparecer a população – com

---

<sup>1</sup> Entende-se por Mercantilismo o conjunto de medidas econômicas que foram colocadas em prática, ao longo do período da transição feudalismo/capitalismo (século XV ao XVIII), caracterizadas pela rigorosa intervenção do Estado no plano econômico.

<sup>2</sup> O Cameralismo consistiu na variante germânica do mercantilismo e objetivou o estudo do patrimônio e a administração geral, e mais particularmente, a econômica e financeira. As principais táticas ensinadas estavam relacionadas à política nacional protecionista.

suas variáveis de números, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde – não somente como problema teórico mas como objeto de vigilância, análise, intervenções, operações transformadoras, etc. Esboça-se o projeto de uma tecnologia da população: estimativas demográficas, cálculos da pirâmide das idades, das diferentes esperanças de vida, das taxas de morbidade, estudo do papel que desempenham um em relação ao outro, o crescimento das riquezas e da população, diversas incitações ao casamento e à natalidade, desenvolvimento da educação e da formação profissional (FOUCAULT, 2008a p.198).

É a emergência das estatísticas da população como objeto a ser apreendida, analisada e compreendida, na perspectiva de promover o desenvolvimento de dispositivos de controle que assegurem o desenvolvimento deste corpo social, assegurando a promoção do avanço econômico. É o corpo que produz riquezas, útil ao estado, mas se bem controlado.

A instituição da medicina urbana é o segundo processo atrelado ao surgimento da medicina social e medicalização da sociedade. Esta medicina urbana surge com as transformações que ocorriam na própria definição das cidades como centros comerciais lucrativos e o local de permanência de grande parte da população. O advento da indústria também contribuiu para exigir destas cidades uma massa operária que movimentasse as máquinas e produzisse as riquezas. A partir desta massa operária “pobre” a manifestação de doenças como a lepra e a peste desencadearam a necessidade do exercício de mecanismos de controle de “exclusão e inclusão” para que a população não fosse contaminada e não prejudicasse a produção das fábricas. No caso da lepra o mecanismo era excluir os leprosos do meio urbano garantindo a purificação dos espaços. Na peste, o modelo de quarentena, dividia a cidade em setores e subsetores que eram vigiados continuamente, garantindo o registro dos movimentos. Era o momento da ação da polícia médica que visava a produção de uma população sadia. O *modus operandi* da polícia médica em tratar o problema da peste foi um marco para a produção de um saber acerca da saúde e mais especificamente sobre a prevenção de agravos e a promoção em saúde, conceitos estes ainda não trabalhados na época, mas resquícios das discussões atuais do século XXI. Nesta perspectiva, a preocupação não estava centrada apenas na doença, ou na necessidade de hospitalizar para excluir, pelo contrário, o foco da intervenção se delineava dentro de procedimentos de vigilância e controle, cujos objetivos principais eram: manter as cidades limpas e em condições de boa higiene; controlar a circulação do ar, da água, dos alimentos e mercadorias e ainda estudar os elementos essenciais à vida nas cidades. Instala-se aqui um olhar ampliado, ou seja, passa-se da intervenção médica do corpo para a intervenção nas populações, no coletivo, no ambiente.

Assim surge o terceiro elemento que compõe a medicina social, a transformação do hospital geral para um ambiente de cuidado terapêutico e de cura (FOUCAULT, 2008a). No início do século XVIII o hospital era um ambiente de assistência, mas também de exclusão. Neste espaço os loucos, prostitutas, doentes e demais marginalizados eram despejados e tratados como possíveis fontes de contaminação. Por isso, deveriam ficar neste ambiente inóspito e desordenado, excluídos de qualquer contato com as populações.

Com o advento do estudo do meio ambiente pela medicina, as reflexões sobre o ambiente e sobre a naturalidade das doenças, datados dos séculos XVII e XVIII, também foi aplicado ao espaço dos hospitais. Assim, o hospital geral como um “ambiente de cuidado”, um lugar onde se inseria a naturalidade dos fenômenos patológicos foi repensado a partir de arquitetos e dos primeiros urbanistas.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar [...] A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente (FOUCAULT, 2008a p.109).

Tratava-se da organização de um espaço terapêutico voltado para a cura, com o estabelecimento do médico como o centro dos processos estabelecidos. Este período histórico é a base fundamental onde serão desenvolvidos os grandes centros hospitalares posteriormente.

Ainda discutindo o advento da medicina urbana e social, pode-se destacar a importância das variáveis do ambiente influenciando os fenômenos relacionados à doença e à própria vida. O olhar sobre a população que se desenvolveu neste período contribuiu para a percepção de que o meio ambiente sofria interferência de uma série de variáveis, como o clima, o ar, a água, os dejetos, a renda, a circulação de mercadorias e até mesmo os hábitos relacionados ao comportamento destas populações (FOUCAULT, 2008a). Desta forma, a gênese das doenças, bem como suas manifestações no corpo social dependia das relações estabelecidas entre o homem, o seu ambiente e as variáveis existentes. Assim o fenômeno natural das doenças é determinado por uma multicausalidade a ser compreendida e passível de controle por meio das intervenções do Estado. Surge aqui a visão de que a população é um elemento a ser considerado na teoria e na prática econômica. É um domínio deste novo saber que está atrelado à economia política (FOUCAULT, 2008b). Esta população, no entanto, durante a reflexão econômica deve ser controlada, com o objetivo de produção de riquezas. Este ensejo faz surgir uma nova racionalidade governamental, que

para Foucault será descrito como dispositivo de segurança ou de regulação (FOUCAULT, 2008b).

Por fim, o quarto elemento que justifica a medicalização da sociedade e o advento da medicina urbana é a instauração de mecanismos de registros que produzam informações sobre a saúde, doenças e agravos relacionados às populações. Este marco histórico é um sinal do tipo de práxis informacional que se desenvolveria na saúde. A partir deste olhar vigilante, por meio da estatística, o médico tem a sua prática consolidada e assim torna-se *“o grande conselheiro e o grande perito senão na arte de governar, pelo menos na de observar, de corrigir, de aprimorar o corpo social e de mantê-lo num estado permanente de saúde”* (FOUCAULT, 2001 p.14).

Assim, o conceito de Biopoder, na perspectiva de Foucault, nasce da articulação entre os quatro processos históricos, já descritos, e que contribuíram para o desenvolvimento da medicalização da medicina e para o desenvolvimento da medicina urbana. Estes quatro processos são a medicina como ciência do estado e polícia médica; a instituição da medicina urbana; a transformação do hospital em instrumento terapêutico e os mecanismos de administração médica.

Para Foucault o Biopoder é o poder sobre a vida, porém possui algumas dimensões, são elas a anatomopolítica dos corpos (os mecanismos disciplinares) e a biopolítica das populações (mecanismos de regulação e de segurança).

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a "população" enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de fazer viver. A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer (FOUCAULT, 2005 p.294)

É nesta articulação entre anatomopolítica e biopolítica que teriam surgido esse poder e saber sobre a vida. Há entre ambos uma complementaridade funcional (ARTEIÉRES; POTTE-BONNEVILLE, 2007, p.360). A tecnologia anatomopolítica vai utilizar de mecanismos disciplinares para moldar os indivíduos, já a tecnologia biopolítica não vai se aplicar apenas ao corpo individual, mas ao corpo coletivo, ou seja a população. Assim anatomopolítica e biopolítica se complementam na tentativa de extrair, maximizar e otimizar a vida e as forças que a vida pode gerar, tanto no plano individual como no do conjunto vivente (MARTINS; JUNIOR, 2009, p. 162).

A população, enquanto o objeto de estudo da biopolítica, possui duas dimensões a biológica e a da naturalidade. A dimensão biológica diz respeito aos fenômenos decorrentes da espécie humana, da vida e das possibilidades de desenvolvimento patológico. A dimensão da naturalidade refere-se ao conjunto de variáveis que incidem sobre o “público”. Este é o objeto dentro da dimensão da naturalidade. Assim, o público é a população com seus modos de vida, seus comportamentos, seus conceitos e pré-conceitos. Aqui deve incidir os métodos de intervenção por meio da educação, das campanhas de conscientização e ainda é o “*lócus*” de manifestação da gestão governamental, ou seja da condução das condutas. Para Foucault (2008b) a governamentalidade faz parte de uma tríade constituída pela soberania, pela disciplina e pela gestão governamental. Esta última tem como alvo principal a população e para isso usa os dispositivos de segurança. Para Martins e Junior (2009) estes dispositivos de segurança manifestos na gestão governamental ou biopolítica incidem sobre a população com o objetivo de modificar os elementos e as variáveis que a afetam. Mas isto será possível a partir da prática do exercício da visibilidade, da vigilância e da disciplina sobre os corpos, bem como da apreensão da vida que emana do público, conforme destacado por Estellita-Lins (2011). O autor chega a dizer que os sistemas contemporâneos de informação de agravos em saúde contemporâneos constituem-se em instrumentos da gestão governamental e tem sua herança na epidemiologia das populações. Assim a articulação entre a medicalização da sociedade e o governo da vida, para Foucault, é uma das condições que tornaram possível o surgimento do Biopoder.

Na prática, para Lancetti (2009, p.799) *“A produção de saúde está imbricada com diversos modos de poder. A sua potência biopolítica é maior que o que supõem muitos gestores”*. O autor defende a necessidade de que a cidadania seja exercida na capilaridade onde as relações de poder são manifestas, no próprio território. Assim, há que desenvolver o “contra-poder”, mas como um exercício contrário aos excessos de poder, propondo uma relação clara do fluxo informacional e da produção de saúde. É o que se pretende por meio da democratização das informações em saúde, que preconiza a necessidade de promoção do acesso a informação em saúde, bem como a inclusão informacional em saúde. Para Moraes *et al.* (2009) isto se daria de algumas maneiras. A primeira, seria a necessidade de o Estado se tornar mais transparente em relação ao direito universal de acesso às informações em saúde por meio da inclusão da população, profissionais e gestores, não só na coleta de dados, mas nas possibilidades de análise e escolhas de decisões a serem tomadas. Na maioria das vezes o Estado Soberano, numa abordagem Foucaultiana, determina a política da centralização informacional deixando os outros níveis de gestão (estadual e municipal) aliados do processo de análise e discussão das políticas públicas de

saúde. A segunda maneira de democratizar o acesso às informações em saúde, advém da necessidade de compreensão das informações disponibilizadas, bem como as suas limitações. Isto representa um grande desafio, principalmente pelo fato de que ainda não está bem definido o quê as populações precisam compreender e como este processo aconteceria. É algo difícil de ser pensado partindo das experiências de educação em saúde, onde os indivíduos não se cuidam apesar do acesso à informação. A terceira maneira de democratização dar-se-ia pela apropriação das informações que revelem os condicionantes e determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos. Mais uma vez, pode-se dizer da dificuldade desta tarefa, pois compreender e apreender a informação visando a prevenção de doenças e promoção da saúde é campo de obscuridade. Não é simplesmente o fato de disponibilizar o acesso e tornar a população participante deste processo que garantiria a mudança da realidade. Por fim, os autores supracitados, apresentam a necessidade do estabelecimento de mecanismos de participação de representantes da população no processo de definição da política de informação em saúde. Talvez este seja um caminho promissor, porém nos deparamos com algumas situações emblemáticas, tais como o controle político, o jogo de interesses individuais em detrimento dos coletivos e os conflitos econômicos que são peculiares nestas instâncias.

Enfim, no próximo capítulo “Informação, direito a informação e o exercício do contra-poder” serão abordados algumas possibilidades de limitar a ação destas forças que insistem em confinar as práticas informacionais em saúde num modelo estanque e hegemônico. Entretanto, estas possibilidades não esvaziam a necessidade de outros caminhos, mas apontam algumas direções. Espera-se que os avanços no campo da ciência da informação possam contribuir para mudanças significativas na maneira como se concebe a informação em saúde, seus fluxos e processos.

### **3 INFORMAÇÃO, DIREITO À INFORMAÇÃO E O EXERCÍCIO DO CONTRA-PODER**

Neste capítulo serão abordados alguns conceitos originários da ciência da informação e que podem contribuir para o entendimento do panorama informacional em saúde. Este capítulo teórico está estruturado nos seguintes tópicos: A Ciência da informação como fonte de reflexões dos fenômenos informacionais em saúde; O direito à informação na sociedade em rede; Exercendo o contra-poder por meio da democratização das informações em saúde.

#### **3.1 A Ciência da informação como fonte de reflexões dos fenômenos informacionais em saúde**

A informação em saúde e suas tecnologias envolvem uma aproximação de várias áreas, com conhecimentos próprios, como a ciência da informação, computação, telecomunicações e a saúde propriamente dita (MORAES; GONZÁLEZ DE GOMEZ, 2007). É tarefa, portanto, para pesquisadores e estudiosos, principalmente das áreas citadas, buscarem o entendimento das interferências dos sistemas de informação eletrônicos sobre o processo de trabalho em saúde, sobre a gestão da informação em saúde e sobre a assistência prestada ao paciente, com o objetivo de propor mudanças, adaptações e contribuições a um setor carente de intervenções interdisciplinares.

A Ciência da Informação (CI) tendo como objeto de estudo a compreensão da informação e das práticas informacionais que se materializam em conhecimento aplica-se a diversos setores da sociedade, sendo a saúde um destes *lócus*. Para Saracevic (1992) a CI se propõe a compreender os problemas de comunicação e as necessidades de informação entre os indivíduos, as instituições e no corpo social. A CI estuda as propriedades e o comportamento da informação, as forças que determinam o fluxo da informação e os modos de processar a informação para maior acessibilidade e uso. Tal objetivo inclui o estudo das tentativas de se representar a informação tanto no sistema natural como no sistema artificial de comunicação, o uso de códigos e o estudo de técnicas e processos de informação, tais como aplicações da automação e sistemas de programação (BORKO, 1968). Para Souza, Dias e Nassif (2011, p.59) a CI “dedica-se ao mesmo tempo, ao estudo das propriedades gerais e das condições da informação, e aos processos que possibilitam seu processamento, sua disponibilização e seu uso efetivo”. Os autores supracitados reconhecem que outras áreas também se dedicam, em algum momento, a estudar a informação. Entretanto, a CI



deve aprofundar os fundamentos teóricos do fenômeno informacional, os processos e as práticas atreladas ao fluxo informacional, bem como o uso da informação.

Desta forma, a CI deve buscar compreender o processo de transformação exercido em suas práticas informacionais a partir do conhecimento empreendido por atores que podem ser pessoas, instituições, culturas e sociedades. Assim o objeto de estudo da CI são pontos de vista diferenciados, organizados de forma interdisciplinar, retirados das práticas informacionais, envolvendo o conhecimento. Para Gonzalez de Gómez (1990) a CI não se identificaria pela especificação qualitativa de uma ordem de fenômenos de informação como sendo seu objeto, mas pela instauração de um 'ponto de vista' organizador de um domínio transdisciplinar. Esse ponto de vista afirma a relação entre uma pragmática social de informação (ou meta-informação) e os 'mundos' de vida, de ação, de conhecimento, agindo na construção dos valores de informação. Assim é que para a autora "A informação, com efeito, nunca se contém a si mesma, sempre se desdobra e é transcendida por outra ordem de fenômenos, ações ou coisas acerca do que informa a informação" (GONZALEZ DE GÓMEZ, 1990, p.121).

No entanto a CI como campo de reflexões interdisciplinares possui nas Tecnologias da Informação a materialização de algumas práticas informacionais. Para Le Coadic (2004) a CI constitui-se uma "indústria para a informação" que surge com o intuito de refletir e responder sobre as necessidades de informação desta sociedade embebida pela informação. Neste sentido, o advento das tecnologias eletrônicas e fotônicas influenciaram as práticas informacionais. O que se percebe é o surgimento de multimeios de comunicação de informações que alcançam, cada vez mais, indivíduos, comunidades e setores da sociedade. Assim, as práticas informacionais se manifestam no cotidiano das pessoas, é quase onipresente, apesar de sofrer controles, mas vai de encontro ao corpo social, mesmo que repleta de intenções.

Os Sistemas de informação, como instrumentos desta indústria da informação, surgem na perspectiva de auxiliar os processos gerenciais em vários setores da sociedade. Para Le Coadic (2004) as técnicas eletrônicas de informação, em muitos momentos, se fundem no ensejo de promover uma revolução na coleta, armazenamento, análise e disseminação da informação. Esta revolução das tecnologias da informação promove a multiplicação das diversas fontes de informação ou conjunto de dispositivos informacionais.

A reflexão das práticas informacionais que se manifestam no setor saúde são fruto deste desenvolvimento da ciência da informação enquanto campo interdisciplinar que permeia as várias instâncias sociais de produção do saber e de poder.

### 3.2 O direito a informação na sociedade em rede

A informação assumiu um lugar de destaque na sociedade contemporânea, principalmente pelo fato de se acreditar que existe uma intensa relação entre informação, conhecimento e poder. Para Dupas (2001) as redes globais constituem a nova morfologia social na era da informação, controlando e exercendo o poder sobre os estoques de experiências e conhecimentos. Assim a informação é considerada na sociedade moderna um recurso estratégico de poder em todas as áreas (CASTELLS, 2007; MENDONÇA; MACADAR, 2008). O setor saúde não poderia deixar de lançar mão desse recurso capaz de descrever as situações que caracterizam o processo de saúde/doença, as impressões do corpo individual e social, bem como o diagnóstico situacional das diversas instituições ligadas à área. A informação configura-se como um fator essencial para o planejamento e o processo de tomada de decisões em saúde. É neste sentido que informação e poder irão coexistir construindo o discurso de que decisões importantes serão tomadas a partir de informações bem estruturadas, cabendo o exercício do controle que emerge das relações de poder manifestadas nas práticas informacionais em saúde.

É nesta perspectiva, da sociedade em rede, que se discute as manifestações do poder enquanto tentativa de manter o *status quo*, alimentador da retórica neoliberal e capitalista. Segundo Castells (2007) esta batalha está sendo vencida, pois o Estado, como centralizador do poder torna-se pequeno para lidar com as forças globais imersas na era da informação. No entanto, ainda consegue administrar a vida das pessoas. Os meios de comunicação ainda são aparelhos de condicionamento social que promovem a perpetuação das “vontades” políticas das classes hegemônicas. Outra estratégia tradicional é o impedimento da educação formal, privando os indivíduos do acesso à informação e conhecimentos necessários para a produção da crítica. A manipulação da mídia e do acesso à educação continuam sendo utilizados para o exercício do poder (SILVEIRA, 2000).

Percebe-se que há uma disputa entre o estado e os sujeitos, internamente, mas há uma mudança do controle que agora, na sociedade global, está atrelado à transnacionalidade. Vale lembrar a dominação norte-americana exercida sobre a América latina e o embate econômico e político com a união européia. Agora o poder manifesta-se nestas interações, em uma perspectiva mosaica, como as relações de poder heterogêneas, globalizantes e disformes descritas por Foucault. Neste sentido, os espaços informacionais vão sendo disciplinados por meio de regulamentações, leis e normas que estabelecem hierarquias, valores e por fim o controle. Esse cenário configura-se como um campo para as disputas políticas, econômicas e sociais que tendem a promover as desigualdades entre as pessoas e as instituições. Isto é o resultado da assimetria no acesso, na apreensão e

entendimento da informação que potencializa a privação das oportunidades (SILVEIRA, 2000). Em outras palavras:

[...] é preciso desvendar a gênese dos meios de organização das informações em saúde, pois do contrário pode-se estar reduzindo-a em aparatos técnico-operacionais e, com isso, camuflar sua significação enquanto parte dos dispositivos do poder disciplinar e da produção de um saber: o saber de um determinado “olhar” – o vigilante (MORAES, 2002, p.33).

O que se pretende é incitar a participação dos sujeitos sobre as decisões em saúde, levando em consideração as necessidades do corpo social. Acredita-se que a intervenção destes sujeitos pode ser realizada a partir do acesso a informação em saúde, bem como a sua apreensão e compreensão das possibilidades de mudança do espaço social.

Percebe-se que a era da informação trouxe, em seu bojo, uma transformação das relações de poder estabelecidas entre Estado, sujeitos e instituições. A necessidade de controle para competir em um mercado globalizado, por um lado tem promovido o *apartheid* social, mas por outro não consegue estancar as redes sociais que se formam. Surge a oportunidade de emancipação dos indivíduos, os focos de resistência se sobressaem e os interesses são alcançados promovendo uma sociedade menos desigual. Um exemplo desta discussão é a tentativa do governo iraniano de proibir a imprensa em divulgar informações sobre os embates políticos e civis ocorridos em consequência da insatisfação pelo resultado das eleições no país no ano de 2010. No entanto, as redes sociais por meio da internet e de outros dispositivos tecnológicos têm conseguido quebrar esta barreira imposta pelo poder estatal; as informações ultrapassaram os “muros” iranianos e ganharam repercussão transnacional, bem como possibilidades de intervenção de outros países na política local (SANTORO, 2011). Finalmente, a tendência determinada por estas mudanças advindas da era da informação eletrônica também alteram o papel do Estado que poderá ser eficiente se for capaz de processar a informação e assegurar um processo decisório compartilhado pelo direito à informação, concebido e construído neste processo de participação social, envolvendo Estado, indivíduos e a sociedade.

Para Cepik (2000) o direito a informação está imbricado em uma trama de conflitos contemporâneos, variando nas diversas legislações existentes em vários países. Os países desenvolvidos possuem um acervo informacional que possibilita condições para a aplicação prática do direito a informação aos cidadãos. Porém os países periféricos avançam lentamente na criação de condições para o exercício da democratização do acesso, processamento e provimento de informações. O autor ainda destaca:

O complicador, neste plano da criação de condições para fruição de um direito, é que não se trata simplesmente de disponibilizar informações sobre a administração, a sociedade, a cidade, o país, etc. Tais informações frequentemente não existem, ou são de péssima qualidade para as finalidades de orientação do processo decisório, tanto participativo como intragovernamental. A precariedade dos serviços públicos de atendimento e prestação de informações ao cidadão é um indicador do caráter autoritário do estado e um tema emergente no debate sobre o sentido da reforma política e administrativa (CEPIK, 2000 p. 50).

Neste embate entre países centrais e periféricos, situados na infinita rede global, percebem-se as vantagens competitivas dos países desenvolvidos, com seus acervos informacionais mais consolidados. Estes grandes acervos proporcionam não apenas o controle e a vigilância, mas a ação governamental no sentido de promover a segurança e o desenvolvimento (BRAMAN, 2006).

No entanto, Cepik, ainda destaca que com o avanço das tecnologias da informação enquanto instrumentos de operacionalização da gestão da informação, o direito de participação da comunidade sobre a gestão da informação tornou-se algo extremamente complexo. Além do grande volume de informações, do acesso, da parafernália tecnológica, estão também em discussão os altos custos decisórios, os conflitos distributivos e a necessidade de compreender e redesenhar as novas formas assumidas pelas organizações.

No Brasil, para Cepik (2000), os desafios relacionados ao direito à informação ainda são extremos e estão imbricados na necessidade de se evoluir frente aos desafios político, legal e administrativo. Sobre isto o autor discorre que é necessário definir prazos que atendam às demandas informacionais; estabelecer instrumentos que garantam o acesso aos acervos; alocar recursos tecnológicos, financeiros e humanos adequáveis às necessidades e por fim responsabilizar instâncias que possam supervisionar e implementar os instrumentos legais. Percebe-se que o direito à informação como parte do exercício da cidadania, nesta sociedade em rede, é algo que ainda precisa ser tecido, analisado sobre os vários olhares pois é potencialmente transformador da ordem social.

### **3.3 Exercendo o contra-poder por meio da democratização das informações em saúde**

Diante dos mecanismos de controle que se manifestam na sociedade, em vários níveis, há alguns questionamentos que podem ser feitos: “Como constituir e exercer o contra-poder? Quais os dispositivos que poderiam ser utilizados pela sociedade com fins de limitar a ação desta trama de poderes? E no contexto da saúde, como o contra-poder poderia ser constituído com o objetivo de democratizar o acesso às informações em saúde?”. As respostas para estas perguntas ainda não estão definidas, mas percebe-se a construção de algumas experiências que apontam para o surgimento da relação entre sociedade e indivíduos como os principais atores que poderiam colocar frente aos excessos de poder.

É possível descrever duas correntes de pensamento sustentadas pelas ciências sociais e naturais que tentam explicitar as relações entre “sociedade e indivíduos” (ELIAS, 1994). A primeira atribui às formações sócio-históricas um modelo pré-concebido, onde há um planejamento das relações a serem criadas, são exemplos as formações institucionais como a polícia, o parlamento e o próprio Estado como agente de manutenção da ordem social. Porém, neste modelo, não é possível compreender como as evoluções da sociedade acontecem, e isto considerando as várias formas assumidas pela sociedade ao longo da história. A outra corrente afirma que o indivíduo não está imbricado na sociedade, não tem um papel social. Pois a sociedade possui um desenvolvimento próprio, independente do indivíduo. Surge aqui a dicotomia entre sociedade e indivíduos repleta de tendências e conflitos.

Na análise feita por Elias (1994) a representação que se faz da sociedade e do indivíduo remete a manter isolados os dois conceitos. Desta forma, sociedade e indivíduos são entes discrepantes e que não se relacionam. Assim faltam modelos, conceitos e fundamentações que permitam a compreensão de que sociedade e indivíduos possam se relacionar e se transformarem promovendo a evolução de ambos. Nesta perspectiva pode-se dizer que nem a sociedade, nem o indivíduo existem sem o outro, mas coexistem. Sem indivíduo não há sociedade, sem sociedade não há indivíduo.

Nesta relação histórica entre indivíduos e sociedade percebe-se o surgimento de conflitos e tensões, pois a harmonia entre os dois entes supracitados é um estabelecimento nem sempre alcançável. O indivíduo possui liberdades e desejos que lhes são próprios e individualizados, mas viver em uma ordem social requer a adequação em um modelo que lhe é imputado como a necessidade de renda, de moradia, de um emprego e de outras necessidades impostas pela vida em sociedade. Assim o indivíduo está sempre sujeito a uma ordem invisível dessa forma de vida em comum, com funções e comportamentos possíveis.

Entende-se que “*A vida dos seres humanos em comunidade certamente não é harmoniosa*” (ELIAS, 1994 p. 20), pois a sociedade exige um padrão dos indivíduos que precisam se adaptar a tal exigência, numa corrida competitiva repleta de atores e poderes já concebidos pela ordem social. É ao que o autor refere no trecho a seguir:

[...] cada pessoa singular está realmente presa; está por viver em permanente dependência funcional de outras; ela é um elo nas cadeias que ligam outras pessoas, assim como todas as demais, direta ou indiretamente, são elos nas cadeias que as prendem. Essas cadeias não são visíveis e tangíveis, como grilhões de ferro. São mais elásticas, mais variáveis, mais mutáveis, porém não menos reais, e de certo não menos fortes. E é a essa rede de funções que as pessoas desempenham umas em relação a outras, a ela e a nada mais, que chamamos “sociedade” (ELIAS, 1994 p. 21).

Portanto, os indivíduos são suas relações. As redes humanas se desenvolvem e se apresentam como seres humanos dependente de outros, que possuem linguagens próprias e reveladoras das aproximações e distanciamentos. Sendo assim pode-se entender o homem como um ser social. Mas essa rede de funções existente nas associações humanas não surgiu à soma de vontades, isto é, da decisão comum das pessoas individuais. E, no entanto, esse contexto funcional é algo que existe fora dos indivíduos. Cada função é exercida de uma pessoa para outras. E cada uma destas funções está relacionada com terceiros: cada uma depende das outras. Logo, cada indivíduo traz consigo a marca de uma sociedade específica, de uma nação e de uma classe específica. E esta pode ser a chave para compreender a relação entre indivíduos, sociedade, bem como o processo de individualização levando em conta que os seres humanos são parte de uma ordem natural e de uma ordem social.

Assim como abordado por Elias (1994), para Dupas (2005) a paisagem pública é atualmente um espaço de controle privado que se manifesta pelo controle psicológico e social (ordem natural e ordem social) desenvolvido pela propaganda e pelos impulsos consumistas. Neste cenário, o sujeito volta o olhar e os desejos para aquilo que pode promover sensações de conforto, *status* social e o poder de consumir exatamente aquilo que sobe ao seu anseio. É a cultura do bem privado, da riqueza, da ostentação. É o indivíduo que se sujeita a uma trama de relações de poder que em determinado momento o exalta, mas em outro o exclui. Aqui se insere o processo de individualização.

Elias (1994, p.103) comenta que “*aquilo que, visto por um aspecto se apresenta como um processo de individualização crescente, é visto, por outro, como um processo de civilização*”. A individualidade se constrói num longo processo social. Ao longo do processo de desenvolvimento humano – da pré-história até o período contemporâneo – o “*ideal de ego do indivíduo*” (p. 118) se desenvolveu através da aprendizagem social e na medida em

que se aumentava o grau de dependência e diferenciação dos indivíduos com o avanço do controle do homem sobre a natureza e da complexificação das formas de controle social e autocontrole.

O processo de individualização se dá em uma interdependência com outros processos, como a crescente diversificação das funções sociais e o controle cada vez maior das forças naturais não humanas. Além disso, o autocontrole também sofre uma evolução, pois as pessoas se tornam de fato mais diferentes em sua composição, e cada uma delas também se conscientiza destas diferenças.

As diferenças de comportamento, dons e experiências entre as pessoas isoladamente consideradas existiam, sem dúvida, nas mais simples comunidades humanas, ainda semelhantes às dos animais, na pré-história. Entretanto, quanto mais os atos das pessoas são regidos por forças naturais indomadas dentro delas mesmas, menos elas diferem entre si em seu comportamento. E, quanto mais variada e difundidas essas forças instintivas são contidas, desviadas e transformadas – primeiro pelo amor e medo dos outros, depois também pelo autocontrole -, mais numerosas e pronunciadas se tornam as diferenças em seu comportamento, seus sentimentos, seus pensamentos, suas metas e, inclusive, suas fisionomias maleáveis: mais “individualizados” tornam-se os indivíduos (ELIAS, 1994, p. 117).

Na sociedade contemporânea complexa, com alto grau de especialização e divisão do trabalho, há grande facilidade na diferenciação dos indivíduos. Esta distinção entre um sujeito e outro aumenta a possibilidade de escolha profissional, afetiva entre outros temas. Entretanto, esse leque crescente de alternativas amplia a angústia do indivíduo em relação ao seu porvir e, indubitavelmente, gera uma insatisfação quanto aos anseios irrealizados. Com isso, a probabilidade de elaboração de um sentimento de inadequação em relação aos objetivos – nem sempre alcançáveis – dados pelo tecido social é enorme. Amplia-se o abismo entre indivíduo – com suas metas individuais vistas como naturais – e a sociedade:

A individualização [...] desperta no indivíduo a sensação de ser ‘internamente’, uma coisa totalmente separada, de existir sem relação com as outras pessoas, relacionando-se apenas ‘retrospectivamente’ com os que estão ‘fora’ dele”. (p.103)

[...] O processo de individualização “nas sociedades [...] urbanizadas e densamente habitadas, os adultos têm muito mais oportunidades, bem como necessidades e capacidades, de ficar sozinhos [...]. Escolher por si entre as muitas alternativas é exigência que logo se converte em hábito, necessidade e ideal”. (p.108)

Apesar deste processo de individualização que ocorre na sociedade contemporânea percebe-se o surgimento de grupos, associações, ordens comunitárias e religiosas que trazem em seu arcabouço uma necessidade de representar os anseios de uma coletividade. Talvez seja uma iniciativa para suplantar uma sociedade que se tornou individualizada, mas

que necessita de uma voz coletiva para “lutar” contra os “controles” excessivos da ordem social instaurada. Surgem as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e os diversos tipos de associativismos que, teoricamente, trazem em seu discurso um viés motivacional atrelado a ideologias de um grupo, representando o coletivo. São grupos de indivíduos unidos pelo mesmo ideal, que teoricamente, não se sujeitariam a outros interesses. Estes atores estariam promovendo mudanças e influências sobre as mídias e a sensibilidade social, elevando as possibilidades de intervenção sobre o jogo de poderes. No entanto, Dupas (2005) destaca que os interesses pelo capital controlam e maquiagem o associativismo, bem como as ONG’s. Mais uma vez percebe-se que as relações estabelecidas pelo capitalismo global exercem um domínio sobre os mecanismos de resistência, permanece o processo de individualização. Então, a pergunta que se faz é “Como conduzir estas associações e os indivíduos que as compõem a um patamar superior, para além dos interesses, compondo um contra-poder efetivo?”.

A resposta a esta pergunta, talvez possa ser construída a partir de algumas reflexões sobre o indivíduo como “sujeito”, dotado de um potencial transformador de realidades, ou pelo menos aquele que emerge para a prática da cidadania. Segundo Touraine (2007, p. 119) o sujeito:

[...] se forma na vontade de escapar às forças, às regras, aos poderes que nos impedem de sermos nós mesmos, que procuram reduzir-nos ao estado de componente de seu sistema e de seu controle sobre a atividade, as intenções e as interações de todos. Estas lutas contra o que nos rouba o sentido de nossa existência são sempre lutas desiguais contra um poder, contra uma ordem. Não há sujeito senão rebelde, dividido entre raiva e esperança.

Nesta perspectiva, Touraine (2007) define o sujeito como aquele que resiste, se engaja em causas sociais, que exerce a cidadania em prol de um corpo social. É a luta contra a força do capital, é a resistência em defesa da vida. Um exemplo claro deste sujeito cidadão, seria o “consumidor politizado”, consciente das agruras sociais proporcionadas pelo avanço do capitalismo, bem como seus domínios. Para Dupas (2005) este cidadão consciente de seus direitos poderia proporcionar uma revolução na lógica do consumo. Neste contexto, se insere a necessidade do consumo de produtos que não poluam, sejam saudáveis e sejam produzidos por empresas que exerçam certa responsabilidade social. Este consumidor politizado poderia se organizar em coletividades que promovessem resistência transnacional forçando as grandes corporações o exercício da co-responsabilidade pelas necessidades das comunidades.

Alguns instrumentos também têm surgido e permitido a operacionalização desta consciência do sujeito que se faz cidadão. Segundo Castells (2007) a internet é um destes



instrumentos poderosos que podem proporcionar a proliferação desta consciência coletiva, tecendo uma rede de movimentos transnacionais em favor de marginalizados e causas oprimidas. Aqui emerge a figura do “cidadão virtual” que por meio da grande rede poderá se informar, refletir, opinar, votar e incitar. Amplia-se, neste sentido, as oportunidades de resistência e mobilização da sociedade civil. Santoro (2011) refletindo sobre as revoltas árabes recentes destaca o fato de que a difusão das novas tecnologias da informação, principalmente as mídias sociais da internet, tem contribuído para a formação da opinião pública. Isto tem amparado os movimentos democráticos objetivando a derrubada de regimes autoritários. Para o autor supracitado:

Desde a revolução verde do Irã em 2009 as novas mídias desempenham funções importantes, embora controversas, em protestos democráticos. Ferramentas da Web 2.0, como blogs, Twitter, Facebook, outras redes sociais e mensagens de texto enviadas via celulares são louvadas por seu caráter descentralizado, de utilização fácil e barata, que dificulta o controle governamental e favorece a ação de ativistas políticos que enfrentam regimes autoritários (SANTORO, 2011 p. 120)

Entretanto Morozov (2010) e Castells (2007) apontam o outro lado da moeda. Mediante os grandes movimentos sociais através da internet, é possível a construção de uma forte e delicada estrutura de controle e vigilância. Isto reforçaria o poder hegemônico e a desestruturação do contra-poder. É o que Miaille (2004) descreve quando diz a respeito das “raposas livres” que se fazem presente num cenário como o da internet, onde se apregoa a idéia da liberdade de informações, mas que permite também o olhar vigilante, e repleto de intenções. Morozov (2010) chega a ressaltar que governos e extremistas políticos podem usar as novas tecnologias da informação para reprimir liberdades e propagar as suas próprias idéias. Perfis falsos podem ser criados com o intuito de infiltrar-se em redes sociais, monitorando contatos, e gerando novos seguidores. Mais uma vez poder e contra-poder compõem um conjunto de forças, onde as mesmas se constroem, se adaptam, moldam-se e adéquam-se às evoluções. Confirmam-se as relações de poder foucaultianas.

Mas e o setor saúde? Onde se insere nestas discussões do contra-poder que pode ser exercido por cidadãos conscientes e politizados? Neste cenário, pode-se dizer que o campo de discussão acerca da informação é dotado de olhares institucionais e um campo estratégico de lutas. Assim, na saúde, pode-se reproduzir os mesmos conceitos discutidos anteriormente. A saúde como setor desta sociedade de indivíduos carece da mobilização de sujeitos que exerçam a cidadania em prol de um corpo social.

Neste sentido, os principais objetivos são a democratização do acesso a informação pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a construção de uma gestão colegiada

da informação em saúde. O anseio é tornar o Estado mais transparente para a população no que tange às suas próprias informações, sua saúde e suas possibilidades de emancipação. É a democratização da informação por meio do controle social exercido sobre o Estado e sobre as demais esferas gestoras do SUS (MORAES, 2002).

A partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde definiu-se que a informação em saúde é um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 2004). Porém o que se percebe é uma ampliação do olhar do estado, a partir das bases informacionais constituídas. É o que Moraes (2002) destaca como um dos grandes paradoxos vividos pelos gestores (dominadores) de informações que buscam a melhora dos estoques de informações sobre a população, garantindo maior transparência da sociedade para o Estado. Estas bases nacionais de informação estariam iluminando as possibilidades de decisão do Estado sobre o corpo social.

A informação sobre as condições de vida das populações torna-se uma ferramenta estratégica de governo. Cada vez mais, é preciso ampliar o olhar do governo sobre a população: a utopia da transparência máxima da população para o Estado. [...] é necessário conhecer e controlar as necessidades, os movimentos da população, as variáveis que a afetam. População como conjunto quantificável, massa viva suscetível a desvios e crises, fonte de riqueza, força de trabalho, reserva de guerra (MORAES, 2002 p.105).

Corroborando com estas afirmações, Estellita-Lins (2011) entende que o arquivo constitui um dispositivo de dominação importante na biopolítica. Para o autor, saber e arquivo, assim como poder e dispositivo convergem com o intuito de gerir as populações. É a manifestação da governamentalidade, originada da polícia médica, que objetiva a saúde do corpo social.

Percebe-se que, no Brasil, a práxis informacional ainda está distante de valorizar a ampliação do acesso à informação para todos. Este direito ainda é negado ao cidadão brasileiro. Coleta-se um grande volume de dados das famílias atendidas nos variados níveis de atenção a saúde, porém estes dados possuem um fluxo único voltado para o Estado (BRANCO, 2006; MORAES; GONZÁLEZ DE GOMEZ, 2007). Não retornam ao nível local em condições de dar suporte ao processo decisório dos profissionais de saúde, muito menos de permitir que a própria população conheça suas informações e a partir disso se cuide. Neste sentido, a promoção da saúde e a prevenção de doenças têm sua eficácia comprometida em uma coletividade, no mínimo desinformada.

Neste contexto, surgem algumas propostas visando o rompimento desta práxis informacional fragmentada, intencionada e controlada (SILVA; CRUZ; MELO, 2007; MORAES *et al.*, 2009). Estas propostas se inserem no desenvolvimento da gestão colegiada

da informação, por meio de comissões que atuem no âmbito dos conselhos municipais de saúde e ainda na definição de um arcabouço jurídico-legal que garanta a informação em saúde como um direito do cidadão.

Portanto, para o fomento do debate democrático na área da saúde, não basta garantir que os atores tenham acesso às informações. Faz-se necessário, sobretudo, que se possibilite a apropriação, do potencial informativo intrínseco numa determinada mensagem, do seu significado para a luta específica a ser empreendida, de sua pertinência e relevância ao objetivo que se pretende. O que inclui, nas sociedades atuais, o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) nesse processo que ganha centralidade no debate contemporâneo tanto por seu potencial de democratização de saberes quanto por sua magnitude na economia mundial (MORAES *et al.*, 2009).

Dessa maneira, trabalha-se com o entendimento de que ter acesso às informações e às tecnologias da informação é fundamental, mas não suficiente ao enfrentamento das desigualdades em saúde ainda existentes, o que inclui a desigual inclusão digital de segmentos da sociedade brasileira diretamente envolvidas na definição das políticas de saúde: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários participantes dos conselhos de saúde.

## 4 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: INTERFACES COM A SAÚDE

Neste capítulo será abordado o uso de sistemas de informação na área da saúde. Descreveremos o percurso histórico destes sistemas, os tipos de suporte que estes sistemas proporcionam e suas aplicabilidades no campo da saúde. Por fim, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) será abordado. Desta forma, o capítulo é construído a partir dos tópicos: Sistemas de Informação; Sistemas de Informação em Saúde; Sistemas de Informação de Abrangência Nacional: O SIAB em foco.

### 4.1 Sistemas de Informação

A gestão da informação (GI) vem sendo destacada como um grande desafio para as organizações, e por isso, se constitui numa temática que ganhou espaço e relevância na atualidade (SOUZA; DIAS; NASSIF, 2011). Desta forma, a GI, busca envolver os estudos e práticas gerenciais que promovem a sistematização dos processos atrelados aos fenômenos informacionais. Nesta perspectiva, existem alguns elementos que irão possibilitar esta sistematização, são eles: “a gestão dos recursos informacionais e de conteúdos, a gestão de tecnologias da informação e a gestão das pessoas envolvidas” (SOUZA; DIAS; NASSIF, 2011 p. 59). Os autores em destaque sintetizam que os elementos fundamentais para a gestão da informação são as pessoas, as tecnologias da informação e os conteúdos. Estes três elementos devem convergir no intuito da produção de resultados que poderão ser verificados nas práticas e processos gerenciais. Ainda, é importante destacar que o comportamento individual e a cultura organizacional também irão influenciar a maneira como se faz a gestão da informação nas instituições.

A partir desta necessidade da gestão da informação nas organizações de saúde é que as tecnologias da informação, em especial, os sistemas de informação, adquiriram grande importância. No entanto, não podemos esquecer que este processo também acompanhou o discurso do imperativo tecnológico como solução para todos os problemas informacionais. Inicialmente, na década de 1960, na fervilhante era de processamento de dados, a tecnologia da informação era utilizada para automatizar os processos relacionados às transações de dados básicos (TURBAN; RAINER; POTTER, 2005). Isto contribuiu significativamente para uma manipulação mais eficiente dos milhares de dados gerados nas organizações.

Nas décadas de 1970 e 1980, o objetivo primordial das instituições foi transformar os dados em informações palpáveis, utilizando-se de sistemas de informação como suporte neste processo, desde a coleta, passando pelo armazenamento, análise e transmissão de

informações, que seriam o ponto de partida para as decisões nas instituições (REZENDE, 2003). Segundo Oliveira (2011), esses sistemas tornavam a coleta, o armazenamento e a sistematização de dados possíveis para o suporte no processo decisório das instituições. No entanto, eram aplicados apenas no nível gerencial e definidos, segundo o autor supracitado, como sendo um instrumento tecnológico capaz de proporcionar a sustentação para o planejamento administrativo, visando ao alcance das metas traçadas.

A partir da década de 1990, o desafio tem sido criar sistemas capazes de representar e processar o conhecimento, dando respostas às diferentes necessidades de indivíduos, grupos e culturas. Assim os sistemas de informação surgem como instrumentos necessários na tarefa de converter para a forma eletrônica os diferentes tipos de conhecimentos codificados, oferecendo a possibilidade de dependência mínima de papéis e, assim, de redução dos custos associados (O'BRIEN, 2004; SCOTT, 2007). Uma vez digitalizadas, essas informações adquirem a vantagem digital, qual seja, uma tradução universal que poupa recursos, fácil de armazenar, transportar, copiar, medir e manipular (SANTOS, 2003, PEREZ, 2006).

Entretanto, Rodrigues Filho e Ludmer (2005, p.152) abordam o Sistema de Informação (SI) como um campo de estudo que traz em seu arcabouço teórico os componentes básicos da Tecnologia da Informação, a saber: "tecnologia, desenvolvimento, uso e gerenciamento". Destacam ainda a existência de diferentes abordagens da ciência da computação e das ciências sociais sobre este objeto. Estas diferenças filosóficas em tratar o campo de estudo dos sistemas de informação têm proporcionado uma dicotomia onde se verifica a abordagem dos SI como sistema técnico e, de outra forma, como sistema social. Apesar da tradição positivista impregnada nos estudos de SI, as mudanças organizacionais têm provocado a necessidade de repensar a aplicabilidade destes sistemas (MOTTA, 2004; RODRIGUES FILHO; LUDMER, 2005; CARVALHO, 2010). Nesta perspectiva, espera-se que estes sistemas avancem no sentido de instrumentalizar o processo decisório de gestores e sejam capazes de responder às novas demandas do complexo mundo das organizações. Assim, observa-se cada vez mais o desenvolvimento de estudos de SI sob a ótica da teoria social, do comportamento humano, da análise organizacional, das teorias filosóficas da informação e comunicação. Desta forma, reconhece-se o SI além do fenômeno puramente técnico, mas também enquanto fenômeno social.

Ao deparar com os sistemas de informação automatizados, constata-se um exemplo claro do que Barreto (1999) destacou como sendo a passagem da cultura escrito-tipográfica para a cultura eletrônica. Esses sistemas são, portanto, o fruto de uma sociedade eletrônica da informação, que tem proporcionado alterações em diversos contextos da sociedade,

sendo um deles o setor da saúde (NOWINSKI *et. al*, 2007; MARIN, 2010; GUTIERREZ, 2011).

Para Moraes (1994, p.26), “O sistema de informação “ é um pequeno núcleo que assegura a produção de dados necessários para o processo do controle (e decisão)”. Ainda, para Guimarães e Évora (2004, p.6), um sistema de informação pode ser compreendido como “ todo conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários”. Um sistema de informação, para Turban, Rainer e Potter (2005, p.40), “coleta, processa, armazena, analisa e dissemina informações para uma finalidade específica, porém não é necessariamente computadorizado”. Os sistemas de informação baseados em computadores, para os mesmos autores, realizam as mesmas ações que um sistema de informação tradicional, contudo “utiliza a tecnologia da computação para realizar algumas ou todas as suas tarefas planejadas”. Desta maneira, estes sistemas que utilizam o aparato tecnológico possuem alguns componentes específicos, como:

- **Hardware:** conjunto de dispositivos como processador, monitor, teclado e impressora. Juntos, esses dispositivos aceitam dados e informações, processam-nos e os apresentam;
- **Software:** conjunto dos programas que permitem que o hardware processe dados;
- **Banco de dados:** coleção de arquivos relacionados, tabelas, relações e assim por diante, que armazena dados e as associações entre eles;
- **Rede:** um sistema de conexão (com ou sem fio) que permite o compartilhamento de recursos por diferentes computadores;
- **Procedimentos:** conjunto de instruções sobre como combinar os componentes anteriores a fim de processar informações e gerar a saída desejada;
- **Pessoas:** indivíduos que trabalham com o sistema de informação, interagem com ele ou utilizam sua saída;

Todos os itens citados anteriormente constituem o aparato tecnológico que, inter-relacionado, forma uma estrutura utilizada para coletar, armazenar, sistematizar e

disseminar informações de suma importância para os processos de trabalho e tomadas de decisões no cotidiano das instituições (O'BRIEN, 2004; TURBAN; RAINER; POTTER, 2007).

Segundo Turban, Rainer e Potter (2005, p.48-51), os sistemas de informação possuem duas classificações mais comuns: por amplitude de suporte e por níveis organizacionais. O primeiro é representado pelos sistemas de informação funcionais (departamentais), os sistemas de informação corporativos e os sistemas interorganizacionais. Esses sistemas são definidos, segundo os autores supracitados, da seguinte forma:

- **Sistemas de informação funcionais (departamentais):** Estes sistemas são construídos para suprir as necessidades departamentais, onde suas especificidades estão atreladas às necessidades de processamento dos dados que emergem a partir do processo de trabalho nestes departamentos. Como exemplo podem ser citados os sistemas de informação funcionais que são utilizados para a contabilidade, para a gestão de finanças, para o marketing e ainda em recursos humanos.
- **Sistemas de informação corporativos:** São sistemas mais amplos, pois abrangem uma corporação inteira e, desta forma, incluem os sistemas departamentais.
- **Sistemas interorganizacionais:** Estes sistemas possuem a função primordial de conectar duas ou mais organizações. São chamados de *Interorganizational Information Systems (IOS)*. Os IOS dão suporte a muitas operações interorganizacionais, das quais o gerenciamento da cadeia de fornecimento é a mais conhecida. Em tempos de fusões e da busca pela interoperabilidade, este sistema tem sido amplamente discutido e implementado nas organizações.

Em relação aos níveis organizacionais, os sistemas de informação são classificados, segundo Turban, Rainer e Potter (2005, p.48-51), de acordo com a hierarquia empresarial e proporcionam um suporte em cada nível específico, quais sejam:

- **No nível administrativo:** constituído pelos trabalhadores de dados que possuem a função de usar, manipular e disseminar os dados/informações. Neste contexto, verifica-se a presença de contadores, secretárias e outros agentes processadores. O suporte dos sistemas de informação, neste nível, consiste em automatizar as atividades de um escritório, ampliar e facilitar as possibilidades de comunicação. Os softwares utilizados são de gerenciamento de documentos, fluxos de trabalho e mensagens eletrônicas.

- **No nível operacional:** os gerentes operacionais, ou de primeira linha, lidam com as operações do cotidiano da organização, tomando decisões de rotina, como atribuir a funcionários tarefas e registrar o número de horas que eles trabalham, ou fazer uma ordem de compra. As atividades operacionais são estruturadas e de curto prazo por natureza. O suporte dos sistemas de Informação consiste em processar transações que oferecem o principal suporte para os gerentes operacionais. Estes sistemas são chamados de *Transaction Processing System* (TPS). Dão suporte à monitoração, coleta, armazenamento, processamento e disseminação de dados das transações empresariais básicas da organização.
- **No nível de gerência:** neste nível os gerentes tomam decisões específicas e, em geral, desenvolvem atividades como planejamento, organização e controle em curto prazo. O suporte dos Sistemas de Informação está atrelado à necessidade de sintetizarem dados e gerar relatórios destinados às áreas funcionais, como contabilidade e marketing. Estes sistemas também são denominados de Sistemas de informação gerencial da área funcional (SIG).
- **No nível de trabalho do conhecimento:** Aqui estão inseridos os profissionais responsáveis por criarem informações e conhecimento como parte do seu trabalho. Ambos, informação e conhecimento, necessitam ser integrados à empresa. Este é o grande desafio proposto neste nível dentro de uma organização. O suporte dos Sistemas de Informação consiste em amparar os profissionais na busca pela informação e na geração de conhecimento que possa promover a organização. Como exemplos destes sistemas poderiam ser citados os robôs buscadores da Internet, os sistemas especialistas, que dão suporte à interpretação de informações, os sistemas de apoio à decisão e os sistemas de inteligência empresarial para análise de dados voltada para o usuário.
- **No nível estratégico:** Os profissionais inseridos neste nível são aqueles que tomam decisões voltadas para situações que podem mudar significativamente a maneira como os negócios são realizados. É uma extensão do nível de trabalho do conhecimento. Aqui o suporte dos Sistemas de informação visa o apoio à executivos que pode ocorrer por meio dos sistemas de apoio à decisão e os sistemas de inteligência artificial.

Assim, os diversos tipos de sistemas de informação podem atuar em vários níveis dentro de uma organização, porém todos trabalham com a mesma matéria-prima, que se



traduz em uma verdadeira miscelânea de dados, informações, conhecimentos e decisões aplicadas no cotidiano de trabalho dos profissionais. As especificidades destes sistemas, no entanto, não anulam a atuação em outros níveis das instituições, pois se observa cada vez mais a criação de sistemas de informação que possuem a capacidade de informar dentro e fora dos níveis específicos de atuação (ALMEIDA, 2010).

Entretanto, para que os sistemas de informação estejam adequados às evoluções das organizações em meio ao mercado globalizado, espera-se que estas tecnologias favoreçam a integração da comunicação em diferentes locais geográficos. Estamos falando da Interoperabilidade, que é um requisito básico para concretizar a comunicação entre sistemas de informação de diferentes instituições e até mesmo setores diferentes da sociedade (MARIN, 2010). Para a autora, a interoperabilidade ainda é um desafio a ser suplantado nas próximas décadas.

Mas, o problema ainda existe e pode continuar existindo na próxima década. Da forma como foram construídos e, dependendo do modelo utilizado de implantação e distribuição, os sistemas hoje utilizados nos mais diversos países, apresentam desafios enormes para atingirem níveis básicos de integração e interoperabilidade. A interoperabilidade básica se faz mediante troca de padrão de mensagens entre sistemas. A interoperabilidade funcional requer que a informação seja legível aos humanos e descreve uma sintaxe padrão de mensagens entre sistemas. Vale ressaltar ainda a interoperabilidade semântica, onde a informação compartilhada é entendida pelos sistemas, ou seja, os sistemas realizam um acordo formal sobre os conceitos envolvidos nas trocas e pressupõem o uso de vocabulário padronizado nas mensagens. Assim, para que se consiga estabelecer interoperabilidade, é preciso que o usuário esteja convencido do valor proposto pelos padrões e que estes padrões (de registro, comunicação e documentação) sejam implantados e aderidos. (MARIN, 2010 p.22)

No trabalho de Mota (2009) verificam-se algumas estratégias para a interoperabilidade entre sistemas de informação, principalmente no contexto da saúde, são eles: o HL7, o CEN/TC251 e o openEHR.

O HL7 foi criado pela *American National Standards Institute* e teve como objetivo a padronização da informação clínica, financeira e administrativa. O HL7 é um padrão proprietário, desenvolvido através de uma organização sem fins lucrativos denominada *Health Level Seven*, por isso a sigla HL7.

O Comitê Técnico Europeu CEN/TC251 constitui-se de grupos de trabalho responsáveis pela normalização da área de saúde na Europa. Desta forma são elaborados padrões de informação para o Registro Eletrônico de Saúde - (RES), onde se estabelece os princípios para representar o conteúdo e a estrutura dos registros de saúde. Ainda, neste comitê, se define a forma de representação de conceitos, termos, regras e mecanismos para compartilhar e trocar informações.

Em relação ao OpenEHR, é uma fundação que tem por função desenvolver especificações de forma aberta de modo a representar os registros eletrônicos em saúde. Assim, o OpenEHR fornece modelos de informação e de serviços para registros eletrônicos em saúde, *workflow* de informações clínicas, demográficas e *archetypes* que são utilizados para modelar conceitos clínicos. Além disso, o OpenEHR fornece exemplos de implementação com código aberto para facilitar o entendimento e uso do padrão proposto. No Brasil, verificam-se também algumas estratégias para a interoperabilidade por meio da padronização, são elas: a Padronização de Registros Clínicos (PRC); o desenvolvimento do Sistema Cartão Nacional de Saúde; e um padrão para a Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS).

Quando se observa a interoperabilidade de informações na área da economia, o Brasil parece estar alcançando êxito (SAYÃO, 2000). Para o autor, isto se deve ao fato de que, neste setor da sociedade, a informação está estritamente vinculada às possibilidades de lucro, o que desencadeia avanços nos sistemas de informação no sentido de aprimorá-lo para garantir maior aproximação ao alcance de metas e resultados. Estes, certamente, contribuirão para o alcance do lucro.

Em um estudo de avaliação do sistema de informação nacional das urnas eletrônicas utilizadas no processo eleitoral brasileiro, constatou-se também grande avanço. No documento conclui-se que “o sistema eletrônico de votação implantado no Brasil a partir de 1996 é um sistema robusto, seguro e confiável atendendo a todos os requisitos do sistema eleitoral brasileiro” (TOZZI *et al.*, 2002 p.45). Nesta avaliação foram considerados os grandes desafios existentes em um processo eleitoral como o do Brasil, onde se verificam: eleições simultâneas para diversos tipos e números de cargos majoritários e proporcionais; votação nominal e por partido, tanto para cargos majoritários como para cargos proporcionais; elevado número de partidos e candidatos; cobertura de vasto território nacional com regionalismos típicos e dificuldades como acesso, infra-estrutura básica e densidade populacional; elevado número de eleitores e com diferentes graus de formação. Parece que neste caso, estes desafios não conseguiram paralisar o desenvolvimento e avanço de um sistema de informação. Tradicionalmente, alguns destes desafios são verdadeiras barreiras para o sucesso de vários outros sistemas de informação em vários setores neste país, principalmente o setor da saúde. Se para Sayão (2000) sistemas de informação relacionados ao lucro conseguem amplo sucesso, talvez os sistemas de informação ligados à processos políticos também alcancem este mesmo patamar. Principalmente se estiverem ligados aos interesses dos grandes partidos políticos brasileiros. Ainda, nesta mesma avaliação, aponta-se para o fato de que o desenvolvimento e a implantação do sistema de informação das eleições brasileiras demandaram alto

investimento em equipamentos, infra-estrutura e treinamento de técnicos, mesários e eleitores.

#### 4.2 Sistemas de Informação em Saúde

No contexto das instituições de saúde, inicialmente, os sistemas de informação eram utilizados para gerenciar e apoiar a contabilização das folhas de pagamentos, o controle de inventários e o desenvolvimento da estatística médica. Em 1960, conforme citado por Ball e Hannah (1984), os administradores hospitalares reconheceram a possibilidade de automatizar as ações de saúde, pois houve uma sofisticação dos equipamentos de informática e ainda surgiu, nos fabricantes, um despertar para o desenvolvimento destes equipamentos destinados à área hospitalar, inicialmente, e posteriormente às demais instituições de saúde como clínicas, ambulatórios e unidades básicas de saúde. Porém, esta euforia dos administradores precisou aguardar a transformação dos *hardwares* e *softwares* que apresentaram ao mundo os computadores pessoais na década de 1970 (BALL *et al.*, 1988). Assim, somente após esta migração dos computadores de grande porte para os microcomputadores, foi possível o direcionamento da informatização das instituições de saúde por meio dos sistemas de informação em saúde, com grande concentração nos Estados Unidos (SANTOS, 2003).

No Brasil, segundo Santos (2003) a informatização do setor da saúde começou tardiamente e acompanhou inicialmente o mesmo modelo empresarial, em que os sistemas de informação eram instalados com o objetivo de controlar a área financeira e administrativa de uma instituição. Neste modelo, o foco principal ainda era a informatização das atividades administrativas. À medida que os custos relacionados à computação reduziam, outros sistemas foram desenvolvidos, tais como os sistemas de informação voltados para a assistência aos pacientes. E assim foram definidos como “Sistema Clínico de Informação Computadorizada”, que foi considerado por Axford e Carter (1996, p.156) como sendo:

Um amplo banco de dados com informações diversas do paciente usado por médicos e enfermeiros e outros profissionais da área da saúde. Outras denominações são sistema informatizado para prestação de cuidados, sistema médico informatizado, sistema de gerenciamento de cuidados.

Atualmente, os sistemas de informação em saúde têm sido criados com o objetivo de instrumentalizar a gerência e a assistência aos pacientes, pressupondo o suporte ao cuidado de qualidade e a promoção de informações fidedignas que possam fundamentar as

decisões dos gestores e do corpo assistencial (SCOTT, 2007; CAVALCANTE, 2008). Desta forma, podem assim serem definidos como:

[...] um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações em saúde. Assim, os sistemas de informação em saúde congregam um conjunto de dados, informações e conhecimentos utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (MARIN, 2010 p.25).

A evolução dos sistemas de informação tem crescido cada vez mais, passando pelos Sistemas de Apoio Inteligentes (SAIs), os Sistemas baseados em computação móvel e os Sistemas baseados na WEB (NOWINSKI *et. al*, 2007; CURTIS *et. al*, 2008; GUTIERREZ, 2011).

Pode-se dizer que o setor saúde, acompanhou, tardiamente o processo de informatização por meio do desenvolvimento desses sistemas de informação capazes de descrever as situações que caracterizam o processo de saúde/doença e, ainda, o diagnóstico situacional das diversas instituições ligadas à área, compondo assim o processo de tomada de decisões em saúde. Desta forma, seriam as funções dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS):

O planejamento, a coordenação e supervisão no âmbito do Ministério da Saúde, dos processos de seleção, coleta ou aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações, bem como das atividades de processamento eletrônico de dados, que sejam pertinentes às atividades do sistema nacional de saúde. O SIS deve, ainda cooperar com as diferentes estruturas do sistema de saúde na análise de seus programas e projetos e na seleção dos indicadores apropriados para os processos de programação, operação e decisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982 p.6).

É nessa perspectiva que, para Branco (1995), as autoridades de saúde locais têm buscado não apenas o reconhecimento de dados gerados pelos serviços, como também informações fidedignas que possam direcionar todo o planejamento e planos de intervenção sobre a população e no trabalho em saúde.

Setores da sociedade, como o da saúde, são potentes produtores de informações relacionadas aos pacientes e à gestão (BAKKER, 2007). Portanto, gerenciar esse complexo setor constitui uma tarefa árdua. É o que Guimarães (2004) destaca, quando argumenta que a gerência de uma instituição de saúde precisa ser norteada por decisões que envolvam todos os fatores relacionados ao atendimento ao paciente. Assim, o cuidado ao ser humano, que é a retórica dos profissionais na área da saúde, precisa ser o centro de uma gestão eficiente (DEMIRIS *et. al*, 2008). Essa premissa, sem dúvida, desencadeia a busca por

instrumentos que possam auxiliar no processo de trabalho neste setor da sociedade, carente de tecnologias da informação que possam otimizar os processos de trabalho (CAVALCANTE *et al.*, 2009). Segundo Motta (2004, p.97) a grande revolução na gerência contemporânea provém das novas formas de tratar a informação, sendo a “aparelhagem eletrônica moderna” fundamental para a integração dos meios de comunicação, armazenagem, ordenação e processamento de dados, alterando a vida administrativa para melhorar a capacidade de uso de informação para decisão.

Assim, os sistemas de informação em saúde têm se configurado como instrumentos desta “aparelhagem eletrônica” que podem proporcionar muitas contribuições ao setor. Nesta perspectiva, estes sistemas têm apoiado a organização administrativa e clínica das consultas, a coleta de dados, o armazenamento, o processamento das informações dos pacientes, o auxílio ao diagnóstico, a prescrição dos medicamentos e cuidados adequados a cada situação em que o paciente está acometido (CAVALCANTE, 2008; MARIN, 2010). Estes sistemas estão sendo inseridos em diversos setores, tais como: clínica médica, pronto-socorro, bloco cirúrgico, centro de tratamento intensivo, em centros de atenção básica à saúde e vários outros, podendo as informações estarem organizadas no prontuário eletrônico do paciente. (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003; MARIN, 2010).

Existem no mercado vários sistemas que propiciam a informatização do trabalho em saúde, que depois de implantados, trazem uma série de mudanças no processo de trabalho. Essas alterações, entretanto, refletem sobre os profissionais, sobre a instituição e certamente sobre a assistência atribuída ao paciente (NOWINSKI *et. al.*, 2007; CAVALCANTE *et al.*, 2009). Segundo Heecks (2006), o principal objetivo de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) é apoiar e provocar mudanças na organização para melhorar o funcionamento dos processos de trabalho e o cuidado da saúde. Então, deve haver algum grau de mudança que um SIS possa introduzir. Por outro lado, para o mesmo autor, se um sistema de informação de saúde tenta mudar muito os processos de uma organização, poderá trazer algum risco de fracasso.

Assim, Heecks (2006) propõe “O modelo de abertura do planejamento da realidade”, que pode ser usado como uma ferramenta de avaliação de risco para os gerentes individuais e os consultores que trabalham nos projetos de SIS. Este modelo destaca as sete dimensões de relevância nas aberturas do planejamento da realidade, quais sejam as informações – lojas de dados, fluxos de dados - ; a tecnologia – hardware e software –; os processos – as atividades de usuários e outros – ; os objetivos e valores – a dimensão fundamental pela qual os fatores como cultura e política são manifestados –; a equipe e habilidades – ambos os aspectos quantitativos e qualitativos de competências –; os sistemas de administração e estruturas; e outros recursos – particularmente tempo e

dinheiro. Desta forma, utilizando o modelo em destaque, podem-se minimizar os riscos de fracassos dos sistemas de informação em saúde (HEECKS, 2006).

A implantação dos sistemas de informação tem proporcionado desafios para serem vencidos neste novo contexto da informação eletrônica. É o que Aguila e Valenzuela (2005, p.2) relatam: “A incorporação dos computadores ao trabalho diário não tem sido fácil, devido à resistência inicial das equipes à mudança, é o que tem ocorrido significativamente na atualidade”.

Para Marin (2005), o desconhecimento da tecnologia como um instrumento de trabalho pode ser considerado um fator primordial para o desencadeamento da resistência entre os profissionais de saúde. Para a autora, a informatização das instituições de saúde em nosso país é algo recente e os profissionais ainda não estão aptos a trabalharem com este tipo de tecnologia. Ainda destaca que os currículos escolares estão desatualizados no que diz respeito à inclusão do ensino de informática. Perez (2006) endossa as palavras de Marin (2005) ao afirmar que o atraso na inclusão da informática avançada na saúde faz com que os profissionais tomem atitudes negativas em relação ao uso dos computadores, por isso eles precisam de algum tipo de suporte durante a utilização de um Sistema de Informação no cotidiano de trabalho.

Ainda há uma série de outros desafios a serem vencidos e situações para discutir quando da implantação de um sistema de informação em saúde. Segundo o documento Política Nacional de Informação e Informática em Saúde há uma grande necessidade de integrar os sistemas de informação, de diminuir ou extinguir o re-trabalho, caracterizado pela digitação após a coleta de dados em fichas escritas, de definir a infra-estrutura e aquisição de tecnologias; e até mesmo o temor da exposição das condutas clínicas no prontuário eletrônico (BRASIL, 2004).

Outro fator a ser analisado, segundo Guimarães (2004), é a segurança dos dados. Os sistemas devem permitir o acesso de um usuário somente aos módulos relacionados ao seu perfil cadastrado. Portanto, é imprescindível que as informações disponíveis aos usuários sejam apenas aquelas relativas às suas necessidades de trabalho. Essa situação é facilmente constatada nos sistemas de informação, como, por exemplo, nos prontuários eletrônicos, onde o registro e o acesso às informações devem obedecer às normas para registro da assistência prestada ao paciente, ditada pelos ordenamentos básicos da instituição e pelas normas e diretrizes que regulamentam o exercício profissional (SBIS, 2007).

Além da segurança dos dados, Guimarães (2004) identifica outro obstáculo a ser solucionado; diz respeito à identificação das demandas e necessidades de informação pelos profissionais, que, muitas vezes, deparam com um grande volume de informações e vários

módulos habilitados no sistema. Com isso, não conseguem encontrar a informação que precisam e por fim não decidem sobre os processos relacionados às demandas do trabalho, ou seja, o sistema acaba não respondendo às reais necessidades dos profissionais. Talvez, esse fato possa ser explicado pela forma como os sistemas têm sido construídos nas organizações, geralmente, por profissionais da informação alheios ou desvinculados do cotidiano de trabalho dos profissionais (MARIN, 2005). Sendo assim, estes profissionais da informação acabam desenvolvendo sistemas repletos de ferramentas inaplicáveis às necessidades e demandas.

Todo esse cenário descrito, cada vez mais real nas instituições de saúde, é uma faceta do que se pode chamar de “sociedade da informação”, que é definida por Legey e Albagli (2000, p.1) como:

[...] um modo de desenvolvimento social e econômico, em que a aquisição, armazenamento, processamento, valorização, transmissão, distribuição e disseminação de informação desempenham um papel central na atividade econômica, na geração de novos conhecimentos, na criação de riqueza, na definição da qualidade de vida e satisfação das necessidades dos cidadãos e das suas práticas culturais.

É nessa sociedade que se percebem as alterações proporcionadas pelas novas tecnologias da informação e das comunicações, pois essas tecnologias têm o potencial de produzir impactos no trabalho, na educação, na ciência, na saúde, no lazer, nos transportes e no ambiente do convívio social (ANDERSON, 2007; MARIN, 2010; GUTIERREZ, 2011).

Além dos desafios apontados até aqui sobre o uso de sistemas de informação em saúde, verifica-se que estes sistemas têm acompanhado o modelo tradicional de gerir a informação numa perspectiva “médico-hospitalocêntrica”, onde a doença é o centro do processo informacional. Este é o outro grande desafio a ser vencido, principalmente se pensarmos na necessidade de que os sistemas de informação estejam adequados ao modelo de saúde brasileiro, no qual predomina a prevenção e a promoção da saúde. Para Marin (2010) este modelo de desenvolvimento de sistemas focados nas informações provenientes da doença é algo predominante em todo o mundo.

[...] pode-se dizer que a predominância, na maioria dos países, é de um sistema fragmentado, com ênfase nas super-especialidades e no tratamento de doenças, tendo o hospital como centro principal de atendimento, com alto custo e baixa qualidade. Neste cenário, a solução informatizada que predomina são os sistemas departamentais, ou seja, sistema de farmácia, sistema de admissão, transferência e alta hospitalar, sistema de centro cirúrgico, sistema de prescrição médica, dentre outros. Tais sistemas nem sempre apresentam características de integração e interoperabilidade (MARIN, 2010 p.21).

Pode-se dizer que na saúde, os sistemas de informação predominantes ainda são desenvolvidos e funcionam numa perspectiva de sanar as necessidades de dados provenientes dos setores hospitalares que funciona como uma grande organização. Entretanto, as necessidades de um paciente/usuário não estão atreladas apenas a uma abordagem hospitalar. Sabe-se que este paciente pode e deve caminhar por uma rede de assistência a saúde, tendo como porta de entrada a atenção primária (MENDES, 2011). É neste contexto que está o grande desafio de inserir tecnologias que possam proporcionar a gestão da informação visando melhorias nos processos de acompanhamento das famílias atendidas.

### **4.3 Sistemas de Informação de Abrangência Nacional: O SIAB em foco**

Alguns dos principais sistemas de informações de saúde de abrangência nacional foram criados entre meados da década de 70 e princípio dos anos 80. Antes deste período alguns esforços isolados demonstravam a situação das estatísticas brasileiras acerca da mortalidade. Assim, as primeiras informações nacionais divulgadas foram referentes aos óbitos em capitais brasileiras (BRASIL, 2009). Porém, neste período, as várias instâncias de controle da informação no país promoveram o desenvolvimento de vários bancos de dados, mas fragmentados e incomunicáveis. Construía-se, então, a práxis informacional que perduraria até os dias atuais.

O primeiro sistema de informação em saúde de abrangência nacional foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) que fora criado, em 1984, como fonte complementar ao sistema de informações para a vigilância epidemiológica. O desenvolvimento do SIM trouxe um grande avanço na forma de pensar os sistemas de informação em nosso país, pois foi necessário estabelecer mecanismos padronizados de coleta, a partir da declaração de óbito (DO). A partir deste instrumento de coleta, foi possível efetuar o tão almejado processamento de dados para a produção de indicadores sobre as mortes que ocorriam no país.

A partir da criação do SIM, vários outros sistemas de abrangência nacional foram desenvolvidos, tais como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dentre outros. Estes sistemas, no decorrer da história, ficaram sob a responsabilidade do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), criado em 1991 com o objetivo de gerenciar todo o processo de



disseminação das informações em saúde para as esferas municipal, estadual e federal (BRANCO, 2006; BRASIL, 2009).

Acompanhando a práxis informacional nacional de privilegiar a esfera federal de controle, o processo de produção e disseminação de informações, teve-se, num primeiro momento, em atender aos gestores dos sistemas (BRANCO, 2006). E somente depois, é que os gestores do DATASUS voltaram suas atividades de disseminação da informação para a esfera estadual e municipal. E mesmo assim, com dados secundários de difícil manipulação. Apesar do processo de municipalização e descentralização da gestão da saúde, no SUS, percebe-se que a disseminação da informação ainda seguiu um modelo centralizador, onde a rede municipal dispõe de seus dados para a esfera federal, porém estes dados não retornam ou o fazem de forma incipiente prejudicando os processos de gestão local (MORAES, 2002; BRANCO, 2006).

A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este programa foi criado com o objetivo de desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde das famílias, e ainda contribuir para as ações assistenciais em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Neste contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) juntamente com os demais profissionais das equipes do PSF coletavam, armazenavam e produziam dados referentes às famílias atendidas, no território, bem como toda a produção desenvolvida nas atividades contempladas pelo programa. Assim, fez-se necessário o desenvolvimento de um sistema capaz de auxiliar na gestão das informações produzidas pelas equipes de saúde da família em todo o território brasileiro.

Um trabalho do porte que é feito no Programa de Saúde da Família tem gerado uma quantidade significativa de dados, com o crescimento do número de equipes, e conseqüentemente do número de famílias acompanhadas, o material recolhido e arquivado manualmente já se demonstrava insuficiente para o aproveitamento dos dados coletados (BRASIL, 2003 p.5)

Desta forma, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde, solicitou ao DATASUS o desenvolvimento de um sistema que suprisse esta demanda da explosão de dados gerados pela assistência e acompanhamento das famílias. Então, em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado com o objetivo de auxiliar o acompanhamento e a avaliação das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família, armazenando e processando os dados das famílias acompanhadas, bem como dos procedimentos realizados nas unidades de saúde e nos domicílios (SILVA; LAPREGA, 2005). Atualmente o SIAB é utilizado como

sistema de informação dos vários modelos que coexistem na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e outros.

O SIAB é um sistema de informação territorializado. Esta característica permite a coleta de dados de populações bem delimitadas, podendo produzir indicadores populacionais relacionados às áreas de abrangência onde os profissionais de saúde atuam (BRASIL, 2006). A territorialização permite a identificação dos problemas relacionados à população vinculada àquela área de abrangência, bem como as suas micro-áreas relacionadas. Com isso, esperam-se monitorar as desigualdades, os riscos ambientais, os fatores sócio-econômicos incidentes sobre a população, contribuindo para a avaliação das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e reabilitação.

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada e acompanhada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados (BRASIL, 2003). O sistema é composto por um “*software*”, por fichas (A, B, C, D) e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4). A ficha A é a ficha de cadastro familiar que contém dados sócio-econômicos, algumas doenças referidas, tipo de moradia das famílias e seus indivíduos. As fichas B são utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o acompanhamento domiciliar de grupos prioritários, como: hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos e tuberculosos. A ficha C possibilita o acompanhamento das condições de saúde e atendimento médico de crianças menores de dois anos. A ficha D é utilizada por toda a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) para o registro das produções, ou seja, as atividades diárias (consultas médicas e de enfermagem, solicitação de exames complementares, encaminhamentos), e ainda a notificação de algumas doenças. Os relatórios citados constituem o consolidado dos dados presentes nas fichas de cadastro e acompanhamento, são eles: o relatório SSA2 – consolidado dos dados das fichas A, B, C e D; o relatório SSA4 – consolidado dos dados contidos nos relatórios SSA2 de um município; o relatório PMA2 – consolidado das fichas D; o relatório PMA4 – consolidado dos relatórios PMA2 do município; os relatórios A1 ao A4 – consolidado dos dados presentes nas diversas fichas A. Com o intuito de sintetizar os instrumentos de coleta e de consolidação dos dados do SIAB, o quadro 2, destaca estes instrumentos.

QUADRO 2  
Instrumentos de coleta e de consolidação dos dados do SIAB

Instrumentos de coleta de dados		Instrumentos de consolidação dos dados	
<b>Ficha A;</b>	cadastro das famílias	<b>Relatório A1</b>	relatório de consolidado anual das famílias cadastradas na microárea
<b>Ficha B-GES;</b>	acompanhamento de gestantes	<b>Relatório A2</b>	relatório de consolidado anual das famílias cadastradas na área
<b>Ficha B-HA;</b>	acompanhamento de hipertensos	<b>Relatório A3</b>	relatório de consolidado anual das famílias cadastradas no segmento
<b>Ficha B-DIA;</b>	acompanhamento de diabéticos	<b>Relatório A4</b>	relatório de consolidado anual das famílias cadastradas no município
<b>Ficha B-TB;</b>	acompanhamento de pacientes com tuberculose	<b>Relatório SSA2</b>	relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias na área
<b>Ficha B-HAN;</b>	acompanhamento de pacientes com hanseníase	<b>Relatório SSA4</b>	relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias no município
<b>Ficha C</b>	acompanhamento de crianças	<b>Relatório PMA2</b>	relatório de produção e marcadores para avaliação – área
<b>Ficha D.</b>	registro de atividades, procedimentos e notificações	<b>Relatório PMA4</b>	relatório de produção e marcadores para avaliação – município

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011.

O SIAB, no entanto, pode ser utilizado pelos gestores e profissionais dos diversos modelos de atenção à saúde existentes no país. Segundo Brasil (2003, p.6) o modelo de atenção “é o resultado da combinação de tecnologias empregadas para assistência à saúde de uma dada população”. Os gestores responsáveis pelo município deverão identificar o modelo de atenção à saúde para detectarem as fichas corretas de coleta dos dados do SIAB a serem utilizadas, bem como os relatórios de consolidação. Os modelos de atenção à saúde geradores de dados a serem disponibilizados no SIAB são: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF) ou Outro (qualquer modalidade de atenção básica diferente do modelo do PACS e do PSF, podendo ser por demanda espontânea, oferta programática, dentre outros). O quadro 3 apresenta os instrumentos de coleta e consolidação de dados do SIAB utilizados nos vários modelos de atenção a saúde.

### QUADRO 3

Instrumentos de coleta de dados do SIAB utilizados nos vários modelos de atenção a saúde

Instrumentos	Modelo de Atenção					
	PACS		PSF		OUTROS	
	manual	informatizado	manual	informatizado	manual	informatizado
A	preenche	preenche	preenche	preenche	opcional	opcional
A1	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
A2	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
A3	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
A4	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	opcional	opcional
B-GES	preenche	preenche	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-HA	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-DIA	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-TB	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
B-HAN	opcional	opcional	preenche	preenche	não preenche	não preenche
C	preenche	preenche	preenche	preenche	não preenche	não preenche
D	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche
SSA-2	preenche	preenche	preenche	preenche	não preenche	não preenche
SSA-4	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	não preenche	não preenche
PMA-2	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche	preenche
PMA-4	Preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado	preenche	relatório informatizado

Fonte: Manual do SIAB (BRASIL, 2003 p.9)

A coleta e consolidação dos dados do SIAB geram um fluxo de informações partindo do domicílio das famílias cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), passando pelos demais profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) até o Ministério da Saúde (MS). O fluxo das informações do SIAB com a descrição das atividades do seu processo vem sendo descrito por alguns autores. Isto tem contribuído para o entendimento da coleta dos dados pelos ACS, bem como o armazenamento e disseminação dos dados (FRANÇA, 2001; THAINES *et al.*, 2009; MOTA, 2009). As figuras 1, 2 e 3 demonstram os respectivos fluxos de informações do SIAB.

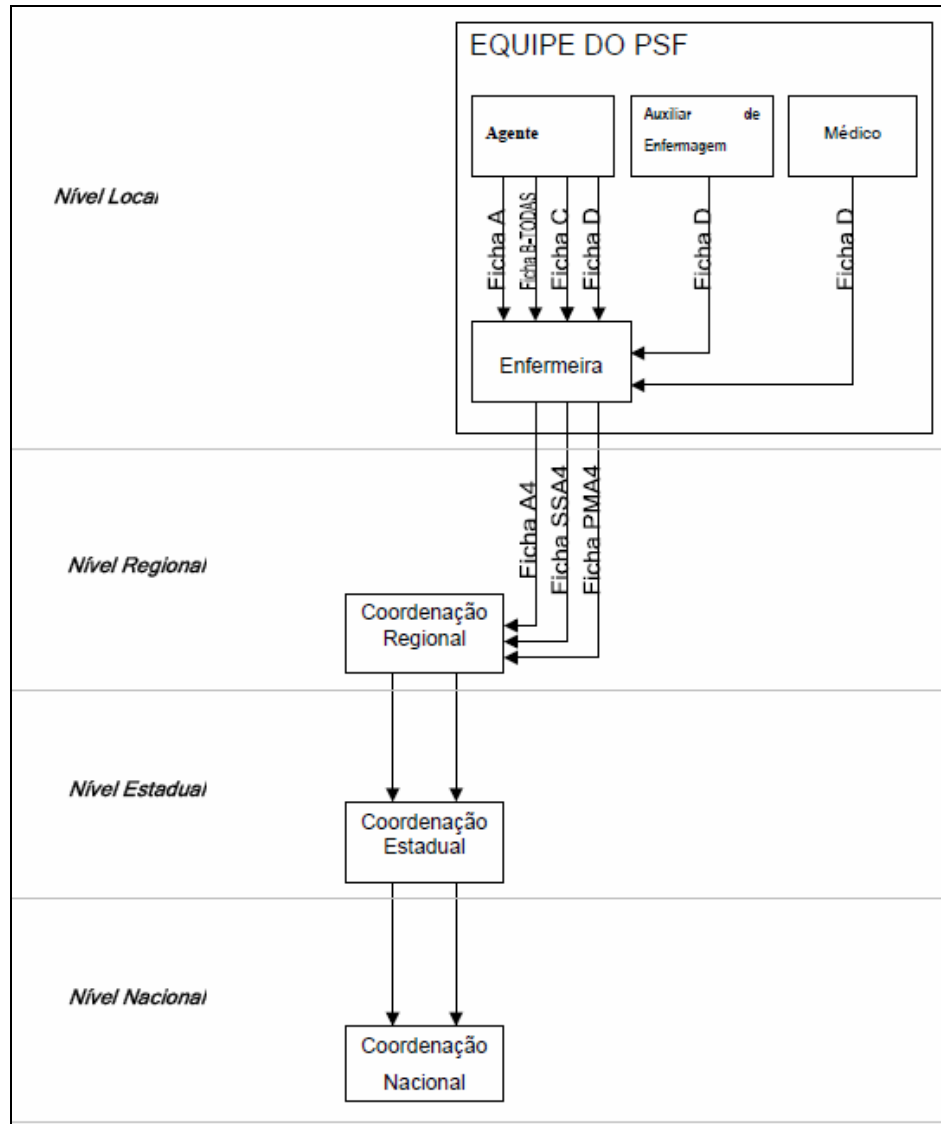


FIGURA 1 - Fluxograma de dados do SIAB

Fonte: França (2001)

Na figura 1 em destaque, os dados coletados, no nível local, pelos profissionais ACS, auxiliar de enfermagem e médico são destinados à análise da enfermeira que se responsabiliza por consolidar estes dados e encaminhá-los à coordenação regional. Nesta instância os dados devem ser analisados para serem encaminhados à coordenação estadual e posteriormente à coordenação nacional. Este fluxograma de dados do SIAB, assim descrito por França (2001) revela uma unidirecionalidade do fluxo de dados deste sistema centrado, principalmente, no nível nacional. Este seria o maior nível de consolidação e análise dos dados. O fluxograma também revela que não há uma via de retorno dos dados partindo do nível nacional para os níveis anteriores (estadual, regional e local). Percebe-se aqui um caráter de centralização dos dados do SIAB no ministério da

saúde, sem uma descrição efetiva do retorno destes dados para o primeiro nível de coleta, exatamente a equipe do PSF.

Em outro estudo, o fluxo de informações do SIAB também foi descrito, conforme destacado na figura 2 (MOTA, 2009). Surgem nesta descrição outros elementos importantes, tais como a família, a necessidade da digitação dos dados na secretaria municipal de saúde, a produção de indicadores, a possibilidade de planejar ações e intervenções, bem como a possibilidade de avaliação assistência prestada.

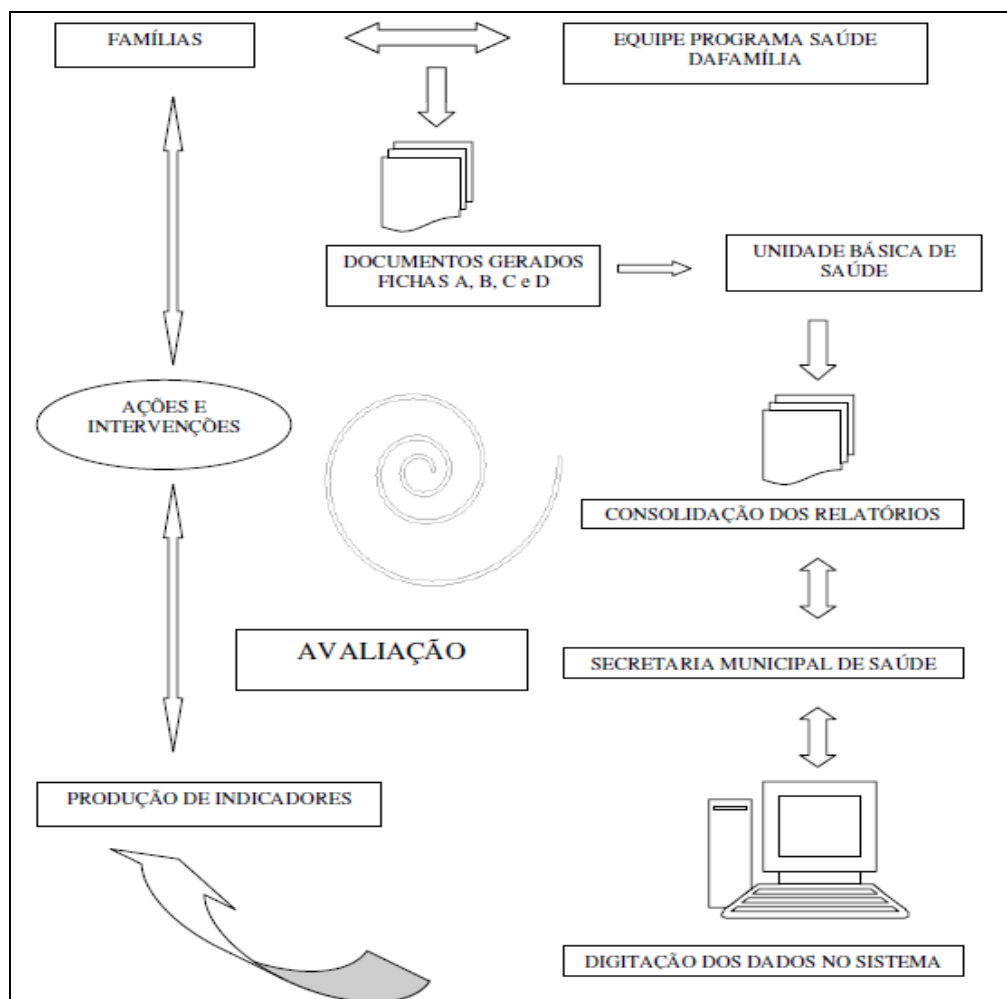


FIGURA 2 - Fluxo da informação do SIAB

Fonte: Mota (2009)

O que se percebe do fluxo das informações do SIAB na figura 2 é que as famílias acompanhadas nas áreas de abrangência fornecem os dados à equipe de profissionais do PSF. Estes dados são coletados a partir de fichas que serão arquivadas na própria unidade básica de saúde. Os profissionais de saúde, então, fazem o consolidado através dos relatórios específicos e encaminham para digitação no software do SIAB, na Secretaria

Municipal de Saúde. Após a digitação dos dados coletados das famílias, procede-se à avaliação destes dados com o intuito de produzir indicadores que demonstrem a realidade loco - regional sob responsabilidade das equipes de saúde da família. A partir destes indicadores, espera-se que a secretaria municipal de saúde, juntamente com os profissionais das equipes de saúde da família, desenvolva as melhores práticas de intervenção sobre a população assistida, bem como estabeleça a avaliação dos serviços prestados à comunidade.

Na figura 3, verifica-se outro mapeamento do fluxo de informações do SIAB. No entanto este fluxo é construído atrelado ao fluxo de um outro sistema de informação utilizado também pelas equipes de saúde da família, o SISHIPERDIA. Este é um sistema que tem como objetivo cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* captados e vinculados às unidades de saúde no SUS (DATASUS, 2010). Coexistem aqui dois sistemas de informação, apesar de existir no SIAB instrumentos de coleta e consolidação dos dados de pacientes hipertensos e diabéticos. Para Thaines *et al.* (2009) os bancos de dados do SIAB e do SIS/HIPERDIA são distintos e não se cruzam, apesar de tratarem dos mesmos dados produzidos no mesmo espaço. Os autores ainda constataam que o número de hipertensos e diabéticos cadastrados nos dois sistemas diverge entre si demonstrando a presença de inconsistência dos dados.

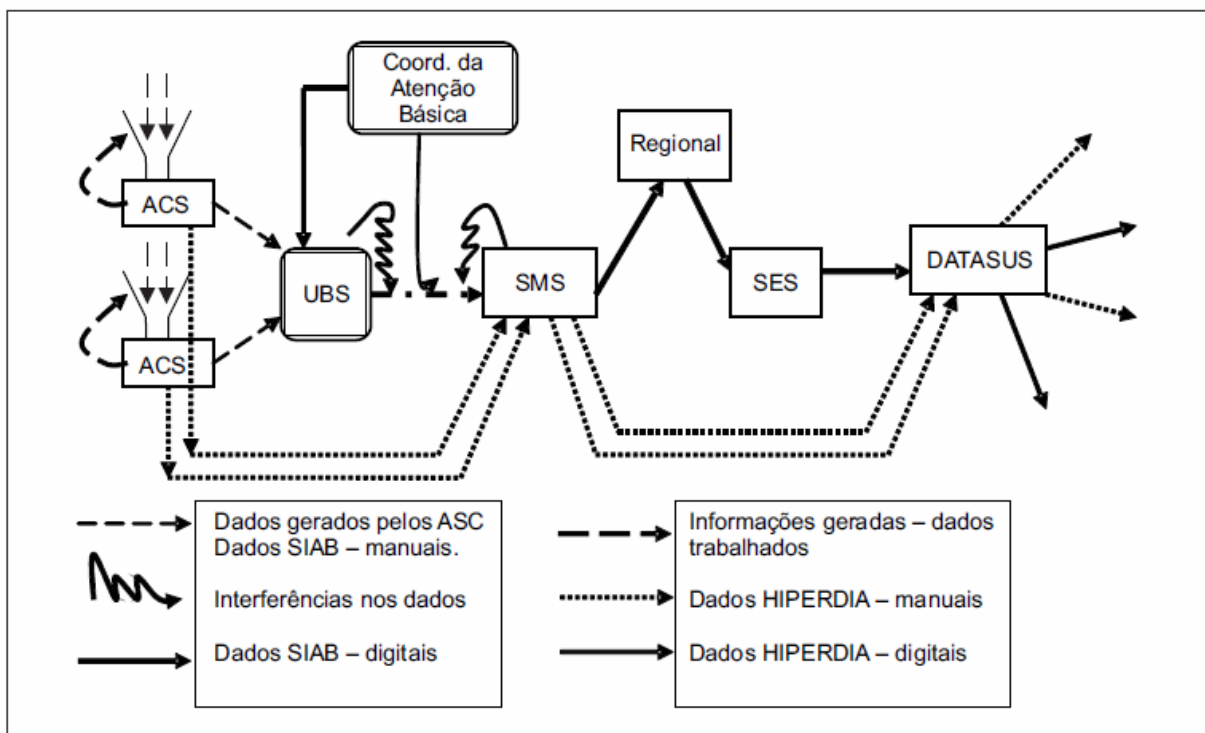


FIGURA 3 - Fluxo de informações do SIAB e HIPERDIA

Fonte: THAINES *et. al* ( 2009)

Neste fluxo, representado na figura 3, é destacado também as interferências que os dados sofrem dos profissionais de saúde, bem como da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Esta interferência, segundo os autores, dá-se pela necessidade dos profissionais em acompanhar a dinâmica da comunidade que não pode ser captada pelos números reconhecidos pelo sistema de informação. Entretanto, os autores apontam que as interferências nos dados são realizadas de forma não sistemática o que pode levar a alterações indiscriminadas dos dados produzidos nas unidades básicas de saúde, principalmente pelo fato da existência da “cobrança” da geração de relatórios e o alcance de metas estipuladas (THAINES *et. al*, 2009).

Outro aspecto importante apresentado na figura 3 é que a SMS envia os dados digitais para uma instância regional, que envia para Secretaria Estadual de Saúde (SES), posteriormente estes dados digitais são enviados ao DATASUS. A partir daí ocorre a disseminação dos dados secundários que são disponibilizados no site do DATASUS para o acesso de profissionais, gestores e comunidade. Porém são disponibilizados apenas os dados secundários do município.

Em relação à utilização do SIAB pelos profissionais de saúde e gestores, em vários estudos nacionais, destaca-se a subutilização deste sistema para o planejamento local das ações de saúde (BARBOSA, 2006; MACOLINO, 2008; FERREIRA, SCHIMITH e CACERES, 2010). O SIAB até possui potencialidades reconhecidas pelos sujeitos que o utilizam, entretanto a coleta de seus dados, bem como o seu fluxo seguem uma lógica de centralização das informações nos níveis centrais de governo. Então a práxis informacional hegemônica que delinea a utilização do SIAB tem sido pautada pela necessidade da coleta e envio de dados às instâncias superiores. As análises de seus dados que poderiam gerar informações para o planejamento local não são realizadas de forma sistemática. Alguns estudos demonstram que a subutilização do SIAB para o planejamento local está ligada ao desconhecimento dos instrumentos de coleta; ao processo de trabalho focado no atendimento à demanda espontânea; ao desconhecimento dos profissionais em como utilizar os dados do SIAB para tomar decisões e à necessidade de alimentar o SIAB visando apenas o alcance das metas pré-estabelecidas pelas instâncias gestoras (FREITAS; PINTO, 2005; BERGO, 2006; MARCOLINO, 2008).

Além das fragilidades apontadas anteriormente em relação ao SIAB, outras dificuldades também já foram detectadas em alguns estudos. Essas dificuldades perpetuam no sistema uma prática de gestão de dados, que, de forma não sistematizada perde sua potencialidade de consubstanciar informações para o planejamento local.



. Uma dificuldade relacionada ao SIAB refere-se ao fato de que os dados coletados nas equipes de saúde da família, quando enviados ao Ministério da Saúde, não retornam às equipes (FRANÇA, 2001; GONÇALVES, 2001; PORTUGAL, 2003). Isto retrata o caráter centralizador que está imbricado na práxis informacional deste sistema, onde a lógica hegemônica é a do direito do Estado em receber informações, sem, no entanto, exercer o dever de informar os cidadãos. Outra dificuldade verificada na literatura é o fato de que a tarefa de alimentar as fichas do SIAB, bem como a necessidade de analisá-las, não é valorizada pelos profissionais das equipes de saúde da família (FREITAS; PINTO, 2005). Estes profissionais reconhecem este trabalho como uma tarefa burocrática que não deve ser privilegiada em detrimento das atividades rotineiras e prioritárias do cotidiano de trabalho. Também alegam que não estão aptos à realizar esta difícil tarefa de gerenciar a informação visando a tomada de decisões, deixando esta função apenas aos níveis superiores de gestão. A falta de capacitação para o manuseio das fichas do SIAB, bem como de seus dados também é outra dificuldade muito frequente nos estudos sobre este sistema (MARCOLINO, 2008; FERREIRA, SHIMITH e CACERES, 2010). Exatamente, pelo fato desta capacitação ser incipiente, estes estudos, apontam para a má qualidade dos dados do SIAB. Os profissionais, principalmente o ACS, não compreendem as variáveis presentes nas fichas e não entendem a importância dos dados para o planejamento. Muitos dados são preenchidos de forma inadequada e a partir do entendimento individual do profissional que não passou por qualquer treinamento. Outros problemas relacionados ao SIAB estão vinculados ao seu software e aos seus instrumentos de coleta (MELLO JORGE e GOTLIEB, 2001; BARBOSA, 2006; BITTAR *et al.*, 2009). Em alguns estudos, o software e processos relacionados, ainda não conseguem acompanhar as atualizações dos dados que são necessárias, visto a grande dinâmica da população adscrita nas áreas de abrangência. Outro aspecto relacionado ao software é que ele não está interligado aos demais sistemas de informação de abrangência nacional, o que desencadeia a duplicidade de dados, incompletudes e a necessidade de que os profissionais alimentem diversos instrumentos de coleta para sistemas de informações diferentes. Em relação aos instrumentos de coleta do SIAB, suas fichas, não são totalmente adequadas às demandas de informações dos profissionais e não atendem ao modelo de saúde em desenvolvimento. As fichas estão construídas a partir da necessidade de informações das instâncias superiores, bem como dos programas governamentais focados no tratamento e identificação de doenças.

Apesar dos profissionais não utilizarem o SIAB para o planejamento local, apesar da má qualidade de seus dados e da falta de capacitação dos profissionais, o fluxo informacional deste sistema é garantido com vistas a alimentar, com dados, as instâncias superiores sobre os processos de saúde e doença que envolvem a população assistida.

Estes dados são então consolidados para gerar indicadores que possam retratar a realidade da situação de saúde, doença e demais processos que envolvem as famílias brasileiras assistidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os indicadores colocados no Anexo F (Alguns indicadores nacionais da Atenção Básica em Saúde gerados pelo SIAB) têm sido utilizados para avaliar a evolução da ESF no Brasil, porém é preciso o desenvolvimento de estudos aprofundados que analisem estes indicadores, bem como o seu processo de geração.

No intuito de aprimorar os dados do SIAB, alguns estudos apontam para necessidades relacionadas à adequação de suas fichas, a capacitação dos profissionais, a necessidade de outros softwares mais atuais e a diversificação dos instrumentos de coleta voltados à realidade local (SALA *et al.*, 2004; FREITAS; PINTO, 2005; RIGOBELLO 2006; MARCOLLINO, 2008; FERREIRA; SHIMITH; CACERES, 2010).

No entanto, é preciso refletir sobre os vários problemas apresentados neste sistema, seus fluxos, seus processos e as possibilidades de avanços na gestão da informação em saúde. Porém em uma perspectiva além do imperativo tecnológico e das discussões realizadas pelos autores citados anteriormente. É preciso desvelar processos que estão no contexto de forças constitutivas das relações de poder que se perpetuam quando da gestão da informação em saúde. Acredita-se que as fragilidades do SIAB construtoras de sua ineficiência não estão em mecanismos aparentes, mas podem estar num *locus* diferenciado, onde a informação é concebida como uma propriedade de alguns proporcionando um olhar e um retrato do que se deseja contemplar. Por um lado, uma visão centralizadora, por outra a negação da realidade.

## 5 METODOLOGIA

O Homem traz em sua essência características que o diferem dos animais e os seres inanimados. A capacidade de perguntar é uma dessas características que fazem do homem um ser reflexivo e atuante no meio em que vive. Segundo Zilles (2006) o homem possui uma necessidade de respostas acerca das coisas, fatos e acontecimentos que o cercam. Assim, faz-se necessário compreender a pergunta com o objetivo de cada vez mais aproximar-se de respostas que possam capacitar o homem para interagir com o meio e transformá-lo.

Neste sentido, Zilles lança mão dos conhecimentos de Martin Heidegger (1989) para entender a estrutura formal da pergunta investigativa que necessariamente é teórica, ou seja, conceitua aquilo que se pergunta. Assim, a verdadeira pergunta possui um pré-saber e um não saber que fazem parte do mesmo universo imaginário, em caráter de complementaridade e não de extremos. Desta interação entre ambas, o pré-saber e o não saber, nasce a resposta possível que pode ser norteada pelo conhecimento prévio, ainda que desprovido da certeza da verdade. Sendo a verdade um conceito relacional, não basta que este conhecimento seja verdadeiro, mas é preciso chegar à certeza da verdade (HESSEN, 2003). Esta busca pela verdade delineará o anseio pelo contínuo questionamento.

Desta maneira, a arte de perguntar é inerente ao ser humano e não às coisas, plantas e aos animais, pois o pré-saber e o não saber existem apenas no universo do homem, como ser pensante, reflexivo e consciente da sua realidade. Ou seja, o homem está aberto ao infinito na busca constante por respostas que emergem a partir do encontro com o problema. Essa situação é uma condição fundamental para a promoção humana, pois o estímulo à pergunta potencializa a interação com o problema na tentativa de respostas que promovam a evolução do homem no meio.

Entretanto, perguntar remete a um pré-saber que se configura como um direcionamento de possíveis e futuras respostas. Este pré-saber constituinte da pergunta, pode se manifestar em diferentes níveis, quais sejam um saber que penetra tangencialmente ou lateralmente na formulação da pergunta, um saber concomitante e ainda um pré-saber não singularmente determinado. Nesta perspectiva, o ato de perguntar deve ser direcionado àquilo que é perguntável e o que é perguntável, num escopo da totalidade do perguntável. Outra premissa, é que o perguntar não tem limites configurando um pré-saber que significa a compreensão de toda a realidade, atemático e implicando numa unidade fundamental.

Assim, perguntável, para Zilles (2006) é “tudo e tudo é ente”, ou seja, compreender o pré-saber implica no conhecimento do ente. Onde a pergunta pode ser dirigida para todos

os entes num dado momento, porém “perguntar pelo ente enquanto ente, implica assim em perguntar pelo ser do ente”. Desta forma, “todos os entes são entes por virtude do ser” (ZILLES, 2006 p.37-38). Esta discussão de “ente e ser” são fundamentos para o que Heidegger (1989) nomeia de ôntico e ontológico respectivamente. Neste contexto a ontologia se propõe a estudar o *ser* em sua essência e ainda os problemas ônticos relacionados ao “ente”, que segundo Zilles (2006, p.39) é “tudo de que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos”. Neste contexto, ao perguntar verifica-se, mesmo que implicitamente, a pré-compreensão do ser e suas manifestações, tendo o homem como arcabouço onde o ser se revela.

Assim, a construção de uma pergunta é uma tarefa dotada de complexidade e método, pois requer uma imersão prévia no ente com o intuito de compreender o ser e sua essência. Para isso, é importante verificar os níveis que estruturam uma pergunta de pesquisa tais como o saber que penetra tangencialmente ou lateralmente, o saber concomitante e atemático e ainda o pré-saber não singularmente determinado. Em síntese, a atitude científica de busca por respostas e conseqüentemente o encontro ou a aproximação com soluções se faz por meio de procedimentos estruturados e metódicos no ato de perguntar. Pode aqui estar a gênese de uma boa pesquisa e da evolução do conhecimento. Enfim, neste sentido, é fundamental a definição do tipo de estudo, do cenário, dos sujeitos envolvidos, a técnica de coleta dos dados, bem como sua organização e análise.

### **5.1 O Estudo e o método**

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto nas suas transformações, como construções humanas significativas (BARDIN, 2009). O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações feitas por seres humanos, como vivem, como constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2007).

Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, o método qualitativo proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo, é

caracterizado pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo estudado (TURATO, 2005).

Neste estudo o Sistema de Informação da Atenção Básica é o objeto que se pretende captar, bem como as manifestações das relações de poder inerentes em sua utilização, fluxos e processos de gestão. Buscou-se por meio da pesquisa qualitativa analisar estas manifestações das relações de poder nas práticas informacionais existentes no SIAB, pois estas poderiam estar contribuindo para a manutenção dos diversos problemas que aí persistem. Assim justifica-se a utilização deste método de pesquisa, pois se espera investigar o objeto a partir da percepção dos sujeitos, seus discursos, suas expressões e ainda os processos relacionados. Acredita-se que as relações de poder manifestas não compreendem algo estático, fixado num ponto da rede de informações, pelo contrário, estão em constante movimento, relacionam-se com os sujeitos sociais, com as estruturas políticas e econômicas.

A definição em estudar o SIAB em detrimento dos demais sistemas de informação de abrangência nacional justifica-se pela necessidade de compreender a lenta evolução deste sistema, suas dificuldades e sua ineficiência. Vale ressaltar que o SIAB é o sistema utilizado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de todo o país, gerando um grande volume de dados para serem gerenciados, no intuito de produzir indicadores para o suporte ao processo decisório em saúde. Em 2006 as Equipes de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde já cobriam 58,7% da população brasileira, perfazendo um total de 103.976.897 habitantes acompanhados e assistidos (BRASIL, 2009). Apesar da importância deste sistema de abrangência nacional e o volume de informações geradas, percebe-se a necessidade de estudos que avancem na compreensão de suas problemáticas.

A partir da definição do SIAB como objeto de análise, sua problemática e a importância do método qualitativo nesta investigação, define-se a pesquisa em foco como um estudo de caso, com abordagem qualitativa. Enfim, o uso do método qualitativo é aplicável ao estudo em foco, pois é um instrumento fundamental para apreender os significados e vivências que emergem a partir do fluxo informacional que se delineia durante a utilização e gestão do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como as relações de poder que se pretende captar.

## 5.2 Cenário do objeto de estudo

A Região Oeste Mineira cravada entre as regiões Central, Sul e Alto-Paranaíba, é uma região de planejamento do Estado de Minas Gerais com território de 29.910 km<sup>2</sup>. A população da região apresentou a terceira maior taxa de crescimento do Estado, atingindo uma população estimada de 1.121.007 habitantes (96,7% na zona urbana e 3,26% na zona rural) em 2005, incluindo pequena população indígena nos municípios de Itapeçerica e Martinho Campos. Nesse período também houve um aumento da densidade demográfica, de 27,7 para 31,23 habitantes/km<sup>2</sup>, e do grau de urbanização, que passou de 79,39% de 1991 para 85,7% em 2005 (DATASUS, 2010).

Dentre as macrorregionais do Estado de Minas Gerais, a macrorregional de nº 9 é a macrorregional Oeste, conforme demonstrado na figura 6. Na macrorregional oeste está o município de Divinópolis, cenário do estudo em foco.

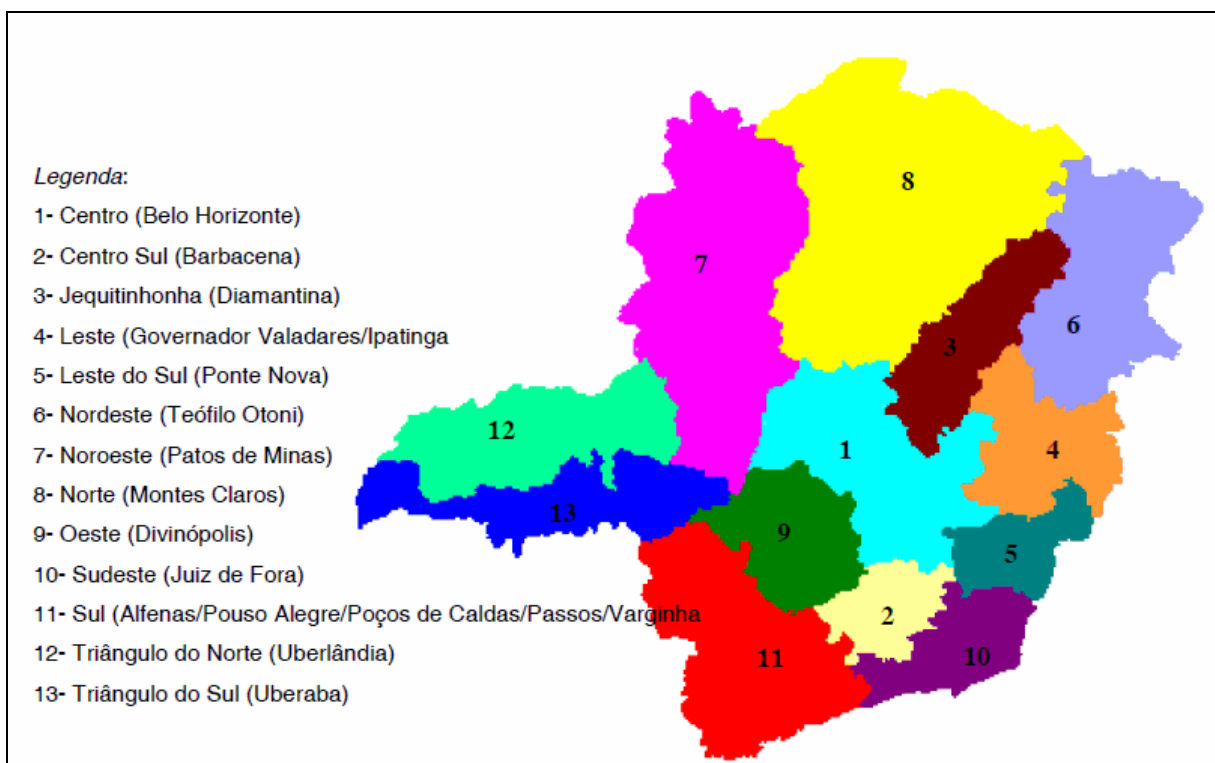


FIGURA 6 - Mapa das Macrorregiões do Estado de Minas Gerais

Fonte: Plano municipal de saúde de Divinópolis 2009/2012 (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, [2009])

Esta macrorregional Oeste é constituída por 57 municípios de pequeno e médio porte, que constituem 6 Microrregiões (Itaúna, Pará de Minas, Formiga, Bom Despacho, Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, Divinópolis/Santo Antônio do Monte), conforme a figura 7.

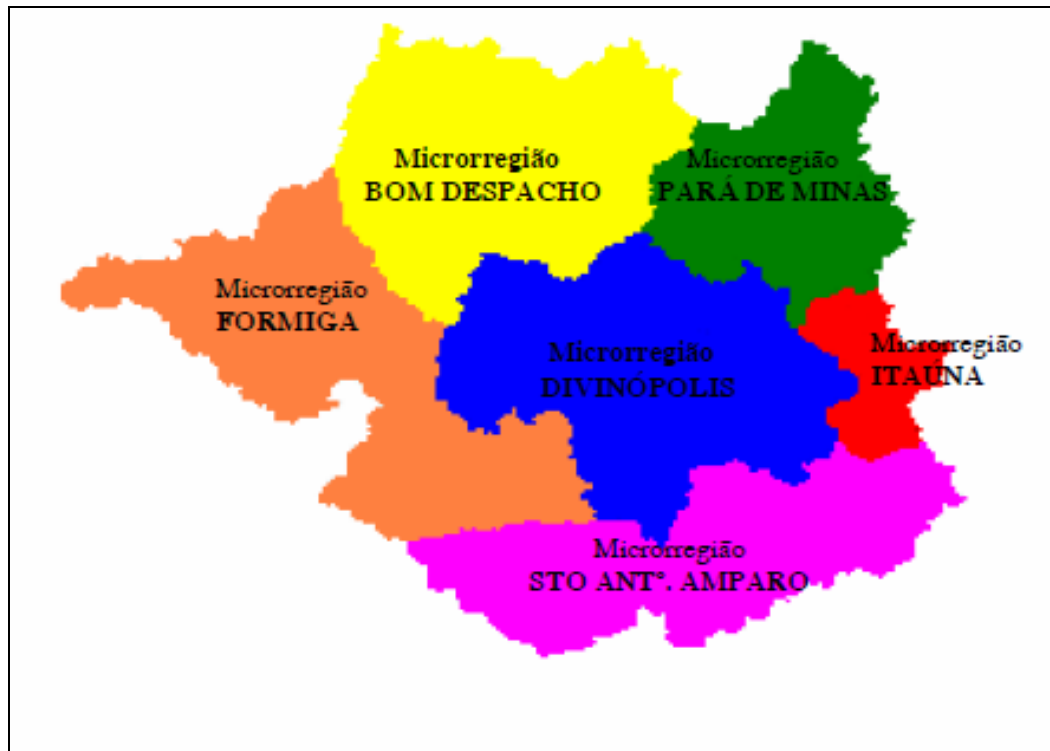


FIGURA 7 - Mapa das microrregiões da macrorregião oeste de Minas Gerais

Fonte: Plano municipal de saúde de Divinópolis 2009/2012 (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, [2009])

Nesta região, verifica-se que 15,3% dos chefes de domicílios possuem renda familiar de até um salário mínimo. Embora os dados apontem para a melhoria na cobertura de redes de esgotamento sanitário (proporção de domicílio sem canalização interna abastecimento de água - 0,4%; proporção de lixo domiciliar coletado - 93,7%) ainda evidencia-se o grande número de enfermidades condicionadas a fatores ambientais e às dinâmicas sociais (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, [2009]). Na organização da atenção primária a saúde, tem sido implantado a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ações direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a proteção do indivíduo, bem como das famílias nos locais de residência, sem desconsiderar, no entanto, a cura e a reabilitação. Atualmente a macrorregião oeste conta com 214 Equipes de Saúde da Família e 03 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A cobertura das equipes na região é de 64,92% da população, possui 1300 agentes comunitários de saúde – ACS (tabela 12). Outros estabelecimentos públicos/privados/filantrópicos perfazem a assistência de média e alta complexidades/SUS, entre eles: 42 hospitais, 358 Unidades

Básicas de Saúde e Centros de Saúde), 206 serviços especializados e 108 unidades de apoio diagnose e terapia (DATASUS, 2010).

TABELA 12  
Características das Microrregionais, Oeste, MG.

Microrregião	Área Territorial (Km <sup>2</sup> )	População	Nº de ESF	Cobertura ESF (%)	Nº ACS
Divinópolis / Sto. Ato. do Monte	6.602	401.761	50	42,24	271
Itaúna	1.482	109.705	20	62,08	120
Pará de Minas	3.694	197.359	34	58,07	220
Formiga	6.519	126.115	34	92,27	221
Bom Despacho	6.282	100.162	22	75,25	118
Sto. Ato. Amparo	5.331	185.905	54	99,25	350

Fonte: (DATASUS, 2010)

Divinópolis é considerada a cidade pólo da Macrorregional Oeste e sede da Superintendência Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais. É a maior cidade da região, com uma população estimada em 216.099 habitantes (IBGE, 2009). Encontra-se habilitada na gestão plena do sistema municipal, portanto, segundo os critérios da NOAS/2001 (Norma Operacional de Assistência em Saúde), assume a responsabilidades pela ampliação da rede básica de serviços de saúde, na programação de ações prioritárias na atenção primária, na vigilância em saúde, nos serviços especializados, sendo também referência na pactuação de ações integradas entre as microrregionais de saúde.

O município de Divinópolis possui 41 estabelecimentos públicos de saúde, sendo 15 Centros de Saúde, 01 Policlínica, 01 Pronto Socorro, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 17 equipes de saúde da família, 07 farmácias para dispensação de medicamentos básicos, 01 unidade de vigilância em Saúde, 03 serviços auxiliares de diagnose e terapia. Outros estabelecimentos privados/filantrópicos participam de forma complementar do SUS, entre eles 03 hospitais e 16 serviços especializados. O município também conta com um total de 311 leitos credenciados no SUS, sendo 83 leitos cirúrgicos, 116 clínicos, 90 psiquiátricos, 22 leitos de terapia intensiva, sendo, portanto referência em saúde para todo o oeste mineiro (DATASUS, 2010).

O modelo assistencial de saúde da região compreende um conjunto de ações e serviços hierarquizados, regionalizados e municipalizados, com articulação entre eles, que



vem buscando a integralidade das ações, a racionalização dos recursos, e a garantia do acesso universal e prioritário ao Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90). Essas ações deveriam ser desenvolvidas através de uma rede integrada/participativa entre os serviços públicos e os serviços conveniados com o SUS, com efetiva participação dos conselhos de saúde (Lei 8142/90). Conselhos estes, que constituem em uma forma de participação popular na gestão do SUS, na construção de uma sociedade justa e solidária e na consolidação da Reforma Sanitária brasileira.

Neste contexto elucidado, espera-se que o SIAB seja utilizado como instrumento de gestão da atenção primária em saúde no município de Divinópolis. No entanto, percebe-se, a partir de aproximações com o campo, que o fluxo de dados deste sistema encontra-se comprometido necessitando de uma análise aprofundada, bem como a possibilidade de reestruturações. A justificativa pela escolha de apenas um município da microrregional de saúde, neste caso, Divinópolis, se faz pela necessidade de compreender as relações de poder que perpassam o fluxo dos dados do SIAB, bem como a sua gestão. No entanto, sabe-se que para captar as relações de poder é preciso focar as observações num determinado espaço, onde as relações de poder se manifestam densamente e a partir daí investigar em profundidade o lócus de suas manifestações com o intuito de mensurá-lo.

### **5.3 Método de coleta dos dados**

Questiona-se então, a partir da constatação que o Sistema de informação da Atenção Básica possui ineficiências e não instrumentaliza, como deveria, a gestão em saúde, se “As relações de poder, oriundas de interesses hegemônicos no campo da saúde, podem estar contribuindo para a ineficiência do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)”. Desta forma, o objetivo geral deste estudo é analisar as manifestações das relações de poder sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Os questionamentos sobre o tema conduziram aos seguintes pressupostos:

- A ineficiência do SIAB é, em parte, consequência das relações de poder que se estabelecem entre os níveis federal, estadual e municipal de gestão, bem como no interior dos mesmos;
- A concepção do SIAB como instrumento do Biopoder influencia a sua disposição atual e permite a ampliação do olhar do Estado sobre o corpo social;

- A lenta evolução do SIAB parece ser um resultado da influência do mercado privado de tecnologias da informação apoiado pela política de informação em saúde estabelecida na práxis informacional em saúde no Brasil.

Para captar as dimensões que emergem a partir do questionamento elucidado, bem como os objetivos e pressupostos definidos, optou-se pela entrevista como método de coleta de dados. Em relação aos instrumentos utilizados durante a coleta de dados, ressalta-se que eles, na pesquisa qualitativa, têm como finalidade fazer a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica. A entrevista, nesse aspecto, é dotada de ampla comunicação verbal e, no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no trabalho de campo. Pode ser considerada uma “conversa com finalidade”, como cita Minayo (2007, p.261):

Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes, tendo em vista o objeto.

A autora supracitada chama a atenção para um ponto que merece destaque. A entrevista como forma privilegiada de interação social está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Desta forma, pode expressar várias realidades e não possuir uma receita consagrada e única (MACHADO, 2007). Portanto, após uma análise, pode-se concluir que ela vem contaminada por informações que emergem a partir da observação dos sujeitos, por meio de relações, omissões, cumplicidades e outras situações apreendidas no cotidiano (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas, de acordo com Minayo (2007), podem ser classificadas em sondagem de opinião, entrevista semi-estruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada e entrevista projetiva. Neste estudo, a coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas compostas de roteiros previamente estabelecidos. Para cada nível do fluxo informacional do SIAB foi utilizado um roteiro semi-estruturado em virtude das especificidades dos profissionais, gestores e técnicos nestas instâncias. Assim, no nível municipal foi utilizado o roteiro 1 “Instrumento de coleta de dados utilizado no nível municipal/regional - Equipe de Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde e Superintendência Regional” (APÊNDICE A). No nível estadual utilizou-se o roteiro 2 “Instrumento de coleta de dados utilizado no nível Estadual - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais” (APÊNDICE B). Por fim, no nível federal foi utilizado o roteiro 3

“Instrumento de coleta de dados utilizado no nível Federal - Ministério da Saúde - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica – DAB” (APÊNDICE C ).

Os dados das entrevistas foram coletados no local de trabalho dos sujeitos da pesquisa, que foi previamente agendada e os entrevistados foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, os aspectos éticos e legais. Posteriormente os entrevistados assinaram o termo de livre consentimento de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Com o intuito de analisar as relações de poder que perpassam a utilização e gestão do SIAB, o caminho percorrido para o desenvolvimento deste estudo foi norteado pelo fluxo de informações do próprio sistema nos seguintes níveis:

**Nível municipal:**

- Equipes de Saúde da Família;
- Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis;
- Superintendência Regional de Saúde.

**Nível estadual:**

- Secretaria Estadual de Saúde (Superintendência de Atenção Primária à Saúde);

**Nível federal:**

- Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica)

No nível municipal os sujeitos envolvidos neste estudo foram os profissionais de duas Equipes de Saúde da Família (ESF), a mais antiga e a mais nova, implantadas no município em questão e identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação à justificativa para a escolha de uma ESF mais antiga, espera-se que os fluxos e processos relacionados ao SIAB já estejam mais consolidados e que os profissionais desta equipe já tenham experiência em utilizar os dados do SIAB. Em contrapartida, a escolha de uma ESF mais nova justifica-se pela necessidade de compreender se os mesmos fenômenos relacionados ao SIAB acontecem mesmo quando os processos de trabalho ainda estão em consolidação. Ressalta-se que o SIAB é utilizado por todas as equipes de saúde da família implantadas no Brasil, antigas ou novas, bem como seus instrumentos de coleta e seus fluxos.

As duas equipes de saúde da família identificadas pela Secretaria Municipal de Saúde, cada uma, são compostas por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 auxiliar de enfermagem,

01 dentista e 04 agentes comunitários de saúde. Em relação aos profissionais incluídos no estudo foi utilizado como critério o fato de possuírem mais de um ano de trabalho na equipe de saúde da família e desejarem participar da pesquisa.

Ainda no nível municipal, os gestores e técnicos administrativos da secretaria municipal de saúde e superintendência regional de saúde, responsáveis pela utilização do SIAB e análise de seus dados, foram inseridos neste estudo. Ressalta-se que, para estes profissionais, também foi utilizado como critério de inclusão o fato de possuir mais de um ano de trabalho nestes locais.

No nível estadual e federal, foram entrevistados os gestores responsáveis pelo SIAB, bem como outros profissionais que utilizam os dados, analisam, criticam e tomam decisões. Desta forma pretendeu-se garantir o olhar investigativo sobre o fluxo informacional que se tece nos níveis municipal, estadual e federal relacionado ao SIAB, bem como as relações de poder que se estabelecem. Ainda é importante ressaltar que a escolha do município referido justifica-se por ser o cenário de atuação profissional do pesquisador, conferindo maiores possibilidades de análises, pelo conhecimento do cenário, bem como abertura para a realização das entrevistas e possíveis intervenções.

Em todos os níveis onde foram realizadas as entrevistas, além dos critérios de inclusão definidos previamente, foi solicitado ao responsável imediato para que definisse quais seriam os profissionais entrevistados. Ressalta-se que foram esclarecidos a estes os objetivos do estudo anteriormente. A tabela 13 a seguir descreve os sujeitos incluídos no estudo, nos vários níveis do fluxo informacional do SIAB.

TABELA 13

Sujeitos entrevistados a partir do fluxo informacional do SIAB nos níveis municipal, estadual e federal

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

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

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

## 5.4 Organização e análise

Existem diferentes técnicas de organização e análise dos dados na pesquisa qualitativa, sendo a Análise de Conteúdo uma destas possibilidades. Para Bardin (2009) a análise de conteúdo se constitui de várias técnicas onde busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores - quantitativos ou não -, permitindo a realização de inferência de conhecimentos. Para Oliveira (2008, p.570) a análise de conteúdo permite:

O acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros.

Assim, a análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Segundo Oliveira (2008) a análise de conteúdo possui diferentes técnicas que serão abordadas pelos pesquisadores. Isto dependerá da vertente teórica seguida pelo sujeito que a aplicará. Assim podem ser sintetizadas as várias técnicas, são elas: análise temática ou categorial, de avaliação ou representacional, de enunciação, da expressão, das relações ou associações, do discurso, léxica ou sintática, transversal ou longitudinal, do geral para o particular, do particular para o geral, segundo o tipo de relação mantida com o objeto estudado, dimensional, de dupla categorização em quadro de dupla entrada, dentre outras. Obviamente, a utilização de cada técnica citada anteriormente produzirá resultados diferenciados, mas que permitem a produção de conhecimentos sobre o objeto estudado, bem como suas relações.

Operacionalmente, a Análise Temática de Conteúdo, segundo Minayo (2007), desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A etapa da Pré-Análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de Hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. A Constituição do Corpus é a tarefa que diz respeito à composição do universo estudado, sendo necessário respeitar alguns critérios de validade qualitativa, são eles: a exaustividade – esgotamento da totalidade do texto –, a homogeneidade – clara separação entre os temas a serem trabalhados –, a exclusividade – um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria –, a objetividade – qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados – e a adequação ou pertinência – adaptação aos objetivos do estudo (OLIVEIRA, 2008). Ainda na Pré-Análise o pesquisador procede à Formulação e Reformulação de Hipóteses, que se caracteriza por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais. Enfim, na última tarefa da pré-análise, elaboram-se os indicadores que fundamentarão a interpretação final.

Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização, para Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. A Análise Temática tradicional trabalha inicialmente esta fase, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise. Posteriormente, o pesquisador escolhe as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos. Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 2009). A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material (MINAYO, 2007).

A partir deste método de estudo, espera-se, por meio das falas, expressões e relações do cotidiano dos entrevistados, analisar as manifestações das relações de poder sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), seus fluxos e processos. Com base nos resultados encontrados, pretende-se apontar estratégias de aprimoramento no uso

e gestão do sistema, no processo de capacitação dos profissionais para utilizarem o sistema de informação como instrumento de planejamento e tomada de decisões.

Para o direcionamento das entrevistas e a elaboração dos instrumentos de coleta, definiu-se as categorias analíticas a partir dos pressupostos e dos objetivos que nortearam a práxis investigativa neste estudo:

- O estado da arte do Sistema de Informação da Atenção Básica;
- As diferentes manifestações de forças que promovem o *status-quo* informacional presente no SIAB;
- As implicações das relações de poder para as possibilidades de democratização das informações em saúde;
- As implicações da política nacional de informação e informática em saúde para a práxis informacional presente no SIAB;

Enfim, com esta investigação, pretende-se avançar no entendimento das relações de poder que se estabelecem sobre o SIAB e as possíveis formas de limitar estas ações para maior eficiência do sistema.



## **6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A partir da organização e análise dos dados extraímos as categorias e subcategorias temáticas por meio do recorte, agregação e enumeração que permitiu atingir uma representação do conteúdo para início da análise.

Desta forma, foram extraídas as unidades de contexto que correspondem ao segmento da mensagem cujas dimensões permitem compreender o significado exato da unidade de registro. Após este recorte foram identificadas as unidades de registro também chamadas de unidades de significação/significado, que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidades de base, visando a categorização e a contagem frequencial.

Procedemos ainda à identificação dos núcleos de sentido que representam a unidade de compreensão, ou seja, o que o pesquisador conseguiu extrair das falas dos sujeitos (profissionais das equipes de saúde da família, gestores e técnicos administrativos) e, finalmente, o agrupamento em categorias e subcategorias. As diversas etapas do processo de categorização foram organizadas em quadros onde foram registradas e contabilizadas as unidades extraídas das entrevistas, bem como da compreensão do pesquisador. Enfim, seguem as categorias e subcategorias que emergiram a partir das análises:

### **6.1 Categoria de análise 1: O uso do SIAB para o exercício e manutenção das relações de poder/biopoder nos diferentes níveis de gestão da Atenção Básica em Saúde**

### **6.2 Categoria de análise 2: O SIAB e sua ineficiência: Consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas**

6.2.1 O Fluxo centralizado, esvaziamento do planejamento local e qualidade dos dados comprometida

6.2.2 A inadequação do SIAB às demandas informacionais locais: justificativa para os interesses do mercado privado de tecnologias da informação

6.2.3 A inadequação do SIAB ao modelo de saúde proposto

### **6.3 Categoria de análise 3: O fluxo informacional do SIAB: atores e processos sob a égide de forças moduladoras**

6.3.1 A descrição do Fluxo informacional geral do SIAB: unidirecionalidade e atores disciplinados

6.3.2 A descrição do fluxo informacional do SIAB dentro dos níveis centrais

### **6.4 Categoria de análise 4: A manipulação de dados no fluxo informacional do SIAB: o jogo de poder**

### **6.5 Categoria de análise 5: Capacitação dos profissionais para uso do SIAB: mantendo o *status quo* informacional**

### **6.6 Categoria de análise 6: Aprimoramentos necessários no SIAB: para além do imperativo tecnológico**

6.6.1 Adequação à realidade local, ao modelo assistencial e às mudanças sociais

6.6.2 A centralidade das pessoas no fluxo informacional do SIAB: oportunidade de constituição do contra-poder

## 6.1 Categoria de análise 1: O uso do SIAB para o exercício e manutenção das relações de poder/biopoder nos diferentes níveis de gestão da Atenção Básica em Saúde

Nesta primeira categoria o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) configura-se como um instrumento de vigilância, produtor de informações sobre o corpo individual e coletivo. Nesta perspectiva reforça-se que o SIAB tem sido utilizado para instrumentalizar o exercício e a manutenção do Biopoder. Isto se dá nos níveis municipal, estadual e federal de gestão da Atenção Básica.

Na unidade de saúde da família (USF), é possível identificar que o SIAB tem sido um instrumento de vigilância sobre o indivíduo, a comunidade e o processo de trabalho da própria equipe de profissionais.

Primeiramente, o olhar sobre o indivíduo é realizado a partir da descrição que os dados do SIAB apresentam da realidade vivenciada por este sujeito, dentro do ambiente em que está inserido, na sua família. Isto ocorre por meio da descrição dos domicílios, com seus componentes familiares, suas condições sócio-econômicas, bem como a presença ou ausência de determinadas patologias consideradas prioritárias para controle e vigilância. Este olhar direcionado que o SIAB proporciona sobre a realidade dos indivíduos, como também sobre a sua família é elucidado nas falas dos sujeitos entrevistados.

*[...] Nós também temos os quadros que cada agente comunitário tem a situação descrita, o retrato de cada domicílio. (E1)*

*[...] Vou dar um exemplo: o número de gestantes. Então vamos lá, tem tantas gestantes e tal gestante não está fazendo o acompanhamento. Por que não está fazendo? Isso que dá para a gente estar analisando. Aí eu vou olhar, mas “essa aqui não está fazendo o acompanhamento por quê?”, “onde ela está?”. Ou essa criança que não está com a vacina em dia por quê? Essa daqui nasceu e não está com o aleitamento exclusivo por quê? Então nesse sentido o SIAB ajuda bastante a gente. (E2)*

*E em cima disso pode trabalhar nessas, igual eu te falei, em cima de vacina mesmo você se baseia no SIAB que tem tantas crianças e que não estão todas com vacina em dia você vai vê o porquê e estar fazendo um trabalho. Por que essas crianças não estão com a vacina em dia? Então vamos correr atrás. O número de gestantes, o número de adolescentes grávidas está muito grande? O que podemos fazer com isso? Vamos planejar. Nós estamos com um número grande de adolescentes grávidas, então vamos trabalhar em cima disso. Vamos às escolas e falar de planejamento familiar. Vamos ver ali o número de crianças que estão nascendo com baixo peso. Isso tudo deve ser traçado antes para você estar planejando as ações. (E5)*

Neste sentido, os profissionais buscam por meio das informações geradas pelo SIAB, conhecer o que se passa no corpo do indivíduo, as situações que o envolvem e que podem mantê-lo saudável ou podem se configurar como um risco a sua saúde. Logo, o

corpo em análise deve estar dentro de um parâmetro esperado. Esse é o caso da gestante que deve ser assistida, é a criança que deve ser vacinada e com aleitamento exclusivo, conforme descrito nas falas anteriores.

O SIAB, neste sentido, tem a função de informar os profissionais de saúde no sentido do disciplinamento do corpo. Esta disciplina pode ser representada, pelas normas que devem ser seguidas pelos pacientes, pelo exame que deve ser realizado, pelos procedimentos nos quais os usuários devem ser submetidos. O disciplinamento busca a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Ressalta-se aqui a relação de um corpo disciplinado e uma força disciplinadora constituindo uma conjugação de construção do bem-estar e não de uma força anulando a outra. Por um lado, pode-se dizer que o SIAB enquanto instrumento anatomopolítico potencializa a docilidade do corpo, pois o sistema apresenta aos profissionais um panorama informacional do cumprimento, ou não, das regras disciplinares que garantirão um corpo saudável.

Constrói-se uma anatomia política para a competência do corpo, é o corpo enquadrado em uma norma estabelecida, em uma diretriz previamente definida para aquela categoria de usuário. Um corpo competente é aquele que após seguir regras, cumprir com diretrizes, se enquadrar, experimenta a permanente ausência da doença ou até mesmo a cura.

Neste sentido as relações de poder estabelecidas promovem o indivíduo e sua saúde. Destaca-se que este corpo para Foucault é transformável, moldável e remoldável por técnicas disciplinares. O corpo é um possível lócus de manifestação das relações de poder (FOUCAULT, 2009). Sofre, então, a ação de determinadas tecnologias. Esta conjugação de forças disciplinares sobre o corpo, bem como as suas relações tendem a constituir o ser normal, ou normalizado.

Num segundo momento, mesmo que de forma parcial, o SIAB também proporciona aos profissionais uma visão ampla sobre o corpo social. Nesse caso, o enfoque é no coletivo, na comunidade onde vivem, adoecem e morrem os indivíduos. A partir das informações do SIAB é possível traçar um diagnóstico local da situação do corpo social, suas condições sócio-econômicas gerais, os riscos ambientais, a estrutura da rede assistencial, a situação sanitária e epidemiológica. Observa-se a manifestação do olhar biopolítico que potencializa a geração de informações destinadas à promoção do corpo social. Nas falas dos entrevistados, é possível perceber o SIAB como instrumento do Biopoder, no seu componente biopolítico.

*[...] O SIAB é um levantamento estatístico das condições de vida, de moradia da comunidade. (E8)*

*[...] O SIAB pretende traçar um diagnóstico. Então como a palavra fala, o diagnóstico é para isso mesmo. Você coleta os dados, entende qual a população que você tem, planeja e articula algum plano de ação para ser feito [...]. (E2)*

*O SIAB serve para a gente fazer o diagnóstico da nossa área que tem que ser feito e saber onde temos que atuar. (E1)*

A partir dos discursos dos sujeitos entrevistados, percebe-se que o SIAB proporciona a oportunidade de pronunciamento às “falas” do corpus social. Na biopolítica, a população ainda continua sofrendo a ação dos mecanismos disciplinares, no entanto, agora, vem sendo estimulado a falar de si mesmo para melhor governar ou ser governado (NETO *et al.*, 2009). Neste aspecto, o SIAB é um sistema capaz de informar, em parte, sobre as condições sociais, econômicas, sanitárias e, até mesmo, patológicas da população. Este panorama informacional é chamado pelos entrevistados de “diagnóstico local”. É ele quem possibilita a ampliação do olhar sobre o coletivo, como também é ele quem instrumentaliza os profissionais no processo de planejamento de as intervenções a serem realizadas. Algumas delas serão feitas sobre o corpo individual, outras serão feitas sobre o corpo coletivo, no sentido da governabilidade da população. O SIAB enquanto instrumento potencializador da biopolítica, contribui para o governo das duas dimensões que compõem a biopolítica, são elas a biológica e a naturalidade (FOUCAULT, 2009).

Ao identificar o SIAB como instrumento que sustenta o exercício do Biopoder, nos seus componentes (biopolítica e anatomopolítica), verificamos um certo alinhamento com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006). Esta política define como objetivo central a necessidade de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (p.17). Desta forma, o SIAB, em parte, proporciona aos gestores e profissionais de saúde a oportunidade do acesso às informações da população que podem potencializar a promoção da saúde. Em alguns momentos, o planejamento local e as intervenções atreladas poderão ser constituídos a partir das informações cedidas pelo SIAB. Muitas destas intervenções trarão em seu bojo o discurso do autocuidado, da responsabilização do usuário pela sua saúde, da disciplinarização de comportamentos e condutas. Percebe-se que o SIAB está no centro desta rede de poderes e saberes onde os sujeitos e coletividades estão inseridos. Ainda para Carvalho (2004) o discurso da promoção da saúde pode apresentar duas formas. A primeira sustenta o caráter progressista indicando que a promoção da saúde potencializaria no sistema de saúde a equidade social reforçando o compromisso com o bem coletivo e comum. Porém o autor ainda propõe uma outra forma encarnada no discurso da promoção da saúde, o da ótica das formações neoliberais, individualistas que estão centrados na regulação da população e a vigilância. Percebe-se que as relações de forças atravessam o

SIAB, principalmente ao observarmos este sistema como instrumento de potencialização da promoção da saúde.

A partir deste olhar vigilante sobre o indivíduo e sobre o corpo coletivo é possível aos profissionais da equipe de saúde da família, bem como seus gestores, em todos os níveis do SUS, desenvolver, em parte, um planejamento que também englobe estes dois aspectos, a assistência individual e coletiva. Isto potencializa o trabalho efetivo da equipe e estaria favorecendo a avaliação dos indicadores alcançados.

*[...] Então se for seguido dentro dessa normalidade, esse conhecimento da realidade, o SIAB te dá uma noção de planejamento para você traçar uma meta. (E1)*

*[...] Ou seja, para você traçar um planejamento o SIAB colhe os dados e te dá um retorno para que você possa planejar as suas ações. Então é uma avaliação de indicadores [...]. (E2)*

O planejamento das intervenções individuais e coletivas é enfatizado pelos entrevistados no sentido de apontar a sistematização da assistência de saúde local, na área de abrangência da ESF, assim como nas microáreas. É o olhar que penetra na profundidade do ambiente onde estas famílias se encontram, que por sua vez, será onde as intervenções deverão ser realizadas. Dificilmente os movimentos do corpo individual ou coletivo escaparão deste olhar vigilante.

*Através do sistema as pessoas tem a possibilidade de construir indicadores para conhecer a situação da atenção primária em cada área e micro-área. (E11)*

Este planejamento possui metas a serem atingidas, que em sua maioria, são os indicadores definidos anteriormente pelo Ministério da Saúde, e pactuados com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (BRASIL, 2006). O “Pacto pela Saúde” pode funcionar como um instrumento de definição das prioridades locais que se transformarão nas ações programáticas a serem executada no nível municipal. Por meio do SIAB espera-se ser possível vigiar e controlar a produtividade destes indicadores desde o lócus assistencial. Estes dados, juntamente com outros sistemas de informação de abrangência nacional estarão estabelecendo esta possibilidade de controle aos gestores com vistas ao financiamento da atenção básica. Entretanto, sabe-se que estes indicadores são definidos numa lógica centralizada, a partir do governo federal e esperam-se o seu cumprimento pelas demais instâncias subnacionais (MOLESINI *et al.*, 2010). Estes mesmos autores chegam a declarar que a estrutura de pactuação no Brasil constrange a autonomia dos municípios na definição de suas prioridades, no uso do financiamento e não favorece a descentralização,

tampouco a regionalização. É, portanto, um instrumento burocrático imposto pelo agente financiador. Na pesquisa realizada por estes autores está um trecho, de uma entrevista, que elucida as afirmações anteriores: “a programação começa com a programação pela atenção básica [...] o pessoal do nível central define parâmetros que o Ministério da Saúde já envia, né? A gente não pode fugir daqueles parâmetros e o Ministério envia os indicadores” (CIB) (MOLESINI *et al.*, 2010 p.631).

Ainda elucidando os achados, a partir dos profissionais da ESF pesquisada, percebe-se que este olhar vigilante dos profissionais sobre os indivíduos e sobre a comunidade tem sido focado no âmbito do controle da doença, aqui ainda se inscreve o olhar patológico sobre o corpo. O objetivo é controlar a doença e intervir de forma coletiva. As intervenções ainda são focadas nas possíveis patologias que podem emergir. Neste mesmo sentido o processo de trabalho destes profissionais, bem como a produção da unidade é enfatizada num modelo curativista, centrado no fluxo de consultas, atendimentos individuais, solicitação de exames e a realização de procedimentos. O SIAB pode configurar-se como um sistema que armazena as informações deste modelo curativista, assistencialista, ainda focado na doença e na medicalização como o centro de toda produção de informações.

*O SIAB é um banco de dados dos movimentos, dos atendimentos que a gente faz aqui na unidade. Consulta de enfermagem, consulta médica, procedimentos, tais como, medir temperatura, pressão, vacina, toda a produção do que é feito aqui na unidade e é registrado. (E8)*

*Na reunião a gente vê que tem muito HAS, DM e a gente tenta fazer grupos, tarde comunitária, tudo voltado para isso. Também a gente começou com o Amigo da Saúde que é um projeto que trabalha esse sistema. A gente tem uma noção sim, mas das coisas mais importantes (...) você vai trabalhar de acordo com a realidade da população, doença da população. Por exemplo: número maior de diabético você sabe que vai ter que trabalhar com o diabético e ensinar eles como prevenir para chegar no futuro e a criança não ser diabética. (E9)*

Neste sentido, a utilização do SIAB, visa sistematizar os registros do processo assistencial que ocorre neste modelo curativista na Atenção Básica. Isto é preocupante, pois a criação do SIAB teve em sua essência a necessidade de coletar, armazenar, sistematizar e disseminar dados advindos do PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). Este último como eixo reorientador dos serviços de saúde (GRISSOTTI; PATRÍCIO, 2006). No entanto, o que se percebe, a partir das falas enunciadas, é que o SIAB ainda possui, em seus dados, prioritariamente, o foco curativista, centrado na doença, bem como no fluxo de resolução da mesma. Se por um lado a Atenção Básica deveria ser totalmente compreendida pelo SIAB, isso, na verdade, não ocorre. O

trecho da entrevista abaixo elucida esta situação que também é verificada nos discursos dos entrevistados E3 e E26.

*[...] Então ele é um sistema de informação da atenção básica, porém eu não o considero um sistema de informação da atenção básica uma vez que nós não temos a saúde da família só como o único nível de assistência. Ai praticamente toda a população do Brasil hoje é um modelo híbrido e o SIAB foi construído somente para a ESF. Então para mim ele não é um sistema da Atenção básica. Pois a atenção básica hoje, principalmente em Divinópolis, ela é constituída por ESF e pela estratégia de atenção curativa voltada para atenção biomédica, que é dominante inclusive. Então eu não considero o SIAB um sistema da atenção básica, eu considero ele um sistema da estratégia da saúde da família. Porque se ele fosse da atenção básica o Ministério da Saúde teria que considerar que nós não temos 100% do país coberto pela ESF[...]. (E12)*

Aqui o olhar proporcionado pelo SIAB se faz, por enquanto, apenas sobre a Estratégia de Saúde da Família, e mesmo assim o olhar busca identificar a doença, seus agravos e as formas de intervenção. Algo contrário ao preconizado pela política inserida na Estratégia de Saúde da Família que deveria estar centrada na prevenção de doenças, na promoção da saúde, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde das populações.

Os entrevistados também relatam que o SIAB não é o único instrumento utilizado para o olhar sobre a população. O exercício da vigilância também é feito por outros meios.

*Não dá para analisar tudo só em cima do SIAB. (...) Então só com o SIAB não tem como fazer o diagnostico e depois o plano de ação. (E1)*

*Então nós analisamos tanto o SIAB, quanto fizemos uma observação ativa no tempo de PSF, tudo o que as pessoas observam, fizemos também entrevista com pessoas da comunidade. A gente precisa de mais dados pra a gente complementar. Ai a gente faz isso, só que não tem um roteiro. Do jeito que a gente acha que tem que ser feito, de acordo com a nossa demanda e a necessidade. Mas volto a dizer ele não pode e não é a totalidade do processo. (E2)*

*[...]Então você tem características específicas do território que a equipe dá uma resposta pra além do SIAB. Se eu pudesse pensar uma forma de dizer seria essa, que o SIAB é uma base importante de dados, mas esse além também é, ou é mais importante que o SIAB ainda. Veja bem, aqui na região do Icará, onde estão dois lugares de privação de liberdade estão a penitenciária e a equipe sócio educativa. Ali tem uma especificidade muito bem marcada de ter que cuidar desse pessoal. E o conhecimento disso é além do que o SIAB oferece. É outra coisa. E mesmo alguns bairros, igual nós temos a região do bairro Ipiranga, Planalto que é um dos nossos setores de cuidado que por mais que seja uma população do interior ela é cheia de idosos, que é outra construção que vai para além do que o SIAB nos fornece. Então é isso que a gente tem que fazer, uma construção além [...] (E3).*

A vigilância também é feita a partir da observação do próprio profissional, da sua percepção individual sobre a comunidade, suas características marcantes e suas peculiaridades. Neste sentido o olhar vigilante, componente das relações de poder, está na



capilaridade das ações sociais, conforme constatado por Foucault, mas também pode ser influenciado por um olhar que é individual, dependente do seu próprio interesse. É a racionalidade instrumental que move o aparato burocrático weberiano, onde a ênfase se dá no interesse que o indivíduo tem de cumprir com a norma, e por sua vez, olhar a comunidade e intervir de acordo com o seu próprio desejo. Porém este desejo foi construído e impregnado no próprio sujeito, pois a norma está acima das intenções individuais, ela é estabelecida de cima para baixo, cabendo ao indivíduo cumpri-la.

É neste cenário que acontece grande parte do processo de disciplinamento, manifestação dos dispositivos de segurança e regulação da população. Para a captação da realidade local por este olhar do profissional, é necessário o contato intenso com as famílias, entrando no seu habitat, conversando com os seus componentes, sondando os seus costumes, a forma de viver e detectando os determinantes sociais, riscos ambientais e agravos. Esta percepção captada por este olhar vai além das possibilidades de explicitação que um dado coletado e armazenado nas fichas do SIAB podem trazer. Porém ressalta-se que este olhar íntimo e profundo depende do conhecimento individualizado em cada profissional.

*[...]Tem um processo estável que eu diria que é intangível que é a equipe que conhece a população. Então é um outro dado que vai mais pelo jeito da pessoa, que vai mais pelo conhecer o adoecimento local ou os agravos locais. (E3)*

Enfim o SIAB não é considerado a totalidade do processo biopolítico e anatomopolítico, mas é parte de uma rede de informações que se tece no contexto do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde e sua relação com os usuários atendidos e cuidados. O biopoder em suas várias dimensões se perpetua no fluxo informacional do SIAB nos vários níveis de gestão da Atenção Básica e abre espaço para os atravessamentos de várias outras forças. É a manifestação do poder em seu caráter disforme, heterogêneo, não localizado, mas transcendente (FOUCAULT, 2008a).

Além do uso do SIAB para o olhar sobre o indivíduo e sobre a comunidade, este sistema também permite a observação vigilante do processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família. Esta vigilância, a partir do SIAB, se dá quando da avaliação do alcance das metas (quantidades de atividades estipuladas) pelos profissionais, a produção (quantidade de atividades realmente desenvolvidas) e o controle do que o profissional deixou de fazer.

*A gente vê se estamos atingindo as metas, no que precisamos melhorar, até para a gente no final do mês estar avaliando e realizando as buscas ativas que temos que buscar (...) Então nesse sentido o SIAB ajuda bastante a gente. Por que o ACS não fez*

*tantas visitas que tinha que fazer? O que aconteceu? Teve um imprevisto ou o que aconteceu? Ai ajuda bastante sim. (E1)*

*Influencia muito porque se você trabalha só com a sua produção ai você não está estabelecendo meta nenhuma. Ai você está estabelecendo meta de produção. (E2)*

*(...) é um banco de dados referente a uma produção da saúde da família que me permite em termos quantitativos eu ter uma noção de acompanhamento em si. Casados logicamente com quantas pessoas cada equipe tem e pelo menos o numero do que cada equipe conseguiu produzir principalmente dentro dos grupos de risco (...) Ele nos permite saber aproximadamente se o agente comunitário está cumprindo a meta dele pelo o que ele lança(...) E12*

Esta vigilância é interna, dentro da própria ESF e também externa, a partir das relações de poder que se estabelecem entre os níveis de gestão e que se interpenetram e, se complementam. Internamente, na ESF, o profissional Enfermeiro e o ACS destacam-se nesta relação de forças, onde, por um lado cobra-se a coleta de dados efetiva do SIAB, e, por outro lado apresenta-se o dado coletado que por, sua vez, deve ser questionado, principalmente se o quantitativo estiver abaixo do parâmetro esperado.

*Os agentes comunitários lançam esses dados esses dados que são passados para os enfermeiros, que acaba sendo o responsável pela equipe, junto com as equipes.. é isso na maioria das equipes, não vou te garantir que em todas, mas na maioria das equipes.(E5)*

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

A maneira como o SIAB é utilizado para a vigilância do processo de trabalho da ESF também pode ser pensado sob a ótica Weberiana. O poder legal definido por Weber é caracterizado por estatutos, normas, leis e metas a serem atingidas que são legitimadas por uma associação dominante. A estrutura burocrática sustentará os seus interesses (WEBER, 1982).

As falas anteriormente citadas proporcionam a reflexão sobre como o processo de trabalho de uma equipe de saúde da família tem sido estruturada. Normalmente, pautada por uma produtividade a ser alcançada, por um quantitativo definido previamente, por diretrizes que indicam o caminho para o alcance das metas e quem são os profissionais que deverão cumpri-las (BRASIL, 2006; MOLESINI *et al.*, 2010). Verifica-se neste sentido o poder exercido na estrutura da burocracia. Uma estrutura composta por uma hierarquia funcional, onde as regras a serem obedecidas legitimam o poder da autoridade, e que sustenta os interesses de uma classe específica (WEBER, 1999). Observa-se a disciplina empresarial que todos os profissionais da equipe de saúde da família devem se submeter. Neste ponto Weber e Foucault acabam de, alguma forma alinhando-se na perspectiva de

que para o cumprimento da dominação burocrática é preciso o exercício do disciplinamento. Este processo é mais potente ao utilizar-se de meios administrativos e tecnologias modernas que moldam os indivíduos com vistas a torná-los reconhecíveis, calculáveis e comparáveis (MCKINLAY; STARKEY, 1997). Estes autores insistem em dizer que este disciplinamento também acontece nos modelos participativos de organização da saúde, centrados na equipe e no discurso da autonomia. Neste contexto a vigilância será múltipla, onde todos se observam e todos são observados. Percebe-se que esta situação tende a ocorrer internamente na equipe de saúde da família, mas externamente estimulada pelos níveis de gestão legitimados. Por um lado os profissionais da equipe produzem dados a partir do processo assistencial e obedecem às imposições definidas pelas normas e regras previamente estabelecidas. Por outro lado os gestores, em seus níveis municipal, estadual e federal determinam o que se espera de cada equipe, suas metas e suas prioridades. A vigilância interna é assim garantida pela burocracia e a hierarquia funcional. Estas características weberianas determinam a relação de forças dentro da equipe de saúde da família, a partir da interação entre os profissionais e pela influência que as forças externas, nos níveis centrais, fazem sobre o processo de trabalho estabelecido.

A vigilância externa é compreendida a partir do fluxo informacional do próprio SIAB, onde o topo, ou o lócus de centralização dos dados coletados aparece nas falas dos sujeitos como sendo o Ministério da Saúde e Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. Emerge nestas declarações o fato do SIAB ser ainda um sistema centralizado, que sustenta as relações de forças, ora emancipatória, ora de submetimento. Este caráter de centralização de informações em saúde também é verificado no governo sobre a vida (FOUCAULT, 2005)

*A gente tem que prestar conta de tudo o que a gente faz, o Ministério exige [...] Então a equipe trabalha em cima disso e esse dado vem para a secretaria onde eles são digitados e são lançados no Ministério. (E1)*

*[...] se estão fazendo o serviço, se o numero de visitas do agente comunitário esta atingindo as metas do Ministério [...] mas têm dados que é anotado que não é cobrado lá no sistema e a gente só faz a folha aqui e manda. (E6)*

Percebe-se uma relação de forças onde o Ministério da Saúde, amparado pelas Secretarias municipal e estadual determinam as metas e os parâmetros a serem seguidos. Algumas vezes o que é coletado, não se sabe o seu real significado, mas “exige-se” o envio de números frios que se acredita serem armazenados nesta redoma que se conforma o nível federal de gestão do SUS. Assim funciona o fluxo de controle e vigilância: o Enfermeiro exige a coleta de dados por parte dos ACS, estes são exigidos pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, que são exigidos pelo Ministério. Contudo, o olhar vigilante é difundido

pelos vários níveis de gestão presentes no fluxo informacional do SIAB. Aqui as relações de poder são contíguas, heterogêneas, mas em certo ponto percebe-se a centralização das informações.

A produção de informações no Brasil, pode-se dizer que foi construída historicamente dentro da perspectiva da centralização (MORAES, 1994; BRANCO, 2006). Almeida em 1998 já apontava quatro razões que desencadearam este processo de centralização em nosso país. A primeira razão foi o fato de que nos anos 60 a centralização da produção das informações justificou a necessidade de padronização e, por sua vez, a melhoria da qualidade das estatísticas produzidas. É interessante destacar que o SIAB possui esta característica inserida, principalmente, no seu mecanismo de coleta. As fichas utilizadas para a coleta de dados são as mesmas para todo o território nacional, sem diferenciação regional, bem como suas características.

Esta padronização na coleta do SIAB favorece a produção de informações que deverão ser analisadas pelos níveis centrais, principalmente a Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde. Entretanto, as fichas do SIAB não serão adequadas à realidade das áreas e/ou microáreas onde estes instrumentos de coleta são aplicados, isto esvazia a possibilidade de planejamento e decisões locais pelos profissionais de saúde que estão na assistência imediata. A segunda razão para a centralização da produção de informações se deu pelo fato de que a tecnologia disponível no momento da criação de sistemas de informação ainda estava centrada na possibilidade do uso dos *main-frames*. Estes computadores de grande porte só poderiam ser instalados e utilizados, principalmente, nos níveis centrais de gestão da saúde. Porém percebe-se que a descentralização das informações em saúde não evoluiu satisfatoriamente com o avanço da tecnologia da informação. Atualmente estamos em uma sociedade em rede, com diversas possibilidades de transmissão da informação, e, no entanto, ainda possuímos um fluxo informacional do SIAB voltado para alimentar os desejos por informações dos níveis centrais. Na saúde, ainda coleta-se inúmeros dados, analisa-se pouco e toma-se muitas decisões sem o suporte destes sistemas de informação, principalmente no contexto do sistema único de saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2010; VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011). A terceira razão para a centralização deve-se à escassa disponibilidade de profissionais voltados para a gestão de informações. Para Almeida (1998) esta escassez de profissionais foi amenizada, pois, de certa forma multiplicaram-se os profissionais na atualidade. Porém, o que se percebe de fato é a existência de profissionais destinados ao controle das informações alocados nos níveis centrais. Já nos níveis locais, são poucos os profissionais habilitados para fazer a gestão da informação. Nos níveis centrais há técnicos do SIAB, estatísticos, epidemiologistas, digitadores, analistas de sistemas, técnicos de informática e outros profissionais destinados

à análise dos dados produzidos nos municípios brasileiros. Já nos níveis locais, mais especificamente, estão os profissionais de saúde. Preocupa-nos o fato de que os profissionais de saúde que estão no *locus* da assistência, de forma muito incipiente, consigam transformar dados em informações, e, ainda gerenciar a informação com vistas à tomada de decisões, pois não estão habilitados para tal função, bem como não passaram por uma formação que estimule esta prática.

A última razão citada por Almeida para a centralização da produção de informações em saúde, foi a conjuntura política nos chamados “anos de chumbo” onde as agruras da ditadura militar, de forma desvelada, empenhou-se brutalmente em garantir a centralização de informações. Ao refletir sobre a evolução rápida em que os processos de disseminação da informação têm galgado na atualidade com o suporte das redes técnicas, com o artefato tecnológico disponível de disseminação de informações e de possibilidades de compartilhamento é, no mínimo, curioso perceber que as informações em saúde continuam centralizadas. Quando analisadas as falas dos sujeitos entrevistados percebe-se como este processo de centralização das informações se tece no fluxo informacional do SIAB.

Na Secretaria Municipal de Saúde, justifica-se a necessidade do SIAB, por seus gestores, enquanto instrumento de planejamento das equipes de saúde da família com vistas à qualidade assistencial. Desta forma, a ESF que utiliza o SIAB garantiria aos usuários maior qualidade assistencial. E isto, por sua vez, poderia proporcionar aos gestores a possibilidade de organizar e gerenciar a Atenção Básica de forma eficaz.

*O SIAB eu percebo como um instrumento que organiza o funcionamento do atendimento bem como o funcionamento do gerenciamento da atenção básica [...] Nós tivemos um debate interessante sobre a qualidade das unidades. Qualidade assistencial mesmo. Então é o SIAB que lhe permite com objetividade uma comparação [...] E uma coisa que a gente descobriu é que algumas unidades avançam mais na busca dos dados e outras avançam menos [...] As unidade que utilizam os dados do SIAB respondem com maior competência a demanda da população. (E3)*

*No meu entender é um sistema que regulariza a atenção básica e tem informações, a questão dos dados em si. (E6)*

Com este discurso, na verdade, garante-se o fluxo informacional das equipes para com os níveis centrais, pois sabe-se que a qualidade assistencial e as possibilidades de gestão eficiente não estão centradas apenas num sistema de informação, mas numa série de variáveis que devem ser garantidas pelos três níveis de gestão do SUS.

Pode estar aqui o discurso que enseja garantir a continuidade e a manutenção desta relação de dominação que se faz sobre a maneira como os profissionais das equipes de saúde da família trabalham, planejam e tomam decisões. Esta retórica, no entanto, insiste

em associar a qualidade assistencial com o uso de um sistema de informação cujos dados são centralizados.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) surge como um agente potencializador da centralização de informações, de forma sucinta, porém não menos importante que os demais. Na SES, o papel dos profissionais que trabalham com os dados do SIAB, é algo técnico, de certa forma, pois está voltado para a detecção de falhas na alimentação do sistema pelos profissionais que estão nos municípios. Estas falhas são definidas como cadastros preenchidos de forma errônea, falhas com o software e falhas na configuração das máquinas que recebem os dados digitados.

*[...] Analiso os dados do SIAB de forma macro, na verdade detecto as falhas de alimentação. A partir dos dados oriento os municípios a alimentar o sistema de forma adequada [...] Hoje isso está um pouco centralizado somente em mim. Mas estou treinando pessoas para ajudar nesse suporte aos municípios. As falhas são erros de alimentação do sistema, tipo cadastro de pessoas e acompanhamento de forma irregular, erros de sistema tipo de configuração de máquina. (E11)*

*[...] Nós fizemos um trabalho em 2009 em que nós fizemos uma escala com todos os enfermeiros das equipes de saúde da família e com a técnica digitadora. Ela identificou vários problemas no lançamento dos dados do SIAB, ela fez uma listagem disso e depois nós fizemos uma escala com todos os enfermeiros para passarem com ela. E ela ia apontando para eles quais os erros de preenchimento que a gente tinha. (E12)*

*O que podemos perceber é que a qualidade dos dados do banco nacional do SIAB encontra - se com algumas inconsistências. No entanto, podemos, também, atribuir estas inconsistências a diversos fatores como: alimentação da base de dados do SIAB pelos municípios de forma irregular e inconsistente devido à falta de capacitação das equipes para preenchimento das fichas de coleta e dos relatórios de consolidação de dados do SIAB, falta de realização de análise e interpretação dos indicadores com periodicidade prevista, falta de realização do controle de qualidade após o recebimento das fichas de coleta: erros e inconsistências. (E15)*

Este suporte técnico dado pela SES ao município é uma atribuição que fora considerado por Almeida (1998) como uma possibilidade de garantir a descentralização da produção de informações em saúde. A autora acreditava que o avanço da descentralização estava atrelado às novas responsabilidades do governo federal e estadual em desenvolver atividades direcionadas ao controle da qualidade dos sistemas e fornecer suporte técnico aos municípios. Algo que retrata o pensamento tecnicista da época focado na crença da solução tecnológica garantindo qualidade às informações em saúde. E isto pode perpetuar até os dias atuais onde se verifica um discurso predominantemente tecnicista, centrado no aparato tecnológico, com pouca reflexão sobre os aspectos qualitativos envolvidos na dinâmica de um sistema de informação (RODRIGUES; LUDMER, 2005).

Pelas falas dos sujeitos entrevistados, percebe-se que a SES ainda cumpre com esta responsabilidade, de dar suporte aos municípios. Os seus profissionais promovem o suporte

técnico e tentam controlar, de forma “macro”, a qualidade das informações. Porém o que move este suporte não está atrelado apenas à necessidade de qualificar as informações. Este olhar dos profissionais que estão na SES volta-se também para a perspectiva do cumprimento da pactuação de indicadores realizados entre municípios, o governo estadual e o governo federal, no sentido de que os mesmos sejam efetivados.

*[...] temos orientado as Regionais que a partir do indicador de cobertura de PSF que está no pacto pela vida, que orientem os municípios a corrigir seus cadastros. [...] essa crítica é feita pelo Estado e Regionais que é uma instância nossa (Estado) a partir de uma necessidade que é o pacto pela vida. (E10)*

*[...] Os municípios alimentam os sistema visando recursos. (E11)*

*[...] A SES tem acesso à base de dados do SIAB por meio de senha fornecida pelo MS. Os dados são usados na SES como fonte de informação para análise de processos municipais da APS e do desempenho dos municípios quanto aos indicadores da APS. (E24)*

O “pacto pela vida” como uma política do governo federal inserida no SUS define os mecanismos de regulação do processo de disseminação dos dados desde o ponto de coleta, passando pela gerência regional de saúde, secretaria estadual de saúde até o ministério da saúde. Os interesses pelo repasse de verbas ainda é o motivo principal de uso do SIAB. Posteriormente serão analisadas as possíveis consequências desta política sobre o fluxo informacional do SIAB, seus atores, coleta, armazenamento e demais processos.

Nesta primeira categoria encontrou-se como resultado que o SIAB tem proporcionado a manutenção do exercício do Biopoder em sua perspectiva anatomopolítica (a disciplina do corpo) e biopolítica (a regulação do corpo social). Também verificou-se que o SIAB é um instrumento de vigilância interna, dos profissionais de saúde, e externa dos níveis centrais de gestão da atenção básica. A temática da burocracia, da hierarquia funcional e da centralização das informações produzidas foi encontrada prontamente. O quadro 4 a seguir sintetiza e ao mesmo tempo traça as relações de poder/biopoder desta primeira categoria empírica.

## QUADRO 4

O uso do SIAB para manutenção das relações de poder/biopoder nos diferentes níveis de gestão da Atenção Básica em Saúde

Nível Federal	<p>Centralização das informações do SIAB;</p> <p>A burocracia exercida a partir das leis, normas, pactos e financiamentos.</p> <p>Determinação normas que garantem o fluxo informacional centralizado;</p>
Nível Estadual	<p>Vigilância do alcance das metas pactuadas pelos municípios a partir dos indicadores do SIAB;</p> <p>O suporte técnico garantindo o fluxo de dados do SIAB ao órgão máximo de centralização;</p>
Nível Municipal	<p>O SIAB como fonte de informações para a vigilância do indivíduo visando o disciplinamento do corpo;</p> <p>O SIAB como fonte de informações para a vigilância da comunidade e do <i>corpus</i> social.</p> <p>Estabelecendo fontes de informação para regulação da população;</p> <p>O SIAB como fonte de informações para a vigilância sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família; a burocracia exercida a partir da hierarquia funcional;</p> <p>A disciplina empresarial reforçada pelo SIAB;</p> <p>Avaliação do alcance dos indicadores pactuados visando o repasse de verbas.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

A próxima categoria analítica constitui-se como sendo a conseqüência de toda reflexão desenvolvida anteriormente, ou seja, as relações de poder/biopoder que se perpetuam na práxis informacional do SIAB contribuem para sua própria ineficiência. Assim a próxima categoria estará tratando das dificuldades verbalizadas pelos profissionais e gestores no uso do SIAB e dos seus dados. Estas dificuldades podem ser traduzidas em conseqüências destas relações de poder/biopoder perpetuadas pela práxis informacional neste sistema. Nesta discussão está encarnada a genealogia da sua ineficiência enquanto sistema de suporte às decisões de profissionais e gestores da atenção básica.



## 6.2 Categoria de análise 2 – O SIAB e sua ineficiência: Consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas

### 6.2.1 O Fluxo centralizado, esvaziamento do planejamento local e qualidade dos dados comprometida.

O SIAB como fonte de informações para o olhar vigilante do Estado sobre as populações apresenta um caráter peculiar. Continua sendo este instrumento criado para vigiar a sociedade, a atenção básica e os profissionais de saúde. Apesar do discurso da possibilidade do planejamento, da necessidade de análises por parte dos profissionais, percebe-se que os dados são exigidos e centralizados no ministério. Isto pode estimular apenas a produção de números e de indicadores por parte das equipes de saúde da família. E estes indicadores devem e precisam ser alcançados, pois o repasse de verbas é o dispositivo regulatório.

*[...] Porque o SIAB é um numero frio. A equipe precisa planejar e trabalhar com esses indicadores, mas a rotina da unidade é tarefista. Ai a gente vai só ficar dizendo números. Porque na rotina, por mais que a gente tenha essa visão, a gente não tem tempo pra fazer isso. A unidade engole a gente com a tarefa, então a gente começa a só devolver numero e não recebe de volta. Então ele é importante mas tem que ser trabalhado e isso não é rotina não. (E3)*

*[...] você fica lançando números e não faz nada com eles [...] tem que fazer uma avaliação em cima do numero. Porque se não fica só em cima do numero. (E2)*

*[...] É preciso manter a alimentação regular do sistema para não ser penalizado quanto ao repasse dos recursos financeiros federais. (E17)*

Por um lado têm-se a necessidade de atender a demanda da população, onde o processo de trabalho está centrado num modelo patológico, por outro lado exige-se a produção de números e o alcance de indicadores que deveriam descrever a produtividade dos profissionais. É possível que as necessidades de transformar os dados em informações sejam influenciadas no sentido de não ocorrer uma reflexão sobre estas informações e nem mesmo a realização do planejamento local. Por certo existem outras variáveis que promovem a ausência do planejamento local, mas a situação descrita anteriormente também precisa ser considerada.

Supõe-se que este “esvaziamento” do planejamento local seja uma resposta dos profissionais que estão na unidade de saúde da família à centralização do fluxo informacional. É o que Foucault (2008a) explicita quando diz haver entre as relações de poder um mecanismo de contra-poder que sempre se instaura. Por um lado exige-se a

coleta de dados e o repasse ao nível central, por outro os profissionais, não valorizam os dados, e, por sua vez, não os utilizam para o planejamento local. Desta feita, permanece o fluxo da produção de dados que precisam ser encaminhados ao nível central e que são subutilizados para a tomada de decisão local (FRANÇA 2001; FUNAI *et al.*, 2004; MARCOLINO, 2008; RADIGONDA *et al.*, 2010).

O profissional enfermeiro garante e mantém dentro da própria equipe a vigilância sobre os dados produzidos. Isto é garantido pela secretaria municipal que espera alcançar o financiamento determinado pelo alcance dos indicadores pactuados com o governo federal. É reafirmado pela secretaria estadual que fornece o suporte técnico e cobra aos municípios quando os indicadores pactuados não forem atingidos. Esta realidade pode produzir sobre o SIAB parte de sua ineficiência, pois acaba não sendo um sistema aplicável a realidade das comunidades, o que degenera a sua principal função, de instrumentalizar a atuação dos profissionais no próprio território. Não servirá plenamente para o planejamento local, pois está sendo mantido para alimentar os níveis centrais com informações confirmando que os indicadores estão sendo atingidos e que as verbas serão garantidas. Esta centralização das informações do SIAB foi verificada em um estudo de avaliação da cobertura deste sistema em 4 municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Neste trabalho verificou-se que a coleta de dados para o SIAB tende a servir apenas para alimentar os desejos de informação dos níveis centrais e que esporadicamente algum profissional utiliza estes dados para o planejamento local (RIBEIRO *et al.*, 2007).

Vidor, Fisher e Bordin (2011) reforçam este esvaziamento do planejamento local a partir dos dados do SIAB quando declaram que duas realidades coexistem no uso de sistemas de informação em saúde. A primeira é que os municípios utilizam estes sistemas como uma tarefa a ser cumprida por ordem dos níveis centrais. A outra realidade é que até se visualiza, por parte dos municípios, que os sistemas de informação em saúde podem potencializar o planejamento e as decisões, porém existem muitas dificuldades em utilizá-los de fato. Este é um produto das relações de poder que se perpetuam nesta práxis.

Verificou-se também que os profissionais, coletadores dos dados, não compreendem a importância do dado, não entendem nem mesmo o significado dos mesmos, coletam por ser uma exigência de determinado profissional, da secretaria municipal, do ministério da saúde. Estão aliados do processo de transformação do dado em informações.

*[...] tem umas coisas no SIAB que a gente não vê muito o porquê daquele dado. Não condiz muito com a realidade. Mas o Sistema pede então a gente tem que passar. É exigido pela secretaria [...] E eu já até fiquei sabendo que lá no sistema lá que a folha que a gente manda é a toa e ela é arquivada lá, mas mesmo assim a gente tem que mandar. (E6)*

*Eu acho que a gente poderia estar analisando com mais carinho. Mas por causa da demanda... não estou justificando não, mas a demanda da equipe é muito grande só tem um medico, só um enfermeiro. [...] Então eu sei que a gente deveria estar avaliando mais, a gente sempre programa para avaliar, mas é difícil pela equipe ser mínima acaba que a demanda engole um pouco a gente (E1).*

*Na odontologia mesmo a gente questiona muito isso, para que esta colhendo esse dado?. Porque se não você fica lançando números e não faz nada com eles e o diagnostico é pra isso, tem que fazer uma avaliação em cima do número. Porque se não fica só em cima do numero, se não tiver essa eficácia de uso. Então tem que fazer essa reflexão. (E2)*

*[...]como nós não conseguimos, de nível central, fazer esse acompanhamento das equipes em termos dessa análise de dados, eles acabaram não dando tanta importância, muito valor a essa discussão do dado que é consolidado no final do mês, então só serve para ser enviado ao Ministério. (E12)*

*A situação da qualidade dos dados do SIAB não difere, infelizmente, da maioria dos Sistemas de Informação Brasil a fora, baixa qualidade das informações. Observa-se, porém, que este problema tem raízes mais profundas do que meramente o mau preenchimento ou mesmo desconhecimento da forma de entrada das informações no sistema, o que se observa é que a grande maioria dos atores responsáveis releva a importância de uma base consistente e constantemente atualizada [...] este fato é um entrave a ser combatido, uma vez que estes acabam tratando esta tarefa como mera burocracia.(E14)*

Alguns estudos já demonstravam que os profissionais de saúde coletam muitos dados, no SIAB, mas não compreendem o seu valor, e muito menos os analisam visando a tomada de decisões (FREITAS; PINTO, 2005; BARBOSA, 2006; MARCOLINO, 2008). Isto pode ser uma conseqüência da própria manifestação destas relações de poder inseridas no fluxo informacional do SIAB. É um fluxo unidirecional voltado à alimentação do Estado que planeja, define e politiza com pouca ou nenhuma participação dos demais níveis de gestão. A existência dos instrumentos de coleta no próprio município, como esperava Almeida (1998), não garantiram no lócus da assistência o maior uso das informações para o planejamento assistencial local. A descentralização da informação tão esperada pela autora não ocorreu. E muito menos, na prática, o SIAB não tem acompanhado o processo de descentralização dos serviços de saúde garantidos pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS). Verifica-se um esvaziamento do valor do dado fidedigno e coletado com vistas à geração de informações. Coleta-se para cumprir com a exigência dos gestores nos níveis centrais.

Esta dificuldade que os profissionais possuem em não utilizar, de fato, o SIAB para o planejamento local, também pode estar relacionada a algo mais amplo. É a dificuldade que os profissionais de saúde possuem em analisar dados, contextualizá-los e produzir informações. Esta dificuldade não é gerada pelo SIAB, é algo anterior a utilização do sistema, está na gênese da formação do profissional de saúde. Para alguns entrevistados, a

má utilização dos dados do SIAB se deve ao fato de não serem preparados para isso durante a formação profissional.

*Nós fomos formados para produzir e não para sentar e achar que sentar, conversar, planejar também é trabalho. Não que essa administração ou alguma outra cobre produção, mas a gente é muito formado para a tarefa. Então a tarefa às vezes não faz a pessoa pensar, porque o trefismo ele é impensado. Então eu acho que é isso, se for modificado é para você aprender a planejar e trabalhar com metas e poder trabalhar com a visão do diagnóstico.(E2)*

*[...] se você tem uma formação em uma escola que pensa no nível terciário como prioritário você vai ler o SIAB de um jeito diferente de uma escola que tenha a atenção primária como prioritária.(E3)*

*Então nós estamos caminhando nesse processo de organização porque nós não temos coordenadores formados, com conhecimento suficiente para fazer essa análise de dados com a equipe. A nossa proposta agora é capacitar os coordenadores e fazer uma programação. A maioria desses profissionais é da área da saúde, mas eles não tem uma formação gerencial para gestão e epidemiológica menos ainda. (E12)*

Desta forma, se o profissional não compreende o valor do dado, da coleta e da disseminação, se este processo se faz apenas por que é vigiado, por que é exigido por outro profissional, ou por uma instância gestora, e por fim, se esta equipe de profissionais não está preparada para analisar os dados coletados para a geração de informações pode-se pensar no comprometimento da qualidade dos dados deste sistema. Para alguns autores, em suas pesquisas, o SIAB possui problemas relacionados à qualidade de seus dados (RODRIGUES et. al, 2000; AZEVEDO, BARBOSA e SANTOS, 2006; FERREIRA, SCHIMITHI e CACERES, 2010 ). Os relatórios gerados são incompletos, existem dificuldades de preenchimento e há o desconhecimento dos formulários do sistema. Porém, mesmo com os dados numa qualidade questionável, os indicadores continuam sendo gerados a partir das metas pactuadas (Anexo F – Alguns indicadores nacionais da Atenção Básica em Saúde gerados pelo SIAB).

Schmidt e Neves (2010) corroboram com estes achados quando dizem haver uma hipervalorização do alcance das metas de produtividade pactuadas. As autoras chegam a dizer que há um encolhimento do aspecto qualitativo destes indicadores, ou seja, não são analisados como deveriam e representam um número sobre o qual se espera tomar decisões, mas no nível central. As autoras ainda endossam que este anseio pelo cumprimento das metas é fruto das intencionalidades que emergem a partir dos pactos políticos, eleitoreiros e dos interesses do mercado privado no setor público de saúde. Cumpre-se assim o fluxo informacional determinado, visando a produção de uma imagem que muitas vezes não retrata a realidade da população, mas que precisa ser garantida neste jogo de forças que se interpenetram.

*Basta uma análise superficial para colocar em check a qualidade dos dados do SIAB. Exemplo, alguns municípios apresentam cobertura de PSF acima de 150% ou até 200%. Isto, no mínimo, demonstra problemas na atualização do cadastro. Se o cadastro está errado pode-se inferir quanto às demais informações. (E10)*

*[...] os dados muitas vezes não são fidedignos. (E11)*

*A qualidade dos dados é muito ruim [...] não temos como afirmar que o número representa a atualidade [...] quando você vai cruzar o dado com o acompanhamento ele não bate [...] Então essa é uma questão que interfere no dado, no quantitativo e na qualidade porque o agente fica preocupado com o quantitativo e deixa cair a qualidade porque ele não quer se prejudicar com uma atividade que não conta pra ele como visita e acompanhamento. Então é uma questão que o SIAB não conversa, não fala com a gente, não permite que a gente possa estar discutindo isso e pra gente é importantíssimo que o agente faça parte dessas atividades coletivas. (E12)*

*A situação da qualidade dos dados do SIAB não difere, infelizmente, da maioria dos Sistemas de Informação Brasil a fora, baixa qualidade das informações. Observa-se, porém, que este problema tem raízes mais profundas do que meramente o mau preenchimento ou mesmo desconhecimento da forma de entrada das informações no sistema, o que se observa é que a grande maioria dos atores responsáveis releva a importância de uma base consistente e constantemente atualizada. (E13)*

Estudos como os de Ribeiro *et al* (2007) e Maia *et al* (2010) confirmam esta infidedignidade dos dados registrados no SIAB. Em muitos momentos estes dados são registrados de forma errada, e não condizem com os registros dos profissionais de saúde feitos nos prontuários da família. Algumas hipóteses para esta má qualidade são apontadas por estes autores. Primeiramente, podem estar ocorrendo falhas no preenchimento dos formulários por parte dos ACS e dos demais profissionais. A segunda hipótese é que os dados das USF podem estar equivocados. Uma terceira hipótese é que esteja ocorrendo uma combinação das duas primeiras. Entretanto, uma quarta hipótese é o fato de que as relações de poder/biopoder que atravessam o SIAB estejam potencializando a “manipulação” dos dados visando satisfazer interesses. Na categoria analítica 4 esta situação será tratada.

Outra implicação desta manutenção do SIAB a reforçar as relações de poder estabelecidas é a manutenção do distanciamento entre os municípios, seus gestores e profissionais em relação ao nível central de gestão que é o ministério da saúde.

*O Ministério!!!! às vezes eu penso que eles vivem em um outro mundo, porque cada coisa que chega para nós estamos cumprindo... nós que estamos aqui no município executando a gente vê isso com muita clareza. Toda hora chega uma coisa do ministério ou da secretaria estadual para cumprir e você vê que eles não conversam, que eles não discutem estratégias de fortalecimento da assistência. (E12)*

Os dados são coletados para serem enviados e centralizados no ministério, não há a participação dos profissionais que possuem um conhecimento além do SIAB para planejar a

assistência local. Este conhecimento, da vivência com a realidade e com os indivíduos que a habitam não é considerado. O resultado disto são políticas definidas para serem cumpridas e que muitas vezes não se aplicam à realidade. Com este distanciamento, provocado pela centralização da informação, as vozes se emudecem sem apontar as falhas existentes no fluxo informacional do sistema, bem como nas possibilidades de aprimoramento do mesmo.

Para Moraes (2002) e Branco (2006) esta concepção dos sistemas de informação nacionais mantidos em caixas fechadas e muito bem lacradas continua servindo a um modelo dominante nas instituições de saúde. Moraes (2002) reafirma que o Estado lhe atribui o direito de perguntar aos indivíduos exigindo respostas sobre as suas informações de saúde, doença, condições sociais, econômicas e outras facetas da dimensão humana. A este indivíduo, por sua vez, compete o dever de repassar as informações solicitadas. Esta lógica justifica o distanciamento verificado entre os níveis federal, estadual e municipal neste estudo. A única forma de “diálogo” entre eles se faz por meio das metas de produtividade já definidas e que são inquestionáveis para os profissionais que estão nas unidades de saúde da família. Para Schmidt e Neves (2010) a Lei Federal que criou o Programa de Saúde da Família prevê certa flexibilidade na definição das metas a serem alcançadas. Porém estes mesmos autores chegam à conclusão que, na prática, estas metas são impostas e não se coloca no horizonte político destes profissionais uma ação de mudança ou reivindicação sobre essas definições. Basta aos profissionais que estão nas unidades de saúde da família cumpri-las, e, à Secretaria Municipal garantir o cumprimento das tais. É a ordem que vem “de cima para baixo”. Os profissionais e o Estado estão distantes e separados por uma ligação perene, que, é virtual, uma representação que é o dado, mas sem valor por não ter a participação do profissional no momento da análise.

### 6.2.2 A inadequação do SIAB às demandas informacionais locais: justificativa para os interesses do mercado privado de tecnologias da informação

A centralização do fluxo informacional do SIAB no ministério e secretarias desencadeia alguns problemas que são detectados pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde da família. Um primeiro problema é o fato de que as fichas do SIAB não contemplam a verdadeira realidade da população, ou seja, o sistema vai proporcionar o olhar apenas para determinados itens que foram definidos previamente pelo ministério, mas não contemplam todas as necessidades informacionais dos profissionais. O seguintes discursos se assemelham ao dos entrevistados E2, E4, E5, E6, E12, E17, E18, E19.

*Eu entendo que ele (o SIAB) não responde a nossa realidade [...] Acho que seria um banco de dados ainda com formato centralizado e que necessariamente ele precisa captar mais a realidade local. (E3)*

*O problema do SIAB é que muitos dados precisariam ser mais completos. Tem muitos dados que a gente avalia no domicílio mas que o SIAB não exige que a gente coloque ali [...] muitos dados não são repassados porque o SIAB não exige [...] Eu acho o siab muito pobre ele precisava ser revisto, acrescentar muitas coisas, tirar algumas coisas [...] Eu acho que faz muito tempo que ele foi formulado. Ele deve ser revisto, deve ser feito uma pesquisa para ver a necessidade do que deve ser acrescentado, o que tem que tirar. (E1)*

Em alguns momentos os dados coletados pelo SIAB são tão gerais, que não fazem qualquer relevância para determinada região do país. E por isso tendem a ser desconsiderados. Se existem campos nas fichas do SIAB que para algumas regiões não se adequam à realidade, para outras regiões faltam campos imprescindíveis, principalmente pela característica da comunidade que está sendo assistida e pelas novas formas de agravos que vêm surgindo na população.

*[...] Ou então fazer mesmo um modelo só, mas que acrescentasse algumas coisas. Por exemplo acrescentasse o que é comum hoje. A obesidade é uma realidade que estamos vivendo. A maioria das crianças estão mais obesas do que desnutridas por causa da alimentação. Então são coisas que tem que serem mexidas, tem que ser acrescentadas. (E2)*

*Então, como eu disse, é acrescentar, rever algumas coisas. Acrescentar mesmo algumas coisas tendo em vista, como lá tem hora que pede número da mortalidade de menores de tantos anos. Isso é importante, mas eu acho que isso deveria ser feito mais por região. Por exemplo, na nossa região isso não é muito comum a mortalidade infantil por desnutrição, então, talvez teria que ser feito mesmo por região, de acordo com a demanda. (E3)*

Na forma como o SIAB está formatado, o nível central precisa ter uma visão geral e não das peculiaridades de cada município. Percebe-se que o sistema ainda está sob uma conformação que visa atender às necessidades de informação do governo federal, que necessita ampliar o olhar sobre todo o território nacional. Neste sentido, verifica-se a ação do Estado que influencia o território. A soberania é exercida com outra roupagem, não da ação sobre o corpo no sentido de puni-lo aos olhos de todos, mas no sentido de observá-lo, estudá-lo e por fim discipliná-lo (FOUCAULT, 2009).

Pelo fato do SIAB não contemplar as demandas de informações locais verifica-se a criação de outros instrumentos que possam coletar, armazenar e disseminar estes dados na unidade de saúde da família e secretaria municipal de saúde. Estamos falando aqui de instrumentos que vão desde “cadernos” onde os profissionais armazenam as demais informações não contempladas pelo SIAB até o desenvolvimento de outros softwares que possam fazer um papel semelhante ao do SIAB.

*O meu cotidiano de trabalho é de acordo com as visitas que eu vou fazendo e os dados que eu tenho no meu caderno [...] tem outros dados que não tem a necessidade de tê-los no SIAB não, mas estão no meu caderno. (E9)*

*[...] Divinópolis também está fazendo isso (adquirindo um software) [...] o SIAB não consegue agregar esses dados de forma a que a gente tenha um sistema único [...] Então nós estamos criando um sistema que cadastra a pessoa e a coloque na família para que os dados possam ser utilizados para o SIAB. [...] São alternativas que o município está buscando para diminuir a quantidade de relatório que ele tem que emitir, porque se você tiver um banco de dados único você pode puxar o relatório específico para cada SI para alimentar os dados para o MS. (E12)*

Em relação a criação dos “cadernos” com dados do SIAB, como relatado anteriormente, verifica-se que são fontes, não formais, de informação para o planejamento assistencial na unidade de saúde da família. Isto pode gerar uma duplicidade na coleta e prejudicar ainda mais a qualidade dos dados, principalmente no momento de disseminá-los e analisá-los. Corroborando com estes achados, Nogueira e Neves (2008), enfatizam que, o fato do SIAB não atender às demandas informacionais dos profissionais do PSF desencadeia um grande desperdício de dados. Os autores afirmam que no PSF muitos dados circulam de maneira informal e são registrados em outros lugares diferentes do SIAB. Isto, por certo, potencializaria o risco de perdas e negligências de informações valiosas no processo de trabalho em questão.

Em relação aos softwares, em alguns momentos são criados pelas próprias secretarias de saúde, por meio de seus técnicos, em outros, abrem o espaço público para o interesse privado em vender as soluções tecnológicas (ALERT, 2011).



No município em estudo, um software está sendo desenvolvido pela própria secretaria municipal de saúde, porém os entrevistados valorizam a criação e aquisição destes softwares, mesmo a partir de empresas privadas.

*Acho que todo acréscimo que venha a somar é sempre bem vindo. A grande maioria desses softwares são bons e visam, além das informações relacionadas ao SIAB, algumas informações que são pertinentes localmente, aprimorando assim, a qualidade das informações coletadas. Porém, algumas ressalvas devem ser feitas em relação a estes softwares, principalmente no que diz respeito à comunicação destes com o sistema nacional, já que observamos que em alguns casos, os sistemas locais apesar de atender muito bem a realidade local não apresentam tecnologia de comunicação com o sistema nacional e, com isso, não atendem as portarias que regem a alimentação regular dos bancos de dados. (E14)*

*O Ministério da Saúde não tem feito nenhuma restrição ao uso de outros softwares (livres ou adquiridos) desde que tenham as mesmas funções do SIAB, até porque a plataforma do SIAB é muito antiga e, se qualquer software se propõem a implementar as mesmas funcionalidades do SIAB, porém em uma plataforma mais moderna, o município e, conseqüentemente, a qualidade do SIAB, podem ser beneficiados. (E16)*

Para Junqueira (2001) a terceirização é um exemplo claro de como o mercado privado tem sido permitido e incentivado pelas políticas que sustentam o programa de saúde da família no Brasil. Neste sentido, existe a compra, pelo PSF, de serviços privados e/ou de organizações sociais referentes a consultorias, tarefas e equipamentos necessários. Estes últimos poderiam ser representados pela parafernália tecnológica que tradicionalmente alimenta os interesses econômicos do modelo médico-hegemônico que insiste em se enraizar na estratégia de saúde da família. Assim, os softwares vendidos ou alugados pela indústria tecnológica privada infiltram-se de forma descarada na máquina pública e conseguem alimentar a retórica do interesse de proporcionar alto padrão tecnológico e as mais diversas soluções para a gestão da informação no programa de saúde da família.

Davenport em 1998 já elucidava que não é a quantidade de sistemas informacionais e o seu alto teor tecnológico que garantem a gestão eficaz da informação. Mas, é algo além, é preciso proporcionar um ambiente informacional adequado, onde as pessoas tenham o seu envolvimento garantido nos processos informacionais. E isto, verificou-se pelas discussões anteriores que, no fluxo informacional do SIAB, é algo incipiente.

No entanto, as conseqüências da centralização do fluxo informacional do SIAB refletem também sobre a ineficiência deste sistema em atender às demandas do modelo de saúde proposto, como será tratado a seguir.

### 6.2.3 A inadequação do SIAB ao modelo de saúde proposto

O SIAB, em sua criação e essência, visava o monitoramento e avaliação das ações e serviços, realizados no Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2003). O sistema foi concebido com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas (municipal, estadual e federal) do Sistema Único de Saúde (SUS) com informações provenientes da Atenção Básica em saúde, para agilizar e consolidar os dados coletados pelas equipes de saúde da família. O SIAB, quando criado, configurou-se como um instrumento para auxiliar no processo de planejamento e tomada de decisões especificamente no primeiro nível de assistência à saúde, a atenção básica, embora, como apresentado nas categorias anteriores, não acontece plena e nem adequadamente.

Para Brasil (2006) o SIAB é um sistema de informação territorializado. Esta característica permite a coleta de dados de populações bem delimitadas, podendo produzir indicadores populacionais relacionados às áreas de abrangência onde os profissionais de saúde atuam. A territorialização permite a identificação dos problemas relacionados à população vinculada àquela área de abrangência, bem como as suas micro-áreas relacionadas. Com isso, é possível monitorar as desigualdades, os riscos ambientais, os fatores sócio-econômicos incidentes sobre a população, contribuindo para a avaliação das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e reabilitação. Esta característica da territorialização está de acordo com o modelo que se almeja praticar no Brasil, o SUS. Com seus princípios e diretrizes, o SUS, traz em seu arcabouço teórico o ensejo pela territorialização e também a descentralização da gestão, bem como da assistência à saúde.

Apesar da mudança do modelo assistencialista, curativista, teoricamente, para um modelo pautado pela prevenção de doenças e promoção da saúde, o Brasil ainda possui um modelo de saúde híbrido (SCHMIDT e NEVES, 2010). No primeiro nível assistencial, a atenção primária percebe-se que ainda coexistem o modelo curativista e o de vigilância, centrado na prevenção, promoção e recuperação. Por um lado valoriza-se o tratamento, a doença, a medicalização da sociedade, os gastos exorbitantes com procedimentos, exames e a valorização do profissional médico. Na outra via, a exaltação à promoção da saúde e a prevenção de doenças (CAMARGO, 2003; LUZ, 2004; COHN, 2005). Seria superficial pensar que este modelo híbrido é um simples processo de evolução, onde, no final, será alcançado apenas um modelo centrado na vigilância, na promoção de saúde e prevenção de doenças como o foco primordial. Isto não seria tão interessante para os complexos hospitalares, para os lobistas, para os empresários da indústria da saúde. Enfim, neste embate, está o SIAB como um sistema de informação que, criado para atender às demandas das equipes de saúde da família, deveria ser focado num modelo de vigilância

pautado na prevenção e promoção. No entanto, grande parte de sua produção de informações ainda está centrado no processo de trabalho médico, pautado pelo tratamento, pelo medicamento, pela necessidade da cura, dos exames e dos procedimentos.

A partir das falas dos entrevistados percebe-se que as fichas do SIAB não contemplam o hibridismo de modelos, não atendem totalmente às demandas assistencialistas e também não contemplam de forma satisfatória as necessidades informacionais relacionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde. Os discursos abaixo são semelhantes ao dos entrevistados E12, E24, E15, E17, E25, E5, E6.

*Eu acho que os dados foram bem pensados, mas em outro momento. [...] Está na hora da gente rever os dados, ver a necessidade de cada um e a eficácia de uso deles porque talvez dê para enxugar. (E2)*

*Por exemplo, a saúde mental como que a gente faz? O indicador lá no plano municipal de saúde já está trazendo que a internação da saúde mental ela aumenta muito forte em relação as outras. E que especificidade que o SIAB traz nisso? Porque não adianta se a gente fica sustentando que a atenção primária que tem que cuidar dos agravos crônicos esses agravos crônicos tem que aparecer aí. Se o pacto pela saúde coloca isso o SIAB deve então trazer isso [...] O uso do medicamento inadequado será que o SIAB da resposta para isso? Quando a gente passa a visitar as residências a gente acha pacotes de remédios [...] Adolescentes, por exemplo, quase não tem nada sobre eles no SIAB. (E3)*

Partindo deste contexto pergunta-se: “Por que um sistema de informação criado para o um novo modelo de saúde não contempla este modelo, principalmente na descentralização de informações em saúde?” Neste sentido, o SIAB está num bojo de discussões mais amplo do que ele próprio. As relações de poder que se manifestam no contexto do mercado da saúde incidem no próprio SIAB, assim como em outros problemas relacionados à saúde. Seja no acesso à população aos serviços, seja no acolhimento destes usuários, seja na garantia de direitos aos mesmos e até mesmo na qualidade assistencial que se pretende atingir. Na categoria de análise 4 será tratado destas forças que escamoteiam as possibilidades de gestão da informação por meio do SIAB, além daquelas que já foram mencionadas até aqui. O que se pode adiantar é que os interesses políticos, eleitorais, econômicos e até mesmo individuais constituem a relação de forças ou relações de poder que influenciam sobremaneira o fluxo informacional do SIAB, seus atores e processos.

Enfim, nesta categoria foram descritas as possíveis conseqüências das relações de poder/biopoder sobre o SIAB, sobretudo trazendo a este sistema parte de sua ineficiência. Para enfatizar os achados, o quadro 5 a seguir propõe uma síntese das conseqüências advindas das relações de poder sobre o SIAB.

## QUADRO 5

Consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas sobre o SIAB, seus processos, fluxos e profissionais envolvidos

- Esvaziamento do processo de planejamento e tomada de decisões dos profissionais locais utilizando os dados do SIAB;
- O olhar sobre a comunidade sofre interferências a partir da manipulação de dados visando o alcance de metas estabelecidas;
- A má qualidade dos dados do SIAB;
- O SIAB não se adéqua ao modelo de saúde proposto na atualidade;
- O SIAB não atende às demandas informacionais locais;
- Com a ineficiência do SIAB busca-se outras fontes de informações não formais ou softwares que possam responder às demandas informacionais. Estes últimos alimentam os interesses privados do imperativo tecnológico no setor público;
- O SIAB torna-se produto das relações de forças que coexistem no setor saúde e sustentam o hibridismo de modelos.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

Os reflexos das relações de poder que se estabelecem sobre o SIAB também podem ser discutidos a partir do seu fluxo informacional tecido no interior dos níveis municipal, estadual e federal, bem como na relação que se estabelece entre os mesmos. Neste cenário, outros elementos que constituem estas relações de poder emergem sendo importante a sua análise. Então, a categoria de análise seguinte tratará da descrição deste fluxo que tem como característica principal a centralização. Ainda, os atores e processos inseridos nesta rede de informações serão descritos e discutidos.

### **6.3 Categoria de análise 3 – O fluxo informacional do SIAB: atores e processos sob a égide de forças moduladoras**

#### **6.3.1 A descrição do Fluxo informacional geral do SIAB: unidirecionalidade e atores disciplinados**

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

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

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

Sabe-se, teoricamente, que a coleta de dados do SIAB é formalizada a partir de fichas de coleta (BRASIL, 2003). Estas fichas foram definidas previamente pelo ministério diante das necessidades de coleta, armazenamento e disseminação da informação que emergiu quando da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF). Atualmente, os ACS ao fazerem as visitas nos domicílios utilizam estes instrumentos de coleta para contabilizarem o número de famílias acompanhadas, as doenças existentes, as condições sócio-ambientais e demais informações. O cotidiano de trabalho destes profissionais parece estar centrado nas visitas domiciliares visando a coleta destes dados. Entretanto as fichas destinadas à coleta não são a única forma de armazenamento. A fala seguinte revela a criação de outra maneira, informal, de armazenar os dados e que possivelmente podem servir de fonte de informação na perspectiva deste entrevistado, sendo até mesmo um norteamento do seu cotidiano de trabalho.

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

Neste contexto, percebe-se que o ACS é um profissional central na produção de dados, pois grande parte da coleta é realizada por ele, no seu cotidiano de trabalho. Certamente, é necessário um número maior de estudos que compreendam a lógica da coleta e produção de informações a partir deste profissional, apesar de alguns já existentes,

tais como os de Nogueira e Neves (2008). Porém, o que se percebe é a possibilidade de existir no comportamento deste profissional algumas situações que podem comprometer o fluxo de informações do SIAB. A primeira situação é o fato de o ACS coletar e armazenar os dados a partir de instrumentos não formais, como os “cadernos” que ficam em sua posse, descritos anteriormente. Isto pode gerar um comprometimento no processo de análise das informações por parte da equipe de profissionais, pois os dados estarão centralizados no indivíduo, o ACS que coletou. Aqui se percebe que a centralização da informação ressurgiu, mas com uma tônica individual. É a força dominante exercida pelo próprio sujeito que detém a informação, fazendo com ela o que almeja, inclusive podendo alterá-la e adaptá-la. Na pesquisa de Ribeiro *et al* (2007) verificou-se que grande parte dos dados coletados e disseminados pelos ACS não se alinham com a realidade da demanda de usuários que chegam na USF para atendimento. Muitas vezes, as informações declaradas pelo próprio usuário/paciente, que é a fonte primária de dados, não condiz com o cadastro realizado pelo ACS durante a visita feita àquela família.

A segunda situação atrelada ao comportamento informacional do ACS é a falta de compreensão deste profissional sobre os instrumentos de coleta existentes. Alguns estudos demonstram que ele não entende a real importância do dado coletado assim como não consegue compreender o que está sendo solicitado pelas fichas (MARCOLINO e SCOCHI, 2010). Coleta-se por que esta é a sua rotina de trabalho, não há crítica sobre o que está coletando e qual poderá ser a sua aplicabilidade para a saúde da comunidade e daquela família em foco. Esta situação pode ser evidenciada na fala a seguir.

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

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

Outra situação atrelada ao comportamento do ACS frente aos dados do SIAB é o determinismo burocrático existente no seu processo de trabalho. Percebe-se que a coleta está atrelada às exigências por parte do profissional enfermeiro na USF, pela secretaria municipal e pelo ministério da saúde. O ACS coleta por que esta é uma obrigação existente em seu cotidiano de trabalho, é a sua rotina, é a justificativa para a sua própria existência dentro da equipe mínima do PSF. Enfim, o SIAB tem um significado, para este profissional,

que está pautado pela disciplina de enviar dados aos níveis centrais. Sobre o significado que o SIAB possui, um dos entrevistados relata:

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

Esta situação pode reforçar neste profissional a postura de coletar sem valorizar a qualidade do dado, mas para cumprir com uma exigência estabelecida, com uma norma legitimada garantindo o seu cumprimento. O poder burocrático weberiano é estabelecido aqui para conformar um comportamento, atribuindo disciplina ao ACS. Entretanto, esta disciplina pode não estar garantindo o imprescindível, a qualidade do dado coletado, mas garantindo o envio de dados aos níveis centrais. Estas situações descritas anteriormente, atreladas ao comportamento informacional do ACS poderiam influenciar todo o fluxo do SIAB. Ressalta-se que os profissionais de saúde e os gestores nos diversos níveis trabalham e analisam a partir do dado produzido pelo ACS.

Ainda na descrição do fluxo informacional do SIAB, verifica-se que outro profissional emerge das falas como um ponto de recebimento e consolidação dos dados coletados pelos ACS. Este profissional é o Enfermeiro que supervisiona inicialmente os dados coletados e, por sua vez, realiza o consolidado para finalmente enviá-lo a secretaria municipal de saúde.

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

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

Apesar de o Enfermeiro ter como sua responsabilidade a supervisão das ações de enfermagem, sabe-se que este profissional, em todo o território nacional, assume, na prática, a supervisão do ACS, bem como o gerenciamento do processo de trabalho presente na unidade de saúde da família (GALAVOTE *et al.*, 2011). Desta forma o fluxo de informações que perpassam este processo de trabalho encontra no enfermeiro uma possibilidade de gestão e controle. Além de o Enfermeiro assumir a administração da unidade, acaba por

supervisionar o ACS para o cumprimento do seu próprio trabalho. O enfermeiro então se constitui como um pólo de forças sobre a prática da coleta, armazenamento e disseminação de informações. Longe de ser um gestor da informação, o enfermeiro também é disciplinado, atravessado pelas relações de poder que se perpetuam nesta práxis informacional do SIAB. Mas este profissional aparece em dois momentos e garante a disseminação dos dados aos níveis centrais. Primeiro, o enfermeiro exerce sobre o ACS um adestramento quando se espera do mesmo o cumprimento do seu papel, de coletador, e principalmente, cumpridor dos números solicitados pela norma. Dentro da unidade de saúde da família o enfermeiro assume este papel de controle do fluxo informacional do SIAB, mas, no sentido de garantir a centralização dos dados nos níveis centrais. O discurso da qualidade dos dados, aqui, muitas vezes é suplantado pela necessidade do cumprimento das metas de produtividade. Santos e David (2011) confirmam esta situação quando alegam que as relações de forças entre o enfermeiro e os ACS determinam a valorização de cobranças pautadas pela produtividade de números, não se valorizando o aspecto da qualidade assistencial e do próprio processo de trabalho desenvolvido.

O enfermeiro, ao receber os dados coletados por parte do ACS deveria, teoricamente, estimular toda a equipe a analisar estes dados, sua qualidade, as necessidades e possibilidades de intervenção sobre a comunidade. No entanto, percebem-se algumas tensões neste ponto do fluxo informacional do SIAB. Os entrevistados, em alguns momentos, relatam que esta análise dos dados acontece por parte da equipe, que inclusive tem a autonomia de paralisar um dia das atividades assistenciais visando a consolidação e análise destes dados. Porém, em outros momentos, os sujeitos deixam escapar que as análises não são feitas, na maior parte das equipes. Muitas vezes os dados são coletados, não são analisados, apenas são consolidados e enviados diretamente dos ACS para a secretaria municipal de saúde.

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

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



Em relação ao profissional médico, percebe-se seu grande distanciamento dos dados do SIAB, pois quase não participa do fluxo informacional deste sistema. Por mais que haja uma expectativa de que todos os profissionais da ESF participem deste fluxo e do processo de análise destes dados para o planejamento local, isto não acontece de forma satisfatória. Nas falas seguintes pode-se perceber este distanciamento do profissional médico. O entrevistado 12 também alega este distanciamento por parte do profissional médico.

*Primeiro os dados são coletados pelos agentes comunitários. Eles colhem e encaminham direto. Eu, médico (risos) tenho só uma noção quando a gente faz um diagnóstico de saúde que aí eu até sei a estatística e tudo. Mas no dia-a-dia eu não trabalho com isso [...] como isso é trabalhado lá (secretaria e ministério) deve ser para reverter em plano de ação, para dar um feedback para a gente. Mas isto nunca acontece. (E8)*

Este comportamento do profissional médico frente aos dados do SIAB pode estar atrelado ao que já foi discutido sobre o esvaziamento do planejamento local como consequência da centralização do SIAB. Este profissional, apesar de entender a importância do SIAB, vê neste sistema algo que está atrelado apenas à produção de dados a serem enviados aos níveis centrais e que não faz parte, plenamente, do seu processo de trabalho. Outro aspecto vinculado a este profissional é o fato de não declarar a realização do consolidado, pois isto também é algo feito pelo profissional enfermeiro, inclusive da sua própria produção de dados. Mais uma vez o enfermeiro revela-se ser o centro de recebimento, consolidação e disseminação dos dados do SIAB dentro da equipe. Ele se responsabiliza pelos dados coletados pelos ACS na família, consolida os seus dados, bem como os dados do profissional médico, para em seguida enviar à secretaria municipal de saúde.

### **6.3.2 A descrição do fluxo informacional do SIAB dentro dos níveis centrais**

Após os dados serem coletados e consolidados, em sua maioria, pelos ACS e Enfermeiros, estes dados seguem em folhas diretamente para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA). Neste ponto do fluxo os dados são digitados num *software* específico do SIAB por uma digitadora que possui uma participação importante na interpretação destes dados. Além de a digitação alimentar o banco de dados, esta profissional também atualiza os dados a partir do envio de novos dados pelos ACS, visto que as áreas de abrangência onde as famílias estão cadastradas também são dinâmicas. Se uma família nova se muda para a área de abrangência é necessário cadastrá-la, se uma gestante dá a luz ao filho é

preciso mudar a sua condição no SIAB, pois não será mais gestante. Assim, este dinamismo, requer uma atualização do banco de dados do SIAB na SEMUSA. Esta tarefa também está atrelada à digitadora.

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

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

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

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

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

responsabilidade de estar analisando os dados gerados por todas as equipes de PSF do município.

*[...] ele (o SIAB) é analisado pelas nossas referências técnicas que nós temos aqui, notadamente a referência técnica da enfermagem [...] e nós temos também uma análise minha que sempre eu tenho que me preocupar, como diretor, com o processo de trabalho dos nossos servidores, depois ele (o SIAB) é encaminhado para o ministério de saúde onde a gente passa então a compor o quadro nacional de informação da atenção básica [...] Então a gente dá uma avaliada, uma lida no SIAB, dá uma olhada nas unidades que estão com número muito baixo e aí a gente tenta conversar com a equipe para tentar melhorar. (E3)*

Na Secretaria Municipal de Saúde, o Enfermeiro, na figura da referência técnica de enfermagem, trabalha no sentido de promover a disseminação dos dados, porém a partir de uma influência e exigências da coordenação e diretoria da atenção primária. Neste sentido constrói-se uma rede de olhares tecida a partir das relações de poder que se estabelecem num movimento circular, atravessando de forma cíclica os diversos níveis do fluxo informacional. Percebe-se que as forças que se perpetuam na secretaria municipal tendem a produzir forças na unidade de saúde da família, na relação dos profissionais, nas práticas do processo de trabalho com vistas à geração de números esperados pela secretaria estadual e ministério da saúde. Remete-se ao funcionamento em cadeia do poder. Algo que circula, não está localizado num setor, numa instituição ou num indivíduo, atravessa-os e os transforma em centros de transmissão (FOUCAULT, 2008a). Além dos níveis centrais (secretaria municipal, estadual e ministério) os profissionais, em especial, ACS e Enfermeiros, são centros de transmissão do poder, bem como são atravessados pelas relações de poder emanadas de outros centros e os demais níveis do fluxo informacional do SIAB.

Verifica-se a mesma lógica de alimentação e disseminação das informações do SIAB desenvolvida na unidade de saúde, se repete na SEMUSA. Neste contexto, a vigilância dos dados se dá no sentido de verificar o alcance das metas estipuladas e pactuadas previamente. Esta tarefa é cumprida no sentido de controlar todo o processo de alimentação e geração de informações, não no sentido de qualificá-las para a tomada de decisões. Cumpre-se o ensejo em gerar indicadores pactuados para o repasse de verbas.

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

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

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

*O fluxo é o seguinte: o município alimenta o sistema através dos dados coletados pelas unidades e transmite diretamente para o DATASUS (no Rio de Janeiro) [...] O DATASUS RJ consolida os dados de todo estado e envia ao MS. Só não sei te responder o que o MS tem feito [...] nós (secretaria estadual) temos acesso aos dados apenas depois que são disponibilizados no tabnet [...] A forma que o fluxo ficou, a GRS se sentiu alijada do processo e a pessoa que era responsável pelo SIAB nesta instância foi para outra função. Na GRS tinha uma referência do SIAB, não tem mais. Isto (o dado do município direto para o MS) foi uma perda na medida em que a qualidade que era monitorada pelas nossas regionais de saúde deixou de ser feitas. (E10)*

*Os dados não chegam mais a Superintendência Regional. A digitação é feita no município e o encaminhamento é direto para o Ministério da Saúde. No momento estamos sem técnico de referência para este programa. O papel da referência regional é fazer a crítica, avaliar as inconsistências e fazer o contato com o município para as correções. O município também tem a competência de fazer a crítica no banco de dados. Com a municipalização a responsabilidade da atenção primária é do município cabendo ao Estado a cooperação técnica. (E26)*

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

Enfim, percebe-se que o fluxo informacional do SIAB segue uma lógica unidirecional desde o seu ponto de coleta até o nível central que se configura o Ministério da Saúde. Alguns atores tendem a garantir este direcionamento do fluxo nas várias instâncias, partindo da coleta pelo ACS, da supervisão pelo Enfermeiro, do armazenamento pela Digitadora, do controle municipal pela referência técnica de enfermagem, do suporte técnico pela Secretaria Estadual de Saúde até chegar ao Departamento de Informática do SUS – Rio de Janeiro (DATASUS), e por fim, o Ministério da Saúde. Estas duas últimas instâncias máximas de recebimento dos dados se responsabilizarão por fazer uma rotina de críticas

aos dados enviados pelos municípios. Estas críticas aos dados visam à eliminação das inconsistências na tentativa de qualificar o banco de dados.

Enfatiza-se que esta lógica centralizadora deste fluxo pode estar contribuindo para a desvalorização do planejamento e da tomada de decisões amparadas pelos dados do SIAB. Nesta ótica, os dados do SIAB justificam apenas o alcance dos indicadores pactuados.

Em seguida, o quadro 6, descreve-nos vários níveis de gestão da Atenção Básica os principais atores e suas funções relacionadas ao cumprimento do fluxo informacional deste sistema.

#### QUADRO 6

Principais atores envolvidos no fluxo informacional do SIAB e suas funções estabelecidas

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

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

Além dos atores (profissionais) envolvidos na garantia do envio dos dados aos níveis centrais, a figura 8 demonstra o fluxo informacional do SIAB, desde a coleta nos domicílios, passando pela unidade de saúde da família, pela SEMUSA, pelas SRS, SES, DATASUS-RJ, até cumprir a sua unidirecionalidade centrada no Ministério da Saúde.

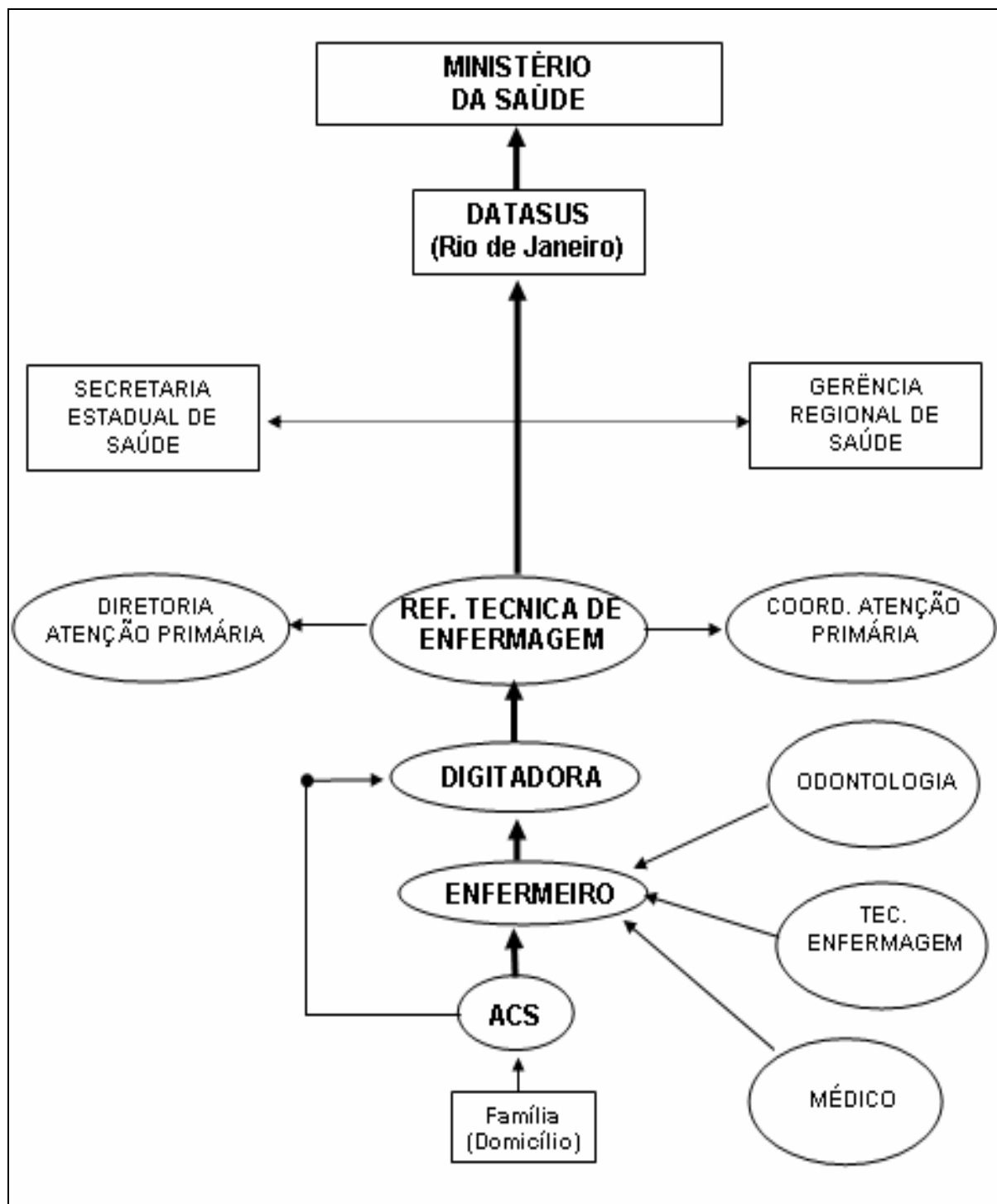


FIGURA 8 – Fluxo informacional do SIAB

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

#### **6.4 Categoria de análise 4 – A manipulação de dados no fluxo informacional do SIAB: o jogo de poderes**

Nesta categoria objetivou-se verificar a existência ou não de manipulação de dados do SIAB e o nível de interferência que emerge a partir das metas a serem alcançadas. Entretanto para compreendermos como este processo acontece, e por que ele acontece, é necessário retomarmos o conjunto de forças que constituem as relações de poder que se estabelecem sobre o fluxo informacional do SIAB, seus atores e processos envolvidos. Este conjunto de forças pode, de certa forma, incentivar uma “cultura” de “manipulação” dos dados. Verifica-se aqui uma reação às forças emanadoras de poder. É a constituição de outras forças que emergem a partir desta relação de dominação existente. É a via de mão-dupla determinada a partir das relações de poder atravessadoras do fluxo informacional do SIAB.

Na categoria de análise 1 verificamos que o uso do SIAB, nos vários níveis (municipal, estadual e federal) se faz pela necessidade de garantir o exercício e manutenção das relações de poder/biopoder na Atenção Básica em Saúde. Neste sentido, o SIAB é utilizado para garantir o “olhar” dos profissionais, das secretarias, do governo federal, sobre a população e, em última instância, um “olhar” sobre o indivíduo. Utilizam-se as informações do SIAB visando a disciplina do corpo individual e a regulação do corpo coletivo. Ainda, o poder burocrático é exercido, principalmente, dentro da unidade de saúde da família e nos níveis responsáveis pela gestão da atenção básica. A coleta dos dados do SIAB e sua disseminação são garantidas e legitimadas por uma determinação burocrática. Não cabendo aqui reivindicações de mudanças, mas a manutenção da disciplina previamente estabelecida.

Na categoria de análise 2 enfatizaram-se as conseqüências das relações de poder/biopoder estabelecidas sobre o SIAB, conformando as suas ineficiências. A primeira conseqüência destas forças que atravessam o SIAB se dá no sentido da centralização do seu fluxo, principalmente, no ministério da saúde. Por este fluxo ser centralizado esvazia-se no nível municipal, a necessidade e a possibilidade de um planejamento local. Esta centralização ainda contribui para a má qualidade dos dados do SIAB, para a inadequação deste sistema às demandas informacionais locais e, por fim, o sistema não se adéqua ao modelo de saúde proposto.

Na categoria de análise 3 fluxo informacional do SIAB, bem como seus atores e processos foram descritos. Percebe-se, de forma esquemática, que existe uma unidirecionalidade da disseminação das informações do SIAB centrada no nível federal. No

decorrer deste fluxo, alguns atores se destacam no sentido de garantir esta unidirecionalidade, são os profissionais disciplinados e inseridos em um contexto burocrático. Enfatiza-se que estas forças constituem as relações de poder/biopoder captadas neste estudo. Entretanto, a seguir, destaca-se o fenômeno da “manipulação” dos dados do SIAB.

Percebe-se a partir das falas dos sujeitos entrevistados que existe no fluxo informacional do SIAB uma “manipulação” dos seus dados. Além das falas abaixo os entrevistados (E1, E2 e E3) também confirmam a existência da manipulação de dados visando interesses.

*O SIAB é um sistema totalmente manipulado. Os municípios alimentam o sistema visando recursos e os dados muitas vezes não são fidedignos, ou melhor, são manipulados, o sistema não bloqueia dados quando não são real. (E11)*

*[...] como acontece com outros sistemas do MS, por não se tratar de sistema com entrada de dados individualizada e de alguma forma o envio de informação está vinculado a pagamento de recurso, sempre há o risco de haver esta manipulação para satisfazer determinado interesse. (E15)*

*[...] se observam indícios de casos de repetição de dados. (E16)*

*Se há manipulação quanto a apresentação de dados não verdadeiros, acho que pode acontecer sim. E quanto ao interesse nisso, talvez para manter a alimentação regular do sistema sem a consistência/qualidade dos dados e não ser penalizado quanto ao repasse dos recursos financeiros federais. No meu ponto de vista, isso pode acontecer em qualquer outro sistema que trabalhe consolidado de procedimentos/produção, ou seja, um sistema que não tem a entrada das informações individualizadas (por indivíduo), quando nesses casos há a preocupação em preservar o diagnóstico e o procedimento realizado. (E18)*

No dicionário Houaiss da Língua Portuguesa a palavra “Manipular” possui alguns significados, tais como: influenciar um indivíduo ou coletividades conseguindo que se comporte de uma dada maneira, para servir a interesses de outros que não os seus próprios; provocar alteração em algo; tornar falso; adulterar, falsear.

Neste estudo a manipulação de dados do SIAB ocorre visando o alcance dos desejos de um indivíduo, de uma classe social ou de uma instituição propriamente dita. Pode estar sendo estimulada pela necessidade do alcance das metas de um pacto que está atrelado ao repasse financeiro, a interesses políticos, eleitores e privados.

Percebe-se que a manipulação dos dados é atribuída em grande parte aos ACS, principalmente pelo fato de que são eles os profissionais responsáveis pela coleta inicial dos dados do SIAB, bem como a sua disseminação. A manipulação realizada pelo ACS é garantida por esta relação de forças que atravessam o seu processo de trabalho. Estas forças exigem e disciplinam no sentido de garantir o alcance das metas previamente



definidas e produz um corpo dócil, sobretudo no sentido de garantir o cumprimento do seu papel. É a obrigação da criação de uma verdade. Para Foucault:

Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade, Por outro lado, estamos submetidos à verdade também no sentido em que ela é lei e produz o discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos de poder. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2008a p.180).

O ACS, submetido à produção de verdades, exerce o poder também quando reage a esta força e produz verdades, pois são leis previamente estabelecidas na pactuação das metas de produtividade para este profissional. É a pura representação dos efeitos de poder.

*[...] o agente comunitário manipula, muitas vezes aumentando o numero de visitas. E isso é complicado a gente controlar. Não tem como ficar ali com um GPS nele o tempo todo. Então, tem sim uma manipulação porque eles sabem que vão ser chamados a atenção. Isso é uma realidade que a gente convive há muito tempo e é difícil atuar nisso. [...] O ACS, se não atingir a meta o MS, pode ter o seu piso cortado, por isso ele manipula muito mais do que os outros profissionais [...]. (E1)*

*[...] O ACS tem que fazer um numero de visitas de 90%, por exemplo, e se não fizer os 90% bloqueia a verba). Eu acho que é nesse caso que ele manipula. (E8)*

*[...] a gente vem passando por um processo do ACS, de que a regularização da produção e do nosso profissional aqui que já tem 2 anos que nós estamos nessa luta [...] Então o que aconteceu com isso foi uma desmotivação daqueles que estavam contratados pela insegurança deles se iriam permanecer contratados ou não. Esse alongamento desse processo acabou prejudicando a assistência. E ai nós temos profissionais e profissionais. Com isso tivemos uma baixa de visita domiciliar muito expressiva e um acompanhamento que nós não podemos acessar. (E12)*

No caso do ACS, a manipulação visando o alcance das metas é uma lei sancionada, que se não cumprida recairá sobre o mesmo um processo de punição. Desde a sua exclusão do processo de trabalho, passando pelo fato de ser advertido, e podendo ter sua demissão estabelecida. No endosso dessa afirmação, o trabalho de Schmidt e Neves (2010) demonstrou que coordenadores responsáveis pelo PSF estão sendo pressionados a demitir ACS que não conseguiram cumprir com as metas de produtividade estabelecidas, principalmente as metas do número de visitas domiciliares mensais. O que se percebe neste momento é o processo de disciplinamento do profissional ACS visando normalizá-lo. O corpo deste profissional sofre uma ação de forças que o moldam, o estruturam, constrói a sua docilidade estabelecendo a sua identidade profissional com vistas ao estabelecimento de um fluxo informacional determinado. Este profissional é marginalizado do processo de

compreensão dos dados coletados, da importância do SIAB enquanto instrumento que poderia ser mais bem utilizado pela equipe.

Neste contexto, o ACS, vê o seu trabalho rotinizado apenas no sentido de produzir números, dados descontextualizados, sem qualquer possibilidade de análise. Novamente a burocracia e a disciplina se alinham. Para Santos e David (2011) a burocracia é uma característica predominante em todo o processo de trabalho do profissional ACS, e isto, muitas vezes, está atrelado às coletas de dados sem sentido a que estes profissionais são submetidos. Para estes autores, esta situação envolvendo o ACS “ultrapassa as questões organizacionais e ganha contornos de exploração de classe” (p.55). Esta exploração do seu trabalho se dá no sentido de normalizá-lo dentro de um determinismo existente no fluxo informacional do SIAB. Não é o ACS que manipula, por si só, ele é atravessado por relações de poder que o impulsionam a isto. A lei, neste caso, se aproxima da norma e garante a modulação do corpo. Ressalta-se que esta força impulsionadora da manipulação que, se materializa nas ações do ACS, pode ser o resultado dos “ilegalismos” criados pela própria norma, o pacto, a necessidade do cumprimento de metas, e principalmente, podem alimentar interesse políticos, econômicos, eleitorais e privados. Enfim, o ACS, se torna o grande delinquente por manipular os dados do SIAB. Para Foucault (2009) a delinquência se constitui uma das figuras destes “ilegalismos” produzidos pelo não cumprimento das leis. Nesta perspectiva o delinquente, o ACS, é aquele que rompe com o discurso legal e, portanto, considerado marginal. Mas este discurso legal é forjado no arcabouço onde se define o próprio fluxo informacional do SIAB, centralizado e unidirecional. Neste momento, exalta-se as reflexões de Sibilia (2007) quando diz que os corpos contemporâneos estão sendo tatuados de verdades. Estas precisam serem descoladas de suas peles.

Apesar da centralidade da “manipulação”, em grande parte, tender à figura do profissional ACS, percebe-se por meio das falas dos sujeitos que isto não está localizado apenas neste profissional. Alguns entrevistados, ao reconhecer esta prática, descrevem-na em outras instâncias e atrelada a outros profissionais, durante o fluxo informacional do SIAB.

*Tem alguns colegas que também manipulam os dados do SIAB, mas não tão gritante quanto os ACS. (E1)*

*[...] em outro nível pode ser que às vezes tenha vontade de manipular os dados visando direcionar para algum tipo de ação e o dado precisa ser alterado para aquele tipo de ação ser implantado”. (E2)*

*[...] eu aciono a equipe quando o SIAB me dá indicadores muito ruins. [...] Faz parte do jogo e isso faz o jogo ficar interessante e muito saudável. Eu percebi nessa semana, por exemplo, várias Unidades mandaram 0 de vacinação. Eu sei que isso não é verdade porque se não a gente estava perdido. A gente devolve e questiona e eles acertam o processo. E eu já sei o que houve. É a mesma pessoa que registra e essa pessoa ficou doente e o grupo esqueceu de buscar. Então a gente interfere. Eu acho que há a*

*interferência técnica. A gente percebe as variações ou quando tem uma queda muito forte no dado aí a gente comunica a equipe e pede para eles darem uma ajuda, uma justificativa consistente. É lá na equipe que gera o dado que deve fazer a modificação.(E3)*

Percebe-se que no nível municipal (unidade de saúde da família e secretaria municipal de saúde) existe uma teia de relações onde esta manipulação segue até mesmo a um processo rotineiro e lógico. É uma prática que está enraizada no fluxo informacional do SIAB cabendo aos profissionais implementá-la. Os profissionais sabem, de antemão, que os dados não devem ser enviados à secretaria municipal com números muito aquém do que é preconizado, pois serão questionados e deverão elencar as justificativas plausíveis. Inclusive, pelos relatos, os profissionais que alimentam as fichas do SIAB, mesmo quando impossibilitados por afastamentos e licenças não poderão deixar de preencher e enviar os dados aos níveis centrais.

Alguns entrevistados chegam a se contradizer e/ou demonstram inquietações quando argüidos sobre as possibilidades de os dados do SIAB serem manipulados. No início da entrevista chegam a dizer que a manipulação não ocorre, mas no transcorrer dela deixam escapar elementos que nos levam à compreensão de como estas manipulações acontecem.

A partir dos relatos a seguir verifica-se que há uma tensão proveniente das relações de forças que operam neste contexto. Estas forças não partem de apenas um lócus, não se concentram em apenas um espaço do fluxo do SIAB, pelo contrário, parecem povoar as várias possibilidades de existência da disseminação de dados deste sistema. O que se observa é que alguns confirmam de forma veemente a manipulação, outros a negam, outros se contradizem, outros responsabilizam as demais instâncias e, surpreendentemente, alguns profissionais acreditam que a manipulação tem o sentido ou valor de qualificar o dado, melhorá-lo.

*Aqui (Secretaria Municipal) os dados são muito precisos. O que vem mesmo da equipe é lançado e é passado [...] eu acredito que o que acontece lá na ponta onde é preenchido o SIAB é repassado para as meninas da digitação. As meninas da digitação só digitam mesmo. Não tem nada de manipulação de dados. A informação é mais fidedigna mesmo. [...] Eu acho que a manipulação é mais no sentido de tentar melhorar o dado mesmo. De dar mais informações para a gente poder trabalhar melhor em cima das questões e estar conseguindo se programar melhor as atividades. Mais nesse sentido de tentar melhorar mesmo. (E5)*

*O que eu faço é só digitar os dados. Aí a decisão já é questão da diretoria, coordenação do PSF. Agora... (expressão de medo) essa questão da manipulação (falou mais baixo) é na coordenação do PSF. (E4)*

*[...] creio que caso ocorra manipulação dos dados sejam casos isolados (E13)*

*[...] mas isso ( a manipulação) só favorece a população. Digo que nesse sentido sim, tem interesse, mas é um interesse bom. (E1)*

Ressalta-se os mecanismos disciplinares Foucaultianos e também a produção do indivíduo pela burocracia Weberiana. O que os sujeitos acreditam sobre a manipulação foi construído disciplinarmente e a partir do processo burocrático estabelecido sobre a concepção da administração dos dados deste sistema. Por um lado, percebe-se que os sujeitos foram normalizados, foram impregnados pelo discurso de que a manipulação dos dados é uma prática necessária, saudável, produtora de uma verdade previamente estabelecida. É o corpo docilizado visando a produtividade. Por outro lado, a legitimação da ordem de “manipular” está imbricada nos estatutos, não por um mecanismo formal e legal perante a sociedade, mas sistemático e legal perante o Estado burocrático.

Nos níveis estadual e federal, quando perguntados sobre o processo de manipulação dos dados do SIAB, os entrevistados o reconhecem e ainda o descrevem de forma detalhada. Para estes entrevistados, as manipulações ocorrem visando o alcance das metas definidas em pactos previamente estabelecidos. Estes servirão, inclusive, como parâmetro de avaliação dos resultados alcançados pelos municípios e suas equipes de saúde da família. Os entrevistados (E10, E13, E15, E16, E17) também reconhecem a existência da manipulação dos dados do SIAB. As falas seguintes elucidam, de forma geral, o reconhecimento dos entrevistados acerca da existência da manipulação de dados.

*Um determinado município não está acompanhado corretamente suas famílias, e seu cadastro está superior ao acompanhamento, ai pra ter a cobertura de 95% das famílias cadastradas é feito a manipulação para atingir essa porcentagem. Pois se não atingir 95% de cobertura o município tem a suspensão dos recursos da atenção primária. (E11)*

*Para o MS enviar a verba ele precisa de um número X de usuário, precisa de um numero X de visitas, o ACS tem que fazer um numero de visitas de 90%, por exemplo, e se não fizer os 90% bloqueia a verba. A manipulação é para não perder a verba. O motivo principal é esse. (E8)*

Neste sentido, a manipulação dos dados do SIAB segue uma lógica determinada pelas metas de resultado ou de produtividade definidas e “acordadas” entre os vários níveis de gestão. O repasse financeiro, neste contexto, parece ser o principal incentivo para este processo de manipulação. Para Conh, Westphal e Elias (2005, p.118) o uso dos sistemas de informação de abrangência nacional ainda está restrito “à busca de recursos financeiros vinculados aos programas federais específicos ou à prestação burocrático-administrativa de contas”. O SIAB, como um destes sistemas de abrangência nacional também parece seguir a mesma lógica. Os mesmos autores acreditam ser esta uma lógica norteadora do próprio sistema de saúde que se almeja implantar. As práticas de coleta e sistematização das

informações também poderão ser influenciadas por esta maneira de direcionar os processos administrativos. Uma lógica racionalizadora e inversa onde se trata a informação em saúde como um direito do Estado e um dever dos profissionais, cidadãos e gestores.

Mas o que seriam estes “pactos” tão citados pelos entrevistados e que influenciam sobremaneira o comportamento informacional? Na saúde, os pactos pretendem ser um instrumento formal de negociação entre os gestores nos níveis municipal, estadual e federal, tendo os indicadores de saúde como metas acordadas (BRASIL, 2003). Estes pactos sofrem, entretanto, uma influência das articulações ligadas à própria reestruturação do Estado brasileiro, onde se destacam a reconstrução da democracia, do federalismo, da descentralização política e administrativa, bem como da reforma do Estado (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

Algumas características destes pactos que se estabelecem no sistema único de saúde são descritas por alguns autores, tais como: o forte caráter do pacto burocrático focado na norma previamente estabelecida e entendida como uma demanda do Ministério da Saúde aos municípios e estados; um pacto pontual, fragmentado e sem monitoramento sistematizado por seus gestores; um pacto que está ainda muito relacionado aos interesses políticos e até mesmo privados (MEDINA *et al.*, 2000; MOLESINI *et al.*, 2010; GUERREIRO; BRANCO, 2011). Ainda neste contexto, os mesmos autores sugerem que a política de pactos estabelecida no SUS estimula uma “competição” entre os níveis (municipal e estadual) pela distribuição dos recursos financeiros o que poderia promover uma série de conflitos. O que emerge neste embate são as práticas de clientelismo, a contratação de serviços privados oriundos de alianças e favores acordados. Para D’Ávila, Lima e Oliveira (2002) estas tensões são características cerceadoras do modelo de saúde atual, mergulhado em obstáculos tais como conflitos sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade. Aqui se estabelece a contradição entre uma política de saúde de cunho universalista e a conciliação com os princípios neoliberais, que preconizam o Estado mínimo. O discurso governamental se pauta pela necessidade da redução de custos. No entanto, os favores são concedidos, as alianças continuam sendo estabelecidas visando o “lucro”, o “prestígio” e a manutenção dos interesses (D’ÁVILA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Entretanto, os pactos, na saúde, poderiam ser um dispositivo emancipatório ao invés de ser um dispositivo de controle e/ou de submissão. Talvez isto não seja uma realidade no SUS, mas para Guerreiro e Branco (2011) os pactos, têm o potencial de amadurecer os princípios federativos e formar alianças, redes colaborativas que, em última instância, poderiam ajudar a reduzir as desigualdades existentes. Para Brasil (2003, p.223) os pactos “tem provocado a utilização dos dados dos sistemas de informação em saúde, o que

contribui para a melhoria da qualidade das informações”. Porém, da maneira como os pactos estão sendo desenvolvidos, numa perspectiva “clientelista” e repleta de conflitos, acredita-se que o pacto tem proporcionado o controle no sentido de anular as possibilidades de emancipação.

Em síntese, a realidade da pactuação tem influenciado o uso da informação em saúde. Municípios e estados aderem ao acordo de metas e indicadores, motivados pela possibilidade de verbas e sem mecanismos de monitoramento, auditoria e avaliação sistemática. Este processo está embebido de pressões, tensões e conflitos. É a manifestação dos atravessamentos das relações de poder, mas que neste caso, submete gestores, profissionais e os usuários do sistema único de saúde.

Entretanto, as metas de resultados estabelecidas nos pactos não são a única influência sobre esta maneira de concepção da informação em saúde estabelecida no fluxo do SIAB. As forças que emanam das intencionalidades políticas também podem atravessar e forjar práticas informacionais relacionadas ao SIAB. O relato abaixo revela esta influência do jogo político sobre o fluxo informacional do SIAB, pois as pactuações tendem a alimentar a máquina eleitoral e a hegemonia partidária.

*Um jogo de interesse... talvez do lado político sim. Ah, o Brasil conseguiu atingir tal meta de não sei quanto de vacina tal, diminuir o índice de mortalidade. Mas isso é interessante. Acho que esse interesse ele só favorece, essa jogada política. Porque tem essa jogada política. Vai trazer votos para alguns deputados, para alguns governadores, para o prefeito. (E1)*

Fica evidente, aqui, mais uma faceta das relações de poder que atravessam o fluxo informacional do SIAB. Os pactos, então, são submetidos aos interesses políticos municipais, estaduais e federais. Estes interesses podem estar influenciando a coleta, a disseminação dos dados, o fluxo informacional do sistema, bem como podem contribuir para incipiência do planejamento assistencial local. Para Molesini *et al* (2010) as interferências de natureza político-partidária norteiam a liberação de recursos financeiros e alimentam alguns interesses em detrimento de outros no SUS. Estes autores ainda relatam que a perda do poder político é um receio que promove os conflitos nos vários níveis de gestão.

Diante dos achados explicitados, supõe-se que esta prática de manipulação dos dados do SIAB possa ser o reflexo de uma cultura organizacional característica da tradição política brasileira paternalista e clientelista. Essa cultura permeia o sistema único de saúde, a saúde coletiva, a atenção básica e as equipes de saúde da família. Para Davenport (1998) a cultura informacional, é a forma como a cultura organizacional influencia o fluxo de informações dentro das organizações, determinando assim as práticas relativas ao tratamento da informação. O uso do SIAB por profissionais e gestores nos níveis estudados

sustenta esta cultura informacional caracterizada pelo centralismo, pela unidirecionalidade do fluxo, pelo esvaziamento do planejamento local, pela influência do mercado privado no cenário público e pelas forças político-partidárias.

Outro aspecto relevante para discussão é o fato de que esta cultura informacional marcante no fluxo do SIAB demonstra a ausência de um processo de gestão da informação. Poderíamos dizer que a “cultura” é a de não tratar ou analisar a informação visando o planejamento e o processo decisório nos vários níveis do SUS. A cultura é da valorização da quantificação dos dados coletados. No nível federal, os entrevistados relatam que há uma crítica aos dados do SIAB visando eliminar inconsistências, como se isto pudesse tratar o dado no sentido de qualificá-lo, porém, isto não é suficiente para captar a manipulação.

*[...] os dados municipais passam, ainda no DATASUS, por uma rotina de crítica dos dados. Esta rotina se baseia na definição de critérios, a partir dos quais se define pela inclusão ou exclusão do município na base de dados para análise - "base limpa". Esta análise é feita separadamente para cada módulo, ressaltando-se que, como as rotinas são independentes, a exclusão de um município numa das bases não implica na sua exclusão da outra base. Após as críticas realizadas pelo DATASUS, e a disponibilização da base de dados, o Departamento de Atenção Básica do MS, mais especificamente a Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação, aplica uma série de críticas para verificar inconsistências nas bases municipais. (E13)*

*[...] nós precisamos avançar para que a estatística no Brasil seja verdadeira e forneça os dados reais. Mesmo que hoje nós não temos total confiabilidade do dado, ele é o dado que nós temos. (E12)*

*[...] o sistema não bloqueia dados quando não são reais. (E11)*

Até agora verificou-se que a manipulação dos dados acontece dentro dos limites da normalidade. Suspeita-se, a partir do que foi descrito até aqui, que muitos dados podem até, aparentemente, estarem dentro da normalidade, porém as manipulações que ocorrem escampam às rotinas para verificações das inconsistências. Pode-se dizer, neste momento, do exercício de um poder informacional que seria o uso de metatecnologias, visando a manipulação das bases de dados, dando suporte aos outros tipos de poder (KERR PINHEIRO, 2011). Este poder envolve a forma como se organiza e manipula a informação, podendo, portanto, incidir sobre os demais meios.

Não é um poder estanque e representa o elo informacional das diferentes formas de seu exercício pela organização e mineração de dados. Pela rede, para controle dos fluxos, o Estado penetra nas diversas dimensões da existência humana, o que só a virtualidade pode possibilitar em tempo real, em convergência do político com a inovação tecnológica. O pensamento econômico e tecnológico sempre motor e constituinte dos governos, tocamos agora tão de perto, sempre direcionado pela intangibilidade da informação, já aparente na legislação, na regulação dos diferentes domínios ou campos jurídicos, o que afeta os processos de construção das políticas de informação (KERR PINHEIRO, 2011 p.178).

O quadro 7, a seguir, demonstra as críticas que são feitas aos dados visando a limpeza da base.

#### QUADRO 7

Descrição da rotina de críticas realizadas pelo Ministério da Saúde para verificação de inconsistências na base do SIAB

<p><b>Dados de cadastro</b> - O município é considerado inconsistente quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O nº de pessoas cadastradas é equivalente ao quantitativo de ACS por equipe (observa-se se a quantidade de pessoas cadastradas está dentro dos limites esperados de acordo com o número de ACS e o que se preconiza de população coberta por este);</li> <li>- Os municípios com envio das informações dos 3 módulos do SIAB (saúde, Produção e Saneamento) enviados regularmente no período analisado;</li> <li>- Há duplicidade na quantidade de pessoas cadastradas por tipo de equipe, repetição da mesma quantidade de pessoas cadastradas em diferentes tipos de equipes;</li> <li>- Há diferença entre número de pessoas cadastradas no SIAB e população estimada pelo IBGE: Caso houvesse mais de 15% de pessoas cadastradas no SIAB do que pessoas estimadas no IBGE o município era considerado como apresentando inconsistência;</li> <li>- Há divergência entre a população cadastrada e a soma das faixas etárias: Observou-se que em alguns municípios a soma das faixas etárias era diferente do total de pessoas cadastradas.</li> </ul>
<p><b>Dados de produção</b> - O município é considerado inconsistente quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentasse mais de 3 consultas médicas por habitante ano;</li> <li>- Apresentasse mais de 2 atendimentos por gestante mês (equivale a ESF atender cada gestante duas vezes por mês).</li> </ul>
<p><b>Dados de saúde</b> - O município é considerado inconsistente quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O nº de Nascidos Vivos (NV) pesados apresentasse valor maior do que o nº total de NV;</li> <li>- O nº de crianças de 4 meses com aleitamento apresentou valor maior que o nº de crianças de 4 meses;</li> <li>- Nº de crianças menores de 1 ano no SSA2 for 100% maior que o nº de crianças cadastradas na ficha A;</li> <li>- Nº de gestantes menores de 20 anos apresentou percentual superior a 40%.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011



A partir do que foi discutido anteriormente, não se percebe no fluxo informacional do SIAB um processo de gestão da informação como descrito por Davenport (1998, p.173) “um conjunto estruturado de atividades que incluem o modo como as empresas obtêm, distribuem e usam a informação”. O que ocorre, no que tange ao SIAB, são práticas desestruturadas, ineficientes, não sistematizadas de coleta, armazenamento, análise e disseminação. Para o mesmo autor, a gestão da informação deve estar centrada no público-alvo do processo informacional em foco. Porém o que se verifica no fluxo informacional deste sistema são práticas voltadas a ampliar o olhar vigilante dos níveis centrais e, de forma incipiente, está a possibilidade de utilizar-se das informações do SIAB para qualificar as ações de saúde para a população local. Nogueira e Neves (2008) relatam não existir, nas equipes de saúde da família, um trabalho estruturado de gestão da informação. Para os autores as práticas gerenciais que ocorrem neste cenário não estão atreladas a um processo sistemático de gerenciamento da informação.

Enfim, se a manipulação dos dados do SIAB acontece, configura-se como o resultado de uma constituição de forças. As relações de poder aqui se estabelecem, interagem e forjam o fluxo informacional deste sistema. Por um lado estão as forças emanadas pela cultura organizacional típica do serviço público brasileiro, por outro, estão as forças atravessadoras do jogo político-partidário. Externamente existem as forças do mercado privado que insistem numa atuação interna no SUS. Por fim, ainda existem as forças que insistem em esvaziar a discussão da gestão da informação em saúde, alimentando os interesses da indústria tecnológica com suas soluções promissoras. Está construído, então, o caleidoscópio das relações de poder engendradas numa perspectiva dualizadora, ora emancipatória quando convém, mas em grande parte submetedora.

A figura 9 explicita as relações de poder (forças) que operam no fluxo informacional do SIAB e envolvem os níveis de gestão, bem como seus atores. Percebe-se que cada nível de gestão dentro do Sistema Único de Saúde influencia e é influenciado pelas forças atravessadoras. O mercado privado, o modelo curativista hegemônico e a política também emitem efeitos de poder sobre a conformação predominante do SIAB, seus dados, processos e profissionais envolvidos. A partir destas forças mais centrais, emergem outras forças provenientes dos profissionais que estão nos níveis mais locais. Estas forças tendem a garantir os interesses e manter *o status quo* informacional.

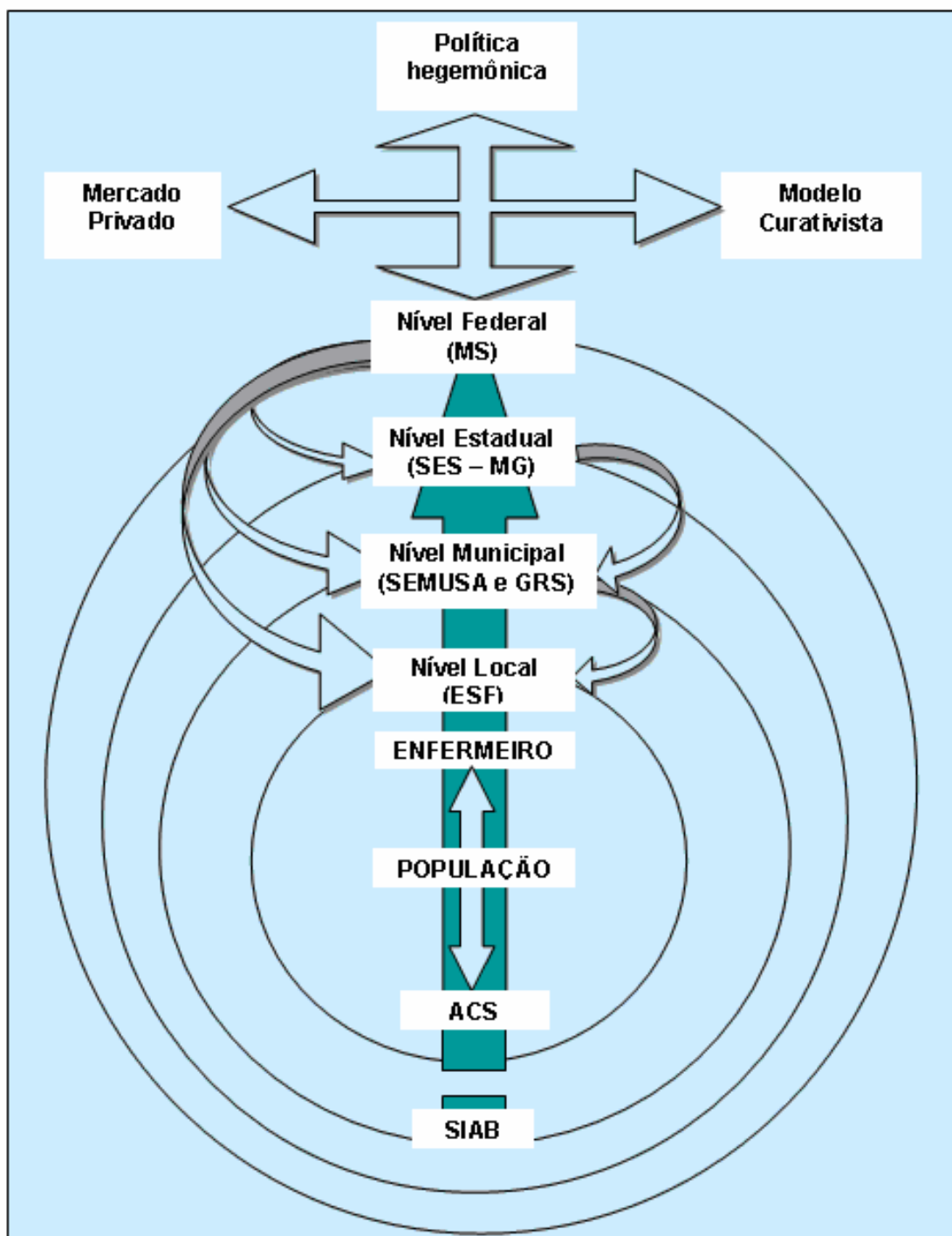


FIGURA 9 - Relações de poder atravessadoras do fluxo informacional do SIAB

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

## 6.5 Categoria de Análise 5 – Capacitação dos profissionais para uso do SIAB: mantendo o *status quo* informacional

Em relação ao processo de capacitação relacionado ao SIAB, percebe-se que este não é desenvolvido de forma sistemática e continuada. Está atrelado a momentos pontuais em que se promove certa “orientação” sobre o manuseio das fichas de coleta, bem como estabelece-se o fluxo de envio dos dados coletados aos níveis centrais.

*Eles (os ACS) são capacitados quando eles tomam posse. A gente vem chamando de mutirão de capacitação. Mas tradicionalmente é aí que a capacitação é frágil, eu acho, é que as pessoas são capacitadas no dia que entram na SEMUSA. E se ficar 15 anos, se bobiar, tem uma capacitação somente. (E3)*

*Tem alguns itens confusos do siab, que na verdade nunca foram esclarecidos. (E1)*

*Acho que com a frequência necessária não. Eu não vejo isso não. Acho que as capacitações deixam a desejar sim. (E2)*

Permanece uma capacitação onde os próprios profissionais se mobilizam para treinar os demais da equipe de saúde da família. É algo não sistematizado e que não possui uma dinâmica de continuidade. A “fragilidade” citada pelo entrevistado está atrelada a esta fragmentação de um processo de educação permanente, em serviço, promovida pelos responsáveis pelo sistema. Este é um ponto frágil ao SIAB. Não há uma instância responsável, de forma contínua, por este processo de educação permanente atrelada a este sistema, assim como também não há na equipe de saúde da família um setor, ou um profissional que promova a gestão da informação em saúde (NOGUEIRA; NEVES, 2008).

Há também o relato de que existe um curso introdutório e algumas oficinas para a capacitação dos profissionais para o adequado manuseio das fichas do SIAB, seu fluxo e a importância de seus dados. Porém observa-se que a capacitação ocorre em uma época específica, mas este processo não é retomado. Resta ao ACS e aos demais profissionais um processo de aprendizado sobre o SIAB no cotidiano de trabalho, com o restante da equipe. Além do curso introdutório, que é pontual, não há uma continuidade deste processo de capacitação para o uso do sistema, seus fluxos e processos relacionados.

*Os agentes comunitários recebem no curso introdutório essa orientação e depois nós fizemos uma oficina com eles sobre o acompanhamento dos grupos de risco onde nós trabalhamos a importância do dado. A última capacitação que nós fizemos foi no final de 2009 que nós fizemos oficinas para trabalhar todos os grupos de risco do SI, então foi bem discutido mesmo. O agente comunitário que entra é capacitado na equipe. Nós ainda não conseguimos fazer essa capacitação além desse curso introdutório de pegar com eles, capacitá-los teoricamente e tecnicamente, não. (E11)*

Nas equipes de saúde da família, o profissional enfermeiro, predominantemente, assume este papel de capacitação e a responsabilidade de estar orientando o ACS, bem como outros profissionais sobre a utilização do SIAB. Por ser um profissional importante do fluxo do sistema, o Enfermeiro exercerá o controle sobre este processo de orientação e manutenção do fluxo informacional. Entretanto, outros profissionais também auxiliam neste processo, se interessados, e quando possuem alguma afinidade com o sistema.

*Predominantemente o enfermeiro e algumas vezes os técnicos interessados que gostam. Nós temos um dentista que gosta de mexer com os sistemas. Nós temos 2 ou 3 médicos que também gostam. Então é mais por afinidade e predominantemente pelo enfermeiro. (E11)*

Alguns estudos demonstram que o profissional enfermeiro exerce um papel de “controle” do fluxo informacional do SIAB, não só dentro da equipe de saúde da família, mas em todo o fluxo que se tece até o nível regional e estadual (FRANÇA, 2001; THAINES *et al*, 2009; NOGUEIRA; NEVES, 2008). Este profissional é responsabilizado, muitas vezes, e assume esta função de administrar os dados do SIAB, controlando a coleta, o armazenamento, a geração dos consolidados e em alguns momentos realiza uma discreta análise destes dados transformando-as em informações.

Ainda, sobre o curso introdutório, alguns entrevistados o descrevem como obrigatório para os ACS e pré-formatado pelo Ministério da Saúde. No entanto o curso não é voltado apenas para o SIAB, mas para tratar diversos conteúdos relacionados ao SUS e a outros sistemas de informação que também estão presentes no contexto da saúde da família.

*Sobre o curso introdutório para o ACS, ele é obrigatório. Inclusive ele já vem definido pelo MS com resolução e conteúdo definido. Todo ACS tem que fazer o curso introdutório de 40 hrs em que ele vê toda a estruturação do SUS e nós trabalhamos um módulo completo com eles sobre SI, não só do SIAB como dos outros sistemas de informação que também tem que ser alimentado, SIS-pré natal, SISVAN. (E11).*

Mesmo acontecendo este curso introdutório, alguns trabalhos demonstram que a rotatividade dos profissionais das equipes de saúde da família é sistemática (BERGO, 2006; NOGUEIRA; NEVES, 2008; VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011), e isto poderia influenciar a continuidade do processo de treinamentos para uso do sistema. Desta forma, as diversas formas de contratação dos profissionais e gestores, principalmente, se não contribuem para a fixação destes sujeitos às equipes, podem prejudicar os processos de capacitação. O uso eficiente do SIAB depende de um processo de educação permanente, onde se reavalia continuamente as compreensões dos profissionais sobre os dados do sistema e como estes dados podem ser utilizados para o planejamento assistencial. Tudo isto depende do

envolvimento dos profissionais com a população, entre os demais profissionais, com o conhecimento que se tem sobre a realidade do contexto em que os usuários estão inseridos.

Apesar da afirmação de que as capacitações acontecem, mesmo quando pontuais e descontínuas, alguns profissionais relatam não receber qualquer tipo de orientação sobre o uso do SIAB, e muito menos sobre os processos a ele atrelados. Percebe-se um ponto conflitante de opiniões entre os sujeitos deste estudo, o que revela, minimamente, uma tensão sobre o processo de capacitação em estudo.

Desta forma, as dúvidas que surgem podem estar atreladas à ausência ou a ineficiência deste processo de capacitação.

*Os profissionais não têm essa capacitação de como mexer no SIAB ele já entra e vai direto para a unidade e lá ele já tem aquela papelada toda não só de SIAB, mas de fechamento mesmo mensal ou outras questões. Então não tem uma capacitação específica a todo momento. Mas as meninas do sistema de informação são sempre disponíveis então a qualquer dúvida elas ajudam. Mas uma capacitação mesmo no geral para os profissionais não. A gente está programando estar dando uma capacitação sim para o SIAB porque até a gente mesmo as vezes gera alguma dúvida. Às vezes as meninas mesmo do sistema de informação tem alguma dúvida e vira e mexe a gente liga para a regional para esclarecer alguma dúvida. Então a gente tem o propósito sim de estar fazendo um treinamento, uma capacitação para o preenchimento e estar passando sobre o SIAB. (E5)*

A partir dos relatos citados até aqui, conclui-se que a capacitação dos profissionais e gestores para o uso dos dados do SIAB é precária. É esporádica e dependente do desejo de um profissional em assumir este processo no cotidiano de trabalho. Vários estudos endossam esta constatação ao identificarem a inexistência de treinamentos específicos para o preenchimento das fichas do SIAB e também para a compreensão da importância de seus dados, bem como das possibilidades de usá-lo no planejamento local (SILVA; LAPREGA, 2005; BARBOSA, 2006; BERGO, 2006; MARCOLINO, 2008). Por certo, se não há um processo de capacitação sistematizado e contínuo é possível que a própria qualidade dos dados do sistema esteja comprometida. Isto também é confirmado por Marcolino e Scochi (2010) quando afirmam que a qualidade dos dados do SIAB depende do processo de capacitação envolvendo os profissionais que o alimentam e o analisam. Em estudo realizado por Rigobello (2006) a capacitação promovida com os profissionais de uma equipe de saúde da família propiciou um maior entendimento dos processos relacionados ao SIAB, bem como dos seus fluxos e ainda as suas potencialidades, mesmo diante das inadequações do sistema a realidade local. Entretanto, sugere-se que o processo de capacitação necessita ser contínuo, pois de outra maneira, se intermitente, poderá não garantir um envolvimento dos profissionais e nem promoverá a utilização do sistema de forma adequada. A tendência

poderá ser em utilizá-lo de forma pontual, sem mudanças de comportamento em relação às possibilidades de análises dos seus dados visando à tomada de decisões.

Neste contexto, sugere-se mais um elemento que pode estar influenciando o esvaziamento do planejamento local a partir dos dados do SIAB e ainda mantendo o *status quo* informacional deste sistema. Se não há um processo de capacitação sistematizado e contínuo, e possível que os profissionais não se envolvam em utilizar os dados do SIAB para planejar ou traçar estratégias na área de abrangência. Resta aos profissionais cumprir com a lógica hegemônica de coletar os dados, com pouca ou nenhuma análise crítica, e enviá-los aos níveis centrais. Para Moraes (1994) esta é a lógica que se deseja manter, onde os profissionais percebem a alimentação dos sistemas de informação como uma “lei” inquestionável e que deve ser cumprida. É a retórica da disciplina alinhada com o discurso burocrático.

O Ministério da Saúde reconhece que a educação permanente em saúde é uma estratégia importante para a qualificação dos profissionais bem como dos processos relacionados à estratégia de saúde da família. Define por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que os municípios juntamente com Estado e até mesmo o governo federal promovam e gerenciem de forma permanente o processo de educação em saúde para os seus profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Entretanto, em várias regiões do país, este processo de educação permanente relacionado ao SIAB não tem se materializado no contexto atual das equipes de saúde da família (FREITAS; PINTO, 2005; BARBOSA, 2006; FERREIRA; SCHIMITH; CACERES, 2010; SILVA; OLIVEIRA, 2010; VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011). O que estes estudos têm demonstrado é que permanece a lógica verificada também neste trabalho, onde os profissionais não utilizam o SIAB adequadamente, não compreendem os seus instrumentos de coleta, geram dados infidedignos e subutilizam os dados do sistema que poderiam ser mais bem utilizados visando o planejamento local.

Outro aspecto verificado a partir dos sujeitos entrevistados, é que eles não analisam os dados do SIAB, tão importantes para o planejamento, porque não possuem conhecimentos específicos para isto. Os profissionais e gestores relatam que não foram adequadamente formados para interpretar dados e produzir informações para o processo de tomada de decisões. A fala a seguir representa o discurso verificado também nas entrevistas (E12, E1, E3).

*Eu acho que a gente não estudou para fazer isso. Isso é epidemiologia e a gente não foi tão a fundo na nossa formação e poderíamos ser capacitados sim. Porque não temos formação epidemiológica a esse nível. E as pessoas não sabem trabalhar dados, nós não sabemos trabalhar dados e isso a gente aprende. (E2)*

Este estudo revela que existe uma necessidade de inserir e/ou ampliar a discussão sobre a informação em saúde, sobre os sistemas de informação de abrangência nacional e outras tecnologias no contexto das universidades. É preciso que os profissionais de saúde sejam preparados também com a finalidade de compreender e utilizar a informação que visa o planejamento assistencial e a gerência dos serviços de saúde. Insere-se, neste contexto, a responsabilização das instituições de ensino superior em contribuir para a intervenção sobre os processos relacionados à gestão da informação em saúde. Silveira (2008) chega a dizer que as instituições formais de ensino devem se envolver neste processo de formação de recursos humanos podendo utilizar-se da educação tradicional ou até mesmo das novas tecnologias da informação e comunicação em saúde para promover a educação destes futuros profissionais.

## 6.6 Categoria de análise 6 – Aprimoramentos no SIAB: Para além do imperativo tecnológico

Nesta categoria serão apontadas as necessidades de aprimoramentos do SIAB. Sobre elas, algumas reflexões são desenvolvidas com vistas a propor estratégias de adequações deste sistema, seu fluxo, seus processos e os atores envolvidos. Acredita-se que os aprimoramentos efetivos em relação ao SIAB estejam em um contexto mais amplo do que o simples fato de avanços nas reformulações “tecnicistas” do sistema de informação. Para o aprimoramento do SIAB, serão necessárias: adequações à realidade local, ao modelo assistencial e às mudanças sociais, bem como será necessário uma horizontalização do fluxo informacional do SIAB visando o compartilhamento e a centralidade das pessoas neste processo. Pode estar aqui uma oportunidade de constituição de um contra-poder a partir da rede de olhares sobre o Estado, sobre os profissionais, sobre o sistema de saúde e sobre a rede assistencial.

### 6.6.1 Adequação à realidade local, ao modelo assistencial e às mudanças sociais

Para os sujeitos entrevistados o SIAB necessita ser aprimorado, inicialmente, no sentido de “acrescentar” variáveis que sejam condizentes com a realidade estabelecida na área de abrangência e com o surgimento de outras patologias existentes.

*Então, como eu disse, é acrescentar, rever algumas coisas. Acrescentar algumas coisas tendo em vista, como lá tem hora que pede número da mortalidade de menores de tantos anos. Isso é importante, mas eu acho que isso deveria ser feito mais por região. Por exemplo, na nossa região isso não é muito comum a mortalidade infantil por desnutrição, então, talvez teria que ser feito mesmo por região, de acordo com a demanda, ou então fazer mesmo um modelo só, mas que acrescentasse algumas coisas. Por exemplo acrescentasse o que é comum hoje. A obesidade é uma realidade que estamos vivendo. A maioria das crianças estão mais obesas do que desnutridas por causa da alimentação. (E1)*

*Eu entendo que ele (SIAB) não responde a nossa realidade, acho que seria um banco de dados ainda com formato centralizado e que necessariamente ele precisa captar mais a realidade local. Por exemplo, a saúde mental como que a gente faz? E que especificidade que o SIAB traz nisso? O uso do medicamento inadequado será que o SIAB dá resposta para isso? Adolescentes, quase não tem nada sobre eles! Nós temos aqui em Divinópolis muitos acidentados de trânsito que tem uma seqüela. Esse dado não aparece no SIAB. [...] E você tem uma população onde uma das causas principais de internação hoje são as causas externas. Nós temos que pensar isso, que Divinópolis a violência urbana reflete muito no trânsito. (E3)*



As falas anteriores revelam uma necessidade de ampliação do olhar sobre o corpo coletivo. Aqui se insere mais uma oportunidade de ampliar o controle no sentido de manter indivíduos saudáveis e docilizados. Porém para este olhar ampliado ser efetivo é preciso atualizar o instrumento de observação. As evoluções destacadas pelos entrevistados apontam mudanças significativas no padrão de doenças que incidem sobre o corpo coletivo. A obesidade, os acidentes de trânsito, o uso descontrolado de medicamentos são exemplos destas evoluções ou “involuções” que a sociedade vem sofrendo ao longo dos anos. Desta forma as possibilidades de adoecimento evoluíram, ou ampliaram o seu espectro de atuação trazendo a patologização sobre o corpo. Entretanto, as instâncias de controle, como fontes de disseminação das relações de poder, necessitam reformular o SIAB como instrumento de observação visando esta realidade a ser captada.

Interessante destacar que Foucault em “Vigiar e Punir” também demonstra uma evolução nas formas de punição, vigilância e disciplinamento. Para ele estas formas de agir sobre o corpo e mente sofreram adequações em detrimento das evoluções da própria sociedade e também das influências da razão e da religião sobre o espírito humano. Destaca que “O disciplinamento dos suplícios é, pois, o espetáculo que se elimina; mas é também o domínio sobre o corpo que se extingue” (FOUCAULT, 2009 p.15). Se compreendidas as relações de poder nesta mesma perspectiva evolutiva espera-se que os instrumentos de observação também evoluam e se adequem às novas demandas de captação da realidade. Assim, se o SIAB é um destes instrumentos manipulados por estas relações de poder espera-se que evoluções aconteçam não apenas nos aspectos relacionados ao seu software, capacidade de armazenamento, disponibilidade de computadores para operá-lo, ou até mesmo um novo SIAB embebido pelas novas soluções tecnológicas. Espera-se mais do que isto. A sociedade mudou, as relações humanas evoluíram, novas patologias emergiram, ou até mesmo antigas formas de manifestação de doenças retornaram com novas roupagens. Para tanto, exige-se um aperfeiçoamento e adaptação de novas formas e perspectivas de olhar o corpo social.

Apesar desta necessidade de ampliação do olhar, algo curioso emerge no seguinte questionamento: Se profissionais e gestores necessitam desta ampliação do SIAB visando a adequação da realidade ao modelo de saúde proposto, por que este sistema continua ineficiente?. A resposta pode ser extraída a partir da mesma lógica defendida até aqui, a centralização das informações deste sistema servem aos níveis centrais, principalmente o ministério da saúde. Os próprios entrevistados, nas falas seguintes, deixam claro que o sistema, por ser centralizado, não foi criado para as demandas locais, e nem há o interesse de que ele sirva a este fim.

*Acho que seria um banco de dados ainda com formato centralizado e que necessariamente ele precisa captar mais a realidade local [...] E eu acho que o sistema não responde a complexidade que a população tem como usuária do serviço. [E3]*

*O SIAB é mais para coletar os dados, encaminhar para SEMUSA, GRS, ou MS, foi criado para isso, para servir os níveis centrais.. Mas não tem um retorno para a equipe local. [E8]*

*Significa um instrumento de avaliação e monitoramento que serve ao ministério. [E11]*

*Nós acabamos optando por manter essa centralização, que eu acho que é um dos fatores que prejudicam as análises dos dados. Eu considero que essa centralização acontece em todas as instâncias. Nós aqui centralizamos, na GRS por sua vez se ela não faz nenhum tipo de análise, não retorna nada para nós, não faz questão disso. Onde passa menos resultados ainda é no MS, isso é assim há anos. O MS às vezes eu penso que eles vivem em um outro mundo [...] Nós temos ainda um sistema de saúde muito centralizado. Como princípio ele é descentralizado, como executor das ações no nível do município ele é descentralizado por que é só a gente que está executando, mas como política ou elaboração de estratégia, mesmo de capacitação de profissionais ele é extremamente centralizado. [E12]*

Ressalta-se aqui a estrutura do poder legal Weberiano onde a normalidade se dá a partir do cumprimento das regras que estão centralizadas no Estado hegemônico. As regras, estatutos, normas e leis, neste escopo, foram criados para que a máquina burocrática esteja em pleno exercício. A centralização é uma característica fundamental para a promoção do poder legal que se materializa na burocracia. Desta forma, a ineficiência do SIAB pode ser fruto deste modelo de gestão impregnado do poder legal.

Encontra-se também em Foucault outro elemento que pode auxiliar a responder esta problemática. Para ele uma forma de manifestação das relações de poder é a manutenção de determinada realidade por meio da anulação do olhar sobre tal. Por um lado existe a possibilidade de ampliar o olhar para a produção de saber, mas por outro lado a restrição do olhar, e em alguns momentos, o seu anulamento, também proporciona um *status quo* desejado. Desta forma, mantém-se o olhar que se deseja e que interessa à lógica hegemônica. Esta lógica, centralizadora, de negação da realidade, pode ser entendida como uma manifestação do dispositivo de segurança Foucaultiano, onde “distancia-se suficientemente da realidade para captar o ponto em que as coisas vão se produzir sejam elas desejáveis ou não” (FOUCAULT 2009, p.61). Ainda, para o autor, o mecanismo de segurança “tem essencialmente por função responder a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que ela responde – anule, ou limite, ou freie, ou regule” (p.61). Enfim, a centralização das informações do SIAB e sua insistente incapacidade em se adequar à realidade pode ser uma maneira de responder à própria realidade produzindo efeitos de poder. Neste sentido fica estabelecido o arcabouço arquitetado das relações de poder manifestas no SIAB: ele é instrumento do Biopoder, em suas formas anatomopolítica

e biopolítica, ele é instrumento produtor de um saber capaz de disciplinar o corpo individual e coletivo; e, por fim é um instrumento de manifestação do dispositivo de segurança.

Para aprimorar o SIAB visando o planejamento local, e ir além da perspectiva financeira do uso deste sistema, bem como dos interesses eleitoreiros que o envolvem, é necessário a evolução do contra-poder com vistas a um equilíbrio de forças. O resultado deste embate pode ser a construção de uma nova forma de olhar a informação como um dispositivo estratégico não atrelado apenas a uma perspectiva tecnológica. Mas que proporciona uma “cultura” de gestão da informação no contexto da saúde, algo que precisa ser difundido e reconhecido enquanto campo de saber. Estellita-Lins (2011) afirma que, cada vez mais, a gestão da informação assume lugar de destaque no cenário da saúde, principalmente no campo clínico por meio dos *clinical trials* e o tão aclamado padrão-ouro dos estudos terapêuticos.

Verifica-se neste estudo a necessidade patente de ampliação do debate sobre a informação em saúde e suas tecnologias associadas, não apenas numa “crença” simplista de que apenas as soluções tecnológicas podem fazer frente às necessidades de informação do sistema único de saúde. Quando confrontados, os entrevistados alegam algo simples para outras áreas do conhecimento, mas que na saúde se faz necessário em caráter de urgência. Para os sujeitos indagados, o SIAB, bem como seus dados, não é fruto de debate, por estar aprisionado aos níveis centrais. Os entrevistados E11, E12, E19 e E20 também relataram situações semelhantes.

*Dado só dado ele quase não vale nada. Ele precisa ser transformado em informação [...] O SIAB pode virar letra morta, e aí ele não produz efeito, ele não ajuda a gestão como deveria ajudar. As pessoas lidam pouco com dados [...] Você tem que trazer essas pessoas para que elas possam fazer circular o dado na Secretaria”. (E3)*

*[...] dados sem que eles sejam avaliados eles se perdem. Eles são simplesmente dados mesmo. Eles não viram informação e a gente não consegue trabalhar em cima. Então todos esses dados se analisados, estudados, avaliados, eles transformam-se em informações. (E5)*

Desta forma emergem alguns aspectos que precisam ser discutidos quando da ampliação do debate sobre o SIAB, são eles: o modelo hegemônico de informação centralizado e focado no imperativo tecnológico, a necessidade da gestão da informação, e a eminente valorização das pessoas envolvidas nesta práxis informacional.

Primeiramente é preciso desconstruir o modelo hegemônico de centralização das informações nas instituições de saúde. Algo que é característico da cultura organizacional deste setor público da sociedade. Para Davenport (1998) a cultura interna de uma

organização influencia as formas de utilizar, armazenar, tratar e disseminar a informação. Neste caso, o setor saúde, carregado, entremeado aos seus discursos e práticas, esta cultura da centralização, da dominação, do clientelismo e do isolacionismo informacional. Talvez, influências dos “anos de chumbo” referendados à ditadura militar, mas que não podem continuar com seus ditames prejudicando a evolução das práticas de saúde no país. Mas esta influência da centralização vai além dos muros das instituições de saúde. Novato-Silva (2009 p. 81) comprova em seu trabalho que as práticas informacionais no setor da saúde pública também são influenciadas pelo seu “entorno sócio-cultural, tanto quanto o político econômico”. Nesta perspectiva, a sociedade com seus individualismos atuais também inserem nas práticas informacionais em saúde um caráter centralizador visando o prestígio individual ou de uma classe estabelecida, é o que ocorre, por exemplo, quando se percebe nas bases informacionais nacionais que a hegemonia curativista médico-hospitalocêntrica ainda é predominante. Isto pode repercutir sobre o SIAB que apesar de ser um sistema criado para um novo modelo de saúde, não retrata isto em sua práxis informacional.

O modelo político de informação em saúde também precisa ser repensado. Dentre os modelos descritos por Davenport (1998), talvez o “feudalismo informacional” seja o mais próximo do que encontramos no contexto das instituições públicas de saúde. O autor chega a dizer que os gerentes das unidades informacionais, neste modelo, têm o completo controle de seus ambientes e são como senhores feudais vivendo de forma isolada em seus castelos. No caso da saúde, alguns entrevistados (E12, E16, E3, E8) referem-se aos níveis centrais como uma espécie de “redoma” de onde as informações partem e chegam de forma inquestionável. A fala a seguir é significativa para elucidar esta situação.

*Eu acho que os técnicos tanto da SES quanto do MS eles não tem muita percepção da rotina, do trabalho e da implicação daqueles dados ali. Eu tenho a impressão de que pra eles é importante somente os números: eu preciso saber se 100% da população foi visitada. A meta é 95%, então conseguiu 95%? e ponto. Então para eles importa os dados. Então a sensação que eu tenho do MS é que são profissionais ou que nunca atuaram na ponta ou que atuaram e esqueceram o que é atuar na ponta, porque vai pra lá e funcionam como burocráticos. Pode ser pesado isso que eu estou falando, mas eu vejo isso que o que está aqui no dia a dia não percebe, não tem uma compreensão do que é realizar o trabalho. Quando você pega uma zona rural, na zona norte que eu tenho uma comunidade como a Amadeu Lacerda que fica a 40Km do centro da cidade, para o ACS que tem que andar 5 km entre uma casa e outra, atravessar mata, rio, ponte, não sei o que. Ele não pode exigir o mesmo parâmetro de cobertura, pois é diferente. A sensação que eu tenho é de que o MS estabelece as normas, as rotinas, mas ele não tem conhecimento dela, do ponto de vista do fazer, está numa redoma inquestionável. Eles não compreendem realmente o que é você fazer o acompanhamento. [E12]*

Entretanto, outro modelo citado por Davenport também destaca alguns elementos semelhantes ao que ocorre com a política de informação nas instituições públicas de saúde. A “monarquia informacional”, onde o monarca determina como será o fluxo, qual a

importância dos dados, para quem é importante, e procura controlar até mesmo as possibilidades de sua interpretação. A coexistência destes dois modelos remete aos achados deste estudo: o SIAB é centralizado, possui um fluxo unidirecional, alimenta interesses políticos, privados, eleitoreiros e financeiros, bem como garante o olhar dos níveis centrais, profissionais e gestores sobre o corpo individual e coletivo. Ainda enfatiza-se o uso do SIAB como instrumento perpetuador do dispositivo de segurança anulador da realidade.

Se por um lado, existe a necessidade de implodir o modelo hegemônico relacionado à práxis informacional em saúde, por outro existe o anseio por edificar um modelo de gestão da informação em saúde, principalmente no contexto da saúde da família. Para Davenport (1998 p. 173) a gestão da informação é “um conjunto estruturado de atividades que incluem o modo como as empresas obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento”. Nesta perspectiva o autor relata ser necessário administrar a informação como um processo onde se identifica as fontes de informação, as pessoas envolvidas e os problemas que surgem. Ainda complementando este raciocínio, para se fazer gestão da informação é preciso fazer convergir os seus elementos fundamentais que são: as pessoas, o conteúdo e as tecnologias (SOUZA; DIAS; NASSIF, 2011).

Este processo, de administrar a informação, poderá apontar alguns caminhos para mudanças que trarão um diferencial. No caso da saúde da família, a incorporação da gestão da informação pode ser um fator relevante para a mudança da atual situação verificada neste estudo, o fato de que os profissionais (enfermeiros, médicos e gestores) não planejam a assistência local de forma sistematizada a partir dos dados do SIAB.

Os estudos de Nogueira e Neves (2008) trouxeram uma contribuição importante ao propor um modelo de gestão da informação para as equipes de saúde da família. Amparados pelos “passos” do processo de gestão da informação de Davenport, descreveram as atividades que devem ser realizadas para que a informação possa ser administrada numa perspectiva de processo.

Entretanto, a gestão da informação ocorrerá, de fato, se esta for institucionalizada e atrelada à política nacional de informação e informática em saúde (PNIIS) (BRASIL, 2004). Entretanto ao analisar a PNIIS percebem-se aspectos que demonstram algumas tensões. Os discursos teóricos descritos no documento da política referida elucidam, de forma geral, que ela é fruto de uma construção participativa entre vários segmentos da sociedade visando o desenvolvimento da informação e da tecnologia para a assistência em saúde individual e coletiva. Neste mesmo sentido, estes dois entes “informação e tecnologia” estariam promovendo o suporte à gestão em saúde, à geração de conhecimento e ainda permitiria a democratização do acesso à informação.

Apesar desta descrição geral da PNIIS, quando observados o seu propósito, percebe-se uma visão do imperativo tecnológico com suas soluções para os problemas informacionais. Segue o propósito da PNIIS:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação do acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004 p. 12).

Este propósito estabelece a tecnologia como um “remédio” para todos os males da saúde. E mais, espera-se que a tecnologia garanta o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Outros conflitos existentes na PNIIS emergem de suas diretrizes que parece dar livre abertura ao mercado privado de tecnologias da informação no setor público de saúde. Neste estudo verificou-se uma lógica de incentivo do mercado privado de softwares atendendo as necessidades dos municípios conforme constatado na categoria analítica 2. Se por um lado o SIAB não funciona, a solução pode estar nestes softwares que prometem a administração da informação em saúde. Este é um equívoco que vem ocorrendo no município foco deste estudo. Para elucidar este incentivo da PNIIS ao mercado privado de tecnologias, seguem alguns trechos de suas diretrizes:

Estimular as iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, considerando sua potencialidade de melhor atender a diversidade e complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde (BRASIL, 2004 p.14)

Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais. (BRASIL, 2004 p.13)

Apesar do amplo discurso que ecoa nestas diretrizes de acesso a informação para todos e como um direito de todos percebe-se que, de forma sutil, existem as “aberturas” para a atuação das empresas privadas de tecnologias. O “estímulo à produção de softwares locais” e o atendimento às necessidades dos “prestadores de serviços” conforme destacam as diretrizes da PNIIS, podem desencadear o fenômeno da terceirização abrindo o serviço público para a ação desenfreada das empresas privadas. Isto pode gerar uma incontável atuação do mercado privado e conseqüentemente a desvalorização dos serviços públicos

desenvolvedores de tecnologias. Moraes (2002) enfatiza que os setores públicos de tecnologias precisam ser valorizados, estruturados e responsabilizados pelo desenvolvimento tecnológico no país. Ainda, a autora declara que o estímulo à terceirização pode esvaziar a necessidade de que o próprio serviço público seja o responsável pelo incremento tecnológico.

É necessário reconhecer que a PNIIS traz evoluções na maneira de conceber a informação em saúde neste país. Destacamos o fato do desejo pela democratização do acesso à informação por várias instâncias, população, conselhos locais, dentre outros. Pode-se dizer que, pelo menos, teoricamente, isto é um avanço principalmente ao considerar o contexto histórico tradicional, onde o Estado controlou, predominantemente, o acesso a informação em saúde neste país (BRANCO, 2006). Outro avanço desta política é o incentivo do governo federal para um processo de capacitação de usuários, gestores e profissionais de saúde no cotidiano de uso das informações que visam o processo de tomada de decisões, o planejamento local e a avaliação em saúde. Neste trabalho, verificou-se que a capacitação dos profissionais é precária. Se a PNIIS se materializar nos serviços de saúde espera-se que o processo de capacitação seja fundamental para alterar o panorama da práxis informacional em saúde. Por fim, a PNIIS define as responsabilidades de cada esfera de gestão seguindo a mesma lógica da gestão do sistema único de saúde. Nesta perspectiva o governo federal, o estado e os municípios são co-participes neste processo de concepção da informação, sua gestão e processos relacionados.

Apesar dos avanços teóricos conquistados com a PNIIS, fica manifesto que esse progresso se encontra cristalizado (BRANCO, 2006). Não se verifica, na prática, avanços no modelo de gestão da informação em saúde, é possível que ele ocorra ainda de forma muito incipiente, ou quase inexistente na estratégia de saúde da família (NOGUEIRA; NEVES, 2008). De fato, as informações em saúde ainda estão numa lógica, conforme encontrado neste estudo, centralizadora, visando o repasse de verbas, alimentando interesses políticos, privados e eleitoreiros. É preciso romper com esta cristalização da PNIIS neste país e proporcionar um modelo de gestão da informação que possa surtir efeito no planejamento em todos os níveis de gestão do SUS. Ainda não se verificou um ambiente informacional ecológico na saúde. Talvez este patamar no setor da saúde ainda seja utópico, principalmente se continuar o entendimento predominante de que os artefatos tecnológicos e suas múltiplas interfaces são a garantia da administração da informação e da produção de bons resultados.

Ressalta-se que as relações de poder atravessadoras da práxis informacional em saúde tendem a influenciar os avanços da política nacional de informação em saúde. Se estas forças não conseguirem manter esta política cristalizada, ao menos, podem

proporcionar “aberturas” para se infiltrar e fazer valer os seus interesses. É uma estratégia de ataque contra um corpo de conhecimentos e saberes que podem ser de natureza externa e/ou interna. Externamente as forças (políticas, econômicas, individualistas, eleitoreiras) que constituem relações de poder, supostamente, agem de forma a manter a cristalização da PNIIS. Internamente, em meio à construção da PNIIS, percebe-se que algumas aberturas tendem a proporcionar a livre atuação do mercado privado no contexto público. É quase uma constatação, a priori, de que o setor público não seja capaz de promover a gestão das informações por si só, e desta forma, é preciso permitir a entrada das empresas terceirizadas que seriam capazes de realizar tal função. Assim se a PNIIS não adoecer a partir de um definhamento interno, permanecendo inerte, morrerá pelas forças externas que a submeterão.

Este ponto de reflexão talvez possa fazer emergir uma “frustração” antecipada por visualizar-se a impossibilidade de uma eficaz gestão da informação em saúde pela conjuntura que se constrói no próprio sistema único de saúde e na saúde da família. Talvez isto ocorra pelo fato das forças normalizadoras manterem o *status quo* (informacional) até mesmo na capacidade de encontrar respostas para os fenômenos informacionais em saúde. Porém, diante de tão grande pessimismo, as “pessoas” podem ser uma possibilidade de transformação desta realidade. É o que será a seguir.



### 6.6.2 A centralidade das pessoas no fluxo informacional do SIAB: oportunidade de constituição do contra-poder

A gestão da informação não se faz apenas com as soluções tecnológicas, pelo contrário, a imposição das ferramentas tecnológicas não implica em uso estratégico da informação, mas há outros elementos que também precisam compor este processo (DAVENPORT, 1998; NOVATO-SILVA, 2009; SOUZA; DIAS; NASSIF, 2011). Heecks (2006) ao estudar o uso de sistemas de informação em saúde verificou que grande parte destes sistemas fracassou. Entre outros motivos destes fracassos está o fato de muitos destes sistemas não considerarem as “pessoas” em seus fluxos e processos administrativos. Neste estudo, os entrevistados relatam a necessidade de que as pessoas sejam inseridas no processo de administração da informação. É o clamor por mudanças e pela valorização do homem frente ao mundo das máquinas.

*O SIAB é frio e nós temos que melhorar isso. As meninas que digitam o SIAB saíram de trás do computador e estão conversando mais com os colegas. Porque é um processo de construção também. Você tem que trazer essas pessoas para que elas possam fazer circular o dado na Secretaria [...] Então nós estamos aqui tentando resolver no município agora, que é uma decisão que já tomamos, é a criação de um escritório de nível técnico. Seria, na minha idéia, uma previa de uma construção de um instrumento que seria o observatório da saúde tal qual o Ministério faz. Nós estamos trabalhando com isso. A gente deve ter algumas pessoas para trabalhar, para dar vida aos dados. (E3)*

*[...] é o dado que nós temos e precisamos trabalhar com ele. Até mesmo para mostrarmos que aquilo ali está mostrando o nosso trabalho, das pessoas envolvidas. Mesmo que seja frio, que seja número, o dado é a expressão do trabalho das pessoas, do ACS, dos demais profissionais. A partir do momento que eles compreenderem que eles lançam lá que uma gestante acompanhada significa que é alguém que recebeu orientação e que tem menos risco de complicação porque ele (agente de saúde) fez o seu trabalho, porque ele e a equipe fizeram 7 consultas de pré-natal isso, pode dar um outro significado, uma outra importância para o dado. Então é nesse sentido que nós precisamos avançar no sentido de formar o dado na ação, na representação do dado para as pessoas, para os profissionais. Ele (o ACS) ver que aquele número ali representa aquele esforço que ele fez para acompanhar, para orientar, para levar algum tipo de ação para aquele usuário. É nisso que precisamos avançar, envolver as pessoas, os profissionais nesta vigilância dos dados e do processo de forma geral [E12]*

Ao inserir as pessoas nesta perspectiva de mudanças frente às necessidades de gestão da informação em saúde, espera-se que os dados sejam transformados em informações. E que haja uma estrutura “observatório” capaz de dar condições para que as pessoas organizem e analisem os dados do SIAB visando o planejamento em saúde do município. Entretanto o papel das pessoas na gestão da informação em saúde vai além. Existem dois aspectos que podem ser trabalhados no sentido de promover avanços. Ainda são obscuros, mas possivelmente trarão, a longo prazo, respostas às necessidades aqui

descritas, são eles: o disciplinamento do comportamento informacional e a instituição da vigilância a partir da rede de olhares sobre o fluxo informacional. Estes dois aspectos estão relacionados com a valorização das pessoas no processo de gestão da informação em saúde, bem como o desenvolvimento do controle social.

Neste estudo, verificou-se que a disciplina é um ponto comum entre os discursos Foucaultiano e Weberiano. Se para Foucault a disciplina normaliza o corpo tornando-o dócil e produtivo, para Weber o aparato burocrático produz a disciplina pela norma institucionalizada. Então, por que não usar as táticas disciplinares para moldar o comportamento informacional de profissionais, gestores e usuários do SUS que vise o aprimoramento da práxis informacional, bem como a vigilância em saúde? O disciplinamento do comportamento informacional pode dar-se a partir do estímulo ao compartilhamento de informações. Isto necessita ser estimulado entre os profissionais das equipes de saúde da família, gestores municipais, estaduais e federais. Teoricamente alteraria o fluxo informacional do SIAB para uma conformação horizontal.

Para Davenport (1998), a horizontalização do fluxo informacional pode aproximar as pessoas, as instâncias e reduzir os processos de centralização. Isto também rompe com o paradigma do controle da informação em apenas um nível, no caso da saúde, o ministério da saúde. O compartilhamento pode ser uma estratégia inicial para esta reformulação e o desenvolvimento da gestão da informação em saúde. Este é um desafio contemporâneo, principalmente pelo fato de que a gestão da informação depende da criação de um ambiente favorável para o compartilhamento de informações e conhecimentos (ALVARENGA NETO; BARBOSA; PEREIRA, 2007). Atualmente os profissionais das equipes de saúde da família, no Brasil, são coletadores de dados que visam, prioritariamente, a sua transmissão aos níveis centrais, e sem qualquer retorno (RIBEIRO *et al.*, 2007; RADIGONDA *et al.*, 2010). A população está ainda em situação pior, não se atém ao fato de que fornece informações ao Estado num fluxo unidirecional. Está alijada de um processo democrático onde possua o direito a informações. Neste caso, tem apenas o dever de informar (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

O processo de compartilhamento pode acontecer por meio da aproximação das pessoas que estão envolvidas com a informação produzida ou em análise. Isto pode ocorrer a partir das redes de informação onde se discute continuamente a coleta, o armazenamento, a disseminação e as possibilidades de tomada de decisões. No contexto das equipes de saúde da família, as reuniões em equipe podem ser utilizadas para compartilhar informações, não apenas fazer consolidados, mas analisar os dados, de forma sistemática, visando o planejamento local. Os gestores podem contribuir nestas discussões e também devem incentivar os profissionais a desenvolver o planejamento a partir dos próprios dados

colhidos. Neste ponto, é preciso fazer uma ressalva, os incentivos financeiros, descritos neste trabalho, na figura dos pactos de gestão, não tem contribuído para o uso do SIAB no planejamento local, pelo contrário, pode estar contribuindo para a manipulação dos dados deste sistema para outras finalidades. Então, enfatiza-se um incentivo não financeiro; é preciso promover a “cultura” de se fazer gestão da informação na saúde coletiva. Esforços precisam ser despendidos neste sentido.

Na saúde da família, o compartilhamento pode ampliar o olhar além do resultado, e também esmiuçar o processo e as possibilidades de intervenção. Quando enfatizado a necessidade do compartilhamento, não se diz apenas da ampliação do acesso a informação, é preciso ir além, vislumbrar a possibilidade de que as informações, ora disponibilizadas sejam analisadas, debatidas e aperfeiçoadas. É um processo em que todos tenham acesso, todos se envolvam, alguns discordam e proponham mudanças, outros concordam e procuram melhorá-lo. Enfim, que todos participem interessados em decisões que beneficiem a população. Talvez uma necessidade utópica, mas necessária diante das desigualdades informacionais na saúde pública. Reforça-se, desta maneira, que o disciplinamento do comportamento informacional pode ser feito pelo estímulo ao compartilhamento de informações. Neste sentido é uma disciplina que promove o corpo, o torna emancipado e o condiciona à participação efetiva num exercício político e social.

Nesta mesma lógica do compartilhamento, vislumbra-se a possibilidade de tecer uma rede de olhares, em que os atores envolvidos no fluxo informacional do SIAB, bem como em toda a produção de dados na saúde da família está em uma posição de vigilância. Suspeita-se que esteja aqui a gênese das possibilidades de democratização do acesso a informação e, finalmente, o controle social. Para Silva, Cruz e Melo (2007) o acesso às informações de saúde por várias instâncias da sociedade, principalmente os usuários do SUS, podem contribuir para o empoderamento das mesmas. Nesta perspectiva as autoras defendem que a informação possui uma dimensão política e estratégica fundamental para a participação no processo decisório em saúde. Outros autores defendem a necessidade da inclusão informacional em saúde, onde, principalmente, os conselhos de saúde, deveriam ter além do acesso à informação, a capacidade de apropriação da informação e a participação efetiva na tomada de decisão (MORAES *et al.*, 2009). Estes mesmos autores têm utilizado a inclusão digital como estratégia de promoção da inclusão informacional com vistas ao aprimoramento do controle social em saúde. Aqui se insere uma nova possibilidade da manifestação da rede de olhares.

A informação, nesta perspectiva, será analisada por múltiplos sujeitos que poderão contribuir com o planejamento local, e se responsabilizar por sua efetividade. Esta rede de contribuições cria, então, um ciclo interessante, pois os coletadores passam também a ser

analisadores e avaliadores de todo o processo. É possível que este contexto entremeadado por diversos olhares promova a qualidade do que se produz enquanto dado, informação e potencialmente a explicitação do conhecimento que está atrelado a cada sujeito componente desta rede de olhares. A figura 10, a seguir, esquematiza um possível modelo horizontal de compartilhamento de informações onde a rede de olhares também se inscreve.

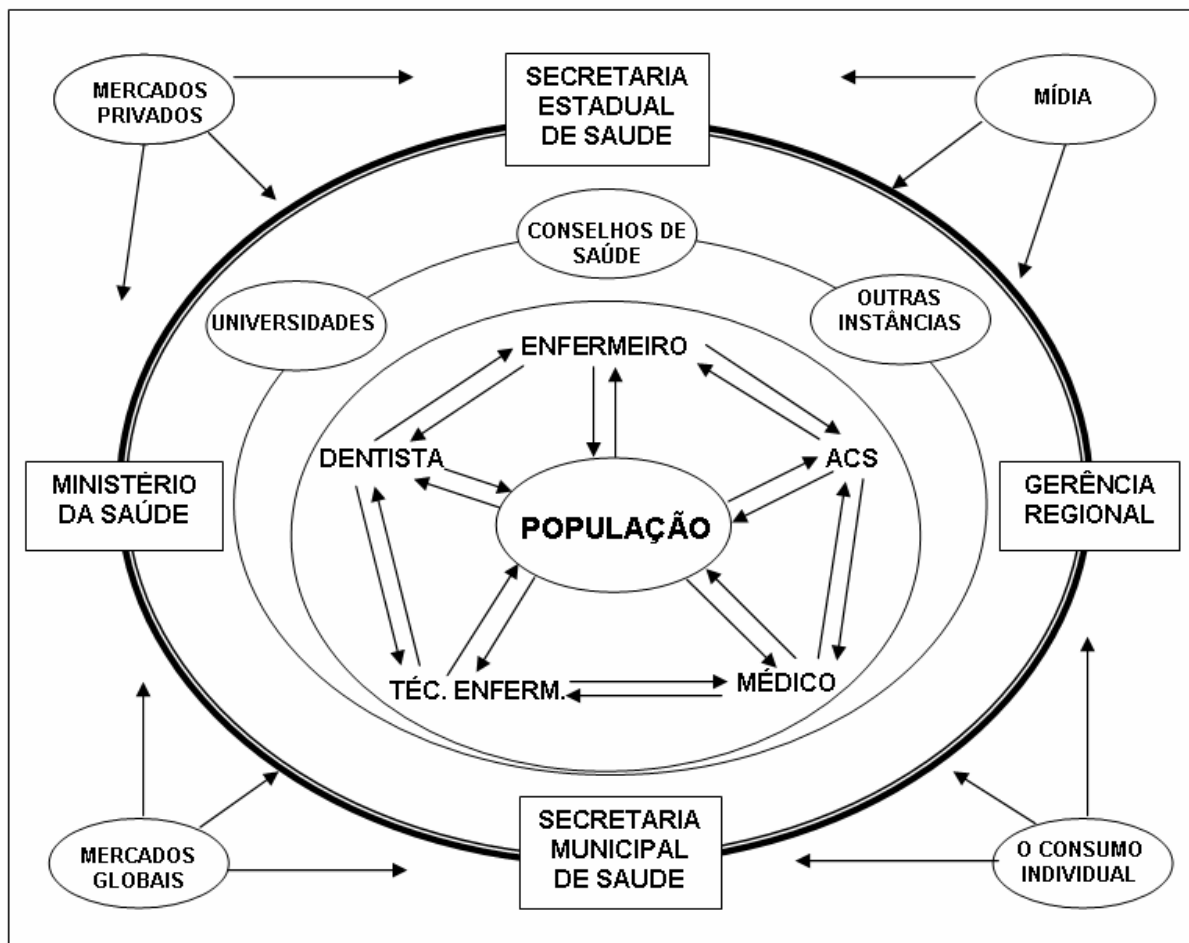


FIGURA 10 - Modelo de compartilhamento da informação em saúde: a rede de olhares

Fonte: Elaborado pelo autor, 2011

Neste modelo, na figura 10, a rede de olhares é propositalmente inversa ao fluxo informacional do SIAB na atualidade, é a tentativa de fazer frente ao Panoptismo contemporâneo, onde o Estado centralizador lhe atribui o direito de olhar e disciplinar (MORAES, 2002), sem, contudo, ser observado pela população. Esta idéia defendida pela autora vêm da proposição do *Panopticon* de Jeremy Benthan. Quando analisado por Foucault, o *Panopticon*, foi descrito como sendo a figura arquitetural dessa composição de vigilância.

O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre: esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. (FOUCAULT, 2009, p.190)

A vigilância estava inserida numa perspectiva de verificação dos movimentos do corpo, de sua dinâmica perante a submissão da delinqüência e de sua reação ao tempo de encarceramento. O olho do poder, no Panopticon, estava sobre os corpos submetidos, disciplinados e produzia sobre os mesmos um comportamento anunciado. As figuras 11, 12 e 13 retratam o *panopticon* de *Jeremy Benthan*.

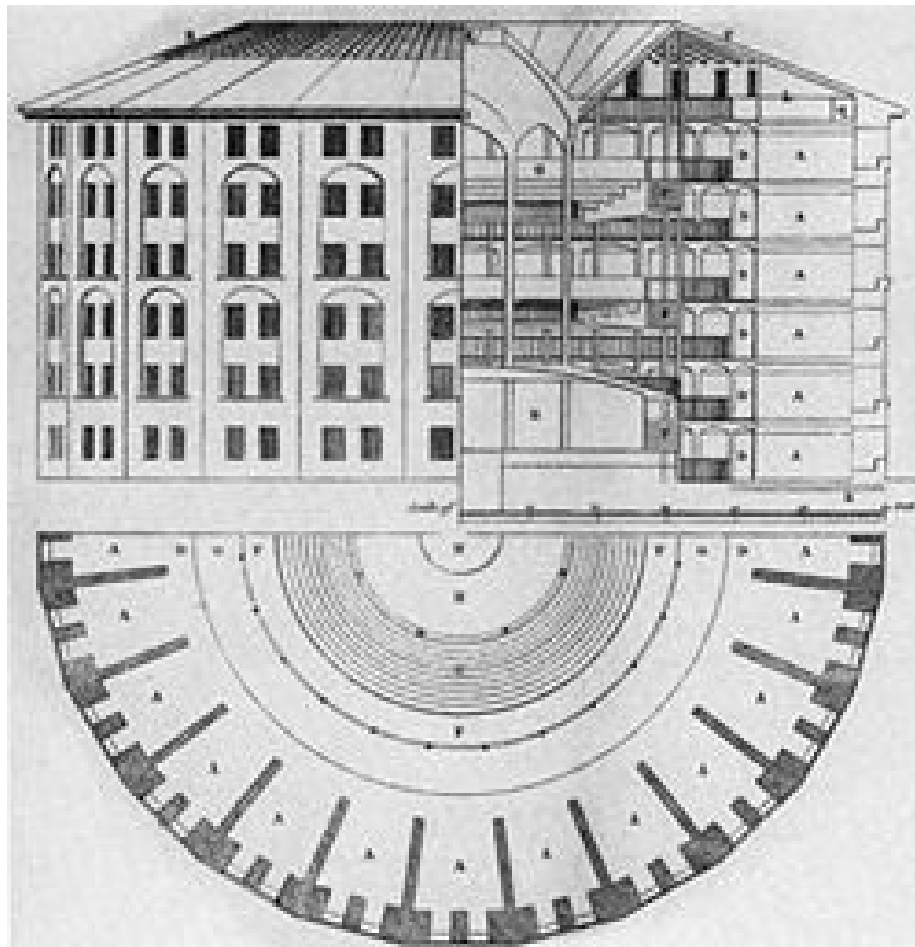


FIGURA 11 - Disposição interna do Panopticon de Jeremy Benthan

Fonte: Foucault (2009)



FIGURA 12 - Disposição interna de uma penitenciária norte americana construída nos moldes do Panopticon de Jeremy Benthan

Fonte: Foucault (2009)

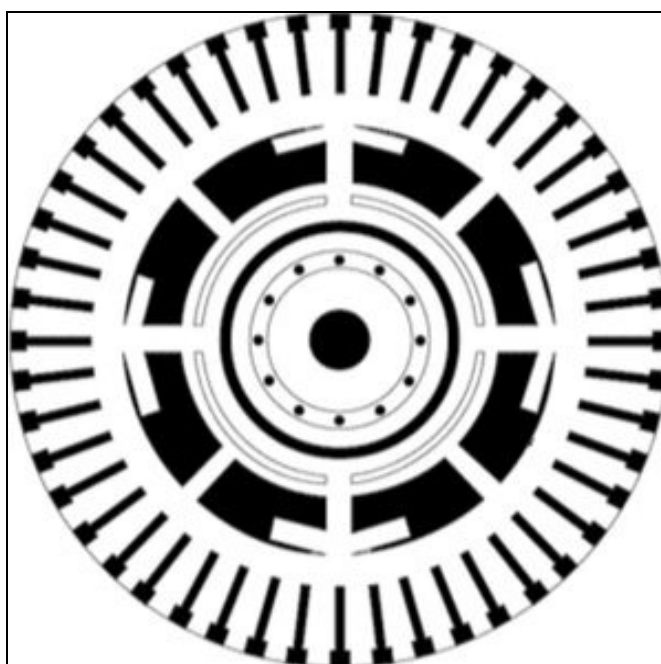


Figura 13 - Esquema da planta baixa do *Panopticon*

Fonte: Panopticonfilms <http://vimeo.com/panopticonfilms>

Então, na rede de olhares proposta, ao invés de apenas o Estado, gestores e profissionais olharem a população enquanto corpo social e individual, e decidirem sobre este corpo, nesta rede de olhares, a população e demais instâncias também têm a oportunidade de olhar, escolher e decidir. É um mecanismo inverso, onde a centralidade da informação está na população, e se constrói para ela com a ajuda dela, não no sentido de submetê-la, mas no sentido de dar-lhe a condição de se manifestar, desejar, intentar e decidir. Se a população é corpo historicamente regulado e disciplinado pelos dispositivos biopolíticos e anatomopolíticos, agora ela tem a possibilidade de influenciar comportamentos e vigiar os acontecimentos que a cerceiam, podendo olhar e participar das práticas assistenciais destinadas ao processo de saúde-doença-cuidado. Aqui se inclui a possibilidade de garantia dos seus direitos por acesso aos serviços de saúde, ao tratamento de qualidade, à assistência efetiva dos profissionais e pelo direito às informações de saúde. É a noção emergente de *health literacy*<sup>3</sup> derivada da *Information Literacy*<sup>4</sup>, onde os indivíduos são sujeitos de sua própria construção do processo saúde-doença (ESTELLITA-LINS, 2011). Assim acessam a informação sobre saúde, analisam, criticam, acompanham a sua própria assistência prestada pelos profissionais de saúde, bem como opinam sobre a conformação das redes assistenciais.

O que se pretende na proposta deste estudo, é inverter este panoptismo contemporâneo na saúde. Espera-se empreender uma rede de olhares onde a população tem a visão central exercitando a vigilância e exigindo ser informada. É a constituição do cidadão participativo, engajado nas possibilidades de subverter a lógica do controle exercida por outros sítios de poder. Nesta perspectiva, a população torna-se um centro importante de disseminação de efeitos de poder podendo influenciar na maneira como se oferece saúde neste país.

Para que esta rede de olhares seja efetiva, a população necessita ser estimulada a olhar além da “cultura” de uma sociedade medicalizada na qual o foco das lentes é regulado para enfatizar a patologia, o medicamento e os caríssimos procedimentos. É preciso

---

<sup>3</sup> O conceito de *health literacy* foi utilizado, pois percebe-se uma aproximação com a discussão realizada no texto, onde as pessoas assumem o seu papel de sujeito cidadão frente ao seu processo de saúde-doença-cuidado. Estellita-Lins 2011 cita, em seu texto, o conceito de *health literacy*, definido pela OMS como a capacidade de compreender, avaliar e comunicar informações ao interagir com demandas de diferentes contextos de saúde, distinguindo-se três diferentes “níveis”: alfabetismo funcional, alfabetização conceitual e saúde como capacitação de alfabetização.

<sup>4</sup> Estellita-Lins acredita que o conceito de *health literacy* é originário da *information literacy*. Ambos os conceitos apesar de não estarem no referencial teórico deste trabalho, foram mencionados no sentido de enriquecer a discussão que acontece no bojo epistemológico da Ciência da Informação.

emancipar o olhar central desta rede. Para que o contra-poder seja efetivo, é importante que os usuários do SUS participem ativamente das decisões e do processo de vigilância sobre estas decisões. Moraes *et al.* (2009) em seus estudos demonstram que os representantes dos usuários nos conselhos ainda estão distantes deste processo de participação efetiva sobre as decisões em saúde.

Esta grande dificuldade de mobilização e participação social está atrelada à própria evolução pela qual vem passando a sociedade (ELIAS, 1994; DUPAS, 2005; TOURAINE, 2007). Para os autores estamos imersos em uma sociedade do controle, dos individualismos e do espetáculo incentivado pela mídia e pelos impulsos consumistas. As relações de poder que entremeiam esta sociedade também ecoam difusamente a partir desta mesma ótica individualizada. Entretanto, os focos de resistência também se manifestam nesta sociedade no intuito de garantir o direito à vida e às possibilidades de se viver em uma sociedade que poderia ser coletiva. Vale lembrar que as pessoas, como foco de resistências, estão sendo fundamentais para a queda de governos autoritários, para a denúncia social, e mais especificamente na saúde, para o alarde diante da ausência de assistência e diante da assistência que sequela, tira a vida, maltrata o corpo e subverte o homem (DUPAS, 2005; SILVA; CRUZ; MELO, 2007; SANTORO, 2011). Porém estas vozes ainda são sufocadas pelo jogo de poderes que perfazem a sociedade atual. É necessário o desenvolvimento de um arcabouço jurídico legal institucionalizado e voltado aos interesses da população que denuncia.

Ainda é importante salientar o papel das universidades, conselhos de saúde e demais instâncias sociais. Espera-se que os atores inseridos nestes contextos possam ser mobilizados a uma vigilância contínua sobre os processos relacionados à assistência à saúde, bem como ao acesso, apropriação e disseminação de informações em saúde. Em se tratando de impacto social, almeja-se que estas instâncias sejam atuantes no sentido de avaliar os serviços prestados, as ações governamentais, e constituam um fórum permanente de discussões e decisões. Está criada, então, a rede de olhares que é tecida na capilaridade das ações sociais, onde as relações de poder se constroem e encontram em cada um deles uma fonte emanadora de efeitos de poder. É o poder circular, heterogêneo e onipresente. O grande objetivo desta rede é fazer frente à centralização excessiva, à distribuição desigual de informação e à manutenção do corpo social emudecido.

Ressalta-se ainda o fato de que nesta pesquisa os achados revelam que as necessidades de aprimoramento do SIAB vão além da sua reformulação tecnológica. É necessária a adequação do sistema à realidade local, ao modelo assistencial proposto e às mudanças sociais. Também se espera que ocorra uma ampliação do debate sobre o SIAB entre os profissionais que o alimentam e utilizam de seus dados. Por fim, este sistema



necessita ser tratado e analisado dentro de uma perspectiva participativa e democrática, com a valorização das pessoas como um fator fundamental para o seu pleno funcionamento e aplicação efetiva no planejamento local em saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o percurso teórico e analítico desenvolvido neste trabalho é possível dizer que as relações de poder/biopoder contribuem para a ineficiência do Sistema de Informação da Atenção Básica, como também norteiam a atual práxis informacional em saúde. Moraes (2002), finalizando a sua pesquisa, propunha que outros estudos fossem desenvolvidos no sentido de tornar transparentes estes mecanismos de poder/biopoder que se estabelecem na práxis informacional em saúde. Assim, entende-se que alguns elementos destes mecanismos de forças foram elucidados neste estudo.

O que se constatou de forma geral, é que existe um conjunto de forças que atravessa o fluxo informacional do SIAB, seus processos e atores relacionados. Esse conjunto estaria, de certa forma, incentivando uma “cultura” de “manipulação” dos dados, bem como de esvaziamento do planejamento local. Essas forças são heterogêneas, circulam internamente, externamente, na própria rede assistencial e nos níveis gerenciais. São relações de poder numa perspectiva foucaultiana, com fortes marcos do poder legal representados pela burocracia Weberiana.

Verificou-se que o uso do SIAB, nos vários níveis (municipal, estadual e federal) se faz pela necessidade de garantir o exercício e a manutenção das relações de poder/biopoder na Atenção Básica em Saúde. Neste sentido, o SIAB é utilizado para garantir o “olhar” dos profissionais, das secretarias, do governo federal, sobre a população e, em última instância, um “olhar” sobre o indivíduo. No entanto, utilizam-se as informações do SIAB visando à disciplina do corpo individual e a regulação do corpo coletivo. Aqui se insere a representação dos dispositivos anatomopolíticos e biopolíticos respectivamente. Ainda, o poder burocrático é exercido, principalmente, dentro da unidade de saúde da família e nos níveis responsáveis pela gestão da atenção básica. A coleta dos dados do SIAB e sua disseminação são garantidas e legitimadas por uma determinação burocrática, não cabendo reivindicações de mudanças, mas a manutenção da disciplina previamente estabelecida.

Constatou-se que as consequências das relações de poder/biopoder estabelecidas sobre o SIAB, podem conformar as suas ineficiências. As consequências destas forças que atravessam o SIAB se dão no sentido da centralização do seu fluxo, principalmente, no ministério da saúde, como se este fosse o único nível que necessita analisar os dados do sistema para planejar e tomar decisões. Por este fluxo ser centralizado isto pode esvaziar, no nível municipal, a necessidade e a possibilidade de um planejamento da assistência local. Entretanto, reconhece-se que outras variáveis também podem promover este fenômeno da ausência do planejamento local. Este problema, no entanto, carece de outros estudos que possam avançar para a sua melhor compreensão.

A centralização do fluxo informacional do SIAB ainda pode contribuir para a infidedignidade de seus dados, para a inadequação deste sistema às demandas informacionais locais e, por fim, o seu distanciamento em relação modelo de saúde proposto.

A partir das ineficiências do SIAB e da necessidade de ampliação do olhar sobre a população constrói-se as justificativas para a atuação do mercado de softwares no setor público de saúde. Se por um lado o SIAB é ineficiente, espera-se que os artefatos tecnológicos centralizados nas mãos da terceirização possam trazer soluções muito bem vindas. É o mito do progresso e da utopia technoassistencial alimentando a retórica neoliberal que ecoa no setor saúde (MORAES, 2002). Isto pode estar sendo incentivado pela política nacional de informação e informática em saúde que deixa “aberturas” para a atuação dos mercados privados de tecnologias. O discurso, num primeiro momento, parece incentivar as contribuições que a tecnologia pode trazer ao SUS, mas percebe-se que estas contribuições não se materializam na prática assistencial (BRANCO, 2006).

O fluxo informacional do SIAB, seus atores e processos foram descritos. Percebe-se, neste fluxo, que existe uma unidirecionalidade da disseminação das informações do SIAB centrada no nível federal. No decorrer deste fluxo, alguns atores se destacam no sentido de garantir esta unidirecionalidade, são os profissionais disciplinados e inseridos em um contexto burocrático. As relações de poder no fluxo deste sistema são dinâmicas, movem-se para conformar a anulação da realidade em que a população está submetida, mas também buscam o esquadrinhamento do corpo coletivo com vistas a ampliar o olhar dos níveis centrais. Este fluxo do SIAB é forjado na perspectiva de olhar de forma esmiuçada, detalhada, a família, o indivíduo. Mas também tende a negar as agruras que submetem à população. Como um bom dispositivo de segurança garante esta anulação do olhar sobre o coletivo definindo o que se deseja manter, por se esperar que esta própria realidade venha a regular o corpo social.

A manipulação dos dados verificada neste estudo conforma esta anulação da realidade, pois o que se apresenta como dado real da população, muitas vezes, são caricaturas do que se pretende representar. Em outros estudos, tais como os de Ribeiro *et al* (2007) e Thaines *et al* (2009) suspeitava-se que esta manipulação de dados ocorresse, porém, nesta pesquisa, confirmou-se: parte dos dados do SIAB é manipulada visando o alcance de indicadores e o repasse de verbas. Não se pode afirmar que este fenômeno é conhecido por todos, mas o que se constatou foi o fato da manipulação ocorrer em várias instâncias. Também se reforça o fato de que a rotina de críticas realizadas pelo nível federal, visando eliminar as inconsistências e tornar uma “base limpa”, não é suficiente para controlar a manipulação, pois ela acontece dentro dos limites da normalidade.

Outra constatação foi a do reconhecimento que a capacitação dos profissionais relacionada ao SIAB não ocorre de forma sistemática e permanente. Marcolino e Scochi (2010), Maia *et al.*, (2010), Vidor, Fisher e Bordin (2011) atentaram também para o mesmo fato. No entanto, neste estudo, a falta de capacitação não foi tratada apenas como uma deficiência que necessita ser repensada, pelo contrário, esta perpetuação da ausência de capacitação pode ser considerada um efeito de poder. Neste sentido, a manutenção do *status quo* informacional se dá pela ausência de um debate crítico sobre este sistema, as formas de utilizá-lo, suas fichas e suas intencionalidades. Vale lembrar que a educação, esteja ela em qualquer setor da sociedade, com seus mecanismos disciplinares reproduziu e ainda reproduz efeitos de poder (FOUCAULT, 2009). Neste caso, o processo de educação dos profissionais e gestores diante dos dados do SIAB pode estar reproduzindo estes interesses inter-relacionados nos vários centros de poder, sejam eles políticos, financeiros, eleitoreiros ou de outra espécie.

Mas, mediante todos esses atravessamentos das relações de poder/biopoder como construir um contra-poder que possa fazer frente a estes mecanismos? Como produzir um embate emancipador que equilibre esta relação de forças? Estes questionamentos não constituíram o foco norteador neste trabalho, pelo contrário, ainda é preciso avançar na busca por respostas e propostas de alteração desta realidade. Para autores preocupados com esta temática é necessária uma mudança no paradigma da produção de informações de saúde neste país, deslocando o eixo da coleta que se submete para o eixo da participação democrática da população, como em estudos já referenciados. (MORAES, 2002; BRANCO, 2006; MORAES; GONZALES DE GOMEZ, 2007, MORAES *et al.*, 2009). A diferença em relação a esta pesquisa é que a maioria desses estudos concentra-se na responsabilização dos conselhos de saúde pela perspectiva de promoção desta reação social. São instâncias com representantes dos profissionais, dos usuários, dos gestores e outros que podem deliberar nos fóruns decisórios relacionados à saúde. Considera-se que esta seja uma estratégia importante para a constituição de um contra-poder efetivo.

Para Dupas (2005) é preciso reabilitar o indivíduo para o exercício da nova cidadania. O conceito de cidadania aqui tratado engloba a necessidade do enfrentamento para a garantia de direitos frente às desigualdades sociais, é a luta pela fala, pela necessidade de ser olhado como é a sua própria realidade. Adquire-se esta cidadania pela cooperação, pela negociação, pela convergência de interesses e pela tentativa de apaziguamento desses conflitos inerentes à sociedade contemporânea. É nisto que se acredita, no compartilhamento, na horizontalização do fluxo informacional do SIAB, no desenvolvimento da consciência política capaz de se posicionar frente aos diversos embates proporcionados pelas relações de poder atravessadoras da sociedade. Entretanto esta mudança social,

apesar de estar em fase de evolução, enfrenta ainda grandes desafios. Dupas citando a pesquisa do instituto Akatu<sup>5</sup> pontua estas dificuldades que também são corroboradas com as idéias de Nibert Elias e Alain Touraine, citados nesta pesquisa. A pesquisa evidenciou que existe uma profunda descrença nos valores coletivos; apenas governos, instituições e mídias são considerados como os únicos capazes de mobilizar os indivíduos, principalmente, utilizando-se de tributos, leis, modismos e denúncias. Os indivíduos assumem uma postura de impotência, são vitimados e se aconchegam neste rótulo. O exercício da cidadania aproxima do indivíduo o problema do outro, isto é desconfortante e, portanto promove um comportamento de fuga desta responsabilidade. Todos estes resultados levam-nos a reafirmar o caráter sociedade do controle e dos individualismos disciplinados pelas forças de poder.

A práxis informacional em saúde, bem como a forma de olhar e analisar o SIAB ainda está impregnada deste discurso individualizado sustentado pelos problemas estruturais, financeiros, de recursos humanos e tecnológicos que forjam o espetáculo de problemas aparentes e palpáveis. Também não são fáceis de ser solucionados, mas a ineficiência do SIAB, sua política, seu fluxo e seus processos estão engendrados num bastidor além do que se pode enxergar. É preciso, como apontado por Foucault, mergulhar neste cenário invisível das relações de poder para entender como elas determinam direta e indiretamente os fenômenos informacionais em saúde. Desta feita, questiona-se novamente: “Como mobilizar as várias camadas sociais ao exercício da cidadania relacionada às decisões em saúde?”. Esta é uma pergunta para futuros estudos, mas que precisa ser colocada. Talvez as redes sociais, as redes virtuais e o aparato tecnológico possam auxiliar nesta mudança social e política. Os autores que até aqui nos ajudaram nestes discursos acreditam nestas possibilidades, mesmo que alcançadas a longo prazo. Dupas (2005, p.202) declara que é necessário “estimular todas as oportunidades de transformar as redes em instrumentos eficazes para ações coletivas e mobilização da sociedade civil”. Um exemplo recente de mobilização por meio das redes de informação ocorreu recentemente, em 2011. A Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) estava contratando uma empresa de software portuguesa para a produção de um sistema de informação que deveria ser utilizado por todas as unidades de saúde da atenção básica do Rio de Janeiro. Em outra oportunidade, em 2007, esta mesma empresa penetrou nas “aberturas” da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e concretizou a venda de seus serviços num valor de

---

<sup>5</sup> O instituto AKATU é uma organização não-governamental cuja missão é a educação para o consumo consciente, por meio de informação, sensibilização, instrumentação, mobilização e estímulo aos cidadãos para uma mudança de atitudes e comportamentos, de maneira a levar em conta o impacto dos seus atos de consumo sobre a sociedade, a economia e o meio ambiente. Disponível em <http://www.akatu.org.br/>. Acessado em: 16/10/2011.

R\$ 48 milhões. No caso da FIOCRUZ seria gasto pelo governo brasileiro um total de R\$ 365 milhões apenas para as instalações do software em toda a rede. Na divulgação feita no site da empresa o contrato já estava assinado (ALERT, 2010). Quando o projeto chegou à tona, os participantes da lista de discussão da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), logo iniciaram os embates teóricos e as mobilizações foram muito bem arquitetadas. Os questionamentos, na lista de discussão, bem como na imprensa, estiveram relacionados ao custo do software que seria adquirido, aos critérios de contratação da empresa e à possibilidade de produção deste software por empresas brasileiras e até mesmo pelo governo federal, o que reduziria bastante os gastos. O desfecho desta história foi divulgado no site do jornal “O Globo” onde o contrato foi cancelado e muitos leitores postaram os seus comentários<sup>6</sup>. Percebeu-se, nas redes sociais, uma grande revolta que abarrotou de reclamações os dirigentes da FIOCRUZ e os gestores da Secretaria Estadual de Minas Gerais. Contempla-se aqui a concretização da manifestação dos olhares, numa rede onde todos se olham, é o panoptismo de todos, onde a centralidade das informações está atrelada a um grupo, a um indivíduo e a sociedade vigilante.

Nesta experiência, percebeu-se que uns interesses insurgiram contra outros. Com isso, não se pode afirmar que o objetivo era a defesa da saúde coletiva. Há quem pense que sim, mas, minimamente, o desfecho desta experiência remete às diversas possibilidades de resistências. Estas possibilidades de olhares vigilantes vão além dos conselhos, das instituições formais, que até podem participar desta rede, mas é preciso a insurreição de uma cidadania informacional e virtual.

A partir de toda discussão e considerações feitas até aqui respondeu-se à questão central deste trabalho: “As relações de poder, oriundas de interesses hegemônicos no campo da saúde, contribuem para a ineficiência do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)”. Confirmou-se que a ineficiência do SIAB é, em parte, conseqüência das relações de poder que se estabelecem entre os níveis federal, estadual e municipal de gestão, bem como no interior dos mesmos. Entende-se que a concepção do SIAB como instrumento de controle do Biopoder influencia a sua disposição atual e permite a ampliação do olhar do Estado sobre o corpo social. E por fim acredita-se que a lenta evolução do SIAB possa ser um resultado da influência do mercado privado de tecnologias da informação apoiado pela política nacional de informação e informática em saúde.

Compreende-se que por esta pesquisa tratar-se de um estudo de caso, não se pode generalizar a outros municípios brasileiros ou a outros contextos da saúde. Entretanto

---

<sup>6</sup> Jornal “O GLOBO” - Globo.com Jornal Nacional - 02/04/2011. Fiocruz suspende compra de software sem licitação no valor de R\$ 364 milhões. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/politica/fiocruz-suspende-compra-de-software-sem-licitacao-no-valor-de-364-milhoes-2684705#ixzz1kwm26GsJ>. Acesso em: 21/09/2011

encontraram-se alguns estudos que demonstram fenômenos parecidos com os resultados verificados nesta pesquisa. Os estudos de Ribeiro *et al* (2007) em municípios mineiros e capixabas também constataram que havia uma grande divergência entre o que estava cadastrado no SIAB e ao que estava registrado em prontuários dos pacientes atendidos. Thaines *et al* (2009) apontaram que em alguns municípios do estado do Mato Grosso os dados do SIAB sofrem interferências em várias instâncias. Vidor, Fisher e Bordin (2011) concluíram que os sistemas de informação mais utilizados no Rio Grande do Sul são aqueles relacionados com o repasse de verbas. Isto remete ao fato de que, possivelmente, estes fenômenos ocorram em outras partes do território nacional. Portanto, são necessários estudos que comprovem esta hipótese.

Entende-se que a pesquisa qualitativa e principalmente o método de análise de conteúdo foram fundamentais para a apreciação das relações de poder impregnadas nos processos e fluxos relacionados ao SIAB. Os fenômenos informacionais foram aqui observados a partir de uma ótica dos sujeitos entrevistados, das relações que eles possuem com o objeto e seus processos relacionados. Para a produção do conhecimento representado percebeu-se que a consciência do sujeito e o objeto foram confrontados. Este dualismo entre o objeto e sujeito proporcionou a materialização de uma imagem que é a essência de um conhecimento sobre o objeto (SIAB) e seus atores (profissionais e gestores).

Espera-se que este trabalho tenha produzido um conhecimento efetivo, verdadeiro, cujo conteúdo, como dito por Hessen (2003), concorde com o objeto intencionado. Entretanto, é importante ressaltar que o conceito de verdade continua sendo um conceito relacional e mantém uma dependência com os critérios de verdade. É a manifestação de um juízo verdadeiro construído segundo as leis e normas do pensamento. Numa sociedade embebida pelos individualismos, pelo controle e pela necessidade do prestígio corre-se o risco da opacidade da verdade. Os resultados deste trabalho, de forma independente, podem ser utilizados para a construção de outros conhecimentos, outras verdades, algumas transparentes, outras nem tanto.

## REFERÊNCIAS

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – ABRASCO; GRUPO TÉCNICO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E POPULAÇÃO – GTISP (Org.).** Plano Diretor de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde: **2008-2012 – versão para debate com os Programas de Pós-Graduação afiliados da ABRASCO.** Brasília: ABRASCO, 2008. Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20100210132738.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

AGUILA, Alfredo; VALENZUELLA, Pablo. **Experiência Del registro electrónico de pacientes en un servicio universitario de Neonatología.** Revista médica de Chile, v.133, vol, 133, n.3, p.241-245, Fevereiro. 2005.

**ALERT Life Sciences Computing.** 2010. Disponível em: <http://www.alert-online.com/br/news/company/alert-assina-contrato-com-a-fundacao-oswaldo-cruz-fiocruz>. Acesso em 10 jan. 2011.

ALMEIDA, Márcia Furquim de. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **IESUS.** v.2, n.3, p.27-33,1998. Disponível em:< [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus\\_vol7\\_3\\_descentralizacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_descentralizacao.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2010.

ALMEIDA, José Maria Fernandes de. Sistemas de informação e evolução tecnológica: mitos e realidades. **Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 2º sem. p.56-64. 2010.

ALVARENGA NETO, Rivadávia Correa Drummond de; BARBOSA, Ricardo Rodrigues; PEREIRA, Heitor José. Gestão do conhecimento ou gestão de organizações da era do conhecimento? Um ensaio teórico-prático a partir de intervenções na realidade brasileira. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v.12, n.1, p.5-24, jan./abr.2007. Disponível em:<<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/246/34>>. Acesso em: 15 dez. 2009.



ANDERSON, James G. Social, ethical and legal barriers to e-health. **International Journal of Medical Informatics, United States**, v.76, n.14, p. 480-483, Dez. 2007. Disponível em <[https://www.cerias.purdue.edu/assets/pdf/bibtex\\_archive/2007-09.pdf](https://www.cerias.purdue.edu/assets/pdf/bibtex_archive/2007-09.pdf)> Acesso em 18 jan. 2009.

ARTIÉRES, Philippe; POTTE-BONNEVILLE, Mathieu. **D'après Foucault: Gestes, lutes, programmes**. Paris: Les Prairies Ordinaires, 2007. 384p.

AXFORD, R. L.; CARTER, B. E. L. Impact of clinical information systems on nursing practice. Nurses' perspective. **Computers in Nursing**. v. 14, n.3, p.156-163, 1996.

AZEVEDO, Ana Lúcia Martins de; BARBOSA, Maria Goretti M. M.; SANTOS, Juliana Siquiera. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.2, n.6, p.93-99, jul./set., 2006.

BALL, Marion J.; HANNAH, Kathryn. **Using Computers in Nursing**. Norwalk, Connecticut, USA. Ed.Appleton-Century-Crofts, 1984.

BALL, Marion. J. et al. **Nursing Informatics**. Where caring and technology meet. New York. Ed. Springer – Verlag, 1988.

BAKKER, A. R.. The need to know the history of the use of digital patient data, in particular the HER. **International Journal of Medical Informatics**. v.14, n.3, p. 438-441, May-June. 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505606002140>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

BARBOSA, D.C.M. **Sistemas de Informação em Saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto-SP**. 2006. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. revista e actualizada. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2009, 287p.

BARRETO, Aldo. **Os destinos da Ciência da Informação: entre o cristal e a chama.** DataGramZero, Revista de Ciência da Informação; v.3,n.0, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.dgz.org.br>> Acesso em 12 set 2005.

BAUMAN, Zygmunt. Depois da Nação-estado, o quê? In: \_\_\_\_\_. **Globalização: as conseqüências Humanas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p.63-74.

BERGO, R.C.F. **Sistema de informação da Atenção básica – SIAB: avaliando seu potencial para análise de saúde do Município de Atibaia (SP)** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

BITTAR, Telmo Oliveira et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v.14, n.1, p.77-81, jan./abr. 2009. Disponível em:< [http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/77\\_81.pdf](http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/14-01/77_81.pdf)> Acesso em: 12 dez. 2009.

BORKO, Harold. Information Science: What is it? **American Documentation**, v.19, n.1, p.3-5, Jan. 1968.

BRAMAN, Sandra. **Change of State: information, policy and power.** Cambridge: MIT Press, 2006.

BRAMAN, Sandra. The autopoietic state: Communication and democratic potential in the Net. **Journal of the American Society of Information Science.** v.45, n.6, p.358-368, 1994.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Sistema de Informação em Saúde em Âmbito Local e Organização de Interesses Sociais: Um Estudo de Caso no Município do Rio de Janeiro.** 1995. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 222p.

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm) Acesso em: 26/10/2010.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) Acesso em: 25/10/10.

BRASIL, **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0** (Inclui deliberações da 12. Conferência Nacional de Saúde). Brasília: Departamento de Informação e Informática do SUS, mar. 2004. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica\\_Informacao\\_Saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Informacao_Saude.pdf). Acesso em: 10 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 399, de 2 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Brasília: Diário Oficial da União, 23 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da assistência básica (SIAB): indicadores 2006**. Brasília, DF, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: [189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/siab/siab2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/siab/siab2006.pdf). Acesso em: 20 out. 2011.

CAMARGO, R.K. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.745-749, jul./set.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf> Acesso em: 20 jan. 2009.

CARVALHO, José Álvaro. Tecnologias e sistemas de informação: uma área científica orientada às necessidades de conhecimento dos profissionais envolvidos na contínua transformação das organizações através das tecnologias da informação. **Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 2º sem. p.1-25, 2010.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. 10. ed. São Paulo: Paz e terra, 2007.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra. **Sistema de informação e o cotidiano de trabalho de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte**. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2008.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Sistema de informação em saúde e o cotidiano de trabalho de profissionais de unidades de terapia intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, p. 467-473, 2009.

CEPIK, Marco. Direito à informação: situação legal e desafios. **Revista Informação Pública**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, dez. 2000. Disponível em:  
<<http://www.ip.phh.gov.br/sum020.html>>. Acesso em: 23 mar. 2004

COHN, Amélia; WESTPHAL, Márcia Faria; ELIAS, Paulo Eduardo. Informação e decisão política em saúde. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.39, n.1, p.114-21. 2005.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 2005.CEDEC.

CURTIS, Dorothy W et al. Smart: An Integrated Wireless System form Monitoring Unattended Patients. **International Journal of Medical Informatics**. v.15, n.1, p. 44-53, jan./feb. 2008. Disponível em:<  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2274866/pdf/44.S1067502707002642.main.pdf>  
> Acesso em: 23 dez. 2010.

DATASUS, **Cadernos de Informação em Saúde**. Disponível em:  
[http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/MG/MG\\_Divinopolis\\_Geral.xls](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/MG/MG_Divinopolis_Geral.xls). Acesso em: 25/10/10.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação**. São Paulo: Futura, 1998.

D'ÁVILA, Ana Luiza Viana; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet* . Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.493-507, 2002.

DEMIRIS, George et al. Patient-centered applications: Use of information technology to promote disease management and wellness. A white paper by the AMIA knowledge in motion working group. **International Journal of Medical Informatics**. v.15, n.1, p. 8-13, Jan. 2008.

DUPAS, G. Ética e poder na sociedade da informação: revendo o mito do progresso. **Revista brasileira de educação**. n.18, p.117-122, Set/Out/Nov/Dez. 2001.

\_\_\_\_\_ **Atores e poderes na nova ordem global: Assimetrias, instabilidades e imperativos de legitimação**. São Paulo: Editora UNES, 2005. 319p.

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. 294p.

ESTELLITA-LINS, Carlos. Ética da informação e saúde: observações a partir de Foucault e Frohmann. In: Deuxième Colloque scientifique international Du Réseau MUSSI. Actes du Colloque scientifique international Du Réseau MUSSI: Médiations et hybridations : conslruction sociale des savoirs el de l'information. Toulouse: 15-17 juin 2011, Université de Toulouse III-IUT, p.69-85.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente; SCHIMITH, Maria Denise; CACERES, Nilton Cáceres. Necessidade de capacitação e aperfeiçoamento de profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.2611-2620, 2010.

FIGUEIREDO, Luana Alves de et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.418-423, 2010. Disponível em: <  
[http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010\\_3/artigos/CSCv18n3\\_pag418-23.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag418-23.pdf)>  
Acessado em: 01 ago. 2011.

FOUCAULT, Michel. **O sujeito e o poder**. In: P Rabinow & H Dreyfus, Foucault uma Trajetória Filosófica: para Além do Estruturalismo e da Hermenêutica. Forense: Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1999.

\_\_\_\_\_. **Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ?** In : Dits et écrits II, 1976-1988 (pp. 40-58). Paris: Gallimard. 2001. (Original publicado em 1976).

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976), (trad. de. Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 26.ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2008a. 295p.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b. 572p.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 37.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 291p.

FRANÇA, T. **Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório**. 2001. 109f. Dissertação (Mestre em Ciências – Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2001.

FREITAS, Fernanda Pini de; PINTO, Ione Carvalho. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n.13, p.547-554, jul./ago. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a13.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2010.

FUNAI A. et al. **Sistema de Informação de atenção básica: conhecimento dos agentes comunitários de saúde de uma UBS em Marília**. Congresso Brasileiro de informática em saúde; 7-10 de novembro 2004; Ribeirão Preto. Disponível em:<http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/316.doc>. Acesso em: 20 mar. 2009.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.231-240, 2011.

GONÇALVES, F.R. **O sistema de informação da atenção básica como fonte de informação para vigilância ambiental: limites e potencialidades** [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

GONZÁLEZ DE GOMEZ, Maria Nélide. O objeto de estudo da Ciência da Informação: paradoxos e desafios. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 19, n.2, p.117-122, jul./dez., 1990.

GRISSOTTI, Márcia.; PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de São Carlos - UFSC, 2006. 159p.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1689-1698, 2011.

GUIMARÃES, E. M. P. **Sistema de Informação: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência**. 2004. 229f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de Informação: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf. Brasília**, v.33, n.1, p.72-80, Jan./Abr. 2004.

GUTIERREZ, M. A. Sistemas de Informação Hospitalares: progressos e avanços. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v.3, n.2, Abr./Jun, 2011.

HEECKS, Richard. Health information systems: Failure, success and improvisation. **International Journal of Medical Informatics**. Manchester, v.75, n.2, p.125-137, Feb. 2006.

HEIDEGGER, Martin. **Que é metafísica**. São Paulo, 1989.

HESSEN, Johannes. A essência do conhecimento. In: **Teoria do conhecimento**. 2. ed /tradução de João Carlos Gallerani Cuter. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2003. Cap. 3. p. 69 – 94.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 25/10/10.

Junqueira, V. Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000). São Paulo: Polis, Educ. 2001.

KERR PINHEIRO, Marta M. Política de informação no Estado informacional: um documento de interesse público. In: Deuxième Colloque scientifique international Du Réseau MUSSI. Actes du Colloque scientifique international Du Réseau MUSSI: Médiations et hybridations: construction sociale des savoirs et de l'information. Toulouse: 15-17 juin 2011, Université de Toulouse III-IUT, p.173-184.

LANCETTI, Antonio. Notas sobre humanização e biopoder. **Interface, Botucatu, v.13, suppl.1, p. 797-799**. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a33v13s1.pdf> > Acesso em: 20 mar. 2010.

LE COADIC, Yves-François. **A Ciência da Informação**. 2.ed. Brasília: Briquet de Lemos, 2004. 124p.

LEGEY, Liz-Rejane; ALBAGLI, Sarita. Construindo a sociedade da informação no Brasil: uma nova agenda. DataGramaZero – **Revista de Ciência da Informação**. v.1, n.5, out.2000. Disponível em: <[http://dici.ibict.br/archive/00000288/01/Construindo\\_a\\_sociedade\\_da\\_informa%C3%A7%C3%A3o\\_no\\_Brasil.pdf](http://dici.ibict.br/archive/00000288/01/Construindo_a_sociedade_da_informa%C3%A7%C3%A3o_no_Brasil.pdf) > Acesso em 13 de setembro de 2009.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2004

MACHADO, Marília Novais da Mata. Entrevistas de pesquisa não-estruturadas e semi-estruturadas In: GARCIA, Fernando Coutinho; HONÓRIO, Luiz Carlos. **Administração, Metodologia, Organizações, Estratégia**. Curitiba: Juruá, 2007. p.20-45.



MAIA, Leandro Dias de Godoy et al. utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de montes claros (MG). **Rev Baiana Saude Publica Miolo.indd**. v.34, n.2, p. 359-370, abr./jun. 2010

MARCOLINO, J.S. **Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família**. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2008

MARCOLINO, Janaina de Souza; SCOCHI, Maria José. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)*, v.31, n.2, p.314-320, jun. 2010.

MARIN, Heimar de Fátima. News frontiers for nursing and health care informatics. **International Journal of Medical Informatics**. p.695-704, jan. 2005.

MARIN, Heimar de Fátima; MASSAD, Eduardo; AZEVEDO NETTO, Raimundo Soares de. **Prontuário Eletrônico do Paciente: definições e conceitos**. In: \_\_\_\_\_. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: USP; Universidade de São Paulo, 2003. p.1-15.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform**, São Paulo, v.2, n.1, p.20-4, jan./mar. 2010. Disponível em:< <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php?journal=jhi-sbis&page=article&op=view&path%5B%5D=4&path%5B%5D=52>> Acesso em: 20 mar. 2011.

MARTINS, Luis Alberto Moreira; JUNIOR, Carlos Augusto Peixoto; Genealogia do Biopoder. **rev. Psicologia & Sociedade**. v.2, n.21, p.157-165, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a02.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2011.

MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana; CARVALHO, André Luis B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Div Saúde Debate*. n.21, p. 15-28. 2000.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. O Sistema de Informação de Atenção Básica como fonte de dados para os Sistemas de Informação sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. **Inf epidemiol SUS**, Brasília, v.10, n.1, p.7-18, jan./mar, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDONÇA, Licélia de Lima; MACADAR, Marie Anne. A importância dos sistemas de informação para o planejamento de ações e políticas de saúde no Programa de Saúde da Família do município de Porto Alegre. **RESI**. v.7, n.2, p.1-17, 2008.

MIAILLE, Michel. O Cidadão Virtual. **Cadernos Adenauer IV (2003)**, n. 6. Mundo Virtual. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, abril 2004.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Sistema de informação de saúde. Secretaria Geral/Secretaria de Planejamento/Núcleo de Informática, 1982. (Mimeo).

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação e Informação do Ministério da Saúde, 1987.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE** . Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**. 12ª Conferência Nacional de Saúde – Sérgio Arouca. Brasília, dez. 2005.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2009

MOLESINI, Joana Angélica et al. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **rev. Baiana Saúde Pública Miolo. Bahia**, v.34, n.3, p.623-638, jul./set. 2010. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1876.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2011

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. **Informações em saúde: Da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. **Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2002. 171p.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de; GONZÁLEZ DE GOMEZ, Maria Nélide. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.553-565, mai./jun. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n3/02.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2010.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de et al, Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 879-888, mai./jun. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/23.pdf>> Acesso em: 02 fev. 2010.

MOROZOV, Evgeny. **The Net Delusion: the dark side of internet freedom**. Nova York: Public Affairs, 2010. 412p.

MOTA, F.R.L. **Registro de informação sistema de informação em saúde: um estudo das bases SINASC, SIAB e SIM no estado de Alagoas**. 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004. 224p.

MCKINLAY, Alan; STARKEY, Ken P. **Foucault, Management and Organization Theory: from panopticon to technologies of self**. Londres: Sage Publications. 1997. 256p.

NETO, João Leite Ferreira et al. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e Biopoder. **Saúde Soc, São Paulo**, v.18, n.3, p.456-466. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/10.pdf>> Acesso em: 05 ago. 2011.

NOGUEIRA, Guilherme Dantas; NEVES, Jorge Tadeu de Ramos. **Estratégia para a gestão da informação no programa saúde da família do governo brasileiro. FACES R. Adm.** Belo Horizonte, v. 7, n. 4, p. 88-105, out./dez. 2008.

NOVATO-SILVA, J. W. **Informação na gestão pública da saúde sob uma ótica antropológica: do global ao local no Estado de Minas Gerais, Brasil.** 2008. 397f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

NOVATO-SILVA, José Wanderley. Informação em saúde pública sob uma ótica antropológica: um estudo em Minas Gerais, Brasil. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.76-83, set., 2009.

NOWINSKI, C. J. et al. The impact of converting to an electronic health record on organizational culture and quality improvement. **Rev. International Journal of Medical Informatics**, v. 76, Suppl.1, p.174-183. May. 2007.

O'BRIEN James A. **Sistemas de Informação e as decisões gerenciais na era da internet.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2004. 526p.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas de informações gerenciais: estratégicas táticas operacionais.** 14. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 328p.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.569-576, out./dez. 2008. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>> Acesso em: 15 out. 2010.

PEREZ, G. **Adoção de inovações tecnológicas: Um estudo sobre o uso de sistemas de informação na área de saúde.** 2006. 227 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PORTUGAL, J. L. **Integração Siab e Sig: uma proposta para o funcionamento do programa de saúde da família.** Tese (Doutorado em Saúde Pública), Recife, PE, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Divinópolis:** quadriênio 2010//2013, gestão 2009//2012. Conselho Municipal de Saúde, Sistema Único de Saúde. Divinópolis: Secretaria Municipal de Saúde, [2009].

RADIGONDA, Bárbara et al. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v.12, n.1, p.38-47, dez. 2010. Disponível em:<  
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/sistema.pdf>>. Acesso em: 01 ago 2011.

REZENDE, Solange Oliveira. **Sistemas inteligentes: fundamentos e aplicações.** São Paulo: Manole, 2003. 550p.

RIBEIRO, Luiz Cláudio et al. avaliação da cobertura do sistema de informação da atenção básica em saúde (SIAB): uma aplicação da metodologia de amostragem para garantia da qualidade de lotes. Juiz de Fora, **Revista APS**, v.10, n.2, p. 120-127, jul./dez. 2007

RIGOBELLO, J.L. **A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde XVIII – Ribeirão Preto – SP.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006

RODRIGUES FILHO, José; LUDMER, Gilson. Sistema de Informação: que ciência é essa? **Journal of Information Systems and Technology Management**. v.2, n.2, p.151-166, 2005.

RODRIGUES, Ricardo de Moraes et al. Sistema de Informação da Atenção Básica: uma avaliação qualitativa da base estadual do SIAB da Paraíba. *Divulg Saúde Debate*. v.20, p.61-66, 2000.

SALA, Arnaldo et al. , Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condição de vida e saúde. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1556-1564, nov./dez. 2004.

SANTORO, Maurício. As revoltas árabes e a democratização do Magreb e do Oriente Médio. **Revista Ética e Filosofia Política**. v.2, n.13, p.110-124, jun. 2011.

SANTOS, M. S. **Informatização de atividades administrativo-burocráticas de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência**. 2003. 144f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTOS, Luis Fernando Boiteaux; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.52-57, jan./mar. 2010.

SARACEVIC, T. Information, evolution and relations. In: VAKKARI, P., CRONIN, B. (Ed.). **Conceptions of library and information science: historical, empirical, and thoretical perspectives**. London: Taylor Graham, 1992. p.5-27.

SAYÃO, L. F. Bases de dados e sua qualidades. In: LUBISCO, N. M. L.; BRANDÃO, L. M. B. (Orgs.). **Informação e Informática**. Salvador: EDUFBA, 2000

SBIS – SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMATICA EM SAÚDE. **O que e informática em saúde?** Disponível em: <<http://www.sbis.org.br>>. Acesso em: 27 dez. 2007.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 2, p. 225-240, 2010.

SCOTT, R.E. E-Records in health: Preserving our future. **International Journal of Medical Informatics**, v.76, n.5-6, p.427-431, may./jun. 2007.

SIBILIA, Paula. Etéreas prisões do corpo: da alma (analógica) a informação (digital). In: QUEIROZ, André; CRUZ, Nina Velasco e. **Foucault hoje?**. Rio de Janeiro: 7letras, 2007. p.130-139.

SILVA, Anderson Soares da; LAPREGA, Milton Roberto. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1821-1828, nov./dez. 2005.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acessado em 15 jun 2009.

SILVEIRA, Henrique Flávio Rodrigues da. Um estudo do poder na sociedade da informação. **Rev. Ci. Inf.**, Brasília, v.29, n.3, p. 79-90, set./dez. 2000

SILVEIRA, Cláudia Hausman. Falando de modelos de assistência à saúde e do programa saúde da família do Ministério da Saúde, Brasil. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.5, n.1, p. 78-103, jan./jul. 2008.

SOUZA, Edivanio Duarte; DIAS, Eduardo José Wense; NASSIF, Mônica Erichsen. A gestão da informação e do conhecimento na ciência da informação: Perspectivas teóricas e práticas organizacionais. **Inf. & Soc.:Est**, João Pessoa, v.21, n.1, p.55-70, jan./abr. 2011.

TOURAINÉ, Alain. **Um novo paradigma: Para compreender o mundo de hoje**. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 261p.

TOZZI, Clésio L. et al. **Avaliação do sistema informatizado de eleições**: urna eletrônica. São Paulo: UNICAMP, 2002. [Relatório Final]. Disponível em: <[www.ic.unicamp.br/~tomasz/misc/rel\\_final\\_site\\_TSE.pdf](http://www.ic.unicamp.br/~tomasz/misc/rel_final_site_TSE.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2011.

THAINES, Geovana Hagata de Lima et al. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: Um caso exemplar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v18, n.3, p.466-474, jul./set. 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, abr. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> Acesso em 20 jan. 2008.

TURBAN, Efrain; RAINER, Rex Kelly; POTTER, Richard E. **Administração de tecnologia da informação: Teoria e prática**. 3.ed. São Paulo: Campus, 2005. 640p.

TURBAN, Efrain; RAINER, Rex Kelly; POTTER, Richard E. **Introdução a Sistemas de Informação - uma Abordagem Gerencial**. São Paulo: Campus, 2007.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de; LEAL Maria Tereza. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Revista Saúde em Debate**, v.26, n.61, p.219-235, mai./ago. 2002.

VIDOR, Ana Cristina; FISHER, Paul Douglas; BORDIN, Ronaldo. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev Saúde Publica**. v.45, n.1, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1399.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2011.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia**. Trad. Waltensir Dutra; Revisão técnica de Fernando Henrique Cardoso – Rio de Janeiro, RJ: Livros técnicos e científicos editora SA, 1982. 530p.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica de Gabriel Cohn - Brasília, DF : Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999. 586 p.

WEBER, Max. Três tipos puros de poder legítimo. Trad. de Artur Morão; In. **Três tipos de poder e outros escritos**. Tribuna da História, Lisboa, 2005.

WELLAUSEN, Saly da Silva. Os dispositivos de poder e o corpo em Vigiar e Punir. **Revista Aulas**. Dossiê Foucault. N.3, p.1-23, Dez/2006-Mar/2007. 2007. Disponível em:< <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/26.pdf>> Acesso em: 23 out. 2009.



WENDHAUSEN, Águeda; CARDOSO, Sandra de Mello. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Rev. Bras. enferm., Brasília**, v5, n.60, p.579-584, set./out. 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a18.pdf>> Acesso em: 18 fev. 2010.

ZILLES, Urbano. Fundamentos ontológicos do conhecimento. In:\_\_\_\_\_ **Teoria do conhecimento**. 5 ed. Porto Alegre: Ed. UCRS, 2006. cap. 2, p. 30 – 41.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Roteiro 1 - Instrumento de coleta de dados utilizado no nível municipal/regional (Equipe de Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde e Superintendência Regional)**

- 1 – Na sua percepção, o que significa o Sistema de Informação da Atenção Básica?
- 2 – Na sua percepção, a partir do dado coletado no domicílio, como estes dados são trabalhados e por quem até chegarem ao Ministério da saúde?
- 3 – O que você acha da qualidade dos dados do SIAB?
- 4 – A partir dos dados do SIAB você considera ser possível realizar o planejamento local das ações em saúde?
- 5 - Você utiliza o SIAB para tomar decisões no seu cotidiano de trabalho? Como? (Se a resposta for “NÃO”, solicitar justificativa).
- 6 - Na sua percepção, existem dificuldades para a utilização dos dados do SIAB no processo de trabalho? Estas dificuldades, na sua percepção, influenciam a tomada de decisões?
- 7 - O SIAB tem sido utilizado em sua máxima potencialidade? (Solicitar justificativa)
- 8 - Na sua percepção, quais seriam as alterações necessárias para o aperfeiçoamento do SIAB visando a tomada de decisões?
- 9 – Em sua opinião há algum jogo de interesses sobre as informações no SIAB? Se sim, de qual tipo?
- 10 - Se os dados do SIAB forem modificados em algum momento, o são com qual propósito?
- 11 – Os profissionais recebem alguma capacitação sobre a coleta e manipulação de dados do SIAB?

**APÊNDICE B – Roteiro 2 - Instrumento de coleta de dados utilizado no nível Estadual (Secretaria Estadual de Saúde)**

1 – Na sua percepção, o que significa o Sistema de Informação da Atenção Básica?

2 – O que é feito com os dados do SIAB quando chegam na SES? E depois, para onde estes dados são encaminhados? Como isto é feito?

3 – O que você acha da qualidade dos dados do SIAB?

4 – Quando os dados do SIAB chegam dos municípios, vocês fazem alguma crítica destes dados antes de encaminhar ao Ministério da Saúde? Como? Por quê? Qual a finalidade disto?

5 – Desde a coleta dos dados do SIAB, você acha que há alguma manipulação destes dados visando algum interesse?

6 – O que você acha da aquisição de softwares livres por alguns municípios, que possuem a mesma função do SIAB?

**APÊNDICE C – Roteiro 3 - Instrumento de coleta de dados utilizado no nível Federal (Ministério da Saúde - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica - DAB )**

- 1 – Na sua percepção, o que significa o Sistema de Informação da Atenção Básica?
  
- 2 – O que é feito com os dados do SIAB quando chegam ao Ministério? E depois, para onde estes dados são encaminhados? Como isto é feito?
  
- 3 – O que você acha da qualidade dos dados do SIAB?
  
- 4 – Quando os dados do SIAB chegam dos municípios, vocês fazem alguma crítica destes dados? Como? Qual a finalidade disto?
  
- 5 – Desde a coleta dos dados do SIAB, você acha que há alguma manipulação destes dados visando algum interesse?
  
- 6 – O que você acha da aquisição de softwares livres por alguns municípios, que possuem a mesma função do SIAB?

# **ANEXOS**

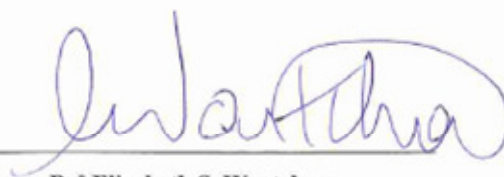
**ANEXO A – Autorização para realização da pesquisa (Ministério da Saúde - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica - DAB)**

Ao pesquisador,  
Ricardo Bezerra Cavalcante

Prezado,

Reportando-nos ao projeto intitulado: “SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB): INSTRUMENTO DE CONTROLE DO PODER?”, informamos que consideramos viável o desenvolvimento do mesmo em nossa instituição. Entretanto, ao término da pesquisa solicitamos um relatório final com os resultados.

Brasília, 25 de julho de 2011;



**Drª Elisabeth S. Wartchow**  
Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação  
Departamento de Atenção Básica  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Ministério da Saúde

*Elisabeth Susana Wartchow*  
Coordenadora de Acompanhamento  
e Avaliação  
DAB / SAS / MS

**ANEXO B – Autorização para realização da pesquisa (Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – Superintendência de Atenção Primária à Saúde)**



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ao pesquisador,  
Ricardo Bezerra Cavalcante

Prezado,

Reportando-nos ao projeto intitulado: **“SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB): INSTRUMENTO DE CONTROLE DO PODER?”**, informamos que consideramos viável o desenvolvimento do mesmo nesta superintendência. Entretanto, ao término da pesquisa solicitamos um relatório final com os resultados.

Belo Horizonte, 12 de setembro de 2011;

Wagner Fulgêncio Elias

Superintendente de Atenção Primária à Saúde



## ANEXO C – Autorização para realização da pesquisa (Secretaria Municipal de Saúde)

	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	 Prefeitura Municipal de Divinópolis
Divinópolis, 20 de julho de 2011.		
<b>Ao pesquisador, Ricardo Bezerra Cavalcante</b>		
Prezado Senhor,		
Reportando-nos ao projeto intitulado: <b>“SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB): INSTRUMENTO DE CONTROLE DO PODER?”</b> , informamos que consideramos viável o desenvolvimento do mesmo em nossa instituição. Entretanto, ao término da pesquisa solicitamos um relatório final com os resultados.		
 <b>ROSENILCE CHERIE MOURÃO GONTIJO RESENDE</b> Secretaria Municipal de Saúde		

## ANEXO D – Autorização para realização da pesquisa (Superintendência Regional de Saúde)

Ao pesquisador,  
Ricardo Bezerra Cavalcante

Prezado,

Reportando-nos ao projeto intitulado: “**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB): INSTRUMENTO DE CONTROLE DO PODER?**”, informamos que consideramos viável o desenvolvimento do mesmo em nossa instituição. Entretanto, ao término da pesquisa solicitamos um relatório final com os resultados.

Divinópolis, 17 de agosto de 2011;



Jeferson de Almeida  
Diretor de GRS Divinópolis  
Masp. 89.879.839

---

Jeferson de Almeida  
Superintendente Regional de Saúde  
SRS/Divinópolis

**ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER Nº. 61/2010****Interessado: Ricardo Bezerra Cavalcante****Data: 04/10/2010****Decisão**

O Comitê de Ética em Pesquisa da FUNEDI avaliou em 04/10/2010 o projeto intitulado "*Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): instrumento de controle do poder*" e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto, obtendo o seguinte parecer: **APROVADO**.

Universidade do Estado de Minas Gerais UEMG  
Serviço de Apoio à Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico - FUNEDI  
Comitê de Ética

Prof. Dr. Alysson Rodrigo Fonseca

Coordenador do Comitê de Ética da FUNEDI/UEMG  
Coordenador do Comitê de Ética

**ANEXO F – Alguns indicadores nacionais da Atenção Básica em Saúde gerados pelo SIAB**



FIGURA 4 - Mapa de cobertura de municípios com Equipes de Saúde da Família no Brasil, 2006

Fonte: Ministério da Saúde (2009)

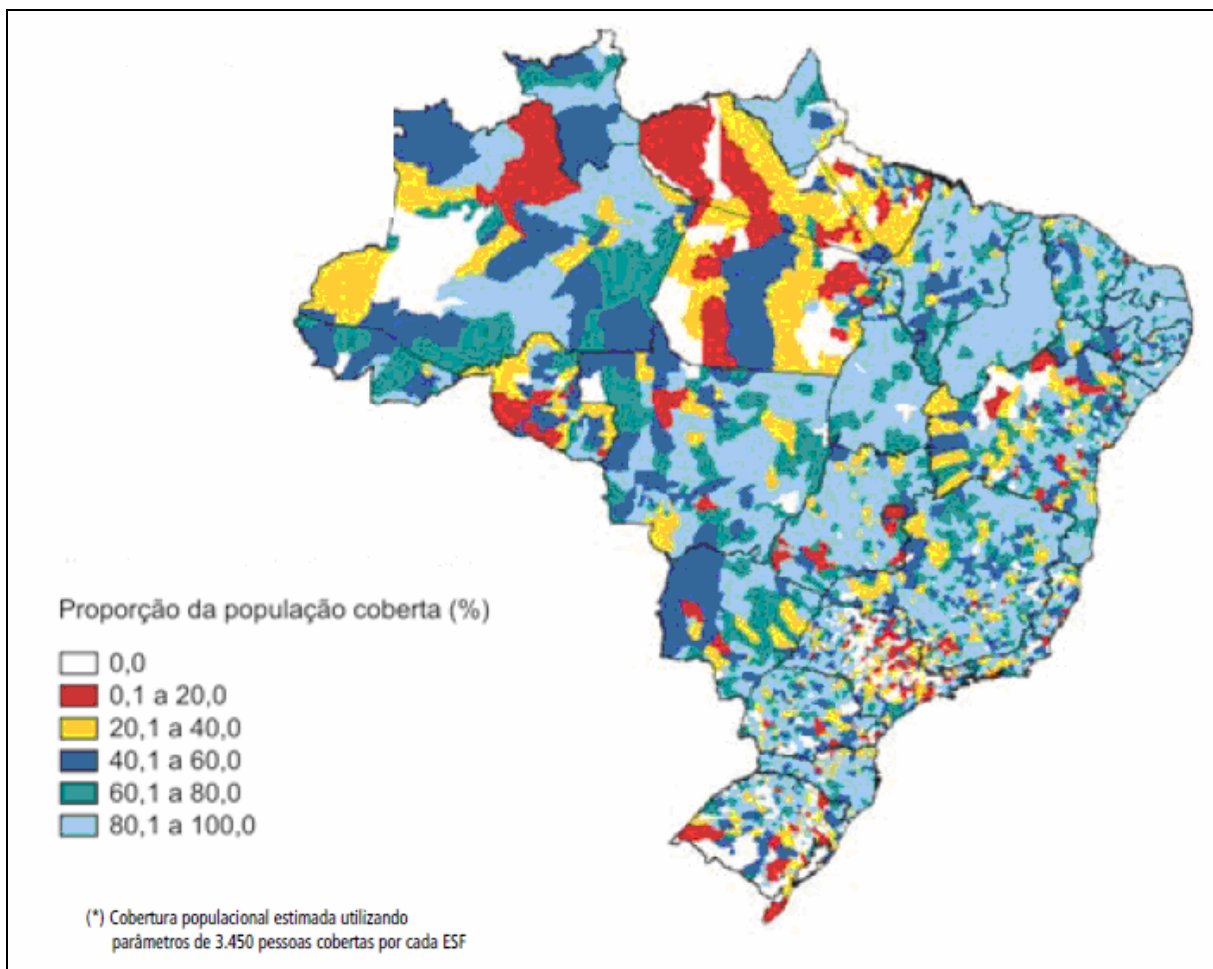


FIGURA 5 - Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2006  
Fonte: Ministério da Saúde (2009)

TABELA 1

Indicadores sociais e demográficos da população coberta por EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006.

Estados	Razão de Sexos (M/F) (%)	Proporção de pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas %	Percentual dos domicílios com					
			Abastecimento de água da rede	Algum tipo de tratamento de água no domicílio	Esgotamento sanitário da rede	Coleta pública de lixo	Construção de tijolo ou madeira	Energia elétrica
Rondônia	1,0	90,1	98,7	77,8	3,9	57,5	96,8	85,9
Acre	1,0	82,2	95,6	80,8	12,1	63,7	95,9	83,4
Amazonas	1,0	91,0	87,4	52,9	14,7	66,1	96,0	81,4
Roraima	1,0	93,5	96,0	39,0	12,5	77,5	96,3	89,8
Pará	1,0	87,8	91,3	58,4	4,5	51,6	85,9	73,3
Amapá	1,0	92,0	96,1	77,0	7,0	73,8	94,4	94,3
Tocantins	1,0	88,8	98,4	81,3	5,8	70,6	91,1	83,8
<b>Região norte</b>	<b>1,0</b>	<b>88,8</b>	<b>92,8</b>	<b>63,8</b>	<b>7,1</b>	<b>59,6</b>	<b>90,6</b>	<b>79,3</b>
Maranhão	1,0	79,3	92,7	61,7	7,9	38,1	60,4	79,7
Piauí	1,0	79,0	90,2	60,8	3,9	49,2	80,8	78,5
Ceará	1,0	76,8	86,2	83,4	13,8	50,7	85,8	85,0
Rio Grande do Norte	1,0	80,4	91,8	64,3	18,9	75,2	93,2	94,5
Paraíba	0,9	79,3	88,0	73,3	30,1	68,8	92,6	94,2
Pernambuco	0,9	78,6	88,4	68,2	34,0	69,8	93,5	94,4
Alagoas	1,0	71,4	89,8	69,1	11,8	65,8	86,4	89,9
Sergipe	0,9	83,4	93,8	67,9	33,5	72,6	89,8	92,6
Bahia	1,0	82,4	89,8	74,5	31,8	61,3	91,7	82,3
<b>Região Nordeste</b>	<b>1,0</b>	<b>79,4</b>	<b>89,6</b>	<b>70,7</b>	<b>23,1</b>	<b>59,9</b>	<b>86,4</b>	<b>86,8</b>
Minas Gerais	1,0	79,4	98,4	89,6	71,8	81,7	98,2	95,7
Espírito Santo	1,0	90,0	99,2	77,0	59,6	76,7	97,5	96,0
Rio de Janeiro	0,9	92,4	96,6	78,9	63,4	89,1	96,4	94,9
São Paulo	0,9	71,0	99,1	66,4	79,2	95,8	98,3	97,9
<b>Região Sudeste</b>	<b>1,0</b>	<b>78,7</b>	<b>98,5</b>	<b>77,9</b>	<b>72,5</b>	<b>87,9</b>	<b>97,9</b>	<b>96,5</b>
Paraná	1,0	91,9	98,9	34,5	35,7	84,6	95,7	96,5
Santa Catarina	1,0	94,9	98,4	33,5	20,6	84,3	88,8	98,2
Rio Grande do Sul	1,0	93,2	98,4	19,1	28,3	76,8	93,2	96,6
<b>Região Sul</b>	<b>1,0</b>	<b>93,2</b>	<b>98,6</b>	<b>29,9</b>	<b>29,3</b>	<b>82,3</b>	<b>93,0</b>	<b>97,0</b>
Mato Grosso do Sul	1,0	92,6	99,5	26,0	9,1	90,9	97,4	97,1
Mato Grosso	1,0	91,2	98,6	66,1	9,5	78,5	96,8	89,9
Goiás	1,0	90,4	98,6	85,3	18,9	84,0	97,2	88,7
Distrito Federal	0,9	94,9	99,4	91,8	80,3	94,3	97,8	98,1
<b>Região Centro-oeste</b>	<b>1,0</b>	<b>91,5</b>	<b>98,9</b>	<b>66,8</b>	<b>18,6</b>	<b>84,8</b>	<b>97,2</b>	<b>91,6</b>
<b>Brasil</b>	<b>1,0</b>	<b>82,9</b>	<b>94,7</b>	<b>65,8</b>	<b>37,6</b>	<b>73,9</b>	<b>92,2</b>	<b>91,0</b>

Fonte: SIAB - Base limpa.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.20)

TABELA 2

Incidência de baixo peso ao nascer e prevalência de desnutrição protéico-calórica em crianças menores de um ano e de 12 a 23 meses nas áreas cobertas por EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006.

Estados	EACS			ESF		
	Baixo Peso ao Nascer (%)	Desnutrição em crianças < 1 ano (%)	Desnutrição em crianças de 12 a 23 meses (%)	Baixo Peso ao Nascer (%)	Desnutrição em crianças < 1 ano (%)	Desnutrição em crianças de 12 a 23 meses (%)
Rondônia	8,6	1,4	3,2	11,0	9	3,2
Acre	9,8	6,7	9,3	8,4	3,2	6,8
Amazonas	7,0	1,6	2,2	7,3	1,8	3,2
Roraima	-	-	-	7,3	1,3	2,8
Pará	9,6	2,9	4,8	8,3	2,5	4,7
Amapá	11,6	0,3	0,7	8,8	1,3	3,0
Tocantins	8,0	0,8	2,7	7,5	2,2	5,7
<b>Região Norte</b>	<b>9,2</b>	<b>2,5</b>	<b>4,1</b>	<b>8,0</b>	<b>2,2</b>	<b>4,4</b>
Maranhão	7,7	3,1	5,8	7,6	4,2	9,0
Piauí	9,1	4,5	9,6	8,3	3,0	8,2
Ceará	6,4	3,3	8,1	6,8	2,9	7,6
Rio Grande do Norte	9,1	2,4	5,5	9,0	2,1	5,4
Paraíba	9,4	2,4	5,5	8,9	2,5	6,0
Pernambuco	9,9	2,3	4,8	7,9	2,5	5,2
Alagoas	6,7	4,2	8,7	7,3	4,3	9,7
Sergipe	7,7	2,2	7,0	8,2	2,6	6,7
Bahia	9,2	3,0	6,8	9,3	3,3	7,9
<b>Região Nordeste</b>	<b>8,8</b>	<b>2,9</b>	<b>6,4</b>	<b>8,1</b>	<b>3,1</b>	<b>7,3</b>
Minas Gerais	11,2	1,8	3,0	15,5	2,2	4,2
Espirito Santo	9,7	0,9	2,0	8,9	0,9	2,1
Rio de Janeiro	12,5	0,9	1,5	13,0	1,1	1,9
São Paulo	12,9	0,8	1,0	11,4	0,8	1,3
<b>Região Sudeste</b>	<b>11,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,6</b>	<b>13,3</b>	<b>1,4</b>	<b>2,6</b>
Paraná	11,0	1,0	1,9	12,1	1,1	1,6
Santa Catarina	11,1	0,7	0,8	11,5	0,7	1,2
Rio Grande do Sul	11,0	1,2	1,8	11,7	0,9	1,7
<b>Região Sul</b>	<b>11,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,6</b>	<b>11,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,5</b>
Mato Grosso do Sul	9,7	1,9	5,3	9,3	1,1	2,5
Mato Grosso	9,4	1,1	2,0	8,3	1,1	1,9
Goiás	8,6	2,1	3,7	10,6	1,6	2,8
Distrito Federal	7,5	0,2	0,4	6,7	1,0	1,6
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>9,2</b>	<b>1,5</b>	<b>3,2</b>	<b>9,6</b>	<b>1,3</b>	<b>2,4</b>
<b>Brasil</b>	<b>9,8</b>	<b>2,2</b>	<b>4,2</b>	<b>10,1</b>	<b>2,2</b>	<b>4,8</b>

Fonte: SIAB - Sesi/Unep.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.24)

TABELA 3  
Prevalência de diarreia e IRA em menores de dois anos nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006.

Estados	EACS		ESF	
	Prevalência de Diarreia (%)	Prevalência de IRA (%)	Prevalência de Diarreia (%)	Prevalência de IRA (%)
Rondônia	6,5	9,3	5,9	7,6
Acre	11,9	11,5	11,4	13,4
Amazonas	11,7	9,3	8,6	9,5
Roraima			5,8	6,9
Pará	8,5	7,6	7,6	7,8
Amapá	10,3	9,1	11,3	11,9
Tocantins	4,1	4,3	6,3	5,5
<b>Região Norte</b>	<b>9,0</b>	<b>8,0</b>	<b>7,9</b>	<b>8,4</b>
Maranhão	7,2	8,6	8,0	9,8
Piauí	5,8	6,9	6,4	7,4
Ceará	10,1	9,8	8,3	8,1
Rio Grande do Norte	4,7	9,4	6,7	11,0
Paraíba	6,7	9,0	6,0	7,4
Pernambuco	5,2	6,1	5,1	7,0
Alagoas	6,8	8,2	6,9	7,0
Sergipe	3,5	7,4	5,3	10,0
Bahia	5,1	6,0	5,2	6,7
<b>Região Nordeste</b>	<b>5,9</b>	<b>6,9</b>	<b>6,5</b>	<b>8,0</b>
Minas Gerais	4,6	11,8	3,8	4,8
Espírito Santo	4,4	5,5	4,4	5,7
Rio de Janeiro	2,7	3,2	2,5	2,7
São Paulo	2,2	2,8	2,2	3,1
<b>Região Sudeste</b>	<b>3,1</b>	<b>5,1</b>	<b>3,1</b>	<b>3,9</b>
Paraná	3,3	3,5	3,6	2,8
Santa Catarina	2,8	2,4	3,2	2,9
Rio Grande do Sul	3,4	4,1	4,1	4,9
<b>Região Sul</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	<b>3,6</b>	<b>3,3</b>
Mato Grosso do Sul	5,3	9,7	3,9	5,7
Mato Grosso	5,7	5,5	6,2	7,5
Goiás	6,5	5,3	5,9	5,9
Distrito Federal	2,4	3,2	3,3	4,7
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>5,1</b>	<b>6,8</b>	<b>5,5</b>	<b>6,3</b>
<b>Brasil</b>	<b>5,9</b>	<b>6,5</b>	<b>5,3</b>	<b>6,3</b>

Fonte: SIAB - Base Tmpa.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.26)



TABELA 4

Taxa de mortalidade infantil (TMI) global, TMI por diarreia, TMI por IRA e TMI por outras causas em áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006

Estados	EACS				ESF			
	TMI global (/1000 NV)	TMI diarreia (/1000 NV)	TMI IRA (/1000 NV)	TMI outras causas (/1000 NV)	TMI global (/1000 NV)	TMI diarreia (/1000 NV)	TMI IRA (/1000 NV)	TMI outras causas (/1000 NV)
RONDÔNIA	28,4	2,2	6,1	20,1	16,6	1,3	1,0	14,3
ACRE	29,6	4,9	3,9	20,7	25,4	3,9	3,7	17,7
AMAZONAS	26,1	2,2	2,4	21,5	21,9	1,9	1,1	18,8
RORAIMA					27,7	3,4	3,1	21,2
PARÁ	24,6	2,7	2,3	19,6	26,6	2,9	1,7	22,0
AMAPÁ	2,8	1,4		1,4	22,0	5,0	3,6	13,3
TOCANTINS	23,5	2,0	2,0	19,5	21,3	2,1	1,9	17,3
<b>Região Norte</b>	<b>24,5</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>19,5</b>	<b>23,6</b>	<b>2,6</b>	<b>1,9</b>	<b>19,2</b>
MARANHÃO	30,9	4,4	1,8	24,7	31,4	4,2	2,6	24,6
PIAUI	19,5	0,9	3,5	15,0	24,9	2,5	1,8	20,6
CEARÁ	23,3	4,2	2,3	16,8	17,4	1,4	1,0	14,9
RIO GRANDE DO NORTE	31,0	2,6	1,6	26,8	20,8	1,6	1,8	17,4
PARÁIBA	21,9	1,3		20,6	21,9	1,7	2,4	17,7
PERNAMBUCO	25,9	2,5	2,2	21,1	22,5	2,2	2,1	18,3
ALAGOAS	24,9	1,6	2,6	20,7	24,8	2,9	2,0	19,9
SERGIPE	20,5	1,5	3,8	15,2	23,6	2,1	1,8	19,8
BAHIA	30,0	2,6	2,8	24,6	31,2	2,9	2,7	25,7
<b>Região Nordeste</b>	<b>28,0</b>	<b>2,9</b>	<b>2,5</b>	<b>22,7</b>	<b>24,7</b>	<b>2,4</b>	<b>2,1</b>	<b>20,2</b>
MINAS GERAIS	21,1	1,0	1,5	18,6	24,8	2,1	2,0	20,7
ESPIRITO SANTO	25,1	2,2	2,2	20,7	20,9	2,0	1,9	17,0
RIO DE JANEIRO	12,7	0,5	2,3	9,9	16,6	1,0	1,9	13,8
SÃO PAULO	26,9	1,6	1,8	23,6	21,2	0,8	1,7	18,7
<b>Região Sudeste</b>	<b>23,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,9</b>	<b>20,0</b>	<b>22,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>	<b>18,8</b>
PARANÁ	18,6	1,4	1,2	16,0	20,6	1,6	1,1	17,8
SANTA CATARINA	27,0	4,2	1,4	21,3	22,7	1,7	1,8	19,2
RIO GRANDE DO SUL	37,7	15,0	7,6	15,1	17,2	1,2	1,6	14,5
<b>Região Sul</b>	<b>25,2</b>	<b>5,6</b>	<b>2,9</b>	<b>16,7</b>	<b>20,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>17,4</b>
MATO GROSSO DO SUL	20,3	1,2	2,1	17,0	22,2	2,6	1,4	18,2
MATO GROSSO	24,6	1,1	0,8	22,6	23,8	2,4	1,3	20,1
GOIÁS	27,4	1,8	1,3	24,3	26,1	2,4	2,0	21,7
DISTRITO FEDERAL	6,4			6,4	8,1		1,6	6,5
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>21,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>18,7</b>	<b>24,4</b>	<b>2,4</b>	<b>1,7</b>	<b>20,3</b>
<b>BRASIL</b>	<b>25,6</b>	<b>2,8</b>	<b>2,4</b>	<b>20,4</b>	<b>23,4</b>	<b>2,1</b>	<b>1,9</b>	<b>19,4</b>

Fonte: SIAB - Base limpa.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.28)

TABELA 5

Mortalidade infantil proporcional (MIP) por diarreia, IRA e outras causas nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006.

Estados	EACS				ESF			
	MIP (%)	MIP diarreia (%)	MIP IRA (%)	MIP Outras causas (%)	MIP (%)	MIP diarreia (%)	MIP IRA (%)	MIP Outras causas (%)
Rondônia	13,7	7,6	21,5	70,9	11,2	7,6	6,1	86,4
Acre	27,8	16,7	13,3	70,0	15,2	15,6	14,8	69,7
Amazonas	23,5	8,6	9,0	82,4	16,0	8,6	5,2	86,2
Roraima					16,7	12,3	11,1	76,5
Pará	17,7	11,1	9,4	79,5	16,0	10,8	6,4	82,8
Amapá	9,8	50,0		50,0	23,4	22,9	16,5	60,6
Tocantins	10,4	8,6	8,6	82,9	10,1	9,7	9,1	81,3
<b>Região Norte</b>	<b>17,9</b>	<b>10,6</b>	<b>10,1</b>	<b>79,3</b>	<b>14,6</b>	<b>11,1</b>	<b>7,9</b>	<b>81,1</b>
Maranhão	14,3	14,4	5,8	79,9	16,2	13,4	8,2	78,4
Piauí	8,3	4,5	18,2	77,3	9,2	9,9	7,2	82,9
Ceará	8,5	18,2	10,0	71,8	6,1	8,1	6,0	85,9
Rio Grande do Norte	7,6	8,5	5,1	86,4	7,5	7,5	8,9	83,7
Paraíba	5,6	5,9		94,1	6,6	8,0	11,0	81,1
Pernambuco	8,0	9,7	8,5	81,8	7,5	9,6	9,2	81,2
Alagoas	8,4	6,4	10,6	83,0	9,9	11,6	8,1	80,3
Sergipe	6,3	7,4	18,5	74,1	10,1	8,8	7,6	83,6
Bahia	9,0	8,6	9,5	81,9	10,0	9,2	8,6	82,2
<b>Região Nordeste</b>	<b>9,0</b>	<b>10,3</b>	<b>8,8</b>	<b>80,9</b>	<b>9,0</b>	<b>9,9</b>	<b>8,3</b>	<b>81,8</b>
Minas Gerais	5,8	4,9	7,3	87,8	6,3	10,8	10,1	79,2
Espirito Santo	6,3	8,8	8,8	82,4	5,7	9,5	9,3	81,3
Rio de Janeiro	2,6	4,1	17,8	78,1	4,2	5,8	11,2	83,0
São Paulo	6,7	5,8	6,6	87,7	6,4	4,0	7,8	88,2
<b>Região Sudeste</b>	<b>5,7</b>	<b>6,1</b>	<b>8,1</b>	<b>85,8</b>	<b>6,0</b>	<b>7,7</b>	<b>9,3</b>	<b>83,0</b>
Paraná	6,6	7,7	6,2	86,1	5,4	12,2	5,2	82,7
Santa Catarina	7,2	15,4	5,4	79,2	6,1	7,3	7,9	84,7
Rio Grande do Sul	7,1	39,8	20,1	40,1	3,7	6,9	9,1	84,1
<b>Região Sul</b>	<b>6,9</b>	<b>22,1</b>	<b>11,7</b>	<b>66,3</b>	<b>5,1</b>	<b>9,4</b>	<b>6,9</b>	<b>83,7</b>
Mato Grosso do Sul	6,8	6,0	10,3	83,8	6,9	11,5	6,3	82,2
Mato Grosso	9,5	4,5	3,4	92,0	10,4	10,0	5,6	84,4
Goiás	7,2	6,6	4,9	88,5	8,0	9,1	7,6	83,3
Distrito Federal	1,6			100,0	4,2		20,0	80,0
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>6,8</b>	<b>5,5</b>	<b>6,5</b>	<b>88,0</b>	<b>8,3</b>	<b>9,7</b>	<b>6,9</b>	<b>83,4</b>
<b>BRASIL</b>	<b>8,7</b>	<b>11,1</b>	<b>9,3</b>	<b>79,6</b>	<b>7,6</b>	<b>9,4</b>	<b>8,3</b>	<b>82,3</b>

Fonte: SIAB - Base limpa.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.28)

TABELA 6

Proporção de crianças até quatro meses com aleitamento materno exclusivo e crianças menores de dois anos que tiveram diarreia e usaram terapia de hidratação/reidratação oral nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006.

Estados	EACS		ESF	
	Crianças até 4 meses com aleitamento materno exclusivo (%)	Crianças <2 anos que tiveram diarreia e usaram Terapia de hidratação/reidratação oral (%)	Crianças até 4 meses com aleitamento materno exclusivo (%)	Crianças <2 anos que tiveram diarreia e usaram Terapia de hidratação/reidratação oral (%)
Rondônia	77,3	65,8	75,4	58,2
Acre	65,3	75,2	68,9	78,6
Amazonas	75,7	85,7	75,6	83,0
Roraima			74,9	69,2
Pará	75,9	70,4	76,6	75,9
Amapá	74,1	63,5	77,4	66,0
Tocantins	74,4	85,7	74,0	76,8
<b>Região Norte</b>	<b>75,7</b>	<b>74,1</b>	<b>75,4</b>	<b>76,6</b>
Maranhão	67,7	78,7	64,9	79,2
Piauí	71,5	80,0	71,9	84,6
Ceará	67,6	88,7	70,6	90,9
Rio Grande do Norte	74,6	63,3	70,0	64,3
Paraíba	66,2	79,8	65,6	74,7
Pernambuco	64,0	76,1	63,7	80,5
Alagoas	61,1	76,2	63,1	82,3
Sergipe	58,1	80,6	64,3	74,4
Bahia	68,2	76,5	68,6	74,5
<b>Região Nordeste</b>	<b>67,1</b>	<b>78,5</b>	<b>67,1</b>	<b>80,0</b>
Minas Gerais	75,3	63,6	74,4	64,7
Espírito Santo	75,0	67,0	76,0	62,7
Rio de Janeiro	73,3	75,2	76,5	69,1
São Paulo	75,5	58,0	75,7	52,6
<b>Região Sudeste</b>	<b>75,0</b>	<b>64,5</b>	<b>75,3</b>	<b>61,7</b>
Paraná	81,5	54,2	79,5	57,0
Santa Catarina	81,4	51,0	75,8	51,8
Rio Grande do Sul	72,0	63,6	71,9	57,6
<b>Região Sul</b>	<b>78,8</b>	<b>56,4</b>	<b>76,5</b>	<b>55,6</b>
Mato Grosso do Sul	76,6	77,0	77,4	76,5
Mato Grosso	72,8	73,8	77,6	74,2
Goiás	75,5	79,6	78,4	79,1
Distrito Federal	90,9	82,5	87,9	84,3
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>77,1</b>	<b>77,0</b>	<b>78,2</b>	<b>77,2</b>
<b>BRASIL</b>	<b>72,7</b>	<b>73,9</b>	<b>71,8</b>	<b>74,5</b>

Fonte: SIAB - Base limpa.  
\*Dados inferidos.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.36)

TABELA 7

Proporção de nascidos vivos pesados ao nascer, de crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses pesadas nas áreas cobertas pelas ACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006.

Estados	EACS			ESF		
	RN pesados ao nascer (%)	Crianças <1 ano pesadas (%)	Crianças de 12 a 23 meses pesadas (%)	RN pesados ao nascer (%)	Crianças <1 ano pesadas (%)	Crianças de 12 a 23 meses pesadas (%)
Rondônia	97,3	74,4	71,2	96,0	77,5	74,3
Acre	92,9	94,8	93,7	96,8	90,2	87,9
Amazonas	91,5	78,5	76,2	96,8	80,5	79,1
Roraima				97,8	82,7	79,5
Pará	92,2	74,7	73,1	96,9	81,0	78,7
Amapá	97,3	82,6	80,2	96,5	77,6	74,8
Tocantins	98,4	87,6	86,8	98,5	91,1	89,8
<b>Região Norte</b>	<b>92,6</b>	<b>76,3</b>	<b>74,5</b>	<b>97,1</b>	<b>82,9</b>	<b>80,8</b>
Maranhão	95,9	84,1	82,5	95,4	87,1	85,3
Piauí	97,1	76,7	73,7	98,4	91,2	88,7
Ceará	99,1	92,0	90,4	99,4	93,9	92,1
Rio Grande do Norte	96,6	70,6	63,8	98,8	84,8	81,1
Paraíba	99,2	85,3	82,9	99,0	91,6	89,6
Pernambuco	98,1	84,3	78,6	98,9	89,3	84,3
Alagoas	97,9	62,5	57,9	98,5	85,0	82,4
Sergipe	99,3	95,2	94,2	98,9	93,4	92,1
Bahia	96,2	83,2	81,2	97,3	84,4	81,8
<b>Região Nordeste</b>	<b>97,0</b>	<b>83,7</b>	<b>80,8</b>	<b>98,1</b>	<b>88,8</b>	<b>86,0</b>
Minas Gerais	98,8	80,9	72,6	98,7	85,3	81,3
Espírito Santo	98,2	89,8	87,5	98,5	86,3	83,0
Rio de Janeiro	98,4	87,1	83,7	98,6	92,3	89,9
São Paulo	98,5	90,0	84,8	98,5	90,1	86,5
<b>Região Sudeste</b>	<b>98,5</b>	<b>87,8</b>	<b>82,8</b>	<b>98,6</b>	<b>88,2</b>	<b>84,6</b>
Paraná	98,5	85,5	79,9	98,4	89,1	85,8
Santa Catarina	99,2	89,6	84,6	98,9	88,6	83,0
Rio Grande do Sul	98,6	84,0	80,2	98,8	88,3	82,9
<b>Região Sul</b>	<b>98,6</b>	<b>85,8</b>	<b>81,0</b>	<b>98,7</b>	<b>88,7</b>	<b>84,2</b>
Mato Grosso do Sul	98,3	86,1	81,2	98,6	86,0	83,4
Mato Grosso	98,3	83,6	80,6	98,8	86,7	82,9
Goiás	97,6	78,6	74,9	98,2	85,6	82,5
Distrito Federal	99,8	73,6	84,2	99,5	74,6	81,5
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>98,3</b>	<b>82,2</b>	<b>80,6</b>	<b>98,5</b>	<b>85,7</b>	<b>82,8</b>
<b>BRASIL</b>	<b>96,5</b>	<b>82,6</b>	<b>79,4</b>	<b>98,3</b>	<b>87,9</b>	<b>84,7</b>

Fonte: SIAB - Base limpa.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.38)

TABELA 8

Proporção de crianças menores de 1 ano e de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006.

Estados	EACS		ESF	
	Crianças < 1 ano com esquema vacinal básico em dia (%)	Crianças de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia (%)	Crianças < 1 ano com esquema vacinal básico em dia (%)	Crianças de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia (%)
Rondônia	95,7	94,8	95,3	95,7
Acre	76,1	74,8	90,8	89,1
Amazonas	88,9	89,5	92,1	92,1
Roraima			95,0	94,6
Pará	83,5	84,2	89,4	89,6
Amapá	90,8	90,5	88,9	88,9
Tocantins	96,3	95,8	95,4	95,3
<b>Região Norte</b>	<b>85,6</b>	<b>86,1</b>	<b>91,7</b>	<b>91,6</b>
Maranhão	84,0	84,3	83,6	84,9
Piauí	90,2	91,7	93,1	94,0
Ceará	94,5	95,2	97,2	97,4
Rio Grande do Norte	90,5	89,6	92,2	92,1
Paraíba	87,6	88,5	93,9	94,4
Pernambuco	94,9	94,7	96,3	96,1
Alagoas	90,7	91,1	92,1	93,1
Sergipe	94,1	93,5	95,0	95,0
Bahia	91,1	92,2	90,8	91,9
<b>Região Nordeste</b>	<b>91,3</b>	<b>91,9</b>	<b>92,4</b>	<b>93,0</b>
Minas Gerais	97,9	97,6	97,4	97,4
Espírito Santo	97,2	97,1	97,3	97,0
Rio de Janeiro	97,0	96,4	97,2	97,0
São Paulo	96,9	96,0	97,1	96,8
<b>Região Sudeste</b>	<b>97,2</b>	<b>96,6</b>	<b>97,3</b>	<b>97,1</b>
Paraná	93,5	92,9	96,3	96,0
Santa Catarina	97,5	97,1	97,6	97,2
Rio Grande do Sul	96,2	96,1	96,3	96,1
<b>Região Sul</b>	<b>95,0</b>	<b>94,7</b>	<b>96,7</b>	<b>96,4</b>
Mato Grosso do Sul	94,8	94,5	97,8	97,4
Mato Grosso	96,2	95,8	97,0	97,1
Goiás	96,5	95,7	97,1	96,7
Distrito Federal	83,7	97,2	83,5	94,9
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>93,7</b>	<b>95,5</b>	<b>96,9</b>	<b>96,9</b>
<b>BRASIL</b>	<b>91,3</b>	<b>91,6</b>	<b>94,5</b>	<b>94,6</b>

Fonte: SIAB - Base limpa.

\*Crianças com vacinas em dia são aquelas que receberam as doses das vacinas previstas para sua idade, segundo o esquema básico de vacinação.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.40)

TABELA 9

Proporção de gestantes com consultas pré-natal no mês, com início do pré-natal no 1º trimestre e com vacina em dia nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e Região, Brasil, 2006.

Estados	ACS			SF		
	Gestante com consulta de pré-natal no mês (%)	Gestante com pré-natal no 1º trimestre (%)	Gestante com vacina em dia (%)	Gestante com consulta de pré-natal no mês (%)	Gestante com pré-natal no 1º trimestre (%)	Gestante com vacina em dia (%)
Rondônia	89,1	69,1	95,0	90,9	74,9	94,7
Acre	60,2	42,1	69,1	84,3	57,1	91,4
Amazonas	67,8	44,1	81,0	84,2	57,4	90,5
Roraima				90,1	63,9	95,0
Pará	73,3	51,8	84,8	83,8	63,0	91,9
Amapá	70,2	56,8	84,6	76,8	55,6	87,0
Tocantins	89,7	80,1	95,0	89,5	76,7	95,9
<b>Região Norte</b>	<b>73,2</b>	<b>51,9</b>	<b>84,6</b>	<b>85,3</b>	<b>64,1</b>	<b>92,3</b>
Maranhão	72,0	58,6	87,1	77,1	61,9	89,1
Piauí	85,9	66,4	95,3	88,9	72,4	96,0
Ceará	91,2	73,8	96,4	95,7	79,7	98,6
Rio Grande do Norte	90,0	78,2	92,8	92,1	78,4	94,7
Paraíba	89,3	77,9	92,5	92,9	79,0	95,3
Pernambuco	87,1	66,8	92,9	91,0	71,6	96,1
Alagoas	83,5	67,0	90,9	88,4	66,9	95,1
Sergipe	85,3	73,2	93,0	90,9	78,5	96,2
Bahia	80,7	59,0	87,9	86,5	64,8	90,2
<b>Região Nordeste</b>	<b>82,7</b>	<b>63,4</b>	<b>90,2</b>	<b>88,8</b>	<b>71,5</b>	<b>94,2</b>
Minas Gerais	92,6	80,8	95,0	94,6	83,8	96,5
Espírito Santo	93,3	82,2	93,3	94,7	83,6	95,4
Rio de Janeiro	93,4	79,4	92,3	94,6	82,3	94,1
São Paulo	95,0	85,5	93,7	95,6	86,4	94,7
<b>Região Sudeste</b>	<b>94,0</b>	<b>83,1</b>	<b>93,6</b>	<b>95,0</b>	<b>84,7</b>	<b>95,4</b>
Paraná	95,0	81,0	94,4	96,3	84,8	96,9
Santa Catarina	95,6	86,4	94,2	95,6	87,2	94,7
Rio Grande do Sul	94,1	82,9	91,8	95,7	85,8	94,8
<b>Região Sul</b>	<b>94,9</b>	<b>82,5</b>	<b>93,7</b>	<b>95,9</b>	<b>85,8</b>	<b>95,7</b>
Mato Grosso do Sul	91,9	80,6	93,6	95,6	84,2	96,9
Mato Grosso	91,4	77,7	94,2	95,8	85,2	97,3
Goiás	91,9	77,7	94,8	94,2	84,4	97,0
Distrito Federal	94,3	86,7	98,6	94,2	84,5	97,6
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>92,2</b>	<b>80,3</b>	<b>94,8</b>	<b>95,0</b>	<b>84,6</b>	<b>97,1</b>
<b>BRASIL</b>	<b>84,4</b>	<b>67,4</b>	<b>90,1</b>	<b>91,5</b>	<b>77,1</b>	<b>94,8</b>

Fonte: SIAPE - Base limpa.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.42)

TABELA 10

Proporção de portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase acompanhados nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006.

Estados	EACS				ESF			
	Portadores de hipertensão arterial acompanhados (%)	Portadores de diabetes mellitus acompanhados (%)	Portadores de hanseníase acompanhados (%)	Portadores de tuberculose acompanhados (%)	Portadores de hipertensão arterial acompanhados (%)	Portadores de diabetes mellitus acompanhados (%)	Portadores de hanseníase acompanhados (%)	Portadores de tuberculose acompanhados (%)
Rondônia	94,3	95,9	93,4	93,6	92,3	94,3	91,1	90,3
Acre	98,6	99,2	99,6	73,9	97,7	97,8	96,8	81,1
Amazonas	99,5	99,7	99,1	96,9	97,3	97,8	97,8	97,9
Roraima					91,7	92,7	94,0	89,8
Pará	94,2	95,2	97,3	91,7	88,4	93,9	94,9	88,1
Amapá	93,5	94,9	98,1	97,8	96,3	96,0	96,2	94,2
Tocantins	93,2	92,8	96,5	94,0	95,0	95,2	98,1	95,1
<b>Região Norte</b>	<b>95,1</b>	<b>95,9</b>	<b>97,2</b>	<b>92,7</b>	<b>93,5</b>	<b>95,4</b>	<b>95,7</b>	<b>91,2</b>
Maranhão	97,6	99,0	98,5	94,3	97,8	98,3	97,9	92,8
Piauí	90,2	92,6	97,1	91,5	94,3	95,8	97,6	94,5
Ceará	94,7	95,0	97,4	94,6	94,9	96,0	97,8	96,3
Rio Grande do Norte	90,7	93,2	89,3	61,9	94,7	92,2	94,9	94,1
Paraíba	83,4	90,8	94,9	64,1	93,9	95,5	96,7	90,0
Pernambuco	89,6	90,5	96,3	94,2	91,0	75,7	96,0	94,3
Alagoas	94,7	95,8	94,2	96,5	96,4	97,9	98,2	96,2
Sergipe	94,4	95,1	99,6	98,3	95,6	95,8	96,0	96,4
Bahia	93,4	94,3	95,5	94,5	92,7	95,0	94,5	94,9
<b>Região Nordeste</b>	<b>92,5</b>	<b>93,6</b>	<b>96,4</b>	<b>92,4</b>	<b>93,8</b>	<b>91,2</b>	<b>96,8</b>	<b>94,4</b>
Minas Gerais	89,0	89,7	87,5	83,5	89,7	85,6	93,8	92,5
Espírito Santo	90,2	90,9	92,9	87,4	90,7	91,3	95,9	94,5
Rio de Janeiro	91,1	91,1	92,3	93,5	93,7	94,2	92,9	92,7
São Paulo	80,9	85,3	94,1	92,6	87,5	84,1	93,3	93,4
<b>Região Sudeste</b>	<b>85,7</b>	<b>87,7</b>	<b>92,3</b>	<b>91,0</b>	<b>89,6</b>	<b>86,4</b>	<b>93,7</b>	<b>93,0</b>
Paraná	83,6	85,4	92,5	92,1	86,8	88,7	93,9	88,8
Santa Catarina	90,3	89,3	96,0	95,9	92,5	93,3	87,2	90,6
Rio Grande do Sul	80,7	84,2	89,2	90,2	85,5	86,2	92,5	89,2
<b>Região Sul</b>	<b>84,1</b>	<b>86,0</b>	<b>92,4</b>	<b>92,3</b>	<b>88,1</b>	<b>89,5</b>	<b>92,9</b>	<b>89,4</b>
Mato Grosso do Sul	85,5	84,9	95,2	91,6	95,6	96,6	98,9	95,6
Mato Grosso	91,4	93,4	97,0	88,1	96,1	96,4	97,3	93,6
Goiás	91,7	92,9	96,4	94,3	93,5	95,2	95,2	84,1
Distrito Federal	83,9	84,5	71,9	56,9	83,3	84,5	73,9	44,4
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>87,2</b>	<b>87,5</b>	<b>94,9</b>	<b>87,3</b>	<b>94,3</b>	<b>95,6</b>	<b>96,4</b>	<b>90,3</b>
<b>BRASIL</b>	<b>88,6</b>	<b>90,2</b>	<b>95,7</b>	<b>91,8</b>	<b>91,2</b>	<b>89,4</b>	<b>95,7</b>	<b>92,9</b>

Fonte: SIAB - Base limpa.

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.44)

TABELA 11

Proporção de hospitalizações por pneumonia e desidratação em menores de cinco anos, por complicações de diabetes mellitus, abuso de álcool e outras causas nas áreas cobertas pelas EACS/ESF, por Estado e região, Brasil, 2006.

Estados	EACS					ESF				
	Hospitalizações de menores de 5 anos por pneumonia (%)	Hospitalizações de menores de 5 anos por desidratação (%)	Hospitalizações por complicações de diabetes mellitus (%)	Hospitalizações por abuso de álcool (%)	Hospitalizações por outras causas (%)	Hospitalizações de menores de 5 anos por pneumonia (%)	Hospitalizações de menores de 5 anos por desidratação (%)	Hospitalizações por complicações de diabetes mellitus (%)	Hospitalizações por abuso de álcool (%)	Hospitalizações por outras causas (%)
Rondônia	6,0	7,1	3,6	1,1	82,3	4,0	4,9	3,0	0,4	87,7
Acre	14,5	8,7	2,6	1,7	72,4	9,6	6,0	3,6	1,0	79,8
Amazonas	4,4	4,8	3,0	1,2	86,6	4,5	2,9	2,9	0,8	89,0
Roraima						7,2	2,4	6,4	0,8	83,2
Pará	7,7	7,2	3,9	1,3	80,0	6,8	5,4	3,9	0,7	83,2
Amapá	6,4	4,2	3,1	0,7	85,6	6,8	6,1	2,3	0,5	84,3
Tocantins	4,0	3,2	3,2	0,3	89,3	3,9	4,0	2,2	0,7	89,2
<b>Região Norte</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>	<b>3,6</b>	<b>1,2</b>	<b>82,0</b>	<b>5,4</b>	<b>4,4</b>	<b>3,0</b>	<b>0,7</b>	<b>86,4</b>
Maranhão	6,4	5,4	3,6	1,2	83,5	3,9	4,8	2,5	0,7	88,1
Piauí	3,3	3,6	1,9	0,9	90,3	2,9	3,5	2,2	0,8	90,6
Ceará	6,9	4,8	2,9	1,0	84,5	4,0	3,5	2,2	0,9	89,5
Rio Grande do Norte	2,4	2,2	3,5	1,3	90,5	3,4	2,6	2,8	1,0	90,3
Paraíba	4,2	2,5	4,0	0,7	88,6	3,2	2,8	2,6	0,8	90,6
Pernambuco	4,0	2,9	5,2	1,5	86,5	3,9	2,4	4,5	1,3	87,8
Alagoas	2,2	2,6	3,5	0,7	91,0	3,9	3,2	3,1	0,7	89,1
Sergipe	4,0	4,0	4,7	2,9	84,4	4,4	2,0	4,1	1,2	88,3
Bahia	2,5	2,9	3,3	1,0	90,2	2,7	2,5	3,0	0,9	90,9
<b>Região Nordeste</b>	<b>3,6</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>1,1</b>	<b>88,3</b>	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>	<b>2,9</b>	<b>0,9</b>	<b>89,6</b>
Minas Gerais	4,3	1,9	4,0	2,0	87,9	4,4	1,8	4,0	3,0	86,8
Espirito Santo	3,1	1,6	3,4	0,9	91,0	3,4	1,3	2,9	1,0	91,3
Rio de Janeiro	3,8	1,4	5,6	2,6	86,6	3,4	1,1	4,9	1,7	88,9
São Paulo	3,5	1,2	5,4	2,2	87,7	4,1	0,9	3,7	1,6	89,6
<b>Região Sudeste</b>	<b>3,6</b>	<b>1,4</b>	<b>4,7</b>	<b>1,9</b>	<b>88,4</b>	<b>4,1</b>	<b>1,4</b>	<b>3,9</b>	<b>2,2</b>	<b>88,3</b>
Paraná	5,7	2,2	5,1	2,0	84,9	3,3	1,4	3,3	1,5	90,5
Santa Catarina	3,7	1,1	5,0	1,8	88,4	2,6	1,0	3,0	1,2	92,1
Rio Grande do Sul	3,6	1,6	3,9	1,4	89,5	3,3	1,2	3,1	1,3	91,1
<b>Região Sul</b>	<b>4,4</b>	<b>1,7</b>	<b>4,5</b>	<b>1,7</b>	<b>87,7</b>	<b>3,1</b>	<b>1,2</b>	<b>3,1</b>	<b>1,4</b>	<b>91,2</b>
Mato Grosso do Sul	5,6	2,3	3,1	1,5	87,5	3,9	1,3	2,8	0,7	91,4
Mato Grosso	3,7	2,1	2,5	0,7	91,0	3,1	1,7	2,4	0,8	92,0
Goiás	3,2	4,8	4,9	2,2	84,9	3,6	3,4	3,9	1,7	87,4
Distrito Federal	1,9	0,6	5,1	0,9	91,6	4,6	1,1	2,0	0,6	91,7
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>4,2</b>	<b>2,7</b>	<b>3,6</b>	<b>1,4</b>	<b>88,1</b>	<b>3,5</b>	<b>2,6</b>	<b>3,3</b>	<b>1,2</b>	<b>89,4</b>
<b>BRASIL</b>	<b>4,2</b>	<b>3,0</b>	<b>4,0</b>	<b>1,4</b>	<b>87,4</b>	<b>3,7</b>	<b>2,2</b>	<b>3,3</b>	<b>1,4</b>	<b>89,4</b>

Fonte: SIAB - Base Impa.  
\*Dados referidos

Fonte: Indicadores de 2006 – SIAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p.46)