

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA  
GESTÃO DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

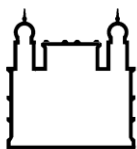
## **Atenção básica: do Processo de Trabalho ao Sistema de Informação**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do grau de Mestre.*

**Aluna: Else Bartholdy Gribel**

**Orientador: Prof. Dr. Miguel Murat Vasconcellos**

Rio de Janeiro, maio de 2005.



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Esta dissertação, intitulada

Atenção básica: do Processo de Trabalho ao Sistema de Informação

apresentada por

**Else Bartholdy Gribel**

Avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

---

Prof. Dr. Martius Vicente Rodriguez y Rodriguez

---

Prof<sup>a</sup> Dra Maria Helena Magalhães de Mendonça

---

Prof. Dr. Miguel Murat Vasconcellos - orientador

## AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz pelo incentivo e investimento nos servidores, apostando na capacitação como questão fundamental para o desenvolvimento pessoal e institucional. Este mestrado é fruto deste investimento da Fiocruz e da garra da coordenação que acreditou na turma.

Ao Professor Miguel Murat Vasconcellos, orientador deste trabalho. Orientar é dar o “norte”.

Em especial à Professora Ilara, cuja presença na minha vida profissional tem sido marcante pelas oportunidades e pelos ensinamentos.

À Professora Sandra Mariano, pelo apoio e pelos ensinamentos durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho, em particular no estudo dirigido.

A meu pai e minha mãe, pelos ensinamentos de vida e pela habilidade em impulsionar os filhos na formação pessoal e profissional, mostrando a importância da ética, da responsabilidade, da humildade e da generosidade humana.

Aos amigos que contribuíram no desenvolvimento deste trabalho com suas leituras, fundamental para a conclusão das diversas versões que esta dissertação percorreu – Sandrinha, Simone Peres e Elizabeth Romeiro.

Aos Professores do mestrado, que com tanta sabedoria buscaram nos ensinar todo o caminho por eles trilhados ao longo de suas vidas profissionais. Alguns tiveram papel definitivo para a realização deste trabalho, onde ressalto o Prof<sup>o</sup> Miguel Murat Vasconcellos, meu orientador, a Prof<sup>a</sup> Paula Xavier, que contribuiu para a definição do *foco do trabalho*, e a Prof<sup>a</sup> Inesita Araújo, que conseguiu me fazer “viajar” na subjetividade do mundo da comunicação, que conheço tão pouco.

Aos colegas de mestrado, cuja convivência neste período foi tão prazerosa e tão importante.

Ao Jéferson, apoio administrativo do mestrado, pessoa-chave para o bom funcionamento deste curso.

Aos profissionais do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, em especial aos que compõem as equipes de saúde da família pela disponibilidade e por consentirem a realização das entrevistas deste estudo.

Às amigas da “sala J”, Cristina, Beth, Celina, Maristela e Margareth pelo apoio dado, compreendendo as inúmeras ausências no dia a dia do trabalho.

Aos amigos do Serviço de Documentação e Informação em Saúde pela garra com que realizam a árdua tarefa de trabalhar com as informações.

Ao Professor Martius Rodriguez y Rodriguez e Professora Maria Helena Magalhães de Mendonça por aceitarem, com tanta presteza, participarem da banca de avaliação.

*“A ética moral é um preceito que somos capazes de seguir. Precisamos de certas qualidades, como senso moral, piedade e humildade. Devido 'a própria fragilidade humana, só adquirimos tais qualidades com um trabalho de desenvolvimento individual em um ambiente social favorável, o que é indispensável para que este nosso mundo seja mais generoso”.*

*(Dalai Lama - O caminho da tranquilidade)*

## **Resumo**

Este trabalho aborda os processos de trabalho e os sistemas de informações de uma unidade básica de saúde com o Programa Saúde da Família “inquilino”. Buscou-se identificar os registros e, como refletem os processos de trabalho nos sistemas de informações utilizados. Realizou-se um *estudo de caso* no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, unidade de saúde responsável pelo atendimento básico dos moradores do complexo de Manguinhos, no município do Rio de Janeiro/RJ, com uma população de aproximadamente 45.000 habitantes. Tomando como base a revisão da literatura e o levantamento dos processos de trabalho em saúde analisados, foi proposto um redesenho de processo, que pretende contribuir para o preenchimento das lacunas de informação identificadas.

**Palavras chaves:** Tecnologia de Informação, Gestão em Saúde, Sistema de Informação em Saúde, Processo de Trabalho em Saúde, Programa Saúde da Família.

## **Abstract**

This study approaches the work processes and the systems of information of a basic Health Unit with the (Family Health Program) Programa Saúde da Família “tenant”. We endeavoured to identify the registrations and, how they reflect the work processes in the systems of information used. A *case study* took place in the Health Center Germano Sinval Faria/National School of public Health / Oswaldo Cruz Foundation, this Health Unit is responsible for basic medical assistance for the residents of the compound of Manguinhos, in the municipal district of Rio de Janeiro/RJ, with a population of approximately 45.000 inhabitants. Taking as base the revision of the literature and the results of the analysis of health processes, it was proposed a redesign of the process, that it intends to contribute for the completion of the identified gaps of information.

**Key words:** Technology of Information, Administration in Health, System of Information in Health, Process of Work in Health, Program Health of the Family.

## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Capítulo I - Apresentação</b>   | <b>15</b> |
| <b>1.1. Introdução</b>  | <b>15</b> |
| <b>1.2. Justificativa</b>   | <b>20</b> |
| <b>1.3. Objetivos</b>   | <b>21</b> |
| 1.3.1. Objetivo geral   | 21        |
| 1.3.2. Objetivos específicos  | 21        |
| <b>1.4. Estrutura do trabalho</b>   | <b>22</b> |
| <b>2. Capítulo II - Atenção primária em saúde</b>                                 | <b>24</b> |
| <b>2.1. Atenção primária em saúde e a organização do sistema de saúde</b>         | <b>24</b> |
| <b>2.2. O Programa Saúde da Família</b>   | <b>27</b> |
| 2.2.1. PSF: a realidade do município do Rio de Janeiro                            | 31        |
| <b>3. Capítulo III - Sistema de informações</b>                                   | <b>34</b> |
| <b>3.1. Características e tipos de sistemas de informação</b>                     | <b>34</b> |
| 3.1.1. Evolução dos sistemas de informação  | 36        |
| 3.1.2. Uso estratégico de sistemas de informação                                  | 38        |
| 3.1.3. Fornecimento de sistemas de informação: características e riscos           | 40        |
| <b>3.2. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde</b>                | <b>42</b> |
| <b>3.3. Sistemas de informações em saúde</b>                                      | <b>47</b> |
| 3.3.1. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB                             | 52        |
| 3.3.2. Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica - SIGAB            | 54        |
| 3.3.3. Cartão Nacional de Saúde - CNS   | 56        |
| <b>3.4. O uso das informações em saúde</b>  | <b>58</b> |
| <b>Capítulo IV - Processo de trabalho</b>   | <b>60</b> |
| <b>4.1. A organização do trabalho e do processo de trabalho</b>                   | <b>60</b> |
| <b>4.2. Organização do trabalho orientado por processo</b>                        | <b>62</b> |
| <b>4.3. Elementos da organização por processo</b>                                 | <b>63</b> |
| <b>4.4. Processo de trabalho em saúde</b>   | <b>64</b> |
| <b>4.5. Redesenho de processo</b>   | <b>68</b> |
| <b>5. Capítulo V - Materiais e métodos</b>  | <b>71</b> |
| <b>5.1. Experimentação com vistas a intervenção</b>                               | <b>71</b> |
| <b>5.2. O universo do estudo de caso</b>  | <b>72</b> |
| <b>5.3. Coleta de dados</b>   | <b>73</b> |
| <b>5.4. Análise dos dados</b>   | <b>73</b> |
| <b>6. Capítulo VI - O estudo de caso</b>  | <b>75</b> |
| <b>6.1. Descrição do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz</b> | <b>75</b> |
| <b>6.2. O Programa Saúde da Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz</b>                    | <b>76</b> |
| <b>6.3. Os sistemas de informações em saúde do CSEGSF/ENSP/Fiocruz</b>            | <b>78</b> |
| <b>6.4. Análise do estudo de caso</b>   | <b>79</b> |
| 6.4.1. Perfil dos entrevistados   | 79        |



|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 6.4.2.     | Processos de trabalho no CSEGSF                                     | 81         |
| 6.4.3.     | Registro das informações dos processos de trabalho                  | 87         |
| 6.4.4.     | Para quem servem as informações registradas                         | 89         |
| 6.4.5.     | Espaço de realização dos processos de trabalho                      | 90         |
| 6.4.6.     | Tipos de processos segundo Davenport                                | 92         |
| <b>7.</b>  | <b>Capítulo VII – Discussões</b>                                    | <b>93</b>  |
| <b>8.</b>  | <b>Referência bibliográfica</b>                                     | <b>99</b>  |
| <b>9.</b>  | <b>Bibliografia consultada</b>                                      | <b>107</b> |
| <b>10.</b> | <b>Anexos</b>   | <b>109</b> |
| 10.1.      | Anexo 1 - Resolução CFM nº1.331/89                                  | 109        |
| 10.2.      | Anexo 2 - Questionário  | 110        |
| 10.3.      | Anexo 3 - Tabelas do estudo de caso                                 | 112        |
| 10.3.1.    | Perfil profissional dos entrevistados                               | 112        |
| 10.3.2.    | Registro das informações  | 113        |
| 10.3.3.    | Uso das informações   | 114        |
| 10.3.4.    | Níveis de execução e espaço de realização dos processos de trabalho | 115        |

## Lista de figuras

|   | Pág |
|---|-----|
| Figura 1 – Exemplo de sistemas de informação nas organizações _____                                     | 34  |
| Figura 2 – Informação e nível decisório _____   | 35  |
| Figura 3 – Cronologia do desenvolvimento de sistemas de informação _____                                | 37  |
| Figura 4 – Processamento do Sistema de Informação de Mortalidade _____                                  | 38  |
| Figura 5 – Modelo de Registro Eletrônico em saúde _____   | 47  |
| Figura 6 – Modelo de Bittar _____   | 66  |
| Figura 7 – Relacionamento entre tecnologia da informação e BRP _____                                    | 68  |
| Figura 8 – Framework conceitual que relaciona a TI e a sua capacidade de<br>transformação _____         | 69  |
| Figura 9 – Organograma do CSEGSF/ENSP/Fiocruz _____   | 75  |
| Figura 10 – Modelo lógico do Programa Saúde da Família no<br>CSEGSF/ENSP/Fiocruz _____                  | 77  |
| Figura 11 – Processos realizados na comunidade _____  | 83  |
| Figura 12 – Processos realizados na unidade de saúde e registrados nos sistemas<br>de informações _____ | 83  |
| Figura 13 – Ambiente de informações para apoio à decisão em saúde _____                                 | 97  |

## Lista de tabelas

|  | Pág |
|--|-----|
| Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados por categoria profissional _____                                     | 80  |
| Tabela 2 – Distribuição dos entrevistados por sexo _____   | 80  |
| Tabela 3 – Distribuição dos entrevistados por setor de trabalho _____  | 80  |
| Tabela 4 – Distribuição dos entrevistados por tempo na função _____  | 81  |
| Tabela 5 – Distribuição dos processos de trabalho do Programa Saúde da<br>Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz _____ | 84  |

## Lista de gráficos

|   | Pág |
|---|-----|
| Gráfico 1 – Macro-processo gerencial por categoria profissional _____   | 85  |
| Gráfico 2 – Macro-processo assistencial por categoria profissional _____  | 86  |
| Gráfico 3 – Macro-processos gerencial e assistencial por categoria profissional ____  | 86  |
| Gráfico 4 – Distribuição das mídias utilizadas para registro dos processos de<br>Trabalho do Programa Saúde da Família – CSEGSF/ENSP/Fiocruz ____ | 88  |
| Gráfico 5 – Distribuição dos sistemas de informações utilizados para registro dos<br>Processos de trabalho no CSEGSF/ENSP/Fiocruz _____           | 89  |
| Gráfico 6 – Distribuição de para quem servem as informações registradas dos<br>Processos de trabalho do Programa Saúde da Família do CSEGSF ____  | 90  |
| Gráfico 7 – Distribuição dos espaços de realização dos processos de trabalho<br>do Programa Saúde da Família no CSEGSF _____                      | 91  |
| Gráfico 8 – Distribuição dos espaços de realização dos macro-processos assistenciais<br>Do Programa Saúde da Família no CSEGSF _____              | 92  |

## Lista de siglas

|          |  |
|----------|--|
| BIRD     | Banco Mundial  |
| BPA      | Boletim de Produção Ambulatorial                         |
| BPR      | Business Process Reengineering                           |
| CADSUS   | Sistema de Cadastro de Usuários e Domicílios             |
| CFM      | Conselho Federal de Medicina                             |
| CID 10   | Classificação e Codificação Internacional de Doenças     |
| CLT      | Consolidação Geral das Leis Trabalhistas                 |
| CMS      | Centro Municipal de Saúde                                |
| CNES     | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde            |
| CNS      | Cartão Nacional de Saúde                                 |
| CSEGSF   | Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz |
| DATAPREV | Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social  |
| DATASUS  | Departamento de Informação e Informática do SUS          |
| DO       | Declaração de Óbito                                      |
| ESF      | Equipe Saúde da Família                                  |
| GIL      | Gerenciador de Informações Local                         |
| IDH      | Índice de Desenvolvimento Humano                         |
| NOAS     | Norma Operacional de Assistência à Saúde                 |
| NOB      | Norma Operacional Básica                                 |
| ONG      | Organização não governamental                            |
| OSCIP    | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público      |
| PACS     | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                |
| PROESF   | Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família   |
| PSF      | Programa Saúde da Família                                |
| RES      | Registro Eletrônico em Saúde                             |
| SAD      | Sistema de Apoio à Decisão                               |
| SADT     | Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia                    |
| SAE      | Sistema de Apoio Executivo                               |
| SE       | Sistemas Especialistas                                   |
| SEDIS    | Serviço de Documentação e Informação em Saúde            |
| SGA      | Sistema de Gerenciamento de Almoxarifado                 |
| SGSB     | Sistema de Gestão de Saúde Básica                        |
| SIA      | Sistema de Informações Ambulatorial                      |

|        |   |
|--------|---|
| SIAB   | Sistema de Informação da Atenção Básica                 |
| SICLOM | Sistema de Controle Logístico de Medicamentos           |
| SIG    | Sistema de Informação Gerencial                         |
| SIGAB  | Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica |
| SIH    | Sistema de Informações Hospitalares                     |
| SIM    | Sistema de Informação de Mortalidade                    |
| SINAN  | Sistema de Informações de Agravos de Notificação        |
| SINASC | Sistema de Informações de Nascidos Vivos                |
| SIS    | Sistema de Informação em Saúde                          |
| SMS/RJ | Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro         |
| SPT    | Sistema de Processamento de Transações                  |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                  |
| TI     | Tecnologia da Informação                                |

## 1. Capítulo I - Apresentação

### 1.1. Introdução

Na sociedade contemporânea nos deparamos com uma diversidade de realidades que resultam em desigualdade social entre os povos. Estudos específicos são necessários para identificar as relações e as causas destas desigualdades; porém, existem algumas questões que sabemos contribuir fortemente para esta iniquidade: fatores culturais que orientam o comportamento e as atitudes dos povos; o poder político e econômico que se encontram nas nações; as políticas públicas que orientam o funcionamento da sociedade e o crescimento exponencial da população mundial; aumentando o grau de complexidade desses fatores; entre outros. A população mundial em 1750 era de aproximadamente 800 milhões de pessoas e passou para 5 bilhões de pessoas em 1993 <sup>1</sup>.

Starfield <sup>2</sup> demonstra que a Organização Mundial de Saúde, reconhecendo as crescentes desigualdades sociais e de saúde em quase todos os países, adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde:

*“Conhecida como a Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser: a) dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; b) direcionados para a proteção e promoção da saúde; c) centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; d) focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; e) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e, f) direcionados para a atenção primária”.*

A reestruturação do setor saúde no Brasil, promovida a partir da Constituição Federal de 1988, tem como um dos seus pilares a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios básicos de: universalidade, integralidade e equidade, com ênfase na participação popular e na estruturação da rede de serviços de saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada. O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei Orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e, posteriormente, através das Normas Operacionais Básicas

(NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), portarias e atos normativos.

O princípio da descentralização reforça a gestão local dos municípios e a sua responsabilidade pela atenção básica à saúde. A municipalização tem resultado em expressiva ampliação da assistência básica de saúde administrada pelas secretarias municipais. Tal fato requer, por parte dos gestores municipais, a capacidade de gerenciamento local, componente essencial para que os municípios respondam às necessidades de saúde da população, de forma competente e ágil, atendendo ao que é preconizado pelo SUS. Assim, considerando que a atenção básica concentra o maior número de atendimentos à população e há obrigatoriedade dos registros de tais atendimentos, uma grande quantidade de dados precisa ser registrada de cada cidadão-paciente, ao longo do acompanhamento de suas vidas.

Autores como Giovanella et al.<sup>3</sup> consideram que apesar da descentralização ter se efetivado, ainda não foi constituído um sistema integrado de saúde hierarquizado que facilite o acesso e permita a continuidade do cuidado aos indivíduos garantindo a atenção integral. Avanços precisam ser alcançados no sentido das pactuações intra e intergovernamentais na estruturação da rede de referência e contra-referência, orientando o fluxo da assistência em saúde nos diversos níveis hierárquicos.

Um dos desafios a ser enfrentado pelos gestores e gerentes da saúde é a produção da informação no nível local, referente aos dados relacionados aos processos de trabalho, muitas vezes fragmentados, redundantes, pouco utilizados e não articulados, como identificado por Moraes<sup>4</sup> em 1994 e ainda não superado, como sugere Vasconcellos<sup>5</sup>.

Uma administração competente em qualquer nível requer gestão da informação com capacidade de gerar e utilizar dados e informações úteis, detalhadas em formato e tempo adequados aos diversos setores da organização. Considera-se gerência, o campo de intervenção especializada daqueles que, dentro da organização, têm a responsabilidade de orientar, acompanhar, avaliar e reorientar o processo de execução das atividades, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos<sup>6</sup>.

No Brasil, a gestão da informação é também um dos desafios a ser enfrentado, especialmente no nível municipal na atenção básica.



Segundo Giovanella et al.<sup>3</sup>, uma organização de sistemas integrados de saúde proporciona uma assistência de melhor qualidade e menos onerosa, por meio da definição da porta de entrada, da articulação de cuidados preventivos e curativos no primeiro nível de atenção e da integração entre as redes de cuidados primários e especializados.

Dentre as estratégias de reorganização da atenção à saúde no Brasil, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde levando-a para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e pretende a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, ampliando a resolutividade no nível de atenção básica, contribuindo assim, para a diminuição do agravamento dos problemas de saúde. A assistência prestada prevê uma equipe multidisciplinar, com compartilhamento de processo decisório. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de saúde da família (ESF)<sup>7</sup>.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, outra expectativa do PSF é a diminuição dos custos em saúde. Acredita-se que concentrar o atendimento na atenção básica, contribua para a diminuição dos custos, através do aumento da resolutividade. Entretanto, aqui, é preciso considerar uma dupla perspectiva: a primeira considera que ao lidarmos com os problemas de saúde na atenção básica estaremos intervindo antes do agravamento de possíveis complicações, e com isso diminuindo a demanda pelos procedimentos de média e alta complexidade. A segunda, considera que, ao ampliarmos a cobertura, orientando a população em relação aos sinais e sintomas das doenças, teremos, possivelmente maior conscientização sanitária da população e este fato irá aumentar a demanda nos três níveis de complexidade. Provavelmente, aumentaremos os custos pelo aumento da demanda estimulada.

No final de 2004, segundo o governo brasileiro<sup>8</sup>, 69,1 milhões de pessoas foram assistidas pelo Programa Saúde da Família, contando com 21.232 equipes de saúde da família. Estes números demonstram que o PSF está atingindo uma cobertura de

aproximadamente 40% da população brasileira, considerando a estimativa da população brasileira segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <sup>9</sup>.

Para apoiar o acompanhamento e monitoramento das ações do PSF, o Ministério da Saúde desenvolveu através do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB tem como princípio norteador a transferência financeira intergovernamental entre o Ministério da Saúde e os municípios. Um dos critérios de transferência de recursos está pautado na produção de serviços. Os dados são registrados no SIAB de forma agregada, isto é, o nível local necessita somar manualmente parte dos dados para alimentar o sistema. Além desse problema do armazenamento de dados de forma individualizada, outro agravante é o fato do SIAB não contemplar os dados clínicos, reforçando o que observa Moraes <sup>4</sup>.

*“A evolução das práticas de saúde em nosso país tem se orientado pela racionalidade fragmentadora da realidade que caracteriza o modo como o Estado brasileiro responde, através de seu aparato institucional, às demandas e crises colocadas pela sociedade. Compartimentalizam-se os problemas sociais por várias instituições estanques, departamentaliza-se a produção do conhecimento nas universidades e delimitam-se os espaços reivindicatórios. A fragmentação dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) é também expressão dessa lógica”.*

Antes de o PSF ser uma estratégia para organização do sistema de saúde brasileiro, já existiam algumas experiências no Brasil guardadas as suas particularidades, implantadas em alguns municípios, como por exemplo em Mangueiras/Rio de Janeiro/RJ, em 1986, em Niterói/RJ, em 1991, e Itacarambi/MG, em 1993.

Alguns autores, como Merhy e Franco <sup>10</sup>, destacam o papel importante da clínica para a saúde pública, se contrapondo ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde que valoriza essencialmente a epidemiologia. Afirmam que prevalece, no âmbito do PSF, a dúbia dicotomia entre epidemiologia e clínica. Esta substituição leva a restrições do uso da clínica em todo o seu potencial como forma de trabalho em saúde, também central para a produção dos serviços de saúde.

As dificuldades de gerenciamento das unidades básicas de saúde e a fragilidade dos sistemas de informações que suportam o processo de tomada de decisão e o próprio processo de trabalho, são observadas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (CSEGSF). A partir do estudo de caso nesta unidade básica, esta dissertação apresenta uma análise do fluxo das informações dos processos de trabalho do Programa Saúde da Família (PSF), sintonizando as necessidades desses processos de trabalho com os sistemas de informação que lhe dão suporte. Para isso, foi analisada a situação atual e identificadas as lacunas para se chegar ao modelo desejado. Especial ênfase foi dada à utilização das informações, seja para a tomada de decisão gerencial, seja para o apoio à clínica.

O CSEGSF é uma unidade básica de saúde com gestão federal e suas principais atividades são: consulta médica ambulatorial (clínicas básicas), exames de apoio diagnóstico, atendimento de enfermagem, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, serviço social, odontologia e acupuntura. Para o desenvolvimento dessas atividades, o CSEGSF conta com uma equipe de funcionários da esfera federal e possui equipes do Programa Saúde da Família, através de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).

O CSEGSF e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) pactuaram os princípios de gestão, definindo responsabilidades <sup>11</sup>. Esta cooperação foi estabelecida através convênio <sup>12</sup>, celebrado entre o município do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, objetivando a implantação do Sistema Único de Saúde.

Para o registro das atividades assistenciais ali desenvolvidas, há um prontuário, individual e multiprofissional. Todos os atendimentos são registrados no prontuário e os dados de produção alimentam o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB) <sup>13</sup> e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) <sup>14</sup>. Estes sistemas de informação foram desenvolvidos pelo DATASUS, atendendo às orientações do Ministério da Saúde.

## 1.2. Justificativa

Como afirma Santana <sup>6</sup>, a baixa capacidade gerencial das unidades básicas de saúde vem sendo uma das barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Na área de saúde, enfrentar este problema passa, dentre outras questões, pela reflexão em torno dos sistemas de informações em saúde, enquanto desafio estratégico para o processo de gerência, planejamento, operacionalização e avaliação das ações. Portanto, é fundamental que se desenvolvam mecanismos que tenham como objetivo traduzir os princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema de saúde universal, integral e equânime para toda a população.

Os sistemas de informações são ferramentas que coletam, armazenam e processam os dados de uma determinada organização. Uma vez analisados os dados, as informações passam a ser importante ferramental para subsidiar a tomada de decisão gerencial. Apesar da potencialidade dos sistemas de informações, no setor saúde, muitos sistemas foram desenvolvidos para acompanhamento das atividades realizadas nos serviços de saúde, e para orientar o repasse financeiro. Na atenção básica, os sistemas de informações têm sido desenvolvidos para o acompanhamento de programas definidos pelo Ministério da Saúde. Uma unidade de saúde tem diversos programas implantados, portanto, é possível que tenha vários sistemas de informações para atender aos requisitos do Ministério da Saúde.

Esta é a realidade do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz. Tal fato gera dificuldade de adaptação dos diversos “pacotes” à dinâmica gerencial da unidade, dificuldade de articulação dos diversos sistemas de informações e redundância na captura de dados. Outra limitação importante é a não incorporação de dados clínicos, que são registrados nos prontuários. Estas questões limitam os sistemas de informações a apoiar a gerência e a clínica.

Muitas vezes, para alimentar estes sistemas de informações, algumas unidades de saúde necessitam fazer adaptações através da criação de formulários especiais para inserir a sua produção, tais como: mapas, planilhas, caderno de campo, entre outros documentos desenvolvidos para dar apoio ao serviço, devido à limitação dos formulários dos sistemas de informações atuais. Esse fato gera, por um lado, o dispêndio desnecessário do tempo dos profissionais, com a criação e o preenchimento de formulários

redundantes para alimentar as informações necessárias sobre a produção no sistema definido pelo Ministério da Saúde e, por outro, a descaracterização de um processo de trabalho homogêneo e das “reais” rotinas e procedimentos que envolvem o cotidiano dos estabelecimentos de saúde. As ações de saúde específicas de promoção à saúde, realizadas pelas unidades básicas de saúde, não são contempladas pelos sistemas de informações do Ministério da Saúde. As atividades das unidades básicas superam o que é habitualmente objeto de registro nos/dos sistemas de informação. Ressalta-se que a própria natureza do atendimento do nível básico se diferencia, sobremaneira, da prestação de serviço dos níveis secundários e terciários. Isto indica que o registro de dados deve ser tratado de modo distinto e que a noção de produtividade não pode ser a mesma para os três níveis de assistência.

Passados 16 anos da criação do Sistema Único de Saúde e 10 anos da implantação do Programa Saúde da Família, vários desafios estão colocados para o setor saúde no Brasil. A perspectiva analítica desta dissertação visa evidenciar as lacunas existentes entre processo de trabalho e os sistemas de informação em saúde em uma unidade básica de saúde e como essa aproximação possibilita o uso efetivo das informações para o apoio clínico e gerencial, através da realidade do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo geral**

Analisar e evidenciar os processos de trabalho e fluxos das informações de uma Unidade Básica de Saúde com o Programa Saúde da Família “inquilino”, visando contribuir para o entendimento sobre processo de trabalho e o suporte oferecido pelos sistemas de informação, tomando como referência o CSEGSF/ENSP/Fiocruz.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Mapear os processos de trabalho atual das equipes de saúde da família;
- Descrever e analisar os processos de trabalho nas ações de saúde no CSEGSF e das equipes de Programa Saúde da Família;

- Identificar as lacunas de informação de suporte aos processos de trabalho do Programa Saúde da Família;
- Analisar os sistemas de informações implantados no CSEGSF/ENSP/Fiocruz;
- Verificar se o registro dos dados reflete os processos de trabalho;

#### **1.4. Estrutura do trabalho**

Esta dissertação possui sete capítulos. A introdução descreve as mudanças nas políticas de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, com a formulação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Busca-se analisar a reorganização do setor saúde a partir da regionalização e hierarquização das ações, evidenciando a importância da municipalização. Neste contexto, o Programa Saúde da Família é uma estratégia do Ministério da Saúde de reorganização da atenção básica. Aborda-se, também, a justificativa e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo foi apresentada a contextualização dos aspectos que envolvem a atenção primária em saúde e sua definição nos anos 90, em um contexto histórico, e o Programa Saúde da Família que expressa uma das estratégias do Ministério da Saúde.

Em seguida, no terceiro capítulo, foram apresentados os sistemas de informação nas seguintes dimensões: a) sistemas de informações – detalhamento das principais características e tipos de sistemas de informações; a evolução dos sistemas de informações; b) política nacional de informação e informática em saúde; os sistemas de informações em saúde e suas características; e o uso das informações em saúde,

No quarto capítulo busca-se abordar aspectos conceituais sobre o processo de trabalho; a organização do trabalho orientado por processo; o processo de trabalho em saúde e o redesenho de processos.

O quinto capítulo aborda o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa, o material utilizado e os aspectos metodológicos do estudo de caso que orientaram o desenvolvimento deste trabalho.

No sexto capítulo é apresentado o estudo de caso. Foi descrito o CSEGSF e sua inserção do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro/RJ, identificada a articulação de um estabelecimento de saúde com gerência federal e o processo de municipalização da atenção básica, principalmente no que tange ao Programa Saúde da Família. Foi realizada uma análise dos processos de trabalho das equipes de saúde da família e dos sistemas de informações utilizados na realidade apresentada, bem como identificadas as lacunas entre eles. Após a análise da situação atual, este trabalho aponta para a necessidade de um redesenho dos processos de trabalho e uma nova proposta de fluxo das informações.

O sétimo capítulo traz as discussões a partir do levantamento bibliográfico realizado e das análises realizadas no estudo de caso.

## 2. Capítulo II - Atenção primária em saúde

### 2.1. Atenção primária em saúde e a organização do sistema de saúde

Starfield<sup>2</sup>, considera que o contexto histórico da atenção primária se dá a partir de 1920 quando, na Grã Bretanha, foi divulgada uma forma de organização do sistema de saúde, a saber: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas, com vínculos formais entre os três níveis. A autora considera que esta foi a base do conceito de regionalização. Muitos países se basearam nesta teoria para organizar seus sistemas de saúde. Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu como meta social para os países participantes, *“a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar uma vida social e economicamente produtiva”*, mais conhecida como *“Saúde para Todo no Ano 2000”*.

A conferência realizada em *Alma Ata* teve como principal eixo de discussão a atenção primária em saúde e os encaminhamentos e discussões ali tratados foram referendados pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1979. A atenção primária à saúde foi definida como (*Alma Ata apud Starfield<sup>2</sup>*):

*“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Organização Mundial da Saúde, 1978”*.

No Brasil, momentos importantes influenciaram a reestruturação do sistema de saúde, tais como: a formulação e implementação das ações integradas em saúde (AIS), o debate sobre a reforma sanitária, a etapa preparatória da unificação com os sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS), e o processo da Constituinte.



Em 1988, com a reformulação da Constituição Federal do Brasil, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90. Desde então tem sido necessário um esforço conjunto das diversas esferas de governo, no sentido de realizar uma efetiva implementação do SUS.

Um dos desafios colocados pelo SUS, é a reorganização institucional do setor saúde, fundamentada nos níveis de hierarquia de atenção: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária em saúde.

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde <sup>15</sup> conceitua atenção básica da seguinte forma:

*“A concepção de Atenção Básica pauta-se na integralidade das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, assumindo um importante papel na organização do sistema de saúde do Brasil. Desenvolve-se por meio de processos de trabalho em equipe interdisciplinares, democráticos e participativos, com utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Seu objeto de trabalho é considerado na dimensão coletiva e na singularidade do sujeito, tendo por finalidade a resolubilidade dos problemas de saúde da população mais frequentes e relevantes <sup>b</sup>.”*

Binsfeld apud Gargia e Hortale <sup>16</sup> aponta que a reforma do setor saúde no Brasil tem pensado a atenção básica e toda a sua rede como importante estratégia de intervenção, uma vez que existe a expectativa de uma cobertura universal da população. Esta visão toma como base a referência do modelo piramidal, preconizado pelo Ministério da Saúde, que apresenta na sua base de serviços a resolubilidade de 80% dos problemas de saúde. A autora também ressaltam a importância que a atenção básica tem tomando e a necessidade de se pensar mecanismos de gestão mais eficientes:

*“No entanto, a rede básica se apresenta hoje como um sistema complexo, não possuindo somente a função de **porta de entrada** do SUS, de acesso aos demais níveis de complexidade, mas o lugar essencial para se realizar a integralidade das ações de*

---

<sup>b</sup> Este conceito de atenção básica vem sendo defendido e discutido pelo DAB/SAS/MS em diversos documentos produzidos e encontros realizados a partir de 2003. (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica,

*saúde, individual e coletiva, e uma forma de aproximar as práticas de saúde à população (Merhy, 1997 apud Gargia e Hortale<sup>16</sup>). Não bastaria apenas ampliar a assistência médica, mas repensar os processos de trabalho em saúde, a necessidade de incorporação tecnológica e capacitação de recursos humanos, e as mudanças na organização e gestão desse sistema para torná-lo mais eficaz e eficiente. Atualmente, dentre as inúmeras mudanças necessárias para que a rede básica seja um vetor estratégico na reestruturação do sistema de saúde, encontra-se a mudança no processo de gerenciamento adotado por esses serviços, pois em geral atua ainda sob influência do modelo burocrático, com forte centralização e maior ênfase nos processos que nos resultados.”*

Avanços foram alcançados nos 12 anos de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, como podemos verificar no documento do Conselho Nacional de Saúde<sup>17</sup>. Entretanto, um dos maiores desafios apresentado está ligado à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que seja orientado no interesse coletivo e direito de cidadania, e realize, efetivamente, as atividades de promoção e proteção à saúde a partir dos princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade. Acredita-se que este desafio está pautado na elevação da resolutividade da rede de unidades básicas de saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS, e a garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Em agosto 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde<sup>18</sup> (NOAS-SUS 01/2001), mais um passo para a implantação do SUS, ao orientar a macroestratégia da regionalização, pactuada de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde.

A NOAS/SUS 01/2001 vem no sentido de preencher a lacuna da regionalização da assistência à saúde. Até então, todo o esforço vinha sendo concentrado no processo de descentralização através da municipalização. A diversidade dos milhares de municípios brasileiros, em relação a sua população, densidade demográfica, aspectos sociais e econômicos entre outros, reforça a necessidade de solidariedade e otimização dos recursos financeiros, capacidade gerencial e capacidade instalada (entendendo capacidade instalada como recursos físicos e humanos). Começam, então, as estratégias

para formar um pacto entre os gestores municipais e estaduais, a fim de organizar a assistência e o fluxo dos usuários do SUS.

Mais uma vez, a atenção básica é reforçada como uma estratégia cujo conjunto de ações que deve ser ofertado em todos os municípios do país, independentemente de seu porte, acreditando que a ampliação da atenção básica irá contribuir para a organização dos serviços de saúde nos municípios. O Programa Saúde da Família (PSF) é fortalecido, sendo priorizada a estratégia de atingir uma maior cobertura, independente do porte do município. A NOAS-SUS/01/2001 busca definir ações estratégicas “mínimas” que todos os municípios brasileiros devem desenvolver: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher. O impacto dessas ações deverá ser acompanhado por meio dos indicadores do pacto da atenção básica (conjunto de metas a serem pactuadas entre as três esferas de governo) e pelas informações que poderão ser disponibilizadas pelos bancos de dados.

## 2.2. O Programa Saúde da Família

Dentre as estratégias de implantação e implementação do SUS, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de saúde da família (ESF). A assistência prestada prevê uma equipe multidisciplinar, onde as funções se dividem em: visita domiciliar, atendimento em grupo, consultas individuais, na comunidade e nos estabelecimentos de saúde, com compartilhamento de processo decisório. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade e contribuindo para melhoria da qualidade de saúde da população <sup>7</sup>.

Inicialmente tratado como programa, a importância depositada no conjunto de ações preconizadas, em 1998, o PSF passa a ser uma estratégia de reorganização do sistema de saúde. Cabe ressaltar que o PSF se diferencia dos demais programas por realizar ações pró-ativas, indo até o domicílio atender os indivíduos.

Segundo Merhy et al. Apud Freese <sup>19</sup>, a partir de 1998, com a implantação efetiva da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB/96), o Ministério da Saúde instituiu um financiamento específico para o PSF, que se tornou forte elemento de incentivo à ampliação do programa. A partir daí, observa-se uma rápida adesão dos municípios à proposta do Ministério da Saúde, levando a uma expansão desordenada e criando grandes desafios a sua efetivação, especialmente nos municípios com grandes populações.

Segundo Ribeiro e Pires <sup>20</sup>, em 2002 o programa já estava implantado em 4.114 municípios brasileiros, contando com 16.192 equipes de saúde da família e com uma cobertura de 53 milhões de pessoas. Pode-se observar um incremento de 8,3% de adesão dos municípios passando para 4.488, e de 15% nas equipes de saúde da família, com 19.068 em 2003. Notícia publicada no *site* do Ministério da Saúde em 14 de janeiro de 2005 divulga que o PSF encontra-se com 21.232 equipes de saúde da família, assistindo 69,1 milhões de pessoas.

Escorel et al.<sup>21</sup>, avaliaram o processo de implantação do Programa Saúde da Família, utilizando a metodologia de estudos de casos em 10 cidades brasileiras: Aracaju, Brasília, Camaragibe, Campinas, Goiânia, Manaus, Palmas, São Gonçalo, Vitória e Vitória da Conquista - representativas da diversidade dos municípios do país, de tal forma que pudesse avaliar e analisar o programa em diversas dimensões.

O estudo abordou aspectos do PSF abrangendo desde características demográficas, epidemiológicas, à oferta e produção de serviços de saúde, informações sobre o controle social, estratégias de implementação, condições de vida dos usuários, além da integração do PSF à rede de serviços de saúde, integralidade da atenção, como também especial atenção foi dada ao uso, funcionalidade e integração dos sistemas de informação.

Como medida de enfrentamento dos grandes índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país, o Ministério da Saúde implantou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado o antecessor do PSF<sup>22</sup>. Pretendia-se que o enfoque deixasse de ser no indivíduo e passasse a ser na família, o agir passasse a ser preventivo e menos curativo. Identificou-se que houve uma maior integração dos serviços de saúde com a comunidade, mas ainda era necessária uma estratégia que contemplasse as necessidades da população. Neste período iniciou-se a formulação do PSF, lançado em março de 1994. Enquanto o PACS tinha como marco a extensão da cobertura e a aproximação com a comunidade, permitindo ampliação do acesso, o PSF teve como função desenvolver ações básicas no primeiro nível de atenção à saúde.

O PSF, inicialmente, foi implantado em municípios pequenos e até mesmo em áreas rurais, com os seguintes princípios: desenvolver processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde. Pretendia-se atuar nos momentos mais precoces de transmissão das doenças com ênfase na prevenção e promoção à saúde.

A organização do processo de trabalho do PSF foi pautada no desafio da *“atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, nos quais a ação intersetorial era considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada”*<sup>22</sup>.

Para o fortalecimento e reorganização da atenção básica através da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, o governo brasileiro firmou acordo de empréstimo internacional com o Banco Mundial (BIRD), viabilizando o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)<sup>23</sup>. Do valor total do acordo, metade está sendo financiada pelo BIRD e a outra metade representa a contrapartida do governo brasileiro.

A expectativa é que, até 2008, seja ampliada a cobertura do PSF para 70% da população brasileira, desenvolvendo os sistemas de referência e contra-referência do SUS e aprimorando o gerenciamento dos serviços de atenção básica. O Projeto consta de três componentes básicos: o apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde, o desenvolvimento de recursos humanos e o monitoramento e avaliação.

Para o componente 1 (apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde) serão beneficiados os municípios com mais de 100 mil habitantes. Os outros dois componentes beneficiarão o universo de municípios com Estratégia de Saúde da Família implantada ou que venham a implantar. O período de implementação do PROESF compreende os anos de 2002 a 2009, distribuídos em três fases distintas, com um investimento de US\$ 550 milhões.

#### Fases do PROESF

| Fases         | Período                       | Valores em US\$ milhões |
|---------------|-------------------------------|-------------------------|
| Primeira fase | 2002 a junho de 2005          | 136,0                   |
| Segunda fase  | Julho de 2005 a junho de 2007 | 242,0                   |
| Terceira fase | Julho de 2007 a junho de 2009 | 172,0                   |

No PROESF, o município do Rio de Janeiro tem como meta até o final de 2008 atingir uma cobertura de 30% da população. Entre os desafios enfrentados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro está a integração das informações dispersas nos diversos órgãos de gestão da saúde municipal, especialmente aquelas relacionadas ao PSF.

As diretrizes e orientações para os Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - A reorganização da atenção à saúde no Brasil <sup>15</sup>, aponta que:

*“Os princípios universalizantes, democráticos e participativos do Sistema Único de Saúde (SUS) se contrapõem aos modelos de atenção que privilegiam o enfoque curativo, hospitalocêntrico, verticalizado, fragmentado, tecnicista, ineficiente e pouco resolutivos. A efetiva implementação das diretrizes do SUS se configura como uma ampla possibilidade de mudança na forma como os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e ações pautados no paradigma da vigilância da saúde e na ampliação da cidadania brasileira”.*

Outra questão apontada como fator importante de mudança, é no âmbito da gestão pública. Considerando a necessidade de priorizar a oferta dos serviços a partir da organização das necessidades de saúde da população, o Programa Saúde da Família

(PSF) ganha relevância, sendo concebido como eixo estruturante para reorganização da atenção básica, com repercussões reordenadora para todo o sistema de saúde.

### **2.2.1. PSF: a realidade do município do Rio de Janeiro**

O Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro <sup>24</sup> foi criado no último trimestre de 1995, com sua implantação na Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim, Ilha de Paquetá, com aproximadamente 4.000 moradores.

A implantação se deu por meio de um convênio firmado com organizações não governamentais. A alternativa de contratação orientada pelo Ministério da Saúde se dava através do Termo de Parceria de com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) <sup>25</sup>, viabilizado através da Lei 9.790, de 23 de março de 1999, conhecida como a “Lei do terceiro setor”. Esta lei institucionalizou as OSCIP como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, organizadas sob as formas de associação, sociedade civil ou fundação, podendo receber recursos públicos para desenvolvimento de atividades de interesse público. A gestão dos recursos se dá sob o regime de direito privado, onde a interferência estatal acontece exclusivamente na prestação de contas. Esta modalidade de contratação isenta as prefeituras de computarem os profissionais contratados na Lei de Responsabilidade Fiscal. Os profissionais do PSF são contratados pela Consolidação Geral das Leis Trabalhistas (CLT) e gerenciados pelas OSCIP. Apesar do contrato de trabalho CLT caracterizar consistência no emprego, o fato da gerência das secretarias municipais de saúde, ser de uma forma indireta, contribui para a vulnerabilidade do vínculo de emprego e conseqüentemente no envolvimento dos profissionais de saúde. Esta vulnerabilidade reforça uma grande rotatividade dos profissionais nas diversas equipes de saúde da família, o que impacta diretamente na continuidade das ações do programa.

O modelo do PSF adotado no município do Rio de Janeiro foi similar ao proposto pelo Ministério da Saúde, com a presença de assistente social e nutricionista, uma relação médicos/população menor (um médico para cerca de 400 famílias) e apenas um agente de saúde por médico.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro <sup>24</sup>, após os primeiros 2 anos de atividades, o PSF apresentava resultados favoráveis, tais como: a) reorganização da unidade com melhor integração e hierarquização entre os seus diversos setores; b) revitalização do setor de ambulatório com aumento importante da produção; c) equipe interdisciplinar trabalhando de forma integrada, com profissionais comprometidos e motivados; d) instalação plena dos programas de saúde da mulher, criança, adolescente e idoso; e) redução do abandono nos programas de hipertensão e diabetes, com redução de 60% nas crises hipertensivas; f) aumento da captação de gestantes, com 70% de captação no primeiro trimestre, cobertura de exames preventivos na faixa etária considerada prioritária pelo Ministério da Saúde de 84,9%, adesão de 96% no grupo de contracepção; g) 100% de cobertura vacinal até 1 ano de idade; h) Diversos programas educativos e atividades comunitárias; i) resolutividade em torno de 95% das consultas.

Em 1999, a SMS/RJ iniciou a expansão através da implantação do PSF em diversos bairros. A escolha destes locais obedeceu a diversos critérios a saber: a) demanda das organizações comunitárias, b) demanda dos Conselhos Distritais, c) facilidade inicial de acesso e implantação local; d) vazios assistenciais – estratégias de ampliação de cobertura; e) facilidade para identificar prioridades e estabelecer estratégias apropriadas.

Ainda segundo a SMS/RJ, nestes locais a implantação ocorreu através de convênios com Organizações Não Governamentais (ONG) e associações de moradores com tradição local. Apenas na comunidade do Vilar Carioca optou-se pela experiência da cooperativa de profissionais de saúde. A escolha de pessoal foi realizada por um comitê que selecionou os candidatos por meio de análise de currículos, e em seguida uma entrevista. Foi formado um banco de currículos, sendo progressivamente aproveitado na medida em que as unidades iniciavam suas atividades.

Em 2000, foram abertas novas unidades no complexo de Manguinhos, Curicica e Antares, seguindo o mesmo processo descrito para as áreas anteriores, sendo a seleção agora realizada em conjunto com a ENSP/Fiocruz.

Observa-se que a implantação do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro tem sido gradativa, mas ainda muito tímida. A escolha das áreas que serão cobertas pelo programa é feita a partir dos estabelecimentos de critérios e prioridade definidos pela SMS/RJ. A área de abrangência do CSEGSF é uma das regiões



contempladas. Esta implantação tem sido pactuada entre o CSEGSF e a SMS/RJ, com definições de co-responsabilidades <sup>11 e 12</sup>.

### 3. Capítulo III - Sistema de informações

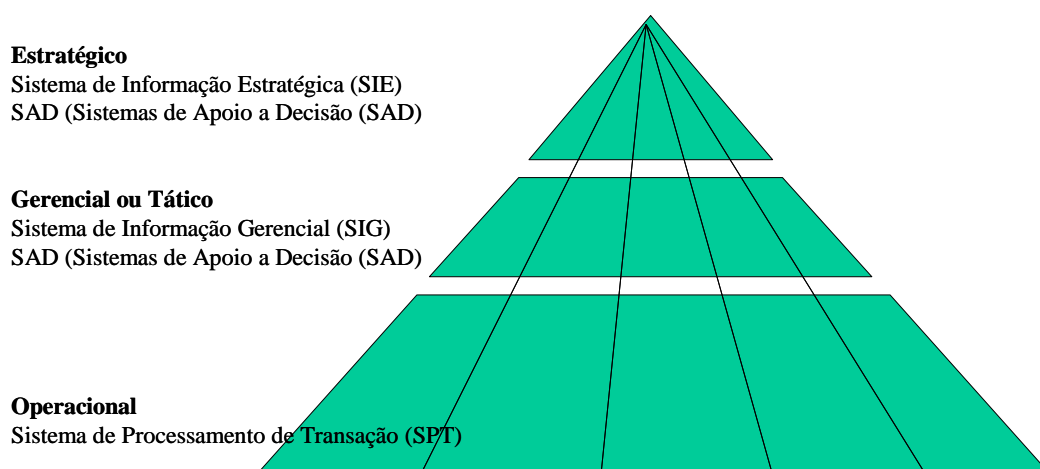
#### 3.1. Características e tipos de sistemas de informação

Os sistemas de informação são componentes que trabalham em conjunto para coletar, processar, armazenar e disseminar a informação em uma organização, sendo esta usada para a tomada de decisão, coordenação, controle, análise e visualização (Laudon e Laudon <sup>26</sup>). Considera-se que os sistemas de informações possuem componentes automatizados ou em papel. A estrutura dos sistemas de informação automatizados é composta por hardware, software, dados, procedimentos e pessoas (Turban et al.<sup>27</sup>).

Turban et al.<sup>27</sup> sugerem diferentes maneiras de classificar os sistemas de informação, a saber: por níveis organizacionais, áreas funcionais principais, tipo de suporte que proporcionam e arquitetura de sistema de informação.

Os sistemas de nível organizacional são de três tipos: os departamentais, os empresariais - formados por um conjunto dos aplicativos departamentais combinados com outros aplicativos funcionais, e os interorganizacionais, que conectam duas ou mais organizações.

Os sistemas de informação departamentais dão suporte às áreas funcionais da organização, como por exemplo: sistema de informação financeira, de recursos humanos, de marketing, de operações, entre outras.



Fonte: Adaptado de Turban, E., Mclean, E., Wetherbe, J. <sup>27</sup>

**Figura 1 : Exemplo de sistemas de informação nas organizações**

A dimensão do tipo de suporte ou apoio que os sistemas proporcionam, independe da área funcional. Estes atendem aos degraus da estrutura da organização, como por exemplo, o nível estratégico - onde as decisões têm impacto de longo prazo; o nível tático - que toma decisões no horizonte temporal mais curto e de médio impacto e as atividades de nível operacional - onde um grande volume de decisões de baixo impacto são tomadas. Estão nesta categoria os Sistemas de Processamento de Transações (SPT), Sistemas de Informação Gerencial (SIG), Sistema de Apoio à Decisão (SAD), Sistemas de Apoio Executivo (SAE) e Sistemas Especialistas (SE). Além deste, há os sistemas de gestão do conhecimento, de automação de escritório, de apoio a grupos, que dão suporte indistintamente aos profissionais de uma organização.



Fonte: Roberto J. Rodrigues - OMS

Figura 2 : Informação e nível decisório

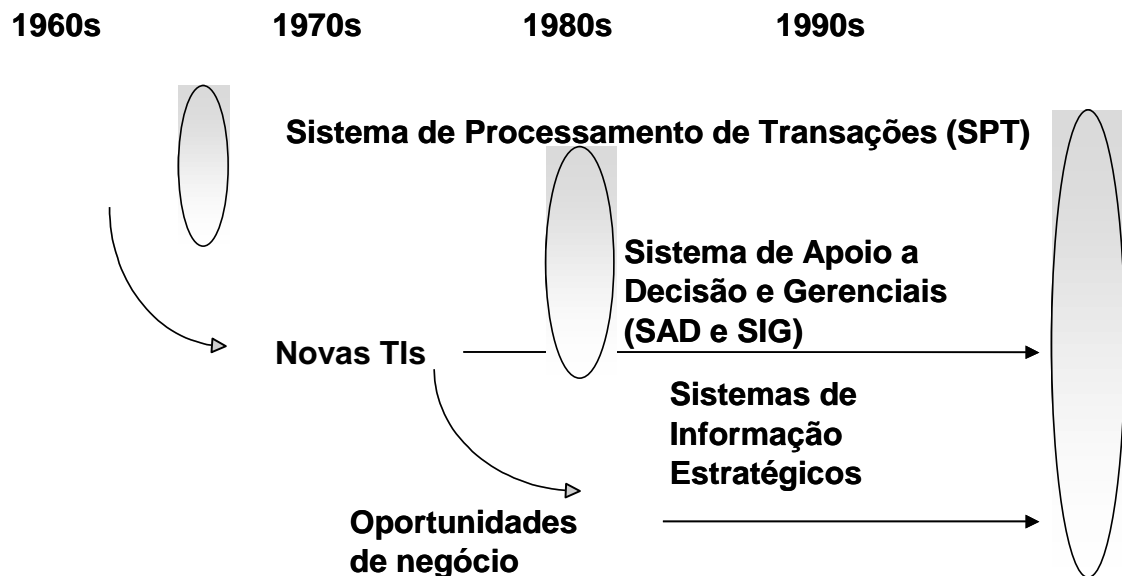
Na figura 2, informação e nível decisório, observa-se que quanto mais geral o nível decisório, maior é a visibilidade geral e o detalhamento é menor. Os desenvolvimentos dos sistemas de informações em saúde partem de uma visão estratégica, portanto o grau de detalhamento é pequeno. No nível local de saúde é importante o detalhamento das informações, chegando até ao indivíduo.

### 3.1.1. Evolução dos sistemas de informação

O desenvolvimento e implantação de sistema de informação ocorrem em momentos distintos no tempo. Em cada momento o sistema implantado utiliza as soluções de computadores (hardware) e de software (programas) disponíveis naquele momento do tempo. Com o passar dos anos se observa uma multiplicidade de soluções tecnológicas que exigem um esforço constante visando a articulação, compatibilização e mesmo integração dos sistemas existentes com os novos sistemas desenvolvidos.

Os computadores eletrônicos foram construídos por volta de 1950, sendo as primeiras versões comerciais disponibilizadas na década de 1960. Os primeiros sistemas de informação desenvolvidos eram aqueles que processavam grandes quantidades de dados gerados pelas milhares de transações executadas nas organizações. O sistema de processamento de transações lida com grandes volumes de dados, tem grande robustez, pois dá suporte direto à operação. No entanto, a computação dos seus dados é muito simples. Por exemplo, em um grande supermercado o principal SPT é o sistema que emite a nota fiscal de compra. O principal programa do sistema faz a leitura do código de barra do item a ser adquirido, consulta este código no banco de dados, identifica o preço deste item e opera a multiplicação do preço pela quantidade de itens. Ao final, soma todos os itens informando o total da compra. Este é um sistema que não pode parar, pois qualquer falha implica na formação de filas no supermercado e em última instância a perda da venda, pois o cliente não irá aguardar a resolução do problema e fará a sua compra em outro estabelecimento.

Os sistemas de informações gerenciais passaram a ser desenvolvidos em fins dos anos 1970 e início dos 1980 para atender às necessidades de informação do nível gerencial. Os SPT alimentam com seus dados os SIG e SAD que ao serem processados gerarão informações úteis ao tomador de decisão. A figura 3 apresenta a cronologia do desenvolvimento dos sistemas de informação.

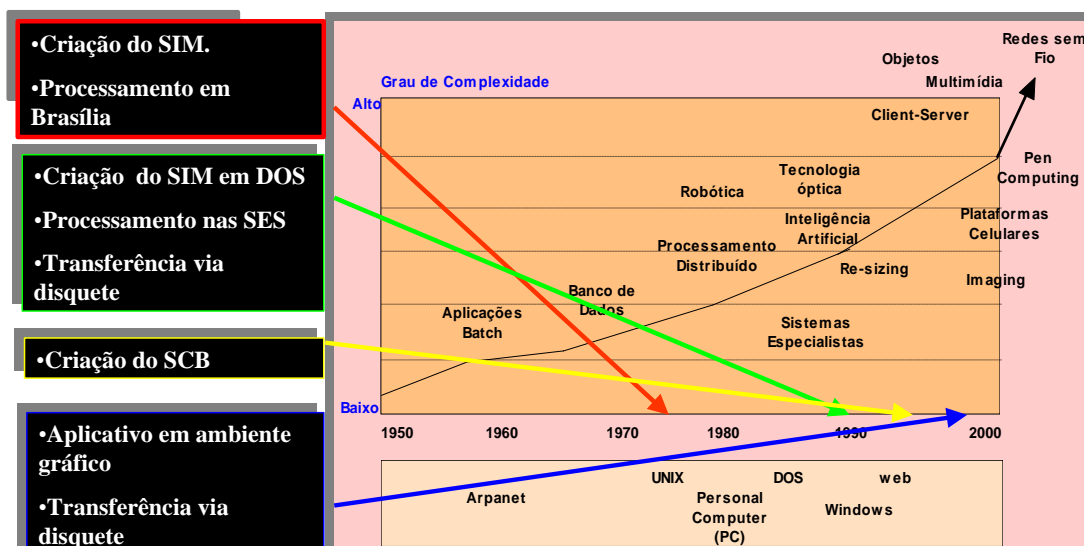


Fonte: Adaptado de Blaschek, José Roberto. *Transparências da Aula "Evolução dos sistemas de informação"*. Disponível em: [www.sdms.mar.mil.br/0053.ppt](http://www.sdms.mar.mil.br/0053.ppt).

**Figura 3: Cronologia do desenvolvimento de sistemas de informação**

A partir de meados dos anos 1980 as organizações têm buscado obter vantagens e diferenciais competitivos por meio do uso de sistemas de informações.

Na área de saúde, esta evolução tem se apresentado mais lentamente como podemos observar a evolução do processamento de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). O SIM foi instituído em 1975. Neste período, as declarações de óbito (DO) eram codificadas nos respectivos estados e seu processamento era realizado em Brasília. O processamento passa a ser realizado pelos estados na década de 80, com a criação do SIM em DOS, como observamos na figura 4.



Fonte: Modificado de Haroldo Santos

Figura 4 - Processamento do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

### 3.1.2. Uso estratégico de sistemas de informação

Porter e Millar <sup>28</sup> discutem o conceito de vantagem estratégica dos sistemas de informação, elevando a Tecnologia da Informação (TI) ao status de arma competitiva à disposição dos gestores.

Este conceito vem sendo revisto uma vez que as mesmas soluções tecnológicas em sistemas de informação estão amplamente disponíveis para os competidores de um dado mercado. Ao mesmo tempo os custos para aquisição e atualização dos recursos em tecnologia de informação têm crescido significativamente, apesar do custo unitário de processamento e armazenamento ter caído consideravelmente.

No artigo “TI já não importa” de Nicholas Carr <sup>29</sup>, põe em cheque a eficácia dos investimentos em Tecnologia da Informação - como um diferencial - e a racionalidade que os gestores devem adotar ao tomar as suas decisões neste campo.

A principal tese defendida sustenta que a TI tornou-se uma *commodity* e, portanto, ao estar igualmente disponível para todos os competidores em uma indústria perde a

capacidade de diferenciar uma empresa das demais, diminuindo de maneira inexorável o seu potencial estratégico. Considerando esta nova realidade, o gerenciamento da TI deve se basear em três princípios básicos: gastar menos, seguir as tendências tecnológicas, focar os esforços em reduzir a vulnerabilidade da tecnologia, ou seja, tornando os sistemas mais seguros e robustos.

Na sua análise sobre o debate acerca de como os investimentos em TI devem ser orientados, Mariano <sup>30</sup> sugere que: *“a tecnologia da informação quando bem gerida e alinhada à estratégia da organização tem potencial para trazer excelentes resultados, mal gerida se transforma em um sorvedouro de recursos”*. A autora destaca a necessidade de se utilizar metodologia que meça o retorno do investimento em Tecnologia da Informação como por exemplo: *“metodologia de levantamento do custo total de propriedade ou TCO (total cost of ownership)”*.

É identificado também por Mariano <sup>30</sup> o comportamento “esbanjador” verificado entre muitos gestores de TI como uma consequência da ação dos fornecedores de tecnologias que exercem grande influência, forçando a obsolescência de equipamentos e sistemas. A indústria de consultoria tem enorme interesse em criar novos “hypes” para vender suas “soluções” que em muitas ocasiões são roupagens novas para idéias velhas.

*“É urgente mudar a lógica perversa dos investimentos em TI marcados pela ineficiência, desperdício e adesão incosequente aos modismos. Um caminho a ser seguido pode ser a incorporação de valores e metodologias que estejam, de maneira sistemática, avaliando os investimentos em TI a partir de indicadores de eficiência e cenários pós-implantação, como a construção de business case, por exemplo, além da busca incessante do alinhamento da TI com a estratégia de negócio”*.<sup>30</sup>.”

Este processo continuado de incorporação de novas tecnologias tem exigido dos gestores de sistemas de informação a busca de medidas e padrões que facilitem a integração dos novos e antigos sistemas, estes últimos também chamados de legados. Quando a quantidade de sistemas distintos e não articulados tornam o gerenciamento das informações difícil, prejudicando o processo de trabalho e o próprio processo gerencial, torna-se necessário avaliar a possibilidade de utilizar uma solução de sistema integrado de gestão que garanta a integridade e o fluxo de informação.

### 3.1.3. Fornecimento de sistemas de informação: características e riscos

Outras dimensões sobre a gestão e integração dos sistemas de informações merecem ser consideradas, como por exemplo: sustentabilidade do fornecedor de tecnologia, uso de padrões, disponibilidade do código-fonte, e custo de propriedade e manutenção.

Um software pode ser desenvolvido *in-house*, ou seja, a organização desenvolve um determinado programa aplicativo para seu uso próprio, sendo proprietária do código fonte desenvolvido. A responsabilidade para a melhoria do sistema, a sua atualização tecnológica e manutenção é responsabilidade da própria organização. O software pode ser adquirido ou fornecido por terceiros, neste caso pode estar disponível para uso imediato, necessitando apenas ser parametrizado para atender as necessidades de uma dada organização. Portanto, o software aplicativo de prateleira é aquele que pode ser comprado, licenciado ou alugado de um vendedor que desenvolve sistemas e o vende para as empresas e, normalmente, são padronizados ou podem ser customizados <sup>27</sup>.

É preciso considerar ainda distinções importantes entre os modelos de negócio para comercialização de software. Dois modelos são os mais comuns: software proprietário e livre. No primeiro caso, somente o proprietário do código-fonte pode vender a versão executável do software. Ou seja, somente ao “dono” do programa é permitido: a) vender ou licenciar o software (programa executável); b) vender suporte ao produto; c) explorar o conhecimento interno do software; d) dar acesso preferencial a outras empresas para que apenas as escolhidas possam desenvolver seus produtos conhecendo o funcionamento interno deste; e) controlar o “ecossistema” em torno do produto.

No Brasil há uma certa confusão com o termo “software livre”, muitas vezes confundido com “software gratuito”. A tradução da palavra *free*, no sentido de gratuito, não corresponde aos preceitos do movimento que pregava a liberdade de “conhecer os programas por dentro”, com liberdade para alterá-los. Portanto, um programa de código-fonte aberto (*open source*) não necessariamente é gratuito. Alguns programas podem ser gratuitos e não ter o seu código-fonte aberto. Um exemplo disto é o gerador de tabelas – TABWIN. Só é possível fazer *download* do programa executável, pois o seu desenvolvedor, o DATASUS, não oferece o código-fonte, que é de sua propriedade e acesso exclusivos. É possível também ter um código-fonte aberto, cujo desenvolvimento foi pago. Por exemplo, o programa “Terra Crime” (Ministério da Justiça), que controla e



monitora os atos criminosos por meio do registro e cruzamento de dados relativos ao espaço e ao tempo em que se deram, foi desenvolvido pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais e pela Universidade Federal de Minas Gerais.

No modelo de software de código-aberto, as receitas auferidas pelas empresas provêm das seguintes atividades: a) suporte; b) consultoria e treinamento; c) melhorias implementadas no pacote, isto é, instalação mais fácil, melhor documentação; d) customização. Neste modelo, os competidores não podem controlar o mercado, e seu ecossistema é composto por múltiplos vendedores. As empresas que utilizam o software, por sua vez, não se tornam prisioneiras de um único fornecedor (lock-in), diminuindo a dependência em caso de falência ou substituição da empresa por outro fornecedor, além de não incorrer em custos da licença.

O aprisionamento tecnológico (*lock-in*), definido por Shapiro e Varian <sup>31</sup>, pode ser entendido como um processo de dependência no qual as organizações são submetidas ao fazerem a opção de uso de uma determinada tecnologia. A dependência decorre da dificuldade associada à troca desta tecnologia por outra, em razão dos altos custos (*switching costs*) envolvidos. Bacic <sup>32</sup> descreve os principais tipos de aprisionamento que afetam mais fortemente o software, a saber: a) informações e Banco de Dados; b) custos de busca; c) treinamento em marca específica; d) incompatibilidade de sistemas; e) comprometimento da cadeia com determinado padrão.

Segundo o autor, o mais sério tipo de aprisionamento que dificulta a migração entre softwares está relacionado à preservação e conservação dos dados já existentes. Em suas palavras *“torna-se praticamente impossível para uma empresa adotar um novo software caso seus dados não possam ser transferidos, se o processo de transferência é caro ou arriscado demais. Portanto, é imprescindível que um novo software seja capaz de ler e gravar dados das versões líderes de mercado, diminuindo o aprisionamento e tornando-se uma opção para os usuários”*.

Para Bacic <sup>32</sup> os programadores de software livre, conscientemente ou não, têm adotado estratégias que visam diminuir o aprisionamento tecnológico e favorecer a adoção desse tipo de software pelos usuários. Também enumera as principais estratégias dos programas de software livre que diminuem o aprisionamento tecnológico, a saber: a) tornar o programa capaz de ler e gravar dados no formato dos principais softwares; b)

criar interfaces gráficas similares aos dos programas líderes, facilitando o aprendizado para um novo usuário; c) permitir que o programa livre seja executado em diversos sistemas operacionais, inclusive no Microsoft Windows; d) criar documentação que facilite o aprendizado do usuário em diversos idiomas; e) criar fóruns de discussões online onde se podem resolver problemas, expor experiências vividas e realizar sugestões para melhoras dos softwares; f) adicionar recursos que os programas proprietários não possuem e que os usuários possam valorizar.

Para citar um exemplo, observa-se o banco de dados Postgres (software livre) considerado bastante completo e estável, além de suportar o armazenamento de grande volume de dados. Muitas empresas que utilizam o Oracle - um banco de dados que tem como principal vantagem suportar uma grande quantidade de dados (software proprietário), subutilizam os seus recursos e poderiam estar usando o Postgres como banco de dados, sem comprometer as atividades da organização.

Portando, as escolhas para fornecimento de Tecnologia da Informação nas organizações não são triviais, envolvendo interesses complexos e abrangendo desde questões técnicas àquelas comerciais e políticas.

A incorporação das Tecnologias de Informação tem a potencialidade de inovar a organização do processo de trabalho, aperfeiçoando as atividades gerenciais em ferramentas de planejamento e monitoramento das ações de saúde, visando a melhoria do atendimento ao usuário. A utilização de Tecnologia de Informação viabiliza a articulação entre as áreas assistenciais e administrativas, possibilitando o controle e otimização de processos em toda a cadeia de eventos. A implantação desses sistemas permite reduzir os custos finais da área de saúde e, também, a melhoria da qualidade assistencial pelo apoio à clínica, na monitoria ambiental e nas atividades de visita domiciliar.

### **3.2. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**

Uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde encontra-se dentro do contexto de um Política de Informação em geral. González de Gómez <sup>33</sup> entende que, o domínio e alcance de uma política de informação ocupam um espaço interdisciplinar

onde se relacionam as diferentes abordagens e olhares disciplinares acerca da informação: o olhar econômico, o olhar administrativo, o olhar técnico-tecnológico, o olhar estatístico e o olhar antropológico. Todas estas abordagens caminham para a abrangência que se coloca sobre a Política de Informação, enquanto uma Política Pública, homologando ou confrontando o regime de informação vigente numa sociedade.

Moraes <sup>34</sup>, aponta o *“desafio posto para todos - cidadãos partícipes da construção da atualidade – é pensar na formulação e implementação de uma PNIIS que procure responder a seguinte questão: como a informação e suas tecnologias podem contribuir para (a) um processo democrático emancipador e, ao mesmo tempo, serem (b) macro-função estratégica da gestão do SUS comprometido com a melhoria da saúde da população?”*

A organização do sistema de saúde e o acelerado desenvolvimento tecnológico vêm apontando, há muito tempo, a necessidade de se definir uma política de informação e informática que dê suporte e respostas às demandas dos usuários dos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, gestores e gerentes do setor saúde. A organização, processamento, avaliação e disseminação das informações produzidas nos serviços de saúde contribuem para alcançarmos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade, com ênfase na participação popular e na estruturação da rede de serviços de saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Neste sentido, foi criado o Comitê Consultivo de Informação e Informática em Saúde, no âmbito da Informática em Saúde Intergestora Tripartite (CIT) <sup>35</sup>, com as funções de “Apreciar, avaliar e sugerir propostas de ações relacionadas ao campo da informação e informática em saúde, visando a formulação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde que contemple questões de gestão, capacitação, desenvolvimento tecnológico e qualidade da informação em todos os níveis do SUS”; “Encaminhar à CIT proposições de ações estratégicas e diretrizes políticas voltadas para a condução da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde do SUS, especialmente as relacionadas à integração das ações relativas à Informação e Informática em todos os níveis do SUS” e “Apreciar, avaliar e sugerir alterações nos atuais sistemas de informação em saúde e futuros sistemas a serem propostos, de base nacional” <sup>36</sup>.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde <sup>37</sup>, que pela primeira vez, tratou a informação e comunicação em saúde como um dos eixos temáticos para o debate, deliberou que a partir do princípio de que a informação deve estar adequada ao processo de descentralização e gestão participativa:

*“O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde definirão estratégias para maior visibilidade do SUS; reforçar a democratização da informação e da comunicação; garantir, nas três esferas, com prazos, compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS; viabilizar a rede de informação e de comunicação em saúde; realizar em 2005 a I Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde; definir recursos para Cartão Nacional de Saúde em todo o país<sup>37</sup>”.*

A construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde vem sendo discutida a partir das seguintes diretrizes:

- 1- Fortalecer as áreas de informação e informática nas três esferas de governo, apoiando a sua organização e desenvolvimento.
- 2 - Estabelecer Registro Eletrônico de Saúde que permita recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde, incluindo a disponibilidade local de informações para a atenção à saúde (fig. 5).
- 3 - Estabelecer sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde que seja progressivamente adotado, aprimorando o processo de integração dos sistemas de informação de saúde e viabilizando o registro eletrônico de saúde. O Cartão Nacional de Saúde - que identifica univocamente usuários e profissionais - e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - que identifica univocamente os estabelecimentos - são o passo inicial na construção deste novo paradigma.
- 4 - Estabelecer, por um processo aberto e participativo, padrões de representação da informação em saúde, abrangendo vocabulários, conteúdos e formatos de mensagens, de maneira a permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações.

5 - Investir na criação de infra-estrutura de telecomunicação que permita a interoperabilidade entre as aplicações nos diversos serviços de saúde.

6 - 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.

7 - Dotar a área de saúde de instrumentos jurídicos, normativos e organizacionais que a capacite a assegurar a confidencialidade, a privacidade e a disponibilidade dos dados e das informações individualmente identificadas em saúde, garantindo a sua autenticidade e integridade, através de certificação digital.

8 - Garantir o acesso livre a bases de dados em saúde não-identificados, sujeitando a preceitos éticos o acesso a dados individuais identificados, a fim de respeitar a privacidade e confidencialidade.

9. Estimular as iniciativas locais de desenvolvimento de sistemas de informação, considerando sua potencialidade de melhor atender à diversidade e complexidade dos serviços de saúde, respeitando as características regionais e fortalecendo o desenvolvimento da cultura de informação e informática em saúde.

10 - fortalecer a competência do Estado de intervir na área de produção de software em saúde, através de: articulação da capacidade de produção de software do setor público de saúde, aproveitando as iniciativas locais do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa; adoção de padrões abertos de software; criação e manutenção de um repositório nacional de software em saúde, incluindo componentes e aplicações, de acesso público e irrestrito; indução da capacidade de produção do mercado de software em saúde, fomentando o potencial de geração de emprego e exportação; definição de linhas de financiamento para o desenvolvimento de software em saúde, em articulação com agências financiadoras; atribuição de licença de software livre para todo o desenvolvimento financiado com recursos do SUS; estabelecimento de mecanismo de certificação e avaliação de qualidade do software e hardware desenvolvidos para a saúde; promoção de metodologias para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde; capacitação de recursos humanos no desenvolvimento de aplicações em saúde.

11 - Apoiar a prática profissional, através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino a distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada.

12 - Estimular o uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, otimizando custos e o trabalho rotineiro.

13 - Apoiar a disseminação de informação em saúde para a população utilizando diferentes linguagens, mídias e veículos de comunicação, alcançando públicos específicos e facilitando o controle social em saúde.

14 - Estimular a universalização do uso de bibliotecas virtuais em saúde para a disseminação de informações técnico-científicas, promovendo a ampliação do acervo e facilitando o acesso dos usuários.

15 - Investir na formação e na capacitação permanente de recursos humanos na área de informação e informática em saúde.

16 - Institucionalizar mecanismos que garantam a participação de usuários e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para o SUS.

17 - Instituir um “Plano Geral de Desenvolvimento de Sistemas de Informação em Saúde” para orientar o conjunto de esforços e investimentos, resultando em sistemas articulados e evitando o desperdício de recursos humanos, materiais e financeiros.

18 - Estabelecer rede de centros colaboradores na área de informação e informática em saúde, selecionados através de processos abertos, de forma a melhor aproveitar a capacidade.

19 - Estimular, através de editais de fomento, a produção científico-tecnológica relativa às diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.

Este processo ainda está em construção e teve, como marco relevante, a sua discussão na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Será negociado na Comissão Intergestora Tripartite um plano de ação para sua implementação.



**Figura 5 – Modelo de Registro Eletrônico em saúde**

A partir do Registro Eletrônico em Saúde (RES), que constitui na automatização do prontuário do paciente, poderá ser estabelecido uma rede para subsidiar os diversos níveis de ação do sistema de saúde, desde o acompanhamento da situação de saúde dos indivíduos, a vigilância à saúde até a definição de políticas de saúde e o controle social. Este RES tem como chave primária os seguintes cadastros: do usuário (cadastro do cartão nacional de saúde – usuário), do profissional de saúde (cadastro do cartão nacional de saúde – profissional) e do estabelecimento de saúde (cadastro nacional de estabelecimento de saúde).

### 3.3. Sistemas de informações em saúde

Para acompanhamento da assistência à saúde nos estabelecimentos de saúde, o registro dos atendimentos é realizado no prontuário do paciente. Importante para a atenção à saúde os dados coletados no prontuário do paciente são potencialmente grande fonte de informação para apoio gerencial e clínico dos serviços de saúde.

Segundo Klück e Guimarães <sup>38</sup>, prontuário do paciente é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados (Resolução CFM 1331/89 –

anexo 1), armazenados em papel ou em meio eletrônico. Sua finalidade é a de registrar as informações necessárias para garantir a continuidade da assistência ao paciente, tanto hospitalar quanto ambulatorial, subsidiar o ensino e a pesquisa, e documentar as demandas legais. Os usuários dos prontuários são os profissionais e alunos do campo da saúde, e o próprio paciente. As informações registradas são utilizadas tanto para fins de acompanhamento clínico quanto para a gestão dos estabelecimentos de saúde e definição de políticas públicas. As informações do prontuário são de caráter obrigatório, devendo ser registradas em formulário próprio que será armazenado em pasta para este fim. Todos os registros deverão ser feitos de forma a permitir sua localização, leitura e identificação de autoria e deverão ser completos, acurados, objetivos e concisos.

Segundo Moraes <sup>4</sup>, o uso das informações referentes ao setor saúde sempre esteve presente no Brasil e aponta alguns marcos históricos.

- Em 1931, a diretoria geral de informações, estatísticas e divulgação do Ministério da Educação e Saúde, as informações de saúde já começavam a ser trabalhadas;
- Em 1974 foi constituída a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV – com a finalidade de “análise de sistemas, programação e execução de serviços de tratamento da informação e o processamento de dados através de computadores”;
- Em 1975, foi realizada a primeira reunião nacional sobre sistemas de informações de saúde, promovida pelo Ministério da Saúde que contou com a participação de representantes de todas as unidades federadas, cuja importância foi abrir a discussão sobre sistema de informação em saúde pela primeira vez no Brasil.

Segundo Almeida et al.<sup>39</sup>, até a década de 70, *“boa parte dos principais indicadores de saúde da população era obtida por métodos indiretos por meio de estimativas baseadas em dados censitários e pesquisas amostrais. Poucas unidades da federação possuíam sistemas de informação que permitiam a obtenção por métodos diretos de indicadores epidemiológicos/demográficos da população...”* Nos anos 70 e 80, os sistemas de informações automatizados foram sendo desenvolvidos a partir da ótica centralizadora do estado, e o processamento e análise das informações se limitavam ao nível federal de gestão.

Segundo Moraes <sup>4</sup>, *“a prática da clínica médica e a introdução de um mecanismo para coleta sistemática de informações sobre o doente, a doença e seu tratamento, marca a*



*gênese da organização dos sistemas de informações em saúde que, paulatinamente, vem se constituindo, no mundo contemporâneo, em espaço estratégico para a definição de políticas públicas em saúde. Entretanto, observa-se no setor saúde no Brasil uma tendência à fragmentação das informações, expressão da própria organização das ações em saúde, que vem sendo considerada um importante obstáculo ao efetivo uso das informações no processo de gestão da saúde.”*

Existem hoje no Brasil diversos Sistemas de Informação em Saúde, e embora todos estes sistemas sejam gerenciados pelo Ministério da Saúde são de responsabilidade de órgãos distintos, o que acarreta muitas vezes redundância de informações e divergências conceituais e múltiplas tabelas para a mesma variável. Entende-se por órgão de responsabilidade, o responsável pela definição das variáveis, fluxo de informações, críticas e agregação de dados, além da ordenação de alterações que se fizerem necessárias. Na maioria das vezes, a origem do Sistema de Informações se dá por necessidade de controle orçamentário e repasse financeiro.

Moraes <sup>4</sup>, afirma que o desenho de qualquer sistema de informações em saúde deve levar em conta os seguintes pontos:

- Por que se registra esta informação?
- Para que será utilizada?
- Quem a utilizará?
- Como será empregada?
- Por quanto tempo será útil esta informação?

Como as perguntas citadas por Moraes <sup>4</sup>, usualmente são feitas para o nível central, isto é, a partir do Ministério da Saúde, quando utilizados nos níveis municipal e local, os dados não atendem a seus objetivos específicos. Muitas vezes encontram-se tão agregados, que não é possível retratar a realidade individual, com é o caso do SIAB.

Vasconcellos et al. <sup>40</sup>, apontam a dificuldade de coordenação da diversidade de agências produtoras de informações relacionados a pelo menos duas questões: “a) à *lógica orientadora de produção das informações que é expressão da racionalidade do Estado brasileiro, cuja atualização se caracteriza por responder aos desafios colocados pela sociedade de forma reativa e tópica, com medidas pontuais, atomizadoras, compensatórias perante problemas conjunturais, fragmentando a realidade.* b) à *lógica*

*centralizadora e tecnocrata que caracterizou historicamente a estruturação do aparato produtor de informação no Brasil, principalmente no período da ditadura militar, em que a informação era tratada como questão de segurança nacional. Coerente, portanto, com a história de programas verticais do Ministério da Saúde”.*

Vasconcellos <sup>5</sup>, aponta que: *“a fragmentação, característica das ciências no pós-modernismo, tem tido uma expressão marcante no setor saúde brasileiro, gerando Sistemas de Informação em Saúde (SIS) dispersos, com pequena ou nenhuma articulação entre si ou com outros setores”.*

Almeida et al.<sup>39</sup> apontam a importância da descentralização da gestão dos serviços de saúde como um importante fator propulsor da descentralização dos sistemas de informação em saúde. Além desta questão, associam a incorporação da informática nos serviços de saúde e na vida privada de parte da população, como fator primordial para a agilidade na produção e disseminação da informação em saúde.

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), órgão da Secretaria Executiva, cuja missão é: *“prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde...”*, tem desenvolvido diversos sistemas de informações em saúde, orientados pelas Leis e Normas do SUS <sup>41</sup>.

Tradicionalmente os sistemas de informações do Ministério da Saúde, são desenvolvidos para o acompanhamento das ações de saúde e para orientar a transferência de recursos financeiros da esfera federal para os municípios. Na forma que estão estruturados, não conseguem dar conta da dimensão gerencial e clínica que envolve o ciclo de produção de informações do nível local. Isto se dá porque esses sistemas são desenvolvidos para atender somente a “alguns” procedimentos e “alguns” agravos/doenças preconizados pelo nível central, que nem sempre encontram correspondência com o cotidiano das unidades básicas de saúde.

Carvalho <sup>42</sup> afirma que no setor saúde no Brasil são produzidas uma enorme quantidade de dados e informações, a partir das atividades setoriais, tais como: vigilância epidemiológica, estatísticas vitais e administração de serviços, com os mais diversos fins. Os dados atualmente produzidos nos serviços de saúde são armazenados em

coleções de dados e coletados por sistemas nacionais como: SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares), Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre outros.

Vários autores têm se empenhado nos estudos das informações em saúde. Moraes <sup>4</sup> conceitua sistema de informações em saúde como: *“SIS é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços, e também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças”*.

Rangel <sup>43</sup> faz crítica quanto a qualidade da informação de saúde disponíveis e aponta para algumas limitações para as análises, tais como: *“a) uma parcela importante dos problemas de saúde da população pode estar invisível para os órgãos gestores da saúde; b) sistemas de saúde de menor grau de organização estão mais expostos aos erros de registro de informação, distorcendo os diferenciais encontrados; C) algumas variáveis essenciais para o estudo de desigualdades em saúde – ocupação, raça, dieta, tabagismo, consumo de álcool, entre outras – são negligenciadas em seu preenchimento ou estão ausentes das bases de dados em saúde”*.

Contudo, evidencia-se que os sistemas de informações têm que dar conta das diversas dimensões dos serviços pois, gerenciar um serviço de saúde significa cuidar dos aspectos organizacionais e funcionais, tal como em qualquer empresa. Isso quer dizer que gerenciar sistemas de saúde requer lidar com aspectos administrativos como controlar estoques de materiais, equipamentos, gerir finanças, recursos humanos, etc., isto é, controlar aspectos que representam as condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Em saúde, além disso, há os aspectos gerados pela prática de saúde, isto é, aqueles decorrentes do atendimento prestado, do ato clínico, ao indivíduo ou à coletividade.

Compõem obrigatoriamente os sistemas de gerência em saúde os sistemas informativos da condição do doente, de sua vida, do meio ambiente e de outros fatores que interferem no processo saúde-doença e que constituem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

### 3.3.1. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Para o acompanhamento e monitoramento das ações do PSF, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Seus dados são colhidos no âmbito domiciliar e nas unidades básicas de saúde.

De acordo com manual do SIAB <sup>44</sup>, *“seus relatórios permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Sua lógica central de funcionamento tem como referência uma determinada base populacional. O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados”*

Os instrumentos de coleta de dados do SIAB são:

Ficha A - Formulário de cadastramento das famílias e de levantamento de dados socio sanitários;

Fichas de acompanhamentos de grupos de risco e de problemas de saúde:

- Ficha B-GES - Formulário de acompanhamento de gestantes;
- Ficha B-HA - Formulário de acompanhamento de hipertensos;
- Ficha B-DIA - Formulário de acompanhamento de diabéticos;
- Ficha B-TB - Formulário de acompanhamento de pacientes com tuberculose;
- Ficha B-HAN - Formulário de acompanhamento de pacientes com hanseníase;
- Ficha C – Acompanhamento de crianças (cartão da criança)
- Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações

Instrumentos de consolidação dos dados do SIAB:

- Relatório A1, A2, A3 e A4 - Relatório de consolidado anual das famílias cadastradas;
- Relatório SSA2 e SSA4 – Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias;

- Relatório PMA2 e PMA4 – Relatórios de produção e marcadores para avaliação. (Os números 1,2,3 e 4, nos relatórios indicam os níveis de agregação correspondente).

Dados agregados permitem uma análise por grupos, isto é, micro-áreas, municípios, favorecendo o monitoramento e planejamento de grupos de indivíduos. Os relatórios do SIAB não permite uma análise individualizada, pois o registro pressupõe uma análise agregada. O prontuário continua sendo o sistema de informação para acompanhamento e análise individualizado, podendo contribuir para a clínica e para a gerência.

Avaliação normativa do Ministério da Saúde de 2001-2002 <sup>45</sup>, mostra que 49,6% das equipes de saúde da família pesquisadas referiram utilizar as informações do SIAB para o planejamento de suas ações. Esta situação não está relacionada com a ausência de formulário de registro, pois os formulários eram suficientes para 88% das equipes de saúde da família. Acredita-se que o não uso está relacionado com o percentual de profissionais capacitados para utilizar o sistema.

Para Escorel et al.<sup>21</sup>, SIAB pode ser assim resumido: *“O SIAB foi com freqüência avaliado pelos gestores como um sistema de informação elaborado para um programa, sem articulação com os demais sistemas de informação, exigindo múltipla alimentação de sistemas, especialmente o SIA/SUS. A existência de vários sistemas de informação que não se comunicam exige o preenchimento de diversos instrumentos e, segundo as circunstâncias alguns sistemas podem receber prioridade em detrimento da alimentação do SIAB. O elenco de procedimentos cobertos pelo SIAB não dá conta da totalidade das atividades dos profissionais, nem favorece a observação da integralidade da assistência proposta pelo município. A estrutura do SIAB não permite informar atividades de iniciativa municipal relacionadas com a especificidade da organização do sistema e com os problemas socios-sanitários locais”*.

Em síntese, a pesquisa apresentou as principais dificuldades do SIAB, onde se ressalta os aspectos a seguir:

- Ausência de articulação com os demais sistemas de informação de saúde;
- Exigência de múltipla alimentação de sistemas, especialmente o SIA/SUS;
- Ausência de comunicação e interoperabilidade entre os sistemas;

- Não cobertura pelo SIAB da totalidade das atividades exercidas pelos profissionais;
- Ausência de uma visão integral da assistência do município;
- Não atende às especificidade das demandas locais em relação a organização do sistema e aos problemas de socio sanitários locais.

Levando-se em conta as limitações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) bem como a necessidade de racionalizar a coleta de dados no nível local e o número de sistemas e aplicativos, o Ministério da Saúde vem trabalhando na perspectiva de disponibilizar um sistema de informação que amplie seu escopo e extrapole os limites do PACS/PSF. O Ministério da Saúde ampliou o conceito da atenção básica e das atribuições desse nível de atenção vem elegendo o que seria objeto de monitoramento a ser contemplado pelo sistema, de acordo, também, com a Política de Informação e Informática para o SUS

As discussões avançaram no sentido do SIAB estar incorporando variáveis e indicadores essenciais para o monitoramento da atenção básica do SisPréNatal, Sis-Hiperdia, SIA e Sistema Bolsa-Alimentação, além da integração com o Sistema Cartão Nacional de Saúde, Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e Sistema do Cadastro Nacional de Usuários e Domicílios (Cadsus).

Esta proposição inova ao trazer para o contexto do monitoramento as ações voltadas para a vigilância e a promoção da saúde. Neste sentido, as discussões e definições têm passado por todas as áreas que têm interface com a atenção básica, garantindo os avanços do SIAB atual <sup>46</sup>.

### **3.3.2. Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica - SIGAB**

De acordo com o DATASUS, o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB) <sup>13</sup>, destina-se à informatização da rede ambulatorial básica do Sistema Único de Saúde – SUS, e se constitui em uma ferramenta para o monitoramento e o planejamento contínuo do estabelecimento de saúde. Sua estrutura está organizada para captura de dados das consultas realizadas por médicos e profissionais de nível superior;

consultas odontológicas; atendimentos complementares de enfermagem e Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia - SADT e, vacinação.

O sistema prevê grupos de funções específicas, tais como:

Cadastro - registro e consulta de dados cadastrais relativos a:

- Usuários - de acordo com a seqüência numérica do prontuário do paciente e do número do Cartão Nacional de Saúde (dados de identificação e moradia);
- Unidades de Saúde - registro da Ficha de Cadastro Ambulatorial com críticas que serão utilizadas para a emissão do Boletim de Produção Ambulatorial - BPA;
- Profissionais de saúde do estabelecimento de saúde (dados de identificação e profissionais);
- Áreas geográficas (município, distrito sanitário, bairros, escolas, unidade de saúde);
- Tabelas de uso do sistema - de acordo com o padrão do SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (procedimentos) e Classificação e Codificação Internacional de Doenças (CID 10), Grupos de Atendimento (tabela do Ministério da Saúde).

Programas - PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF - Programa Saúde da Família;

Produção - Registra as consultas de profissionais de nível superior, atendimentos de grupo e atendimentos complementares (laboratório, enfermagem e vacinação) realizados na Unidade de Saúde (profissional, usuário, data da consulta, procedimento realizado, diagnóstico primário e diagnóstico secundário, encaminhamento realizado e data de retorno).

Relatórios – Existem alguns relatórios pré-definidos que são freqüentemente utilizados pelos gerentes, e também há a possibilidade de trabalhar na base de dados. Alguns dos relatórios pré-definidos são: Geral (Perfil de Atendimento da Unidade, Atendimentos por Especialidade, Atendimentos por Local de Moradia, Prontuários Selecionados, Atendimentos por Localidade, Atendimentos por Diagnóstico, Histórico do Usuário); Nível Superior (Produção de Consultas, Atendimentos dos Profissionais por Especialidade, Distribuição de Tipos de Atendimentos por Especialidade); Nível Médio

(Atendimento Complementar por Especialidade); Odontologia (Produção Odontológica, Procedimentos Executados por Faixa Etária, Estatística dos Atendimentos); Laboratório (exames realizados por Especialidade); Vacinação (Vacinação por Faixa Etária); Saúde da Mulher (Métodos Contraceptivos) e Operacionais (Listagem de Usuários, Geração de números para Prontuários), PACS/PSF (Série Histórica da Produção, Série Histórica das Informações de Saúde, Série Histórica dos Marcadores, Busca Ativa das Doenças por Microárea, Famílias por Microárea, Consolidado do Cadastramento das Famílias).

Faturamento - Emite o BPA - Boletim de Produção Ambulatorial em relatório e/ou em meio magnético para exportação ao SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

A atual versão do SIGAB passa a ser chamada de Gerenciador de Informações Local (GIL) e está em fase de teste no CSEGSF. Traz uma maior captura de dados, passando a atender demanda de vários sistemas; utiliza a identificação unívoca do Cartão Nacional de Saúde; possibilita o agendamento dos atendimentos; permite a coleta de dados dos atendimentos realizados pelas equipes de saúde da família. Devido ao fato da coleta de dados contemplar as variáveis de diversos sistemas de informações, o GIL emite relatórios atendendo a diversos sistemas como o SIAB; Hiperdia (hipertensos e diabéticos), SI-PNI (Programa Nacional de Imunizações), entre outros, contribuindo para diminuir o retrabalho na entrada de dados e emissão de relatórios.

### **3.3.3. Cartão Nacional de Saúde - CNS**

Historicamente os sistemas de informações em saúde são alvo de críticas quanto a diversas questões, a saber: a extrema fragmentação entre eles, gerando redundância de dados registrados em um mesmo município, e muitas vezes em uma mesma unidade de saúde; e a dificuldade de identificação entre os sistemas de informações ao analisarmos os procedimentos e as mudanças na situação de vida de um determinado indivíduo, a escolha tecnológica, a falta de padronização e as limitações das informações para apoio à decisão e ao apoio clínico.

Com o desafio de criar e implementar uma identificação unívoca para os usuários e profissionais de saúde e para os estabelecimentos de saúde, a proposta do Cartão



Nacional de Saúde (CNS) representa um avanço na sua concepção. Sua implantação foi organizada em duas etapas: 1ª etapa, Cadastramento dos Usuários do SUS e 2ª etapa, Sistema do Cartão Nacional de Saúde. A primeira etapa contemplava o cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o que na prática representa toda a população brasileira, que potencialmente é usuária da rede pública de saúde. O Ministério da Saúde <sup>47</sup>, instituiu o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação. Através da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde <sup>48</sup>, regulamenta a operacionalização e remuneração do Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde. A segunda, significa um sistema de informações em saúde para captura dos registros dos procedimentos nas unidades de saúde. Complementando os cadastros, o recadastramento dos estabelecimentos de saúde através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Com a dimensão geográfica, populacional e a diversidade de realidades econômicas, não foi tão simples a implantação destas etapas. Inicialmente deve-se levar em conta o custo de um projeto desta magnitude. O valor pago pelo Ministério da Saúde não cobre o custo operacional de cadastramento (reprodução dos formulários, contratação de cadastradores, digitação, equipamentos, e recursos humanos para manutenção do sistema e dos dados cadastrais). É necessária toda uma organização e logística para execução de um cadastro populacional. Outra questão importante é a compreensão do Cartão Nacional de Saúde. Quais são as suas reais funcionalidades? Quais os benefícios para os municípios? Estas questões dificultaram os gestores municipais de saúde a priorizarem este projeto?

Segundo Pedro Benevenuto <sup>49</sup>, a meta de cadastramento preconizada para o ano de 2004 foi atingida e existem 110 milhões de brasileiros cadastrados, o que representa 60% da população brasileira. Para o estado do Rio de Janeiro, a cobertura em 2004 foi de 20% da população do estado. A segunda etapa só foi possível nos municípios piloto, onde o Ministério da Saúde acompanhou de perto com seus técnicos e com apoio financeiro, através de equipamentos e material de consumo.

A responsabilidade pelo cadastramento dos usuários do SUS é da gestão municipal. Cada município realiza da melhor maneira que pode e com a prioridade definida por sua realidade local. Com 60% da população brasileira cadastrada, o Ministério da Saúde começa a utilizar algumas funcionalidades da identificação unívoca. Através da Portaria

174/MS <sup>50</sup> de maio de 2004, que vincula o repasse financeiro ao número do CNS, começa uma “pressão” para os gestores municipais e estaduais fortalecerem o cadastramento. Ainda segundo Pedro Benevenuto<sup>49</sup>, alguns gestores entendem o cadastramento como um compromisso social, outros não. Contudo a partir da Portaria 174/MS <sup>50</sup>, todos terão que rever esta questão: “..como todos os sistemas de informações vão ser identificados pelo cartão, ele vai ter de aumentar o cadastro para receber a fatura”.

Não podemos negar os avanços atingidos até o momento, mas ainda está longe a realidade em que teremos todos os estabelecimentos públicos (rede própria e conveniada) interligados e processando *on-line* as informações dos atendimentos de saúde da população brasileira.

### **3.4. O uso das informações em saúde**

O papel da informação para o planejamento e acompanhamento das ações de saúde é evidente e tem provocado inúmeros debates sobre o uso das informações para a tomada de decisão.

Existem diversos estilos de gestão nos serviços de saúde, mas é importante alertar que seja qual for o modelo de gestão, os mecanismos de registros das informações oriundas dos serviços de saúde podem se dar de diversas formas, mas não podemos negar o papel primordial dos sistemas de informações, principalmente os informatizados, como uma grande ferramenta para a análise dos dados.

Os sistemas de informações de uso local registram informações sobre os procedimentos executadas nos estabelecimentos de saúde. As informações são os parâmetros para o repasse financeiro do Ministério da Saúde para as esferas de governo.

Informações adequadas e bem utilizadas são instrumentos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, tanto para tomada de decisão dos gestores/gerentes, decisão clínica, quanto para o controle social. O conjunto de informações contido nos sistemas de informações desenvolvido pelo DATASUS não é de interesse exclusivo do Ministério da Saúde e sim, de todas as esferas de governo.

Merhy <sup>51</sup> aponta que a montagem de sistemas de informações em saúde seria um bom antídoto gerencial para o enfrentamento de uma boa parte dos problemas em saúde, por se entender que a sua “correta” montagem permitiria uma verdadeira visão das necessidades de saúde e dos modos necessários de operar os modelos de atenção, vistos como funcionais para enfrentá-las, o que permitiria, inclusive planejar, programar da melhor forma possível o conjunto dos recursos necessários para efetivá-los.

As informações em saúde são fundamentais para definição de políticas de saúde, para tomada de decisão e reorientação das ações de saúde. Usar as informações para este fim nos diversos setores de saúde tem sido um grande desafio. Podemos evidenciar algumas questões que certamente interferem no uso, e no não uso, das informações em saúde.

Segundo Moraes <sup>52</sup>, *“O desafio é ampliar o uso da informação no cotidiano do processo decisório da saúde, seja na formulação de Políticas, na gestão, nas vigilâncias, na clínica, seja no controle social, enfrentando a desigualdade de acesso aos benefícios do avanço tecnológico”*.

Penna apud Santana <sup>6</sup> afirma que, *“A informação não é gerada apenas pela consolidação dos dados e posterior construção de indicadores e sim pela nossa capacidade de formar um juízo da situação a partir de indicadores, juízo este que nos permite tomar decisões quanto a medidas corretivas a serem implantadas. ....Assim, dados ou indicadores não falam por si, precisam ser interpretados. No entanto existe uma tendência, sempre que se fala em avaliação, em aumentar a quantidade de dados coletados, visando o maior detalhamento do sistema de informação, sem que se avalie o custo operacional deste maior detalhamento reverte-se em um aumento proporcional da informação propriamente dita.”*

## 4. Capítulo IV - Processo de trabalho

### 4.1. A organização do trabalho e do processo de trabalho

Smith <sup>53</sup>, apontava a divisão do trabalho como o elemento essencial que explicava a crescente riqueza das nações. No seu exemplo clássico o autor descrevia uma fábrica de alfinetes, onde cada trabalhador especializava-se em uma atividade. *“Um homem puxa o fio, outro o acerta, um terceiro o corta, um quarto faz-lhe a ponta, um quinto prepara a extremidade para receber a cabeça, cujo preparo exige duas ou três operações diferentes. Vi uma pequena fábrica desse gênero com apenas dez empregados e onde, conseqüentemente, alguns executam duas ou três operações diferentes. Embora fossem muito pobres e, portanto, mal acomodados com a maquinaria necessária, podiam, quando se emper<sup>h</sup>avam entre si, fazer doze libras de alfinetes por dia. Há, numa libra, cerca de quatro mil alfinetes de tamanho médio. Essas pessoas, portanto, podiam fazer mais de quarenta e oito mil alfinetes num dia, mas se tivessem trabalhado isolados e independentes, certamente cada um não poderia fazer nem vinte, talvez nem um alfinete por dia”*.

A divisão do trabalho permitiu a expansão capitalista e no século XIX, com a ampla utilização de máquinas, levou a ganhos de produtividade nunca vistos.

Com o desenvolvimento dos computadores eletrônicos e a sua utilização na fábrica, o processo de substituição do trabalho operário pela máquina intensificou-se. Zuboff <sup>54</sup> caracteriza o processo de automação como a introdução da microeletrônica no chão de fábrica transformando por completo o processo de trabalho. A autora considera também o processo de informatização, ou introdução dos computadores e seus sistemas no escritório, como a segunda etapa da transformação no processo de trabalho na sociedade contemporânea. Esta segunda etapa modificou de forma significativa a prestação de serviços. Fábrica e escritório estão sendo transformados pela capacidade das Tecnologias de Informações (TI) incorporarem regras de negócio ou conhecimento sobre como fazer e o quê fazer em dadas condições.

Para Zarifian <sup>55</sup>, a crescente automação tem transformado o trabalho intelectual e exigindo mudanças na formação do trabalhador.

Para este autor, as atividades intelectuais exigem um conjunto de competências para julgar e tomar decisões em situações não previstas, ou seja, o trabalhador precisa ser capaz de tomar decisões de caráter eventual e imprevisível, pois as TI vêm paulatinamente assumindo todos os tipos de atividades onde uma especificação ou uma regra bem escrita pode descrever.

O ambiente de trabalho vem sendo caracterizado por aceleradas mudanças, muitas delas impulsionadas pela ampla utilização das Tecnologias da Informação, especialmente a Internet, que tem redimensionado o tempo e espaço.

Neste contexto, o entendimento da organização como um sistema aberto vem ganhando grande aceitação no campo da administração, especialmente quando se busca entender as razões que têm levado organizações, outrora invencíveis, a obsolescência e extinção.

As organizações operam em um ambiente que está em constante mutação. Para manter-se em equilíbrio com o ambiente no qual está inserida é necessário que as organizações mantenham a si próprias em um processo continuado de mudança de modo a adequar-se às novas demandas. Desta forma, a maneira como as suas atividades são executadas devem ser continuamente revistas.

É necessário que a organização mantenha indicadores confiáveis permitindo o entendimento das sinalizações externas e detecte possíveis inadequações entre sua maneira de operar e as demandas emergentes. Neste contexto, as TI são essenciais para traduzir as mudanças no contexto externo que motivarão o rearranjo da maneira como a organização opera, de forma a garantir a sua permanência num ambiente em mutação. A recusa em ajustar-se, especialmente por meios da forma como seus processos internos são conduzidos, levará a organização ao processo de entropia ou perda de energia resultando na sua falência.

A organização do trabalho em torno de processos e não em áreas especializadas tem sido outra tendência das organizações contemporâneas. A especialização vem sendo incapaz de atender com a rapidez requerida as necessidades da organização. Neste sentido, a organização do trabalho em torno de processos tem sido uma estratégia bastante utilizada.

## 4.2. Organização do trabalho orientado por processo

As definições de processo têm em comum a identificação de um destinatário ou cliente do processo. Necessariamente, todo processo deve gerar valor para este destinatário, ou seja, um processo é um conjunto de atividades que, juntas, produzem um resultado de valor percebido para um dado cliente.

Processos são atividades, feitas por pessoas, usando métodos e ferramentas, que transformam entradas em saídas destinadas ao cliente. É ainda um conjunto de tarefas, logicamente relacionadas, executadas para obter um resultado. São exemplos de processo de negócio: desenhar um novo produto, comprar serviços e suprimentos, contratar um novo empregado, pagar fornecedores.

Para Davenport <sup>56</sup>, processo é *“uma ordem específica de atividades de trabalho ao longo do tempo e do espaço, com um começo, e um fim, e claramente identifica as entradas e saída: a estrutura para a ação”*. Para Hammer&Champy <sup>57</sup>, é *“uma coleção de atividades que recebe um ou mais tipos de entrada e cria uma saída que é um valor para o consumidor”*. Nos serviços de saúde identificamos claramente alguns processos do cotidiano tais como: atender paciente, realizar visita domiciliar, dispensar medicamentos, etc.

Keen <sup>58</sup> afirma que um processo é qualquer trabalho que reúne estes quatro critérios: a) é recorrente; b) afeta algum aspecto das capacidades organizacionais; c) pode ser executado de diferentes maneiras fazendo diferença quanto à contribuição que gera em termos de custo, valor, serviço ou qualidade; d) envolve coordenação.

Quanto ao tipo, os processos podem ser: a) operacionais (produção) – processo estabelecidos para alcançar diretamente objetivos operacionais; b) de controle – processos que têm como objetivo manter continuamente um estado relacionado a outro processo; c) genérico – processo que é aplicável a qualquer membro do grupo; d) customizados – uma adaptação de processos genéricos que se adequam a objetivos e usos identificados na organização.

### 4.3. Elementos da organização por processo

A gestão por processo deve observar, segundo Davenport<sup>56</sup>, um conjunto de características a saber:

- Visão das atividades como processo – enfatiza-se a maneira como o trabalho é organizado e executado. O trabalho executado em um dado processo deve ter elementos de medição, controle, gerenciamento e um destinatário ou cliente específico. A maneira pela qual o trabalho é e deve ser organizado facilitará ou dificultará a melhoria sistemática do processo.
- Visão sistêmica do trabalho - cada empregado deve ter uma visão clara a respeito do como, do por quê, do para quê e do para quem é feito o seu trabalho, em substituição a uma visão unidimensional e compartimentalizada existente na orientação tradicional, baseada em funções. As organizações orientadas para processos procuram preparar seus empregados para novos comportamentos, incluindo mudanças de valores, crenças e princípios. Procuram reagrupar suas atividades, tornando-as mais sistêmicas e interdependentes.
- Delegação às equipes da responsabilidade sobre os processos – concede-se ao executor do processo autoridade para tomar as decisões necessárias. O sucesso do trabalho depende mais de atividades e esforços de empregados com autonomia e poder de decisão, do que de ações de gerentes funcionais orientados para tarefas e baseado em controles e supervisão.
- Mudanças no enfoque da avaliação para gestão do desempenho – os processos devem ser medidos e avaliados por indicadores objetivos relacionados a quantidades de valor gerado por aquele processo. A remuneração dos empregados nas organizações orientadas por processo privilegia as competências, o trabalho em equipe e os resultados objetivos.
- Lideranças e não chefias – busca-se desenvolver nos gerentes as competências necessárias para gestão de equipes de trabalho. Os gerentes são vistos como líderes, capazes de influenciar e reforçar valores e crenças da organização por

meio de suas ações. Ao moldar os processos e motivar os empregados, os líderes preocupam-se com a realização do trabalho e o alcance de resultados.

- Estrutura organizacional horizontalizada. - o trabalho organiza-se em torno dos processos e das equipes que as executam. As pessoas comunicam-se diretamente com quem precisam. O controle é assumido pela pessoa que executa o processo. Nas organizações mais horizontalizadas, os gerentes aproximam-se mais dos clientes e dos executantes do trabalho. Observa-se que as etapas do processo podem ser distinguidas das versões hierárquicas e verticais da estrutura organizacional. Enquanto a estrutura hierárquica é tipicamente uma visão fragmentada e estanque das responsabilidades e das relações de subordinação, a estrutura de processo é uma visão dinâmica pela qual a organização produz um bem ou serviço.

O estudo do processo de trabalho muitas vezes é baseado na observação direta, análise das fases e atividades executadas pelos trabalhadores da produção.

#### **4.4. Processo de trabalho em saúde**

Ao abordarmos o processo de trabalho em saúde, é importante destacarmos as características específicas do objeto da saúde. Estas características definem a complexidade da prestação de serviços de saúde. Saúde – Doença não é um produto ou mercadoria comum como em outros setores. A medicina é uma prática orientada para o consumo individual e coletivo e requer a adequação do saber às necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos seres humanos, na forma em que são percebidas e julgadas pelos usuários e não apenas pelos profissionais. O consumo do cuidado de saúde se dá no momento do ato da produção. A meta do cuidado de saúde é melhorar a saúde. O impacto de cada procedimento de saúde dependerá da capacidade de intervenção e de que forma afetará a vida de cada um.

Segundos Nogueira <sup>59</sup>, deve-se levar em conta três aspectos fundamentais ao abordarmos o tema processo de trabalho em saúde. Primeiro, é um exemplo de um processo de trabalho como outro qualquer, e compartilha aspectos comuns como outros setores. Em segundo, temos que pensar que toda assistência à saúde é um serviço, onde



o processo de trabalho não se realiza sobre coisas ou objetos, como estamos acostumados a enxergar serviços. E em terceiro, que não é um serviço qualquer e sim um serviço que está pautado numa inter-relação pessoal muito intensa, decisiva para a própria eficácia do ato.

Ainda segundo Nogueira <sup>59</sup>, a idéia de processo de trabalho em saúde é algo abstrato, pois existem várias formas de realizar atos de saúde. Como qualquer serviço, as ações de saúde pressupõem uma antevisão dos resultados desejados e portanto, baseam-se em ações que se acredita irão proporcionar os resultados esperados. Apesar de apontar para uma direcionalidade coletiva, pois um conjunto de categorias e indivíduos procuram agir compartilhando os conhecimentos, os médicos controlam os processos de trabalho em saúde, a partir do ato técnico. Outra questão apontada por Nogueira, é a integração entre os aspectos intelectual e manual, o que significa que os profissionais de saúde participam diretamente na execução dos procedimentos. Há outra particularidade apontada: a fragmentação dos atos, fazendo com que o usuário passe por vários procedimentos dentro da unidade de saúde. Não devemos esquecer que se espera do usuário a colaboração, prestando informações, seguindo as orientações além de executar alguns atos.

Uma análise feita por Ribeiro e Pires <sup>20</sup> ressalta a especificidade do trabalho no setor saúde como uma atividade coletiva e compartimentalizada, ou seja, cada grupo profissional se organiza e presta assistência de saúde separada dos demais. Como dito, essa fragmentação traz muitas vezes a duplicação de esforços e contribui para o aumento dos gastos e desgaste por parte dos usuários. Muitas vezes os diferentes profissionais têm atitudes contraditórias diante de uma mesma situação.

Os processos de trabalho em geral, estão em todas as áreas e na área de saúde, podem-se dividi-los naqueles que têm implicação direta com o usuário (rotina de atendimento), e os processos que estão relacionados com as áreas de suporte (gerenciais). No entanto, a especificidade da atenção à saúde aponta para complexidade dos processos de trabalho em saúde. Um mesmo processo pode se desdobrar em diferentes processos dependendo da demanda de cada usuário.

No caso específico do Programa Saúde da Família, Merhy e Franco <sup>10</sup> sugerem que, o papel dos recursos humanos é uma questão fundamental, portanto a capacitação é

estratégica e as equipes têm suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, o que determina o processo de trabalho de cada profissional.

Segundo Bittar <sup>60</sup>, estrutura e processo caracterizam o meio interno da instituição. O meio ambiente ou meio externo caracterizam diversos fatores que interferem nos processos de produção e de programas e serviços. Esses processos necessitam de planejamento, organização e coordenação para serem executados através dos programas e serviços. O autor demonstra da figura 6 abaixo, a comunicação como um fator que interfere na distribuição e nos resultados dos processos de produção.

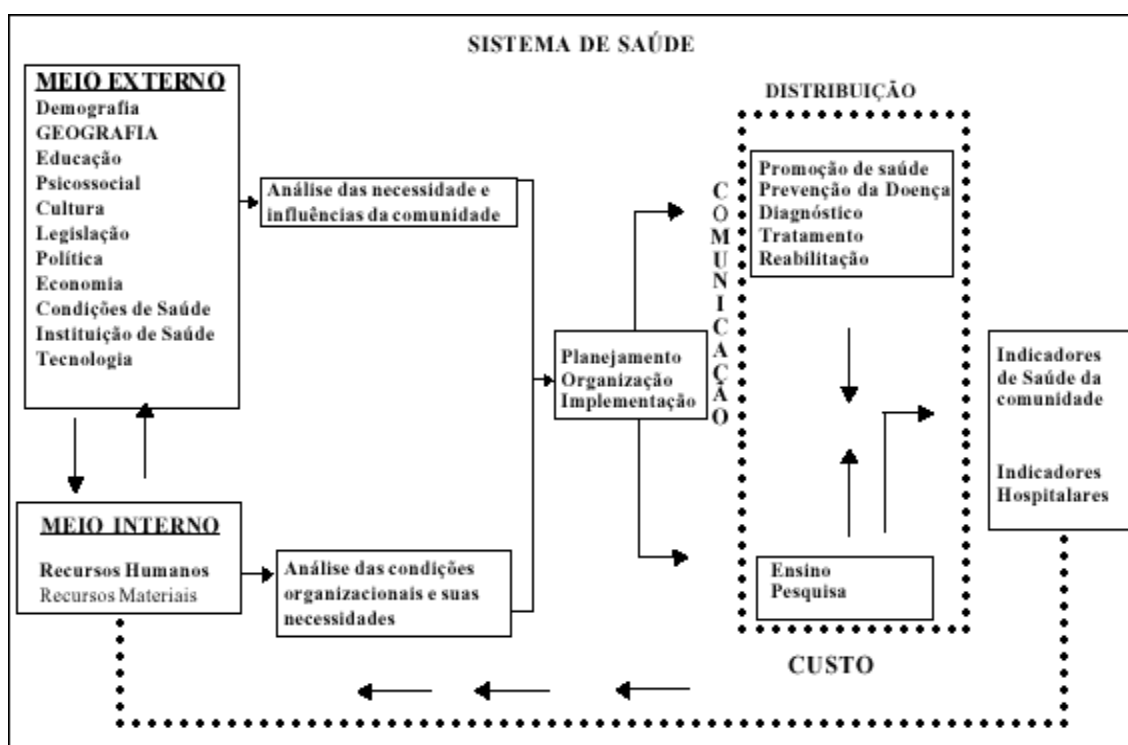


Figura 6 – Modelo de Bittar

Em algumas situações os serviços se tornam inviáveis economicamente. Ribeiro e Pires<sup>20</sup>, apontam algumas alternativas de enfrentamento desta questão, tais como: *a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho qualificada; a redução de salários; a precarização das condições de trabalho; a externalização, o auto-serviço*, dentre outros. Estas alternativas buscam dar conta da dimensão “econômica”, mas é preciso fazer uma análise do impacto dessas escolhas na qualidade da assistência à saúde da população, bem como o reflexo econômico a médio e longo prazo.

Merhy e Franco <sup>10</sup>, apontam para a importância da micropolítica do processo de trabalho nos serviços de saúde como fator determinante do processo de produção de saúde, baseado nas tecnologias leves para mudar o perfil assistencial. O autor classifica as tecnologias de trabalho em saúde em três tipos: a) tecnologias duras - as inscritas nas máquinas e instrumentos; b) tecnologias leve-duras - as presentes no conhecimento técnico estruturado e c) tecnologias leves - as chamadas tecnologias das relações, e propõe que esta seja determinante da produção de serviços. Agregado a essas tecnologias, os autores pressupõem o uso de diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém. Estas “tecnologias de trabalho” são conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo, utilizados para produzir saúde. Para os autores, este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas, como tecnologias dura e leve-dura, respectivamente, lugares próprios do “trabalho morto”. Quando este conhecimento está nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho - vivo em ato – caracteriza-se na produção de relações.

O modelo de assistência do PSF é voltado para a vigilância em saúde e segundo Merhy e Franco <sup>10</sup>, o programa propõe uma nova forma de operar o trabalho em saúde, a partir da reorganização do processo de trabalho, revendo os modos de fazer assistência centrado nas ações e saberes médicos. Este é um desafio que não está garantido pela implantação do PSF e, sim, por mudanças no processo de trabalho em saúde.

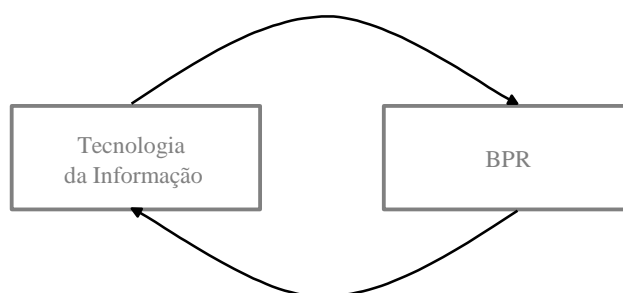
Santana <sup>61</sup> afirma haver um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde. Para ele os objetivos da gestão do trabalho em saúde são o processo destinado a: a) evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais; b) mediar os conflitos de interesse que muitas vezes surgem nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipe profissional como com os usuários; c) contribuir para o controle da produção e da qualidade do atendimento.

#### 4.5. Redesenho de processo

O redesenho de processo é a pesquisa para implementação de mudanças radicais nos processos de negócios para obter resultados surpreendentes. O *Business Process Reengineering* (BPR) é na essência uma filosofia de melhoria de *performance* que objetiva alcançar melhorias radicais através do repensar e redesenhar a maneira pelo qual os processos de negócio são executados. Este método busca melhorias radicais ao invés de melhorias incrementais. Acredita-se que os processos essenciais tem capacidade de gerar impacto nos resultados.

Inicialmente é necessária a identificação dos processos. Para que isso ocorra é imprescindível o apoio da gerência e da equipe de trabalho, e seguir alguns passos: a) organizar a equipe e o trabalho (nomear, explicar, selecionar processos críticos); b) entender os processos (motivo e fluxo de cada um); c) introduzir aperfeiçoamentos; d) desenvolver sistema de medição; e) interagir e melhorar.

Neste sentido, qualquer esforço de BPR utilizará a Tecnologia de Informação para permitir que o processo seja executado de novas maneiras que são qualitativamente diferentes, permitindo sua otimização e agilidade.



*Fonte: Adaptado de Sandra Mariano*

**Figura 7 – Relacionamento entre Tecnologia da Informação e BPR**

Para o redesenho de processo é essencial ainda que se observe a visão externa, ou seja, daquele que será o beneficiário, ou cliente ou receptor dos resultados do processo. A perspectiva que define um processo de negócio são os olhos do cliente (interno ou externo) daquele processo.

Busca-se, ainda, a maximização do valor adicionado do conteúdo do processo e minimização de todo o resto. A definição do valor adicionado pode ter muitas formas que podem ser mensuradas através de medidas de *performance*.

É natural que o ambiente de trabalho modifique-se concorrentemente para ajustar-se ao processo de redesenho. As adaptações das organizações a partir de um redesenho pode ser demonstrada pela figura 8, *Diamond* de Leavitt <sup>62</sup>, onde existe um equilíbrio entre as 4 variáveis de uma organização – Processo de negócio, Estrutura da organização, Uso da Tecnologia da Informação e Habilidades pessoais requeridas. Se uma das 4 variáveis mudar, as outras três devem ser ajustadas.

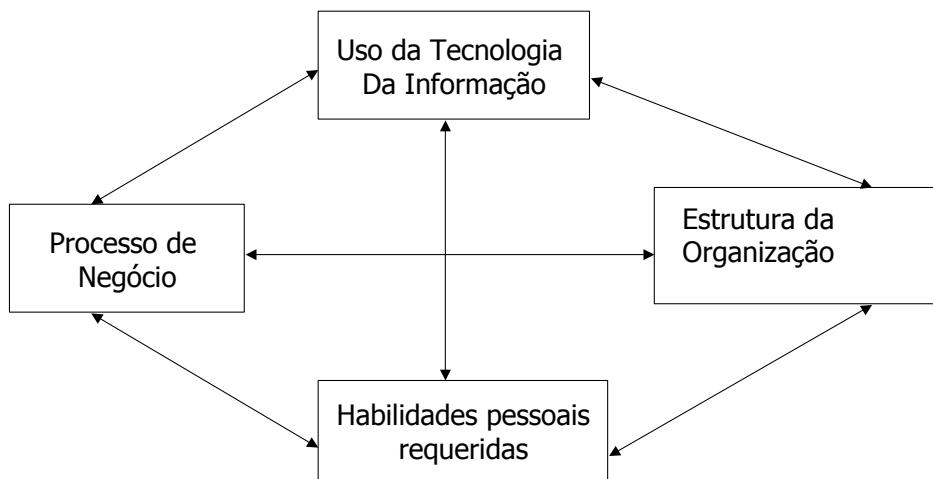


Figura 8 - Framework conceitual que relaciona a TI e a sua capacidade de transformação

Segundo Davenport <sup>56</sup>, a melhoria dos processos implica atingir os princípios das seguintes etapas:

a) Eliminar: serviço realizado e não necessário; tempo de espera; idas e vindas desnecessárias; processos que não têm sentido; papelada excedente; defeitos - falhas - retrabalho; duplicação de tarefas; reformatar ou transferir informações.

b) Simplificar: formulários e padrões; procedimentos; comunicação; tecnologia; fluxos; processos e áreas problemáticas.

c) Integrar: funções; equipes; serviços diferentes; fontes ou pacotes de suprimentos.

d) Automatizar: o que é difícil de fazer ou muito trabalhoso; o que é repetitivo; entrada de dados; transferência de dados; análise de dados.

Para Hammer & Champy <sup>57</sup>, “o fundamental é repensar e redesenhar radicalmente os processos de negócio para alcançar melhorias radicais em medidas contemporâneas críticas, como custo, qualidade, serviço e velocidade”. A filosofia de melhoria de *performance*, que objetiva alcançar melhorias radicais por primeiramente repensar e redesenhar a maneira que os negócios são conduzidos, está na base dos processos de BPR.

Este estudo levou em consideração as etapas identificadas pelos autores como fundamentais para o redesenho do processo. As atividades e os processos foram analisados na perspectiva de identificar as idas e vindas, as duplicações, os formulários, os padrões, a tecnologia, os fluxos (áreas problemáticas), as funções e os sistemas de informações existentes. Assim, este estudo contribui para o redesenho de processo no CSEGSF.

## 5. Capítulo V - Materiais e métodos

### 5.1. Experimentação com vistas a intervenção

Um dos métodos utilizados para se fazer uma pesquisa é o *estudo de caso*. Este método contribui para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

Segundo Yin <sup>63</sup>, o estudo de caso é escolhido ao se examinar acontecimentos contemporâneos quando não se podem manipular comportamentos relevantes <sup>a</sup>. Como uma estratégia de investigação, representa uma maneira de se investigar um tópico empírico, seguindo-se de um conjunto de procedimentos pré-especificados. Quando utilizados, os estudos de casos costumam utilizar duas fontes: observação direta e série sistemática de entrevistas. Uma das principais características dos estudos de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências: documentos, artefatos, entrevistas e observações, além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional.

Yin <sup>63</sup>, afirma que, *“o estudo de caso, contribui de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.” “Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “com” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Pode-se complementar esses estudos de casos “explanatórios” com dois outros tipos – estudos “exploratórios” e “descritivos”.*

Pode-se usar o método de estudos de caso quando deliberadamente for lidar com condições contextuais, acreditando que elas possam ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo. Considera-se importante entender o estudo de caso como uma estratégia de investigação, como um método que abrange a lógica de planejamento,

---

<sup>a</sup> Segundo Yin, 2001, existem experimentos que o pesquisador pode manipular o comportamento direta, precisa e sistematicamente. Isso pode ocorrer em um laboratório, no qual o experimento pode focar uma ou duas variáveis isoladas (e presume que o ambiente de laboratório possa “controlar” todas as variáveis restantes além do escopo de interesse), ou pode ocorrer em um campo, onde surgiu o termo experimento social para se ocupar da pesquisa em que os pesquisadores “tratam” grupos inteiros de pessoas de maneiras diferentes, como lhes fornecer tipos diferentes de documentação comprobatória (Broruch, a ser lançado)

abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados, não sendo somente uma tática para coleta de dados.

É importante ressaltar que os estudos de caso não são “unidades de amostragem”, portanto, é um erro conceber a generalização dos resultados. As questões aqui tratadas representam somente a realidade do universo estudado.

## 5.2. O universo do estudo de caso

O estudo de caso foi realizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (CSEGSF), um departamento da ENSP/Fiocruz. Sua missão é a assistência à população moradora de Manguinhos, a pesquisa e o ensino em saúde, o que significa que todas as funções e atividades ali desenvolvidas podem envolver alunos, principalmente de pós-graduação da ENSP/Fiocruz. A população de Manguinhos é composta de moradores de alguns bairros no município do Rio de Janeiro – Bonsucesso e Benfica.

É importante ressaltar que o CSEGSF apresenta um perfil diferenciado da maioria das unidades básicas de saúde por possuir, além do atendimento de clínicas básicas e do Programa Saúde da Família, algumas especialidades e laboratório de análises clínicas. Por ter esta característica e por ser uma unidade vinculada à esfera de governo federal, o Departamento de Informação e Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS) vem utilizando este espaço como campo de teste para algumas Tecnologias de Informações, como por exemplo o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB).

Geograficamente definida, a área de abrangência - espaço de responsabilidade sanitária - do Centro de Saúde, o complexo de Manguinhos, tem uma população residente de aproximadamente de 45.000 habitantes, distribuída em 15 comunidades. Estas comunidades apresentam-se em conjuntos habitacionais, casas de alvenaria e barracos de madeira. Devido ao processo de favelização, esta organização não se apresenta mais de forma regular e observa-se um “novelo” de construções que compõem o complexo de Manguinhos.



### **5.3. Coleta de dados**

O levantamento dos dados foi realizado a partir da observação no campo, leitura de documentos e da utilização de questionário semi-estruturado, utilizados como base das entrevistas junto à equipe do CSEGSF.

O questionário foi estruturado em duas partes: a primeira consistiu em dados de identificação do perfil profissional do entrevistado e a segunda parte buscou identificar as etapas e os processos de trabalho com o enfoque no registro e no uso das informações, na perspectiva dos entrevistados.

O universo de pessoas entrevistadas compunha-se daquelas que atuam na equipe de coordenação do CSEGSF e no Programa Saúde da Família. Assim, foram entrevistados: a gerência do CSEGSF, as coordenações de assistência, de ensino e pesquisa, de desenvolvimento comunitário e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativo e agentes comunitários de saúde. Foram entrevistadas 19 pessoas. A identificação dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, foi realizado através da coordenação do PSF no CSEGSF.

As entrevistas foram individuais, realizadas pela própria autora da dissertação, no CSEGSF, espaço de trabalho dos entrevistados. As pessoas foram identificadas através de código para garantir privacidade ao entrevistado diretamente. Além das anotações em formulário, as entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados, visando garantir a fidedignidade e extensão dos relatos. Os dados foram trabalhados de forma agrupada, expressando a impressão do conjunto de profissionais.

### **5.4. Análise dos dados**

Toda a análise se pautou no objetivo do estudo, onde se buscou identificar os processos de trabalho do PSF no CSEGSF, o fluxo das informações e os sistemas de informações ali utilizados. O foco central foi voltado para a aderência dos sistemas de informações em saúde aos processos de trabalho.

A computação dos dados foi realizada em planilha eletrônica, baseando-se nos questionários e nas gravações das entrevistas. Inicialmente os dados foram digitados de forma desagregada e divididos de acordo com as partes do questionário. O trabalho se concentrou nos processos essenciais conforme preconizado pelas técnicas de redesenho.

A partir destas planilhas, podemos traçar o perfil profissional dos entrevistados (categoria profissional, idade, sexo, tempo de serviço na função em exercício), os processos de trabalho por eles identificados, a maneira que as informações destes processos são registradas, bem como o tipo de mídia utilizado. As mídias foram apontadas a partir das entrevistas e foram consideradas “mídias eletrônicas” a planilha eletrônica e o editor de texto, e sistema de informações em saúde aqueles programas desenvolvidos especificamente para o registro dos procedimentos de saúde.

Posteriormente, as respostas foram agrupadas por categoria profissional, tipo de mídia, sistemas de informações em saúde finalidade e uso das informações.

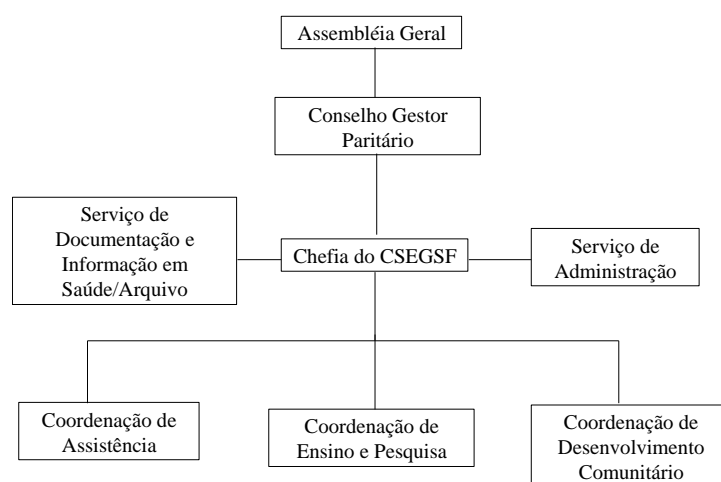
Foi identificada a criação de formulários próprios, independente dos já utilizados no CSEGSF.

Por fim, foram realizadas análises dos processos contemplados pelos sistemas de informações em saúde, e a forma de entrada de dados nos sistemas.

## 6. Capítulo VI - O estudo de caso

### 6.1. Descrição do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz

O contexto institucional do CSEGSF é organizado em dois Serviços que subsidiam a chefia – Serviço de Documentação e Informação em Saúde (SEDIS) e Serviço Administrativo, além de três coordenações: Coordenação de Assistência – serviço responsável diretamente pela organização da assistência à população, através das consultas, assistência de enfermagem e apoio diagnóstico, onde situa-se o Programa Saúde da Família e a Vigilância Epidemiológica – responsável pelas ações de vigilância epidemiológica articulada ao Centro Municipal Américo Velloso (CMS - Ramos); Coordenação de Ensino e Pesquisa – responsável pela coordenação dos diversos cursos e pesquisas desenvolvidos pelo CSEGSF; e Coordenação de Desenvolvimento Comunitário – principal articulador do CSEGSF com a comunidade e as ações intersetoriais. Numa perspectiva matricial, conta também com núcleos de ações específicas, composto por profissionais das diversas coordenações – Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PASI), Núcleo de Práticas Naturais em Saúde (NUPS), Núcleo de Alimentação e Nutrição – Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição (CECAN), Núcleo de Ações e Estudos em Comunicação em Saúde (NAECOS), Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Bessermann (NEDH), Núcleo de Dependência Química (NUDEQ), Núcleo de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (NDST/AIDS). Esta organização está representada no organograma a seguir:



Fonte: Chefia do CSEGSF/ENSP/Fiocruz, setembro de 2004

**Figura 9 – Organograma do CSEGSF/ENSP/Fiocruz**

Diferentemente das unidades municipais de saúde, administradas pela Secretaria Municipal de Saúde, sua gerência está a cargo da esfera federal. Existe uma articulação com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) responsável pela atenção básica no município do Rio de Janeiro reconhecendo o CSEGSF como co-responsável pelo atendimento básico dos moradores de Manguinhos, situado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro, na Área de Planejamento 3.1, ao longo da Estrada de Ferro da Leopoldina, ocupando uma área localizada na X<sup>a</sup> (Ramos) Região Administrativa.

O Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro/RJ inclui a área de abrangência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz (CSEGSF) como uma das regiões selecionadas para esta implantação. Uma questão importante para esta escolha foi o fato de o complexo de Manguinhos ter sido o sexto pior índice de desenvolvimento humano (IDH) entre os bairros do município do Rio de Janeiro em pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, encomendada pela prefeitura do Rio de Janeiro <sup>11</sup>.

Nesta região, é evidente o processo de favelização das áreas urbanizadas. Observam-se moradias de alvenaria e também um grande número de famílias morando em barracos improvisados, construídos embaixo de viadutos, das linhas de alta tensão, ao lado dos leitos dos rios e da tubulação da Adutora de água do Guandu.

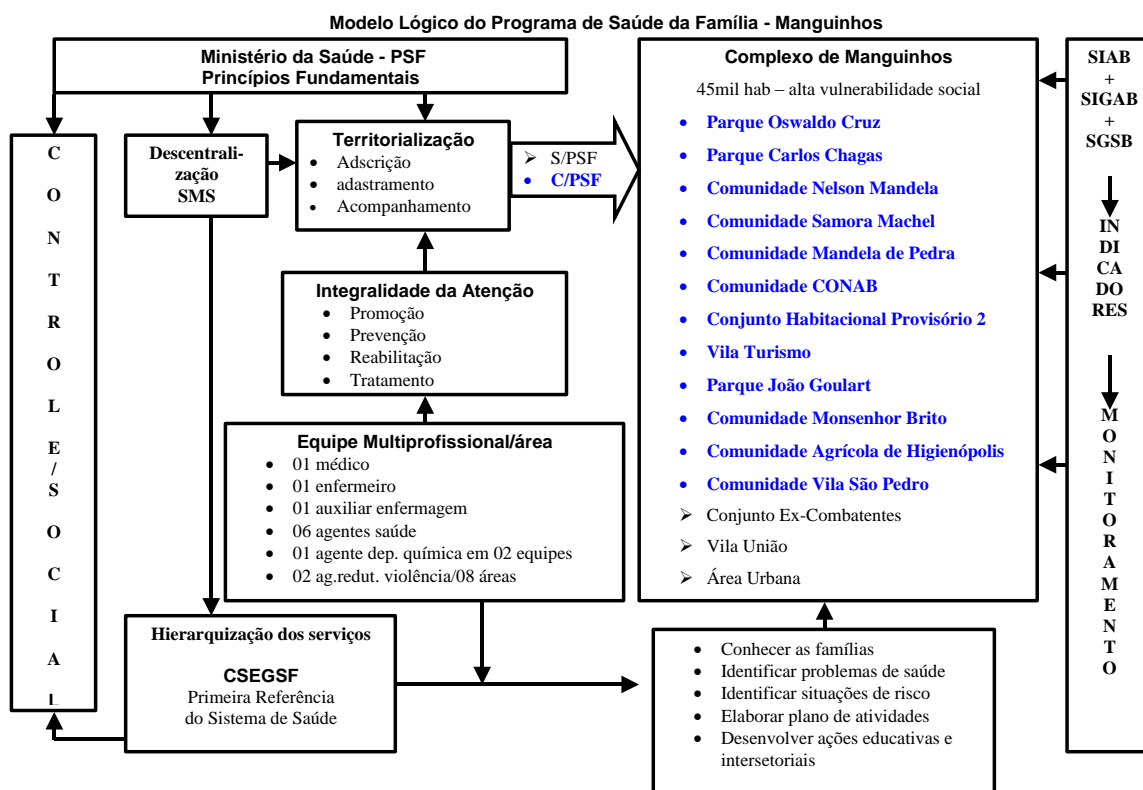
O Complexo de Manguinhos está distribuído em 15 comunidades (denominados por Áreas, Parques, Comunidades, Vilas e Conjuntos). O Programa Saúde da Família atua em 12 comunidades do complexo de Manguinhos.

## **6.2. O Programa Saúde da Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz**

A implantação do Programa Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz iniciou-se em 2000 com duas equipes de saúde da família atendendo as comunidades de Mandela de Pedra e Parque João Goulart. Sua expansão ocorreu no segundo semestre de 2004, atingindo assim uma cobertura de aproximadamente 80% da população do Complexo de Manguinhos.

Através de convênio entre a prefeitura do Rio de Janeiro representada pela Secretaria Municipal de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, firmou-se o seguinte acordo:

- Implantar 2 equipes de PSF nas comunidades de Mandela de Pedra e Parque João Goulart no ano de 2000;
- Aumentar a cobertura do PSF para 100% da nossa área de atuação com mais 6 equipes de PSF no ano de 2003;
- Instituir o CSEGSF como centro colaborador funcionando como unidade de primeira referência para equipes de PSF, aumentando sua resolutividade e realizando a supervisão das equipes de PSF além de atuar como co-responsável na reorganização do sistema de saúde da Leopoldina Sul. Credenciando-se como centro colaborador da prefeitura o CSEGSF se insere na estrutura do sistema municipal de saúde.



**Figura 10 - Modelo lógico do Programa Saúde da Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz**

Fonte: Curso de Especialização em Avaliação de Programa de Controle de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/AIDS/ENSP/Fiocruz – 2004 - Aluna Celina Santos Boga Marques Porto

**Legenda:** Em preto as comunidades da área de abrangência sem equipes de saúde da família. Em azul as comunidades com equipes de saúde da família.

O CSEGSF desenvolve atividades assistenciais no complexo de Manguinhos desde 1968, como campo de prática da ENSPSA. Desde então, existia um acordo informal com a Secretaria Municipal de Saúde em relação a responsabilidade sanitária desta área. O convênio firmado para implantação do PSF, permitiu ao CSEGSF se inserir formalmente na estrutura do sistema municipal de saúde.

Existe uma flexibilização quanto à composição das equipes de saúde da família, a partir de uma equipe mínima: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. De acordo com a realidade da área de abrangência do CSEGSF, as equipes de saúde da família contam com agentes comunitários específicos: agente de dependência química e agente redutores de violência.

### **6.3. Os sistemas de informações em saúde do CSEGSF/ENSP/Fiocruz**

No CSEGSF/ENSP/Fiocruz, são utilizados sete sistemas de informações: 1) o prontuário do paciente, onde são registrados todos os atendimentos realizados pelos profissionais do CSEGSF. Os outros seis são informatizado; 2) o Sistema de Gerenciamento de Almoarifado (SGA), para controle do almoarifado e estoque de farmácia; 3) o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) para o controle dos medicamentos dos portadores de HIV/AIDS; 4) Remédio em casa, para acompanhamento da dispensação de medicamentos via correio; 5) o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB/DATASUS), para registro dos procedimentos das ações de saúde, realizados no centro de saúde. Atualmente está sendo implantado nova versão- Gerenciador de Informações Locais (GIL); 6) o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para registro e acompanhamento do Programa Saúde da Família e 7) o Sistema de Gestão de Saúde Básica (SGSB/Health Solution–SMS/RJ), para acompanhamentos do Programa Saúde da Família. Este sistema encontra-se em fase de implantação pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e foi desenvolvido para acompanhamento do PSF, diferencia-se do SIAB por contemplar dados individualizados. As informações dos diversos sistemas, são parcialmente utilizadas pela chefia, e não existe uma rotina de acompanhamento e utilização das informações registradas. Os diversos sistemas têm gerências separadas, distribuídas da seguinte maneira: O SGA é controlado pelo serviço administrativo, o

SICLOM e o Remédio em Casa são controlados pela farmácia (coordenação de assistência), o SIGAB/GIL é coordenado pelo serviço de documentação e informação e o SIAB e SGSB é coordenado pela SMS/RJ.

#### **6.4. Análise do estudo de caso**

##### **6.4.1. Perfil dos entrevistados**

Inicialmente foi traçado o perfil dos entrevistados levantando as seguintes variáveis: categoria profissional, sexo, idade, local de trabalho, setor de trabalho e tempo na função atual. Todos os profissionais referiram trabalhar no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz (CSEGSF).

Identificamos que, em relação à categoria profissional, a maioria era de agentes comunitários de saúde, seguido de enfermeiros e em seguida médicos, contando apenas com um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo. Ressalta-se a existência de uma agente comunitário de saúde – conselheiro de dependência química. Esta distribuição está coerente com a composição das equipes de saúde da família proposta pelo Ministério da Saúde. Um dos desafios do PSF é a inserção dos profissionais nas equipes de saúde.

Segundo Brasil<sup>45</sup>, nenhuma unidade federativa apresentou 100% das equipes com a presença do médico e 1,7% não contava com auxiliar de enfermagem. Uma das equipes de saúde da família no CSEGSF não contava, no momento, com médico e outra, não contava com auxiliar de enfermagem.

O agrupamento das categorias respeitou as especialidades, pois mesmo os profissionais exercendo cargo de chefia e coordenação, continuam, em sua maioria, com atividades no atendimento.

**Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados por categoria profissional**

| <b>Categoria Profissional</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Técnico de enfermagem         | 1         | 5,26         |
| Agente comunitário de saúde   | 9         | <b>47,3</b>  |
| Enfermeiro e Enfe Sanitarista | 5         | <b>26,3</b>  |
| Médico                        | 3         | 15,7         |
| Auxiliar Administrativo       | 1         | 5,26         |
| <b>Total</b>                  | <b>19</b> | <b>100,0</b> |

*Fonte: Entrevistas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – dez 2004*

Em relação ao sexo, 85% são do sexo feminino e 15% do sexo masculino, situação bastante comum nos serviços de saúde pública, como demonstra a tabela 2:

**Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados por sexo**

| <b>Sexo</b>  | <b>n</b>  | <b>%</b>      |
|--------------|-----------|---------------|
| Feminino     | 16        | <b>84,21</b>  |
| Masculino    | 3         | 15,79         |
| <b>Total</b> | <b>19</b> | <b>100,00</b> |

*Fonte: Entrevistas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – dez 2004*

Em relação ao setor de trabalho, a tabela 3 mostra que os entrevistados eram profissionais das Coordenações do CSEGSF/ENSP/Fiocruz e das equipes de saúde da família, estando distribuídos nos seguintes setores.

**Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados por setor de trabalho**

| <b>Setor de trabalho</b>                      | <b>n</b>  | <b>%</b>     |
|---|-----------|--------------|
| Programa Saúde da Família                     | 15        | <b>78,9</b>  |
| Coordenação                                   | 3         | 15,7         |
| Serviço de Documentação e Informação em Saúde | 1         | 5,26         |
| <b>Total</b>                                  | <b>19</b> | <b>100,0</b> |

*Fonte: Entrevistas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – dez 2004*

Também foi identificado o tempo (em meses) que os profissionais vêm desenvolvendo suas respectivas atividades no CSEGSF/ENSP/Fiocruz. Encontramos 63% dos entrevistados trabalhando há mais de 4 anos (48 meses) nas mesmas funções e no



CSEGSF/ENSP/Fiocruz. Este fato é importante, pois mais da metade dos profissionais já desenvolvem suas atividades há um longo período, o que contribui para sedimentação das ações. Podemos observar que somente um profissional está desenvolvendo suas atividades há menos de 2 anos. O trabalho das equipes do PSF implica em qualificação e adesão aos valores propostos pelo Programa. Entretanto, observa-se que o vínculo vulnerável tem sido um fator de grande rotatividade dos profissionais das equipes de saúde da família. Tal fato não foi observado nas equipes de saúde da família no CSEGSF.

Em Brasil <sup>45</sup>, verifica-se que apesar do PSF ter iniciado sua implantação no Brasil em 1994, em 2001-2002, 38% das equipes estavam em funcionamento há menos de um ano, 40% entre um e dois anos e 22% por três anos. Neste período, no Estado do Rio de Janeiro, 55% das equipes haviam sido implantadas há menos de 1 ano.

**Tabela 4 - Distribuição dos entrevistados por tempo na função**

| <b>Tempo na função em meses</b> | <b>n</b>  | <b>%</b>      |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| 5                               | 2         | 10,53         |
| 24                              | 2         | 10,53         |
| 36                              | 1         | 5,26          |
| 44                              | 1         | <b>5,26</b>   |
| 48                              | 8         | <b>42,11</b>  |
| 50                              | 1         | <b>5,26</b>   |
| 53                              | 1         | <b>5,26</b>   |
| 55                              | 1         | <b>5,26</b>   |
| 60                              | 1         | 5,26          |
| 120                             | 1         | 5,26          |
| <b>Total</b>                    | <b>19</b> | <b>100,00</b> |

*Fonte: Entrevistas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – dez 2004*

#### **6.4.2. Processos de trabalho no CSEGSF**

Os conceitos de processo de Davenport <sup>56</sup> e Keen <sup>58</sup>, orientaram a definição dos processos de trabalho e as atividades descritas nas entrevistas. O conhecimento tácito e a experiência da autora contribuíram para a modelagem dos processos. A definição das atividades e o agrupamento dos processos essenciais foram baseados na granularidade, considerando que os processos têm entradas e saídas.

Alguns processos foram desdobrados em mais de uma **atividade**, quando relatadas de diferentes maneiras por mais de um profissional. Este fato se deve às especificidades das diversas funções desenvolvidas em uma unidade de saúde e à fragmentação dos atos do processo de trabalho em saúde. O atendimento individual de um médico caracteriza-se parte pela avaliação clínica e parte pela abordagem com o paciente, enquanto de um agente comunitário de saúde é uma abordagem sobre um determinado tema. Na análise, foi considerado que o processo independentemente da categoria profissional, por não impactar no objeto analisado.

Neste sentido, foram identificadas 37 **atividades** que descreviam os processos de trabalho dos profissionais entrevistados. Dentre elas podemos separar 27 que estão diretamente relacionadas com atividades assistenciais do Programa Saúde da Família e 10 relacionados com atividades gerenciais do CSEGSF. Estes dois macro-processos foram analisados separadamente e no possível significado representado no conjunto.

A maioria dos processos, bem como a maioria das atividades relatadas seguem as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o PSF, mas pode-se observar algumas particularidades que são realizadas no CSEGSF, como o atendimento da agente comunitária de saúde – conselheira de dependência química, um auxiliar administrativo e uma coordenação específica.

Alguns processos não têm interdependência, são fragmentados, mas coesos com a prática de uma unidade de saúde: reunião de equipe, supervisão do PSF, supervisão e treinamento dos técnicos de enfermagem, organização e acompanhamento de bazar, reunião de direção, supervisão geral da unidade de saúde, supervisão dos agentes comunitários de saúde - conselheira de dependência química, professor de cursos, coordenação do processo assistencial, liberação de funcionários para cursos, coordenação de cursos e membro integrante do colegiado da escola de governo.

Alguns processos de trabalho identificados tanto na unidade básica de saúde quanto na comunidade, são inter-relacionados, como demonstrado nas figuras 11 e 12:

### Diagrama dos processos que se inter-relacionam realizados na comunidade

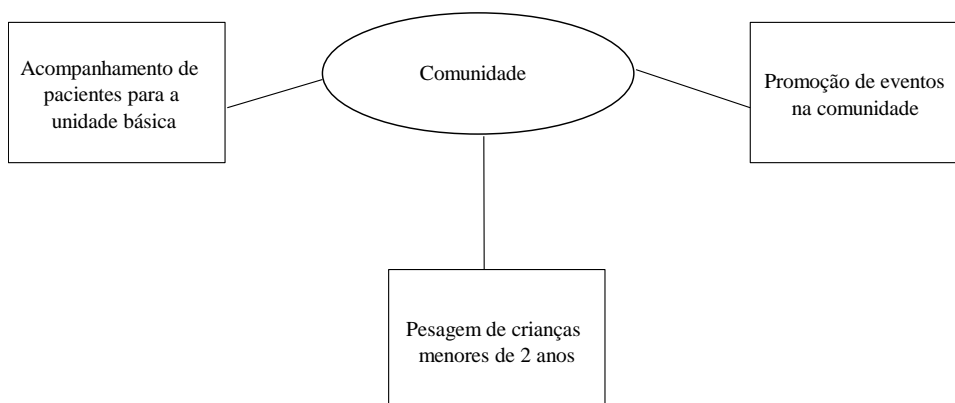


Figura 11 – Processos realizados na comunidade

### Diagrama dos processos que se inter-relacionam, realizados na unidade de saúde

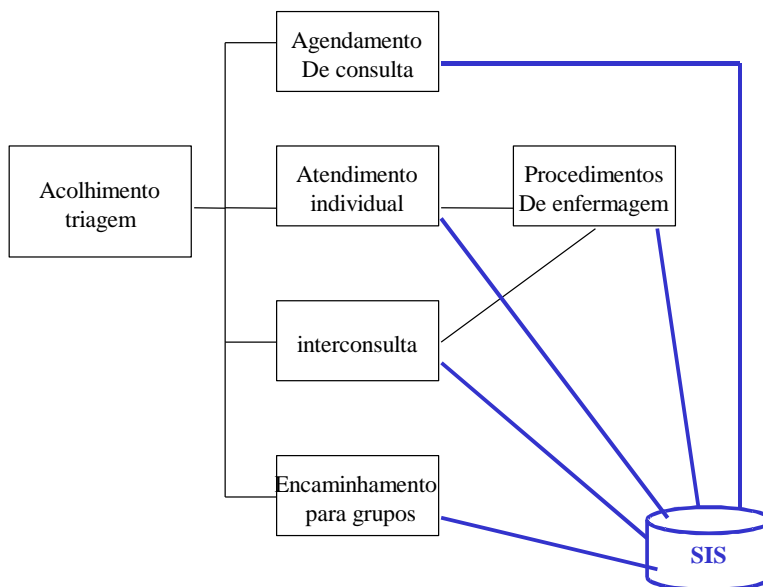


Figura 12 - Processos realizados na unidade de saúde e são registrados nos sistemas de informações

**Tabela 5 – Distribuição dos processos de trabalho do Programa Saúde da Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz**

| N  | Etapas do processo de trabalho  | ACS | Enf | Med | Aux Adm | Técnica de enf | Descrição da atividade  |
|----|---|-----|-----|-----|---------|----------------|---|
| 1  | Reunião de Equipe   | X   | X   | X   |         | X              | 1) Reuniões semanais para discutir os atendimentos da semana - na unidade de saúde e na comunidade  |
| 2  | Acolhimento/Triagem   | X   | X   | X   |         | X              | 1) Recebimento dos pacientes por demanda espontânea na unidade de saúde.  |
|    |   | X   | X   | X   |         | X              | 2) Identificação do problema trazido pelo paciente e encaminhamento devido  |
| 3  | Agendamento de consulta   | X   | X   | X   |         | X              | 1) Agendamento de consulta de enfermagem e/ou médica a partir de demanda espontânea da população ou identificada por técnicos   |
| 4  | Visita domiciliar rotina  | X   | X   |     |         |                | 1) Ida na comunidade de forma rotineira   |
| 5  | Visita domiciliar com agendamento   | X   | X   | X   |         | X              | 1) Ida na comunidade à partir de uma demanda do agente comunitário de saúde   |
| 6  | Interconsulta   |     |     |     |         | X              | 1) Atendimento realizado antes ou após - <b>junto</b> - a consulta de enfermagem ou consulta médica para orientações  |
| 7  | Atendimento em grupos temáticos na comunidade                                   | X   |     | X   |         | X              | 1) Atendimento realizado por temas - na comunidade (agravos ou situações importantes no momento) com um conjunto de pacientes   |
| 8  | Atendimento em grupos temáticos na unidade de saúde                             | X   | X   | X   |         |                | 1) Atendimento realizado por temas - na unidade de saúde (agravos ou situações importantes no momento) com um conjunto de pacientes   |
| 9  | Atendimento individual  | X*  |     |     |         |                | 1) Atendimento individual para abordagem específica   |
|    |   |     | X   | X   |         |                | 2) Consulta realizada na comunidade   |
|    |   |     | X   | X   |         |                | 3) Consulta realizada na unidade de saúde   |
| 10 | Acompanhamento do paciente da comunidade para a unidade de saúde                | X   |     |     |         |                | 1) Acompanhamento dos pacientes que tem alguma dificuldade - física ou emocional - para atendimento na unidade de saúde   |
| 11 | Coordenação da Vigilância Epidemiológica do CSEGSF                              |     | X   |     |         |                | 1) Acompanhamento dos casos de doenças de notificação compulsória atendimento na unidade de saúde ou na comunidade, e dando procedimento às rotinas preconizadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde |
| 12 | Promoção de eventos na comunidade   |     | X   |     |         |                | 1) Promoção de evento de integração, orientação e articulação da comunidade com a unidade de saúde  |
| 13 | Supervisão do PSF   |     | X   |     |         |                | 1) Acompanhamento do andamento do Programa Saúde da Família (frequência, pontualidade, coordenação das atividades desenvolvidas, férias, licença)   |
|    |   |     | X   |     |         |                | 2) Acompanhamento dos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde   |
|    |   |     | X   |     |         |                | 3) Planejamento e execução de treinamento   |
|    |   |     | X   |     |         |                | 4) Realização de pesquisas a partir do dia a dia do trabalho - participação em congressos   |
|    |   |     | X   |     |         |                | 5) Participação do Grupo de Apoio Técnico (GAT) da Área Programática 3.1/SMS  |
|    |   |     | X   |     |         |                | 6) Gestão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família   |
| 14 | Entrada dos dados nos sistemas de informações utilizados no CSEGSF/ENSP/Fiocruz |     |     |     | X       |                | 1) Digitação dos dados de atendimento realizados pelas equipes de Saúde da Família  |
|    |   |     |     |     | X       |                | 2) Apoio administrativo quanto ao manuseio dos sistemas de informações utilizados no CSEGSF/ENSP/Fiocruz (realização de consolidados, relatórios e geração de disquetes e impressões preconizadas pela SMS)               |
| 15 | Supervisão e treinamento dos Técnicos de enfermagem                             |     | X   |     |         |                | 1) Acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem, promovendo treinamento a partir das necessidades identificadas   |
| 16 | Relatórios do Programa Saúde da Família   |     | X   |     |         |                | Realização de relatórios complementares, contemplando dados e informações que não são registradas no SIAB   |
| 17 | Organização e acompanhamento de BAZAR   | X   |     |     |         |                | 1) Bazar na unidade de saúde, com vendas de roupas sapatos, etc, doados para este fim. Realizado uma vez ao mês   |
| 18 | Pesagem de crianças menores de 2 anos   | X   |     |     |         |                | 1) Pesagem regular de crianças na comunidade  |
| 19 | Fechamento dos dados de produção  | X   |     |     |         |                | 1) Somatório dos dados de produção realizado mensalmente para posterior entrada do consolidado no SIAB  |
| 20 | Reunião de Direção  |     |     | X   |         |                | 1) Reuniões com a equipe de coordenação do CSEGSF/ENSP/Fiocruz - Conselho gestor -  |
| 21 | Comissão de revisão de prontuário   |     |     | X   |         |                | 1) Reuniões para revisão do preenchimento dos prontuários do CSEGSF/ENSP/Fiocruz  |
| 22 | Supervisão geral da unidade de saúde  |     |     | X   |         |                | 1) Planejamento, acompanhamento e avaliação contínua das atividades desenvolvidas no CSEGSF/ENSP/Fiocruz  |
| 23 | Supervisão dos ACS de Dependência Química                                       |     |     | X   |         |                | 1) Supervisão contínua dos agentes comunitários de saúde de dependência química   |
| 24 | Professor de cursos da ENSP/Fiocruz   |     |     | X   |         |                | 1) Responsável por disciplinas e módulos de cursos de especialização em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz  |
| 25 | Coordenação do processo assistencial no CSEGSF/ENSP/Fiocruz                     |     |     | X   |         |                | 1) Coordenação das atividades relacionadas à assistência prestada aos usuários do CSEGSF/ENSP/Fiocruz   |
| 26 | Liberação de funcionários para cursos   |     | X   |     |         |                | Controle e programação de treinamento e capacitação dos funcionários do CSEGSF/ENSP/Fiocruz   |
| 27 | Coordenação de cursos do CSEGSF/ENSP/Fiocruz                                    |     |     | X   |         |                | 1) Coordenação das atividades de ensino e pesquisa do CSEGSF/ENSP/Fiocruz   |
| 28 | Membro integrante do colegiado da Escola de Governo da ENSP/Fiocruz             |     | X   |     |         |                | 1) Representante do CSEGSF/ENSP/Fiocruz no colegiado da Escola de Governo da ENSP/Fiocruz   |

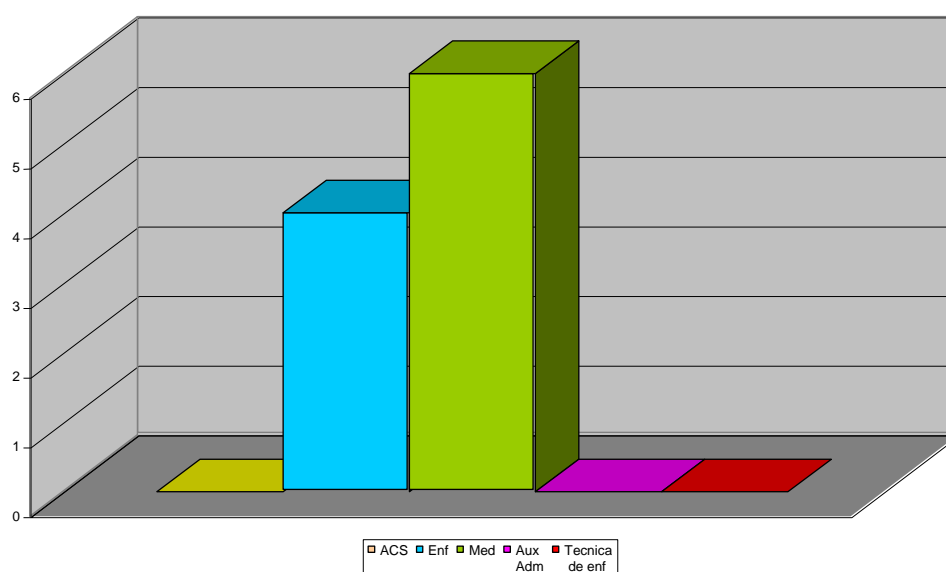
Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004

Legenda:  
Atendimento individual\* - Apontado somente pelo ACS Conselheiro Dependência Química  
Em azul as atividades da unidade de saúde independente do Programa Saúde da Família

A primeira agregação realizada foi quanto à característica dos processos que se desdobrou em dois macro-processos: *processos gerenciais – espaços aqueles cuja característica das atividades está relacionada à gerência, e processos assistenciais – aqueles cuja característica das atividades está relacionada à assistência ao paciente.*

No gráfico 1, observa-se a distribuição do macro-processo gerencial por categoria profissional, que estão concentradas nos profissionais médicos e enfermeiros.

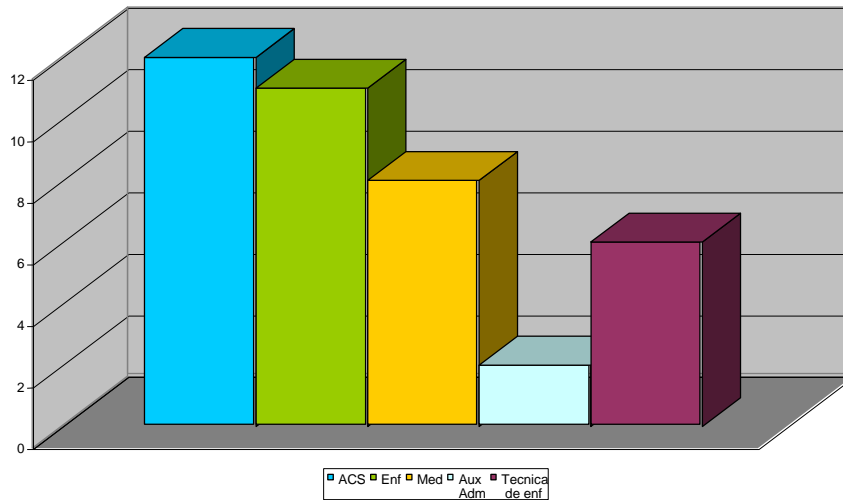
**Gráfico 1 – Macro-processo gerencial por categoria profissional**



Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004

No gráfico 2, observa-se que no macro-processo assistencial, há participação de todos os profissionais. Fica evidenciado que as atividades dos agentes comunitários de saúde são voltadas para a promoção de saúde.

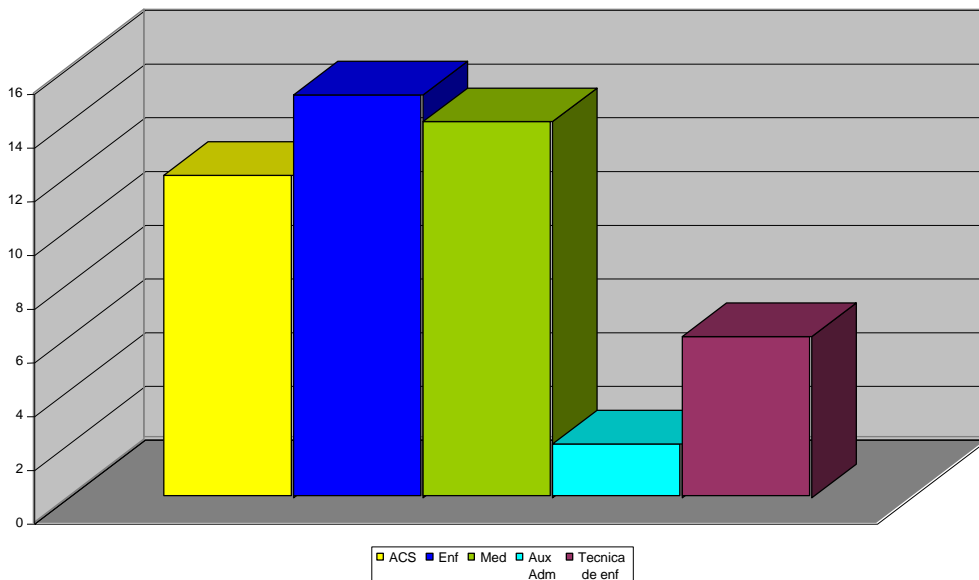
**Gráfico 2 – Macro-processo assistencial por categoria profissional**



Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004

Ao analisar-se os dois macro-processos por categoria profissional, observa-se que enfermeiros, médicos e os técnicos de enfermagem são responsáveis pela maioria dos processos.

**Gráfico 3 – Macro-processos gerencial e assistencial por categoria profissional**



Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004

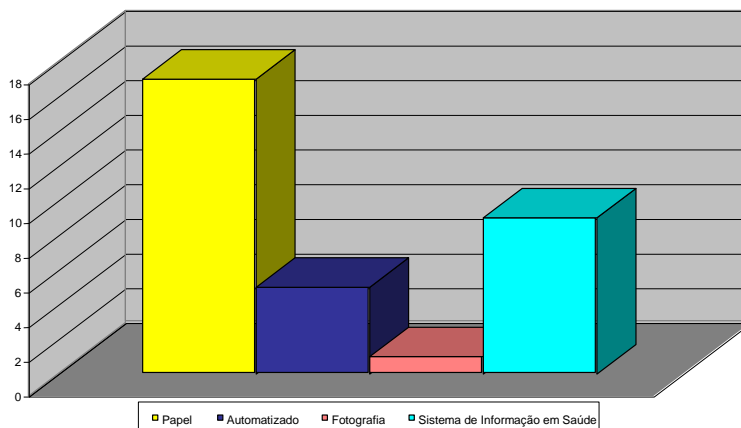
No gráfico 3, a distribuição dos dois macro-processos por categoria profissional evidencia a participação dos enfermeiros, seguida pelos médicos, agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem e auxiliar administrativo. Observa-se que uma determinada atividade é desenvolvida por mais de um profissional.

#### **6.4.3. Registro das informações dos processos de trabalho**

Observamos o gráfico 4, que 67,8% do total de processos identificados são registrados de alguma forma. Nesses registros, são utilizadas diferentes mídias: papel, automatizado (editor de texto ou planilha eletrônica), sistema de informação em saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica – SIGAB). Dos 17 processos que são registrados, quatro são registrados em mais de uma mídia ou em mais de um sistema de informação

A coordenação do Programa Saúde da Família, no sentido de melhor acompanhar e planejar as ações desenvolvidas pelo programa, desenvolveu formulários para registro das seguintes atividades: mapa semanal de atividades dos agentes comunitários de saúde (acolhimento, encaminhamento, acompanhamento individual de alcoolismo, identificação de domicílios, faltosos, ações intersetoriais, atividades de educação em saúde, oficinas e acompanhamento de grupos); mapa semanal de atividades do médico, enfermeiro e técnico de enfermagem (acolhimento, encaminhamentos, acompanhamentos de hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, portadores de hanseníase, portadores de HIV, portadores de doenças do aparelho respiratório e detecção dos casos suspeitos destes agravos).

**Gráfico 4 – Distribuição das mídias utilizadas para registro dos processos de trabalho do Programa Saúde da Família – CSEGSF/ENSP/Fiocruz**



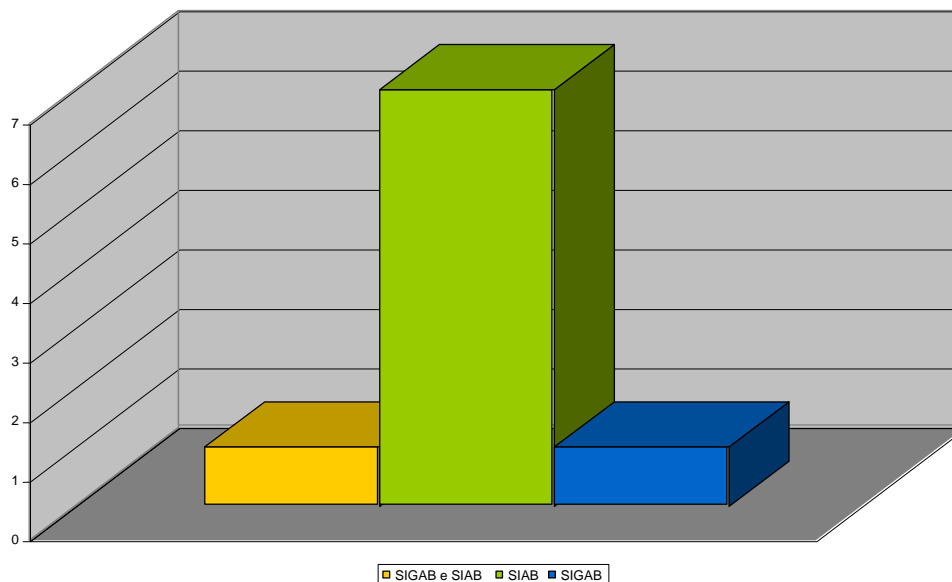
*Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004*

Existem quatro sistemas de informação para o registro dos atendimentos: o prontuário do paciente, o Sistema de Gerenciamento de Unidades Ambulatoriais Básicas (SIGAB) - onde são registradas a maioria dos dados de produção, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - utilizado para registro exclusivo dos dados do Programa Saúde da Família e o Sistema de Gestão da Saúde Básica (SGSB), que foi mencionado como sistema em fase de implantação e, portanto, é alimentado com os mesmos dados do SIAB.

O gráfico cinco, mostra os três sistemas de informações existentes no CSEGSF/ENSP/Fiocruz para registro dos procedimentos assistenciais da atenção básica: identificou-se que dos 28 macro-processos, nove são registrados em sistemas de informações, sendo sete no SIAB, um no SIGAB e um que é registrado tanto no SIAB quanto no SIGAB, caracterizando retrabalho e redundância dos dados. Ao analisar parte dos processos, identificamos que são registrados em mais de um sistema de informação.



**Gráfico 5 – Distribuição dos sistemas de informações utilizados para registro dos processos de trabalho no CSEGSF/ENSP/Fiocruz**

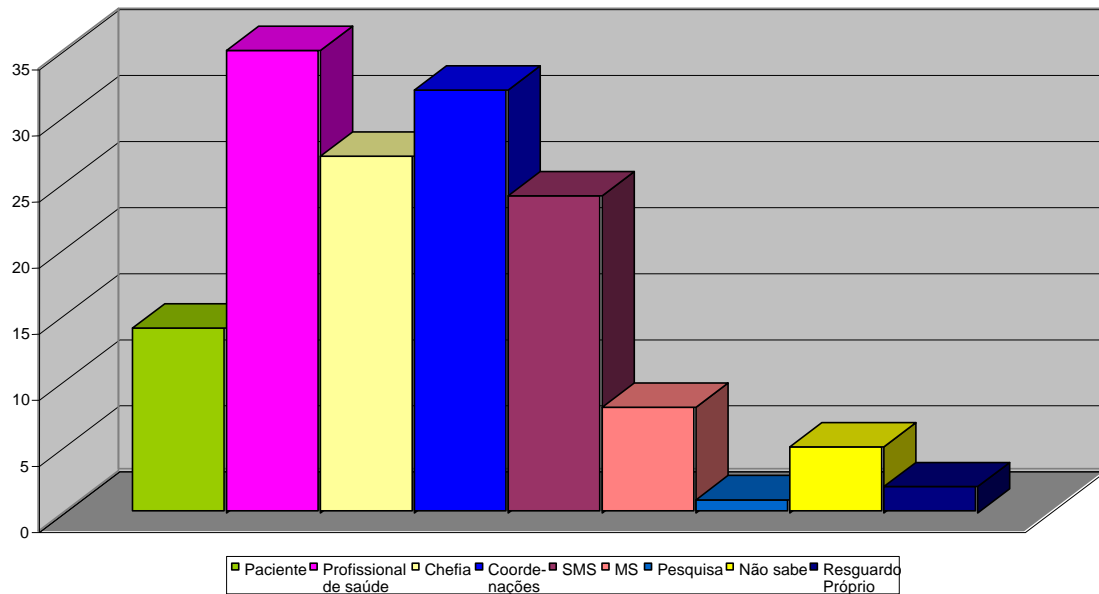


*Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004*

#### **6.4.4. Para quem servem as informações registradas**

Identificou-se que a maioria dos entrevistados considera que as informações registradas são importantes para o redirecionamento do trabalho, isto é, para a chefia do centro de saúde, coordenações e secretaria municipal de saúde. Também foi apontado o uso das informações para os usuários do serviço, resguardo próprio e pesquisa. Poucos foram os profissionais que disseram não saber para que as informações são registradas.

**Gráfico 6 – Distribuição de para quem servem as informações registradas dos processos de trabalho do Programa Saúde da Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz**

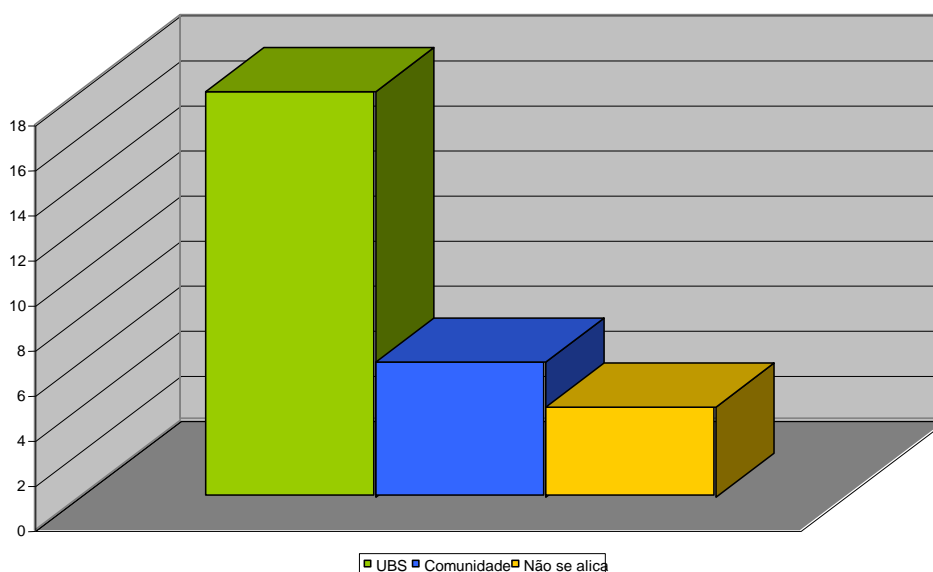


*Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004*

#### **6.4.5. Espaço de realização dos processos de trabalho**

O espaço de realização dos processos de trabalho foi dividido naqueles que ocorrem dentro da unidade de saúde, na comunidade e, a alguns, com caráter extremamente administrativo, foi dado a categoria de “não se aplica”. Observou-se que dos 28 processos, 18 acontecem na unidade de saúde e seis acontecem na comunidade, como mostra o gráfico 7.

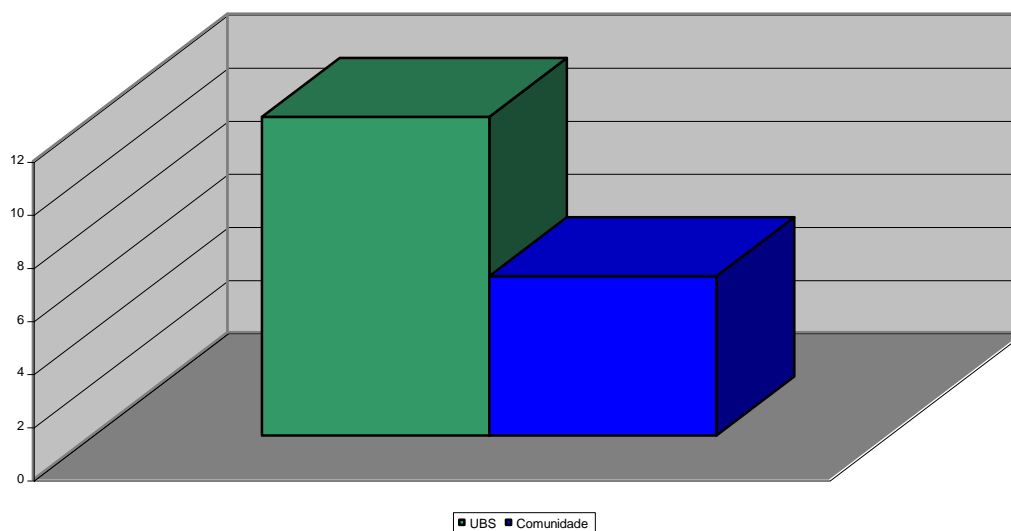
**Gráfico 7 – Distribuição dos espaços de realização dos processos de trabalho do Programa Saúde da Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz**



Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004

Observou-se que ao analisar somente o conjunto do macro-processo assistencial, dos 18 processos, 12 ocorrem na unidade de saúde e 6 na comunidade, como demonstra o gráfico 8. As atividades assistenciais ainda estão centradas no espaço físico do centro de saúde, contrariando o que preconiza o PSF.

**Gráfico 8 – Distribuição dos espaços de realização dos macro-processos assistenciais do Programa Saúde da Família no CSEGSF/ENSP/Fiocruz**



Fonte: Entrevistas realizadas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – Dezembro de 2004

#### **6.4.6. Tipos de processos segundo Davenport**

Davenport <sup>56</sup> classifica os tipos de processo em: a) operacionais (produção) – processos estabelecidos para alcançar diretamente os objetivos operacionais; b) de controle – processos que têm como objetivo manter continuamente um estado relacionado a outro processo e c) genérico – processo que é aplicável a qualquer membro ou grupo.

Nos processos identificados no estudo - macro-processo gerencial e macro-processo assistencial -, 15 são considerados operacionais e 13 de controle, segundo definição de Davenport <sup>56</sup>.

## 7. Capítulo VII – Discussões

A otimização dos processos de trabalho em uma unidade básica, com Programa Saúde da Família (PSF), é um desafio permanente dos gestores de saúde.

O estudo de caso objeto desta dissertação analisou o PSF no CSEGSF, caracterizado como do tipo “inquilina”, ou seja, as equipes funcionam instaladas em uma unidade básica de saúde, e configurando-se em mais um programa dentro da estrutura do serviço de saúde. Portanto, não é um modelo em que o PSF substitui o modelo tradicional das unidades básicas. Esta foi a estrutura observada no Programa Saúde da Família no CSEGSF.

Observou-se que, o processo de trabalho das equipes de saúde da família é fragmentado como esperado nos serviços de saúde com vários programas, bem como os sistemas de informações para registro das atividades realizadas.

Os processos de trabalho do PSF levantados neste estudo de caso, reforça o seu funcionamento como um programa, com seus processos coesos em si, mas pouco articulado com o centro de saúde. Os processos de promoção a saúde e de ações intersetoriais são pouco informatizados.

O principal sistema de informações de uma unidade básica de saúde é o prontuário do paciente, onde são registrados os atendimentos realizados pelos diversos profissionais que o assistem. Uma das limitações quanto a agilidade do uso das informações dos prontuários no CSEGSF, é o fato de não ser informatizado. Este fato faz com que as informações não tenham um uso contínuo que permita apoiar o processo de decisão. Algumas informações são utilizadas principalmente para aquisição e controle dos medicamentos. O uso do prontuário como principal sistema de registro dos procedimentos realizados, reforça a necessidade do monitoramento da qualidade das informações.

Com menos tempo dedicado ao registro de dados, os profissionais podem concentrar suas atividades nas ações de saúde e utilizar as informações para repensar seu próprio processo de trabalho.

No CSEGSF, o prontuário é único, e armazenado de forma centralizada no setor de documentação e informação em saúde. Sua lógica de arquivamento é numérica, o que contribui para qualidade do arquivamento. Pode-se dizer que os prontuários não são arquivados em lugar errado.

Além dos dados já capturados na rotina do CSEGSF, outros formulários foram desenvolvidos especificamente pelo PSF, para acompanhamento das atividades de seus profissionais a saber:

- mapa semanal de atividades dos agentes comunitários de saúde;
- mapa do acolhimento/triagem;
- mapa dos encaminhamentos;
- registro do acompanhamento individual de alcoolismo;
- identificação de domicílios e faltosos;
- registro das ações intersetoriais;
- registro das atividades de educação em saúde;
- registro das oficinas
- mapa de acompanhamento de grupos;
- mapa semanal de atividades do médico;
- mapa semanal de atividades do enfermeiro;
- mapa de atividades do técnico de enfermagem;
- mapa de acompanhamentos de hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, portadores de hanseníase, portadores de HIV, portadores de doenças do aparelho respiratório;
- mapa de detecção dos casos suspeitos destes agravos.

Muitos destes relatórios poderiam ser obtidos a partir do SIGAB/GIL, pois em sua maioria utilizam dados do prontuário do paciente. Outra questão importante é o fato de o SIGAB/GIL individualizar os atendimentos, permitindo a identificação do usuário sempre que necessário.

Identificou-se que mais da metade dos macro-processos assistenciais acontecem na unidade básica de saúde (CSEGSF), o que facilita o registro no SIGAB/GIL. Existem alguns processos que não são registrados e devem ser revistos: agendamento de consulta, acompanhamento do paciente da comunidade para a unidade de saúde, supervisão e treinamento de técnicos de enfermagem, supervisão dos agentes

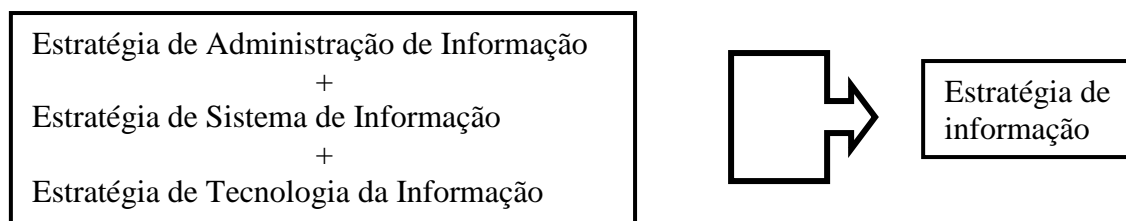
comunitários de saúde. Alguns destes dados já estão incorporados pela nova versão do SIGAB /GIL.

Sabe-se que a rotina dos serviços de saúde geram uma grande quantidade de dados diariamente. Atualmente as informações são utilizadas pontualmente, sem uma definição de indicadores, que podem auxiliar o exercício da gerência. É importante definir um conjunto de relatórios e indicadores, importantes para o uso sistemático da unidade de saúde, tanto para a gerência como para a prática clínica dos profissionais de saúde.

O desenvolvimento e a implantação de sistema de informação ocorrem em momentos distintos no tempo. Em cada momento, o sistema implantado utiliza as soluções de computadores (hardware) e de software (programas) disponíveis naquele momento. Com o passar dos anos se observa uma multiplicidade de soluções tecnológicas que exigem um esforço constante visando a articulação, compatibilização e mesmo integração dos sistemas existentes com os novos sistemas desenvolvidos. Este processo continuado de incorporação de novas tecnologias tem exigido dos gestores de sistemas de informação a busca de medidas e padrões que facilitem a integração dos novos e antigos sistemas, estes últimos também chamados de legados.

Os sistemas de informações em funcionamento no CSEGSF expressam a lógica fragmentada, reflexos do processo de trabalho do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Avanços são necessários para o uso efetivo das informações para a decisão gerencial e apoio clínico.

Segundo Meira <sup>64</sup>, é necessária uma estratégia de informação para o uso efetivo das informações. O autor define estratégia de informação como:



Sugere-se que a definição de uma estratégia de informação para o CSEGSF deve partir de um levantamento detalhado de todos os processos de trabalho existentes, uma definição do uso efetivo das informações para o planejamento e a decisão clínica.

Existem sete sistemas de informações implantados no CSEGSF, alguns com características e objetivos diferentes e outros com características e objetivos semelhantes. Apontamos a importância de um estudo específico das funcionalidades destes sistemas, dos padrões utilizados, e das possíveis interseções entre eles.

A existência de diversos sistemas de informações no centro de saúde tem contribuído para a realização do retrabalho, utilizando parte do tempo dos profissionais no desenvolvimento das ações de saúde.

Não existe uma coordenação única dos sistemas de informações no centro de saúde, o que contribui para a existência de retrabalho, registros múltiplos, reforçando a inconsistência dos dados e o desenvolvimento de formulários e planilhas com dados que já estão contemplados nos sistemas de informações.

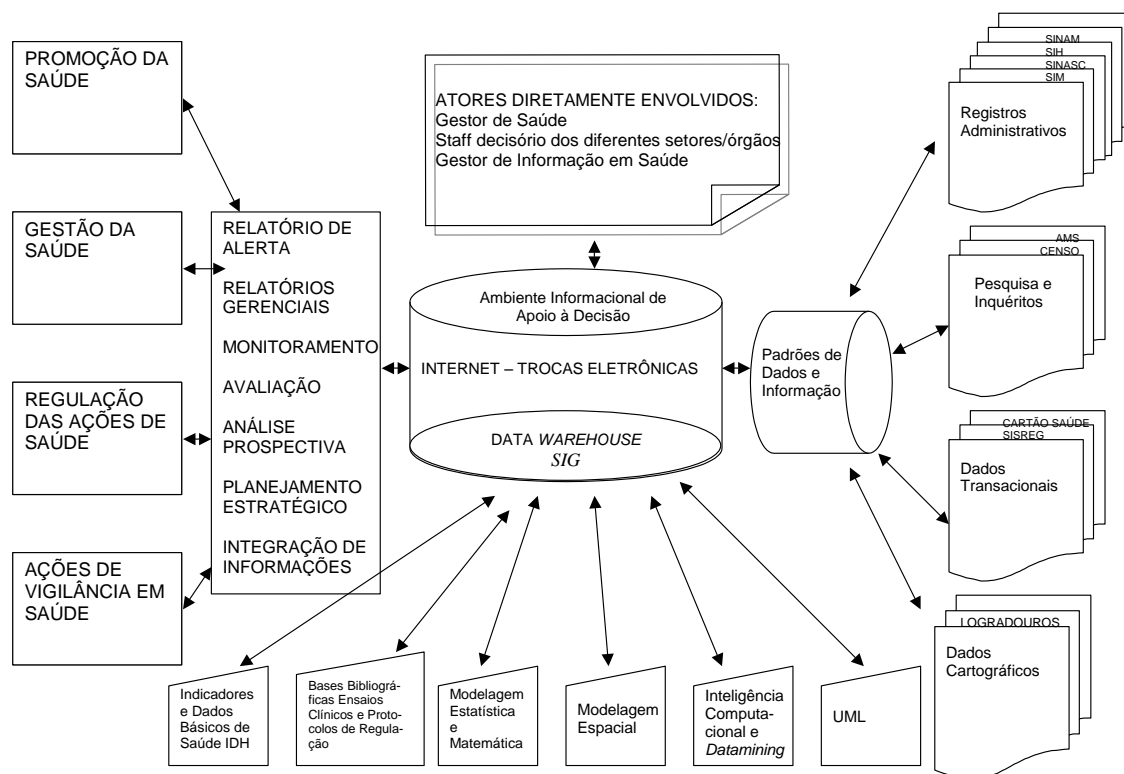
É evidente a ausência de uma coordenação de informações que possa minimizar as redundâncias e retrabalho, bem como otimizar a produção sistemática de relatórios gerenciais e de produção de serviço, que possam contribuir para o acompanhamento das ações de saúde e, redesenho dos processos de trabalho, buscando constante aprimoramento.

Uma gestão unificada de informações pode contribuir para a simplificação dos formulários e dos fluxos de informações, evitando-se assim, a redundância e inconsistência dos dados, o retrabalho de registro e alimentação dos sistemas e a falta de padronização. Um dos objetivos a serem alcançados é a integração das informações dos processos de trabalho.

Vasconcellos et al.<sup>40</sup>, apresentam uma proposta de ambiente de informações para apoio à decisão em saúde, utilizando as TI, transcendendo a idéia de mais um sistema de informação. Esta proposta articula diversos sistemas de informações e amplia os limites das bases de dados produzidas no estabelecimento de saúde, modelando a integração dos diversos Sistemas de Informações (SIS), Sistemas de Informações Geográficas



(SIG), Data Warehouse – método para armazenamento de grande volume de dados heterogêneos e Datamining – mineração de dados, conjunto de técnicas estatísticas e de inteligência artificial para a descoberta de novos relacionamentos entre os dados, demonstrado na figura 13. Este ambiente constitui uma alternativa para articular os dados e as informações no CSEGSF, propiciando o uso efetivo das informações para a tomada de decisão.



**Figura 13 - Ambiente de informações para apoio a decisão**

*Fonte: Vasconcellos et al.<sup>40</sup> – Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação*

O Sistema Único de Saúde (SUS), aponta os gestores/gerentes de saúde como atores diretamente envolvidos com o planejamento e acompanhamento das políticas de saúde e ações controle das estratégias de atenção à saúde, o que realça a importância e o mérito dos sistemas de informação em saúde, por serem uma das ferramentas capazes de contribuir para um bom gerenciamento dos serviços de saúde.

Foram identificados dois macro-processos – gerenciais e assistenciais. Os gerenciais estão sendo realizados essencialmente pelos médicos e enfermeiros e os assistenciais

envolvem todos os profissionais. Sabe-se que existem outros processos de trabalho que envolve o CSEGSF e o Programa Saúde da Família.

No estudo de caso foi tratada a atividade relatada pelos profissionais entrevistados. Para um aprofundamento de todas as atividades desenvolvidas no CSEGSF, é necessário um estudo específico. A intensidade da assistência a saúde traz uma forte expressão dos macro-processos assistências, que ainda expressam a lógica voltada para o modelo medico e pouco se utiliza os hábitos da própria comunidade no cuidado à saúde.

Existe um esforço da chefia do CSEGSF de aglutinar as instâncias de informações, e uma escolha pelo uso do sistema Gerenciador de Informações Locais (GIL), como estratégico para a unidade de saúde. Uma das possibilidades de incremento no uso das informações é o início do cadastramento dos usuários no Cartão Nacional de Saúde, que se encontra em fase de preparação.

Assim também estão organizadas suas informações, e esta realidade representa os outros programas existentes no CSEGSF/ENSP/Fiocruz. Portanto, é fundamental que se defina uma estratégia de informação para o centro de saúde. A partir da contribuição do estudo realizado, e possível iniciar um redesenho dos processos de trabalho para que efetivamente e contribuam para que o gerenciamento e a utilização das informações se tornem mais úteis.

Sugere-se a realização de outros estudos adicionais sobre o uso das informações de sistemas de informações, visando a modelagem de sistemas de informações de apoio a decisão.

## 8. Referência bibliográfica

1 - Gary W. University of California. A Brief History of Human Progress. Davis. President, Foundation for Teaching Economics. Consultado em 01 de março de 2005. Disponível em: [URL: http://www.fte.org/capitalism/introduction/](http://www.fte.org/capitalism/introduction/).

2 - Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

3 - Giovanella, L; Escorel, S e Mendonça, M H. Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Porta de Entrada pela Atenção Básica? Integração do PDF à rede de serviços de saúde. Ano XXVII vol. 27 nº 65, p.278-289, set/dez 2003.

4 - Moraes, I H S. Informações em saúde: Da prática fragmentada ao exercício da cidadania, Editora Hucitec, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1994.

5 - Vasconcellos, M M.; Gribel, E. Tecnologia de Informação para Atenção Básica. Em: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 29 de julho a 02 agosto de 2003; Brasília, D.F.; Trabalho nº4832.

6 - Santana, J P (org). Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Perfil profissional de saúde. Programa da Saúde da Família. O que é PSF. Consultado em 01 de julho de 2004. Disponível em [URL:http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=15894](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15894).

8 – Brasil. Ministério da Saúde . Notícias. Consultado em 14 de janeiro de 2005.

Disponível em:

[URL:http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=12714](http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=12714).

9 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada. Consultado em 20 de fevereiro de 2005. Disponível em [hURL:http://www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/).

10 - Merhy, E E, Miranda, H, Junior, M, Franco, T B, Bueno, W S. O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Editora HUCITEC, São Paulo, 2003.

11 - Projeto para implementação do Programa Saúde da Família na totalidade do complexo de Manguinhos. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/Fiocruz.

12 - 3º termo aditivo ao convênio nº113/93, celebrado em 22/06/93, entre o município do Rio de Janeiro através da secretaria municipal de saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, objetivando a implantação do sistema único de saúde do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 21 de junho de 2001.

13 – Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS, Secretaria Executiva. Consultado em fevereiro de 2005. Disponível em: [URL: http://www.datasus.gov.br/catalogo/sigab.htm](http://www.datasus.gov.br/catalogo/sigab.htm).

14 – Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS, Secretaria Executiva. Consultado em fevereiro de 2005. Disponível em [URL: http://www.datasus.gov.br/siab/apresentacao.htm](http://www.datasus.gov.br/siab/apresentacao.htm).

15 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica - Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Diretrizes e Orientações - Brasília, 2004.

16 -.Garcia, M e Hortale V A (organizadoras). Coleção Escola de Governo em Saúde - Série Trabalhos de Alunos - Políticas e Gestão em Saúde – Nº 2. Gerência de Unidades Básicas de Saúde no Brasil e Gestão Estratégica: Um Contraponto, 1ª edição Rio de Janeiro, 2004, Fiocruz.

17 – Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2ª edição, 2003.

18 – Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, Brasília.2001.

19 - Freese, E (organizador). Municípios: A gestão da mudança em saúde. Editora Universitária – UFPE, 2004.

20 - Ribeiro, E M, Pires, D, Blank, V L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, 20(2): 438-446, mar-abr, 2004.

21 - Escorel, S; Giovanella, L; Mendonça, M H; Magalhães, R; Senna, M C M. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos principais resultados. Brasília:Ministério da Saúde, 2002. 228 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Consultado em 10/01/2004. Disponível em: [URL: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_implementacao.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_implementacao.pdf).

22 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., jan./mar. 2003, vol.3, no.1, p.113-125. ISSN 1519-3829.

23 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Informe da Atenção Básica. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf Ano IV, julho/agosto de 2003.

24 – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Histórico do Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Consultado em 07 de fevereiro de 2005. Disponível em: [URL: http://www.saude.rio.rj.gov.br/](http://www.saude.rio.rj.gov.br/).

25 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Informe da Atenção Básica – Regulamentação do vínculo de Agentes Comunitários de Saúde. Ano III, nº15, fevereiro de 2002.

26 - Laudon, K C, Laudon, J. Essentials and management Information Systems. Prentice Hall. 1999.

27 - Turban, E; Mclean, E; Wetherbe, J. Tecnologia da Informação para Gestão. Editora Bookman, 3ª Edição, 2004.

28 - Porter, M E; Millar, V E. How information gives you a competitive advantage. Harvard Business Review, Jul/Aug 1985, Vol. 63 Issue 4, p149, 12p.

29 - Nicholas Carr, “TI já não importa” de, publicado na prestigiada Harvard Business Review, maio 2003.

30 - Mariano, S R H. Software da Liberdade. Jornal O Globo. Rio de Janeiro, 8 de março 2004.

31 - Shapiro, C; Varian, H. A Economia da informação. Rio de Janeiro. Editora Campus, 1999.

32 - Bacic, N M. O software livre como alternativa ao aprisionamento tecnológico imposto pelo software proprietário. [Monografia]. Campinas: Unicamp. 2003.

33 - González de Gómez, M N. Da política de informação ao papel da informação na política. Revista Internacional de Estudos Políticos, NUSEG/UERJ, vol 1, nº 1, p. 67-93, 1999.

34 - Moraes, I H S. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: Um pacto ser construído [slides de aula]. Rio de Janeiro (RJ); 2004.

35 – Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria Executiva. Portaria nº 355 de 17 de setembro de 2002.

36 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria Executiva.. Portaria nº 408 de 21 de outubro de 2002.

37 – Brasil. Ministério da Saúde. Proposta para negociação tripartite e elaboração de planos de ação, segundo deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde e PPA do 29/03/2004. Versão 2.0. Consultado em junho de 2004. Disponível em: [www.saude.gov.br/politica\\_informacao](http://www.saude.gov.br/politica_informacao).

38 - Klück, M e Guimarães, J R. Questões éticas e legais do prontuário do paciente: da teoria à prática. Comissão de Prontuários de Pacientes. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Consultado em 01 de julho de 2004. Disponível em: URL: <http://www.avesta.com.br/anais/dados/trabalhos/339.pdf>.

39 - Almeida, M F; Alencar, G P. Informações em Saúde: Necessidade de Introdução de Mecanismos de Gerenciamento dos Sistemas. Informe Epidemiológico do SUS, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, volume 9, nº4, p. 241-249, outubro/dezembro de 2000.

40 - Vasconcellos, M M; Moraes, I H S; Cavalcante, M T L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. Saúde em debate, Rio de Janeiro, vol 26, nº 61, p. 219-235, maio/agosto de 2002.

41 - Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS. Secretaria Executiva. Consultado em janeiro de 2005. Disponível em: [URL:http://www.datasus.gov.br/apresentacao/apdtsus.htm](http://www.datasus.gov.br/apresentacao/apdtsus.htm).

42 - Carvalho, D M, 1997. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. IESUS, v (4), out/dez.

43 - Rangel, V. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde [slides apresentação]. Setembro de 2004.

44 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Manual do Sistema de Atenção Básica (SIAB). Editora CGD/SAA/SE/MS, 1998.

45 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, Editora MS, 2004. Consultado em janeiro de 200. disponível em: [URL: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/01\\_0053\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/01_0053_M1.pdf).

46 - Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS - DATASUS, Secretaria Executiva. Consultado em outubro de 2004. Disponível em: [URL: http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149).

47 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N.º 17 de 13 de fevereiro de 2001 - Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

48 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Portaria N.º 39, de 19 de Abril de 2001. Regulamenta a operacionalização e remuneração do Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde.

49 - RADIS. Comunicação em saúde : Cartão Nacional de Saúde – Você ainda vai ter um. Ediouro Gráfica e Editora S.A. P. N.º 30, fevereiro de 2005.

50 - Brasil. Secretaria de atenção à saúde. Portaria 174 de 14 de maio de 2004. Determina que os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigem autorização prévia sejam acompanhados, obrigatoriamente, da identificação dos usuários por meio do número do Cartão Nacional de Saúde.

51 - Merhy, E E, Onoko, R, (organizadores). Agir em saúde: um desafio para o público. Série em Debate; 108. Série Didática 6. 2ª edição, São Paulo, Editora Hucitec – 2002.



- 52 – Moraes, I H S. Política, tecnologia e informação em saúde. Salvador, Bahia. Casa da Qualidade Editora, 2002.
- 53 - Smith, A. A Riqueza das Nações. São Paulo: Martins Fontes. Edição : 1 / 2003.
- 54 - Zuboff, S. Automatizar/informatizar: as duas faces da tecnologia inteligente. Revista de Administração de Empresas, v.34, n. 6, nov./dez., p. 80-91, 1994.
- 55 - Zarifian, P. Objetivo Competência - Por uma Nova Lógica. São Paulo: Editora Atlas, 2001.
- 56 - Davenport, T., Reengenharia de Processos. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1998.
- 57 - Hammer, M. e Champy, J., Reengenharia: Revolucionando a Empresa em função dos Clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- 58 – Keen, P. The Process Edge: Creating Value Where It Counts. Boston: Harvard Business School Press, 1997.
- 59 - Nogueira, R P. O trabalho em Serviços de Saúde. Texto de apoio da Unidade Didática I, Sequência de atividades I. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). 1997.
- 60 - Bittar, O J N V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Revista Associação Médica Brasileira; 45 (4), p 357-363.
- 61 - Santana, J P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. CADRHU pg. 388-400.
- 62 - Leavitt, H.J. *Applied Organizational Change in Industry*. Chicago: Rand McNally. 1965.
- 63 - Yin, R K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Bookman Editora S. A., 2ª edição. Porto Alegre, 2001.

64 - Meira, S R L. Estratégia de informação: O que é e porque ter uma. [slides].  
Consultado em 01 de março de 2004. Disponível em [www.meira.com](http://www.meira.com).

## **9. Bibliografia consultada**

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - SUS nº 2/92, Portaria nº 234/92. Diário Oficial da União. Brasília. 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - SUS nº 1/93. Diário Oficial da União, Brasília. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - SUS nº 1/96. Diário Oficial da União, Brasília. 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Informe da Atenção Básica. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde - Julho 2001 Doenças Sexualmente Transmissíveis 11 NO Ano II - Agosto 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica da Secretaria Pacto da atenção básica, ano 1, agosto de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 12ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sérgio Arouca - Um Direito de Todos e Um Dever do Estado. “A Saúde Que Temos, O Sus Que Queremos”. Relatório Final, Brasília, DF. 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Sistema de Informação da Atenção Básica – Indicadores 2003. 6ª edição revisada e atualizada, Série G. Estatística e Informação em Saúde. Editora MS, Brasília, DR. 2004.

Dias, R. Revista Eletrônica de Sistemas de Informação. Ano I - 2002. Campo Largo: Faculdade Cenecista Presidente Kennedy . Nmero I - Novembro de 2002.

Meneghetti, Â R. Validação Externa da Metodologia Análise Focada na Decisão: O caso do Hospital Santo Ângelo. [Dissertação]. Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.

Senna, M de C M. Racionalidade Técnica e Lógica Política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo – RJ; [Tese]. Ensp, Fiocruz, 2004.

## **10. Anexos**

### **10.1. Anexo 1 - Resolução CFM nº1.331/89**

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e CONSIDERANDO ser o prontuário médico o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos Serviços de Saúde Pública ou Privado; CONSIDERANDO ser o prontuário elemento valioso para o paciente e a instituição que o atende, para o médico, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO ser o prontuário um meio indispensável para aferir a assistência médica prestada;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados em decorrência da manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os modernos métodos de arquivamento;

CONSIDERANDO a falta de regulamentação específica sobre o prazo de manutenção do prontuário médico;

CONSIDERANDO o Parecer CFM 493/89, aprovado em Sessão Plenária em 04.08.89;

RESOLVE:

Art. 1º - O prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde.

Art. 2º - Após decorrido prazo não inferior a 10 (dez) anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

Brasília-DF, 21 de setembro de 1989.

FRANCISCO ÁLVARO BARBOSA COSTA - Presidente

ANA MARIA CANTALICE LIPKE - Secretária-Geral

Publicada no D.O.U. de 25.09.89 Página 17145

## 10.2. Anexo 2 - Questionário

| <b>Folha de rosto</b>                                      |   |
|--|---|
| 1) Responsável pela aplicação do questionário:             | Else Bartholdy Gribel   |
| 2) Data: ____/____/____                                    |   |
| <b>Dados de identificação</b>                              |   |
| 3) Código do entrevistado:<br>PSF _____                    | Categoria profissional _____<br>Sexo ( ) F ( ) M<br>Idade _____<br>Local de trabalho: _____<br>Setor: _____   |
| 4) Tempo na função:  | ____ anos e ____ meses  |
| <b>Registro das atividades</b>                             |   |
| 5) Descreva as suas atividades:                            | <input type="checkbox"/> Agendamento de consulta ( ) no CSEGSF ( ) na área<br><input type="checkbox"/> Triagem ( ) no CSEGSF ( ) na área<br><input type="checkbox"/> Consulta ( ) no CSEGSF ( ) na área<br><input type="checkbox"/> Procedimento de enfermagem ( ) no CSEGSF ( ) na área<br>_____<br><input type="checkbox"/> Atendimento individualizado ( ) no CSEGSF ( ) na área<br><input type="checkbox"/> Atendimento de grupo ( ) no CSEGSF ( ) na área<br><input type="checkbox"/> Outro – qual? _____ ( ) no CSEGSF ( ) na área<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| 6) Etapas necessárias para realização das suas atividades: | _____   |

**Preencher para cada atividade**

| Atividade   | Documentos utilizados   |
|---|---|
| <p>7) Quais dados/informações do evento são colhidas no momento da realização da atividade?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por quem?</li> <li>• Como?</li> <li>• Onde?</li> <li>• Para quem?</li> <li>• Com que frequência?</li> <li>• Os dados colhidos são digitados?</li> <li>• Você recupera essas informações?</li> <li>• Em que meio é registrado?</li> </ul> <p>( ) Eletrônico Qual SI? _____</p> <p>( ) Papel</p> |   |
| <p>8) Que outros dados/informações são colhidas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por quem?</li> <li>• Como?</li> <li>• Onde?</li> <li>• Para quem?</li> <li>• Com que frequência?</li> <li>• Os dados colhidos são digitados?</li> <li>• Você recupera essas informações?</li> <li>• Em que meio é registrado?</li> </ul> <p>( ) Eletrônico Qual SI? _____</p> <p>( ) Papel</p>  |   |
| <p>9) Existe algum padrão preconizado para o registro da informação?<br/>Se sim – qual? _____</p>   | <p>Tabela de procedimentos SIA-SUS<br/>Classificação e Codificação Internacional de Doenças–CID10</p> |
| <p>10) Que dados/informações você utiliza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para que?</li> <li>• Com que frequência?</li> <li>• Como se é recuperada?</li> <li>• Como é tratada? Software: tab, pacote estatístico.</li> </ul>  |   |
| <p>11) Existem informações que antecedem sua atividade?<br/>Onde são colhidas as informações que precedem a sua atividade?</p>  |   |
| <p>12) A quem serve as informações registradas na sua atividade?</p>  |   |

### 10.3. Anexo 3 - Tabelas do estudo de caso

#### 10.3.1. Perfil profissional dos entrevistados

| Código | Categoria profissional | Sexo | Idade | Local de trabalho | Setor          | Tempo de trabalho na função (meses) |
|--------|------------------------|------|-------|-------------------|----------------|-------------------------------------|
| PSF1   | Tecnica de enf         | fem  | 23    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF2   | ACS                    | fem  | 50    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF3   | ACS                    | fem  | 42    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF4   | ACS                    | fem  | 43    | CSEGSF            | PSF            | 50                                  |
| PSF5   | ACS                    | fem  | 36    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF6   | ACS                    | fem  | 40    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF7   | ACS-DQ                 | fem  | 58    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF8   | ES                     | fem  | 44    | CSEGSF            | PSF            | 60                                  |
| PSF9   | ES                     | fem  | 47    | CSEGSF            | Supervisão PSF | 24                                  |
| PSF10  | Aux Adm                | masc | 35    | CSEGSF            | SEDIS          | 120                                 |
| PSF11  | Enf                    | fem  | 30    | CSEGSF            | PSF            | 24                                  |
| PSF12  | Enf                    | masc | 29    | CSEGSF            | PSF            | 36                                  |
| PSF13  | ACS                    | fem  | 28    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF14  | ACS                    | fem  | 34    | CSEGSF            | PSF            | 44                                  |
| PSF15  | ACS                    | fem  | 33    | CSEGSF            | PSF            | 48                                  |
| PSF16  | Med                    | fem  | 39    | CSEGSF            | PSF            | 55                                  |
| PSF17  | Med                    | masc | 47    | CSEGSF            | chefia         | 5                                   |
| PSF18  | Med                    | fem  | 48    | CSEGSF            | Coord Assit    | 5                                   |
| PSF19  | Enf                    | fem  | 41    | CSEGSF            | Coord EnsPesq  | 53                                  |

Fonte: Entrevistas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – dez 2004



### 10.3.2. Registro das informações

| N            | Etapas do processo de trabalho  | Atividade registrada |          | Mídia     |            |          | Sistema           |           |                          |                                |
|--------------|---|----------------------|----------|-----------|------------|----------|-------------------|-----------|--------------------------|--------------------------------|
|              |   | Atividade registrada | Não      | Papel     | Eletrônica | Outros   | Mais de uma mídia | Nenhum    | Automatizado             | Sistema de Informação em Saúde |
| 1            | Reunião de Equipe   | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 2            | Acolhimento/Triagem   | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 3            | Agendamento de consulta   |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 4            | Visita domiciliar rotina  | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          | Siab - Consolidado             |
| 5            | Visita domiciliar com agendamento   | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          | Siab - Consolidado             |
| 6            | Interconsulta   | 1                    |          | 1         |            |          |                   |           |                          | SIGAB                          |
| 7            | Atendimento em grupos temáticos na comunidade                                   | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          | Siab - Consolidado             |
| 8            | Atendimento em grupos temáticos na unidade de saúde                             | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          | Siab - Consolidado             |
| 9            | Atendimento individual  | 1                    |          | 1         | 1          |          | 1                 |           |                          | SIGAB e SIAB                   |
| 10           | Acompanhamento do paciente da comunidade para a unidade de saúde                |                      | 1        |           |            |          |                   |           |                          |                                |
| 11           | Coordenação da Vigilância Epidemiológica do CSEGSF                              | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 12           | Promoção de eventos na comunidade   | 1                    |          |           |            | Fotos    |                   | 1         |                          |                                |
| 13           | Supervisão do PSF   | 1                    |          | 1         | 1          |          | 1                 |           | Editor de texto/planilha |                                |
| 14           | Entrada dos dados nos sistemas de informações utilizados no CSEGSF/ENSP/Fiocruz | 1                    |          | 1         | 1          |          | 1                 |           |                          | Siab - Consolidado             |
| 15           | Supervisão e treinamento dos Técnicos de enfermagem                             |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 16           | Relatórios do Programa Saúde da Família   | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 17           | Organização e acompanhamento de BAZAR   |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 18           | Pesagem de crianças menores de 2 anos   | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          | Siab - Consolidado             |
| 19           | Fechamento dos dados de produção  | 1                    |          | 1         | 1          |          | 1                 |           |                          | Siab - Consolidado             |
| 20           | Reunião de Direção  | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 21           | Comissão de revisão de prontuário   | 1                    |          | 1         |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 22           | Supervisão geral da unidade de saúde  |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 23           | Supervisão dos ACS de Dependência Química                                       |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 24           | Professor de cursos da ENSP/Fiocruz   |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 25           | Coordenação do processo assistencial no CSEGSF/ENSP/Fiocruz                     |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| 26           | Liberação de funcionários para cursos   | 1                    |          |           | 1          |          |                   |           | Planilha                 |                                |
| 27           | Coordenação de cursos do CSEGSF/ENSP/Fiocruz                                    | 1                    |          | 1         |            |          |                   |           | Editor de texto          |                                |
| 28           | Membro integrante do colegiado da Escola de Governo da ENSP/Fiocruz             |                      | 1        |           |            |          |                   | 1         |                          |                                |
| <b>Total</b> |   | <b>19</b>            | <b>9</b> | <b>17</b> | <b>5</b>   | <b>1</b> | <b>4</b>          | <b>19</b> |                          |                                |

Fonte: Entrevistas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – dez 2004

### 10.3.3. Uso das informações

| N  | Etapas do processo de trabalho  | Você utiliza os dados/informações |   |     | Para quem serve as informações registradas |                       |                    |              |     |    |          |          |                   |
|----|---|-----------------------------------|---|-----|--|-----------------------|--------------------|--------------|-----|----|----------|----------|-------------------|
|    |   | Sim                               |   | Não | Paciente                                   | Profissional de saúde | Gerência do CSEGSF |              | SMS | MS | Pesquisa | Não sabe | Resguardo Próprio |
|    |   | Com que frequência                | Software de tabulação ou pacote estatístico |     |  |                       | Chefia             | Coordenações |     |    |          |          |                   |
| 1  | Reunião de Equipe   |                                   |   |     | 0  | 2                     | 1                  | 2            | 2   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 2  | Acolhimento/Triagem   |                                   |   |     | 1  | 4                     | 1                  | 1            | 2   | 0  | 0        | 1        | 0                 |
| 3  | Agendamento de consulta   |                                   |   |     |  |                       |                    |              |     |    |          |          |                   |
| 4  | Visita domiciliar rotineira   |                                   |   |     |  |                       |                    |              |     |    |          |          |                   |
| 5  | Visita domiciliar com agendamento   |                                   |   |     | 3  | 8                     | 1                  | 2            | 5   | 3  | 0        | 0        | 1                 |
| 6  | Interconsulta   |                                   |   |     | 0  | 1                     | 0                  | 0            | 0   | 0  | 0        | 0        | 1                 |
| 7  | Atendimento em grupos temáticos na comunidade                                   |                                   |   |     |  |                       |                    |              |     |    |          |          |                   |
| 8  | Atendimento em grupos temáticos na unidade de saúde                             |                                   |   |     | 3  | 6                     | 0                  | 4            | 4   | 2  | 0        | 1        | 0                 |
| 9  | Atendimento individual  |                                   |   |     | 3  | 2                     | 4                  | 3            | 3   | 1  | 1        | 1        | 0                 |
| 10 | Acompanhamento do paciente da comunidade para a unidade de saúde                |                                   |   |     | 1  | 1                     | 0                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 11 | Coordenação da Vigilância Epidemiológica do CSEGSF                              |                                   |   |     | 0  | 1                     | 1                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 12 | Promoção de eventos na comunidade   |                                   |   |     | 0  | 0                     | 1                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 13 | Supervisão do PSF   |                                   |   |     | 0  | 0                     | 0                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 14 | Entrada dos dados nos sistemas de informações utilizados no CSEGSF/ENSP/Fiocruz |                                   |   |     | 0  | 1                     | 0                  | 0            | 1   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 15 | Supervisão e treinamento dos Técnicos de enfermagem                             |                                   |   |     |  |                       |                    |              |     |    |          |          |                   |
| 16 | Relatórios do Programa Saúde da Família   |                                   |   |     | 0  | 1                     | 1                  | 1            | 1   | 1  | 0        | 0        | 0                 |
| 17 | Organização e acompanhamento de BAZAR   |                                   |   |     | 0  | 0                     | 0                  | 0            | 0   | 0  | 0        | 1        | 0                 |
| 18 | Pesagem de crianças menores de 2 anos   |                                   |   |     | 1  | 1                     | 0                  | 0            | 1   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 19 | Fechamento dos dados de produção  |                                   |   |     |  |                       |                    |              | 1   |    |          |          |                   |
| 20 | Reunião de Direção  |                                   |   |     | 0  | 0                     | 1                  | 0            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 21 | Comissão de revisão de prontuário   |                                   |   |     | 0  | 0                     | 2                  | 0            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 22 | Supervisão geral da unidade de saúde  |                                   |   |     |  |                       |                    |              |     |    |          |          |                   |
| 23 | Supervisão dos ACS de Dependência Química                                       |                                   |   |     | 0  | 1                     | 1                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 24 | Professor de cursos da ENSP/Fiocruz   |                                   |   |     |  |                       |                    |              |     |    |          |          |                   |
| 25 | Coordenação do processo assistencial no CSEGSF/ENSP/Fiocruz                     |                                   |   |     | 0  | 0                     | 0                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 26 | Liberação de funcionários para cursos   |                                   |   |     | 0  | 0                     | 1                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 27 | Coordenação de cursos do CSEGSF/ENPS/Fiocruz                                    |                                   |   |     | 0  | 0                     | 1                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |
| 28 | Membro integrante do colegiado da Escola de Governo da ENSP/Fiocruz             |                                   |   |     | 0  | 0                     | 1                  | 1            | 0   | 0  | 0        | 0        | 0                 |

Fonte: Entrevistas com profissionais do PSF no CSEGSF/ENSP/Fiocruz – dez 2004

### 10.3.4. Níveis de execução e espaço de realização dos processos de trabalho

| N  | Etapas do processo de trabalho  | Níveis de execução | Espaço Realização (UBS x Comunidade) |
|----|---|--------------------|--------------------------------------|
| 1  | Reunião de Equipe   | Assistencial       | UBS                                  |
| 2  | Acolhimento/Triagem   | Assistencial       | UBS                                  |
|    |   | Assistencial       |                                      |
| 3  | Agendamento de consulta   | Assistencial       | UBS                                  |
| 4  | Visita domiciliar rotina  | Assistencial       | Comunidade                           |
| 5  | Visita domiciliar com agendamento   | Assistencial       | Comunidade                           |
| 6  | Interconsulta   | Assistencial       | UBS                                  |
| 7  | Atendimento em grupos temáticos na comunidade                                   | Assistencial       | Comunidade                           |
| 8  | Atendimento em grupos temáticos na unidade de saúde                             | Assistencial       | UBS                                  |
| 9  | Atendimento individual  | Assistencial       | UBS                                  |
|    |   | Assistencial       |                                      |
|    |   | Assistencial       |                                      |
| 10 | Acompanhamento do paciente da comunidade para a unidade de saúde                | Assistencial       | Comunidade                           |
| 11 | Coordenação da Vigilância Epidemiológica do CSEGSF                              | Gerencial          | UBS                                  |
| 12 | Promoção de eventos na comunidade   | Assistencial       | Comunidade                           |
| 13 | Supervisão do PSF   | Assistencial       | UBS                                  |
|    |   |                    |                                      |
|    |   | Assistencial       |                                      |
|    |   | Assistencial       |                                      |
|    |   | Assistencial       |                                      |
| 14 | Entrada dos dados nos sistemas de informações utilizados no CSEGSF/ENSP/Fiocruz | Assistencial       | UBS                                  |
|    |   | Assistencial       |                                      |
| 15 | Supervisão e treinamento dos Técnicos de enfermagem                             | Assistencial       | UBS                                  |
| 16 | Relatórios do Programa Saúde da Família   | Assistencial       | UBS                                  |
| 17 | Organização e acompanhamento de BAZAR   | Assistencial       | UBS                                  |
| 18 | Pesagem de crianças menores de 2 anos   | Assistencial       | Comunidade                           |
| 19 | Fechamento dos dados de produção  | Assistencial       | UBS                                  |
| 20 | Reunião de Direção  | Gerencial          | UBS                                  |
| 21 | Comissão de revisão de prontuário   | Gerencial          | UBS                                  |
| 22 | Supervisão geral da unidade de saúde  | Gerencial          | UBS                                  |
| 23 | Supervisão dos ACS de Dependência Química                                       | Gerencial          | UBS                                  |
| 24 | Professor de cursos da ENSP/Fiocruz   | Gerencial          | Não se aplica                        |
| 25 | Coordenação do processo assistencial no CSEGSF/ENSP/Fiocruz                     | Gerencial          | UBS                                  |
| 26 | Liberação de funcionários para cursos   | Gerencial          | Não se aplica                        |