

FATORES QUE INFLUENCIAM NO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE CÁRPINA-PE

Gisella Andrada de Godoy Cansanção¹
Yoly Souza Ramos²

RESUMO: o objetivo desse estudo foi identificar quais fatores influenciam no preenchimento correto das planilhas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Estado de Pernambuco. O estudo foi realizado em sete equipes de saúde da família e caracteriza-se como descritiva-exploratória, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) - Hospital Agamenon Magalhães. Verificou-se que o tempo de trabalho dos ACS estudados apresentaram 70% entre 2 a 5 anos, 24 % com mais de 10 anos e 6% entre 5 a 10 anos. A realização de treinamento introdutório do SIAB para os ACS atingiu 92% dos ACS e apenas 8% não participaram. Verificou-se que na concepção do ACS para a classificação do preenchimento das fichas do SIAB 44% preenchem as fichas facilmente sem dificuldades, enquanto 42% relatam terem dificuldades. O preenchimento do SIAB revela que 36% dos ACS executam perto do dia do consolidado e os demais realizam em diversas temporalidades. Infelizmente, apenas 48% dos ACS dispõem de materiais e equipamentos necessários para o preenchimento das fichas do SIAB. E 76% consultam o enfermeiro em caso dúvidas quanto ao preenchimento das fichas do SIAB. Os estudo conclui sobre a importância do incentivo para a realização de educação permanente, no intuito de ampliar o conhecimento do ACS quanto ao preenchimento das fichas do SIAB como forma de otimizar a assistência.

Palavras chaves: Sistema de informação; Atenção básica; Saúde da família..

ABSTRACT: The purpose of this study was to identify which factors influence the correct completion of the worksheets of the Information System of Primary Care (ISPC) held by community health agents (CHA), the Family Health Units (USF) of the State of Pernambuco. The study was conducted in seven family health teams and is characterized as descriptive and exploratory, using a quantitative approach. Data collection was performed after approval of the Ethics and Research Committee (CEP) - Hospital Agamenon Magellan. It was found that the working time of ACS studied showed 70% between 2 and 5 years, 24% over 10 years and 6% in 5-10 years. The completion of the introductory training for ACS SIAB reached 92% of ACS and only 8% did not participate. It was found that the design of the ACS for the classification of filling in the forms of the ISPC 44% meet the chips easily without difficulties, while 42% report having difficulties. Completion of the SIAB reveals that 36% of ACS running near the day of the Consolidated and the other held in different times.

¹ Enfermeira. Gisella Andrada de Godoy Cansanção. Endereço: Avenida Abdias de Carvalho, n. 3060, Bong, Recife/ PE, CEP: 50.640-785. E-mail: gisellagodoy@hotmail.com

² Engenheira Agrícola (UFCG). Mestre em Engenharia de Água e Solo (UFRPE). Especialista em Ecologia e Meio Ambiente (FARIRE). Email: yolysramos@gmail.com

Unfortunately, only 48% of ACS has materials and equipment needed for filling in the forms of SIAB. And 76% consult the nurse if doubts as to whether the records of the SIAB. The study concludes on the importance of encouragement for continuing education in order to expand knowledge of the ACS as to whether the chips SIAB as a way to optimize care.

Keywords: Information System, Primary Care, Family Health ..

INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) permite conhecer as condições de vida da população, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença. O Art. 3º da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, afirma que “os níveis de saúde da população expressa à organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990).

A atenção básica tem na saúde da família uma estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Ministério da Saúde (2006). Por meio do mapeamento da área se identificam os grupos, famílias e indivíduos expostos aos riscos com o intuito de programar e selecionar as intervenções de promoção da saúde, assim como, a prevenção das doenças e seus agravos de forma coerente à realidade local.

Diante disto, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) monitora os impactos ocorridos na comunidade após a implantação das ações de saúde no nível operacional da equipe da Unidade de Saúde da Família (USF). Sendo possível, através da avaliação contínua dos componentes obrigatórios do SIAB que são: os cadastros das famílias, condições de moradia, saneamento, situação de saúde, produção, marcadores e composição das equipes de saúde da família (BRASIL, 2007, p. 17).

Cerca de 220 mil agentes comunitários de saúde (ACS) encontram-se distribuídos no país com atuação exclusiva no âmbito do SUS, conforme SIAB/MS (2007). Como o ACS é o profissional que se mantém mais próximo da população por meio de visita domiciliar, todas as famílias inclusas na sua microárea possuem as informações atualizadas e são orientadas quanto à utilização dos serviços disponíveis (CAPUTO; DRUZIAN; GIOVANETE, *et al*, 2007).

É importante resaltar que o principal objetivo desse estudo, baseado nas informações já exposta foi identificar quais fatores influenciam no preenchimento correto das planilhas do SIAB realizadas pelos ACS, nas USF do município de Carpina-PE.

Desta forma buscou-se estabelecer o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde a cerca da importância do preenchimento correto das fichas do

sistema de informação da atenção básica além de definir o nível de importância que o agente comunitário de saúde atribui ao preenchimento correto das fichas do sistema de informação da atenção básica.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é operacionalizada pelo Departamento da Atenção Básica (DAB) como parte da estrutura da secretaria de atenção à saúde do Ministério da Saúde (MS) que “visa orientar as práticas de saúde pelo estímulo a ações de promoção e prevenção, reconhecendo os territórios sociais onde se produzem as doenças” (BRASIL, 2007b, p.12).

Portanto, a ESF constitui-se porta de entrada do SUS através do modelo de assistência voltada à saúde da população delimitada sob sua responsabilidade de forma integral e contínua. Sendo composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis ACS. Os seus integrantes possuem como atribuições comuns: conhecer a realidade das famílias, identificarem as situações de risco à saúde, elaborar as ações prioritárias, estimular o controle social e participar da educação continuada.

Observa-se, que o ACS realiza a integração entre a USF quanto à orientação dos seus serviços disponíveis e a comunidade adscrita. Segundo Brasil (2002), este profissional tem como requisitos: atuação exclusiva na atenção básica, ser maior de dezoito anos e residir em sua microárea. Desta maneira, o ACS realiza o mapeamento e a territorialização na área geográfica definida da USF, promove visita domiciliar, mantém atualizado o cadastro de todas as pessoas de sua área de abrangência e desenvolve ações educativas em saúde de promoção e prevenção das doenças de acordo com o planejamento da equipe.

Surtir efeito em saúde pública é diminuir os indicadores de morbimortalidade e com isto, melhorar a qualidade de vida da população. Nesta perspectiva houve a criação do SIS a partir de 1999, pela Portaria MS/GM 3.947/1998 com o objetivo de recolhimento de dados da comunidade assim como o controle dos serviços executados pela ESF.

Um Sistema de Informação em Saúde (SIS) pode ser definido como conjunto de componentes (estrutura administrativas e unidades de produção) integrados e articulados que atua como o propósito de obter e selecionar

dados e transformá-los em informação, com mecanismos e práticas próprias (MORAES, 1994 *apud* CARVALHO; MOTA, 2003, p. 660)

Uma vez que o SIS depende da coleta primária dos dados assegurar sua consistência e fidedignidade é fundamental, pois conforme Pereira (2001) um indicador de saúde deve demonstrar a situação de saúde de um indivíduo ou da população. Desta forma, é possível estabelecer o concreto diagnóstico de saúde que sirva de orientação no planejamento das ações prioritárias por parte da USF no intuito de melhor atender as necessidades da área assistida.

O SIS utiliza a informática como dispositivo de consolidação e processamento dos dados através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do MS. Onde serão mensalmente atualizados os seus registros de forma hierarquizada em cada esfera do governo com direção única (BRASIL, 2006).

Conforme Carvalho; Mota (2003) entre algumas fontes alimentadoras de informação do SIS em vigor no país estão:

- ✓ Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que utiliza a declaração de óbitos como único instrumento de coleta de dados. Entretanto, ocorre elevado sub-registro de óbitos com algumas razões apontadas o custo, a existência de cemitérios clandestinos, falta de assistência médica e exatidão na classificação da causa do mesmo (PEREIRA, 2001);
- ✓ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que se baseia na Declaração de Nascido Vivo (DN), preenchida nos estabelecimentos de saúde que realizam partos e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares. Obtêm-se os dados sobre as características do nascimento, assim como avalia a gestação e ao parto;
- ✓ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) onde alimenta o sistema as doenças e os agravos de notificações obrigatórias;
- ✓ Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) consta dado das internações hospitalares para fins administrativos;
- ✓ Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) relativo aos custos e pagamentos aos prestadores de serviços.

Em relação à atenção básica, a monitorização da qualidade e consistência dos dados enviados tem o SIAB como instrumento de acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006, p.10)

Logo, a avaliação das informações deverá ocorrer de forma contínua o que requer uma colaboração multiprofissional para o registro adequado.

Segundo Brasil (2000), o SIAB é um banco de dados (software) desenvolvido pelo DATASUS em 1998, idealizado para agregar, armazenar e processar as informações sobre a população visitada. Assim como, o repasse dos incentivos financeiros aos municípios pelo MS depende dos resultados deste sistema.

Existem três formas de entrada para o SIAB que serão analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados: a primeira constitui o cadastramento familiar, outra para informação e saúde e por fim para a produção e marcadores de avaliação.

De acordo com Brasil (2000), os instrumentos de coletas de dados realizados pelo ACS no SIAB são:

- ✓ Cadastro das Famílias – Ficha A. Representa o cadastro familiar, portanto contém dados socioeconômicos de saúde e condições de moradia das famílias;
- ✓ Acompanhamento de Gestantes – Ficha B-GES. Cadastra e acompanha mensalmente o estado de saúde das gestantes;
- ✓ Acompanhamento de Hipertensos – Ficha B-HA;
- ✓ Acompanhamento de Diabéticos – Ficha B-DIA;
- ✓ Acompanhamento de pacientes com Tuberculose – Ficha B-TB;
- ✓ Acompanhamento de pacientes com Hanseníase Ficha B-HAN;
- ✓ Acompanhamento de crianças – Ficha C. Realiza o acompanhamento das condições de saúde das crianças menores de dois anos tendo o próprio cartão da criança fornecido pelo MS.

Fica estabelecido que as fichas do grupo B (B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN) são utilizadas para o cadastramento e acompanhamento mensal domiciliar dos grupos prioritários após seu diagnóstico médico e devem ser atualizados rigorosamente.

São instrumentos de consolidação dos dados:

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

- ✓ Relatórios de produção e marcadores para avaliação – Relatório PMA2 e PMA4.

O trabalho do agente comunitário de saúde exige preenchimento de muitos formulários e realização de relatórios devido à necessidade de se arquivar as informações recolhidas para futuras intervenções e estudos epidemiológicos no intuito de se melhorar a assistência (CAPUTO; DRUZIAN; GIOVANETE, *et al* 2007, p.177)

Portanto, compreender quais os fatores que determinam o nível de conhecimento sobre a utilização correta das planilhas preconizadas pelo SIAB, assim como, o nível de importância estabelecida pelo ACS na execução desta atividade permite adotar estratégias para reforçar a vigilância de saúde da USF.

Uma vez que, os dados enviados precisam ser confiáveis e rigorosamente controlados pelo SIAB para que o planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família possua utilidade prática. De modo que seja possível gerar indicadores sobre as condições de vida, nortear programas e direcionar as atividades de acordo com as necessidades da comunidade assistida.

MÉTODOS

Tipo do estudo

Caracteriza-se como descritiva-exploratória, com abordagem quantitativa. Exploratória por “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL, 2002, p.42). E descritiva por classificar as peculiares mais significativas de determinada população e de levantamento devido a interrogação direta das pessoas estudadas. A análise das informações foi de forma quantitativa, no intuito de ter obtido conclusões sobre os dados coletados (GIL, 2002, p.51).

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em sete equipes de saúde da família do município de Carpina - PE.

População e tamanho da amostra

A população foi composta por agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família do município de Carpina - PE e a amostra foi de cinquenta agentes comunitários de saúde de ambos os sexos, que atuavam sete equipes de saúde da família, do município de Carpina- PE. Todos os integrantes assinaram voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que trabalhavam como agente comunitário de saúde desde o início da pesquisa.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os agentes comunitários de saúde que se recusaram a participar assim como, os que se encontravam de licença maternidade, benefício ou férias. Não foi excluído nenhum participante do estudo

Procedimentos de coleta

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) - Hospital Agamenon Magalhães, obedecendo aos seguintes passos: (ANEXO-1)

- No primeiro momento foi solicitado da instituição autorização para realização da pesquisa e conseqüentemente, o início da coleta de dados;

- No segundo momento foram selecionados os componentes da amostra que preenchiam os requisitos anteriormente mencionados. Após seleção dos sujeitos, os mesmos foram informados quanto ao estudo, os objetivos e o conteúdo da pesquisa, bem como solicitada à colaboração dos mesmos para realização do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

- No terceiro momento foi entregue o questionário (APÊNDICE-2) para que fosse realizada a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Saúde da Família entre os dias 17 a 29 de Setembro de 2008 às 09hs antes dos agentes comunitários de saúde irem para sua respectiva microárea.

Instrumento de coleta

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista com dezenove perguntas fechadas e duas perguntas abertas que foram aplicadas anteriormente.

Análise dos dados

Os dados foram processados por um computador dentro do programa Excel do pacote Office, sendo apresentados quantitativamente, através de gráficos e tabelas que foram analisados com estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

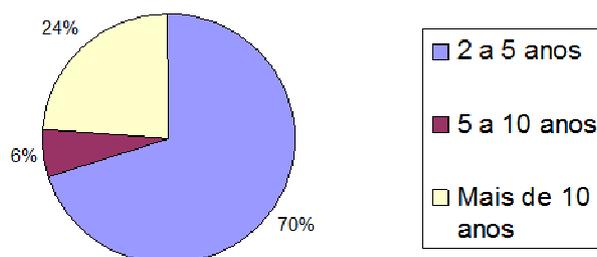


Gráfico 1: Tempo de trabalho dos ACS na USF. Carpina – PE.

Verificou-se que o tempo de trabalho dos ACS estudados apresentaram 70% entre 2 a 5 anos, 24 % com mais de 10 anos e 6% entre 5 a 10 anos (Gráfico 1).

Segundo Abrahão; Lagrage (2007), “o agente é ao mesmo tempo, membro da comunidade e aquele que partilha sua intimidade e privacidade com os demais” (163p). O que torna interessante observar o tempo de atuação deste profissional para que haja o estabelecimento de vínculo com sua microárea adquirida por meio da empatia e práticas cotidianas (AERTS; FERRAZ, 2005).

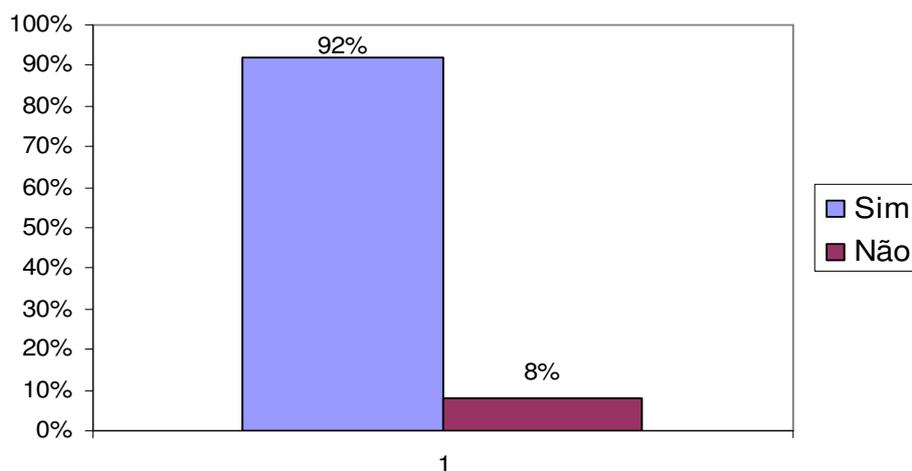


Gráfico 2: Realização de treinamento introdutório do SIAB para o ACS. Carpina – PE.

Realização de treinamento introdutório do SIAB para os ACS atingiu 92% dos ACS e apenas 8% não participaram (Gráfico 2).

Toda equipe da USF foi capacitada sobre a utilização do SIAB por meio de curso introdutório realizado em até três meses após a implantação da unidade, conforme Brasil (2006). Apesar da realização do treinamento, acredita-se que ocorre uma ênfase maior no ensino para o envio dos relatórios (ficha A e B, relatórios PMA2 e SSA2), excluindo assim outros recursos do sistema (LAPREGA; SILVA, 2005).

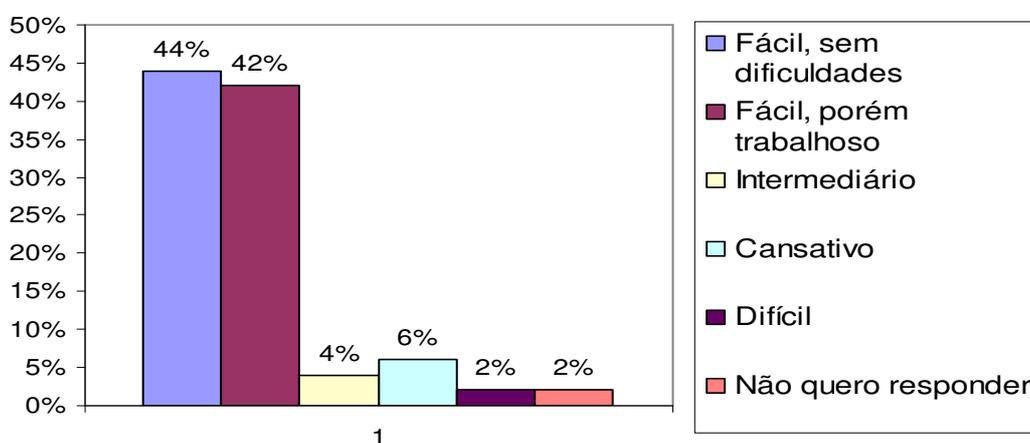


Gráfico 3: Concepção do ACS na classificação do preenchimento das fichas do SIAB. Carpina – PE.

Em relação ao grau de dificuldade para o preenchimento do preenchimento das fichas do SIAB que 44% consideraram fácil, não encontrando dificuldade nenhuma, enquanto 42% relatam facilidade, porém consideram trabalhosa, 4% relataram que o nível de dificuldade de preenchimento é considerada intermediária, 6% consideram cansativo, 2% difícil e outros 2% não quiseram responder a questão (Gráfico 3).

Segundo Laprega; Silva (2005), existe “simplicidade no manuseio do programa” (50p), mas como não é possível obter nas fichas uma identificação direta das famílias dificulta sua utilização na prática. Neste sentido a vulnerabilidade dos dados classifica o SIAB “como uma atividade burocrática que obstaculiza o desempenho de atividades realmente importantes”(CHAVES; MARTINES, 2007, 75p).

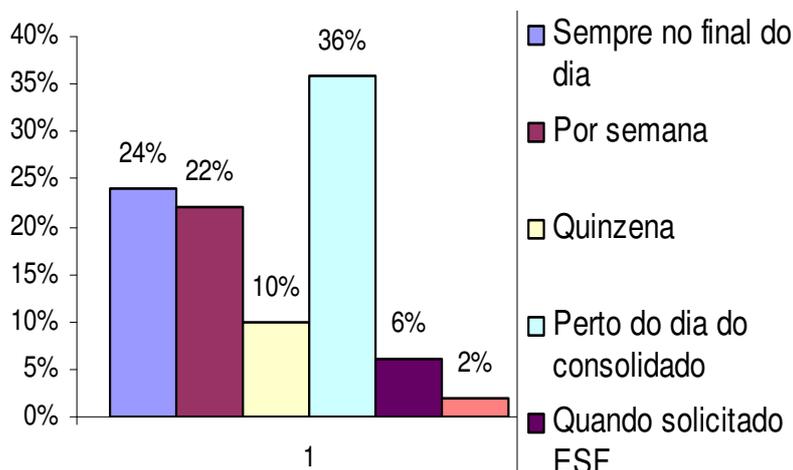


Gráfico 4: Momento de preenchimento das fichas do SIAB pelo ACS. Carpina – PE.

O momento de realização do preenchimento do SIAB revela que 36% dos ACS executam esta atividade perto do dia do consolidado, ou seja, no dia em que todos os dados são agrupados, enquanto 24% afirmam realizarem esta tarefa sempre no final do dia, 22% dos entrevistados por semana, 10 no período de quinzena, 6% só quando solicitado. (Gráfico 4).

Segundo Carvalho; Mota *apud* Almeida Filho; Rouquazrol (2003), as informações fornecidas por estes profissionais alimentam o SIS, por isto é necessário que “sejam adequadamente preenchidos e armazenados e que se cumpra em tempo e com segurança o fluxo de dados até o processamento, consolidação, análise e difusão” (609p).

Diante disso, as equipes de Saúde da Família devem apresentar relatórios mensais sobre a situação de saúde e suas ações desenvolvidas na comunidade (BRASIL, 2006).

Existe uma permanente cobrança dos gestores referente ao preenchimento das fichas do SIAB, uma vez que, o financiamento da atenção básica do MS se estabelece por meio dos indicadores gerados pela equipe da USF (GOMES; MORENO; SOARES, 2007).

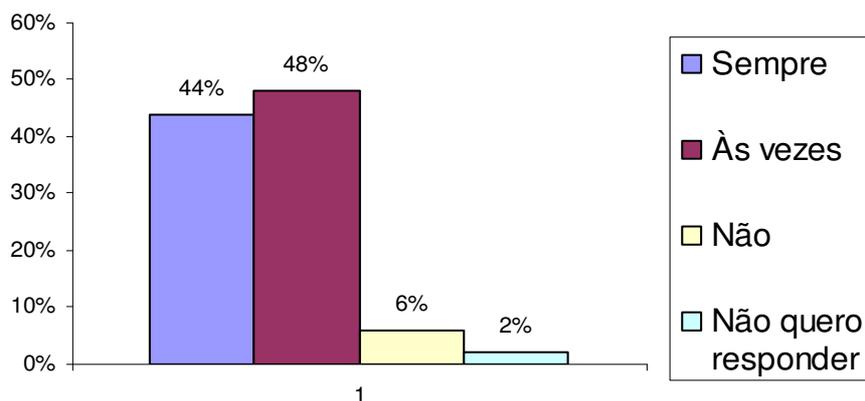


Gráfico 5: Disponibilidade de materiais e equipamentos para o preenchimento das fichas do SIAB pelo ACS. Carpina – PE.

Verifica-se no gráfico 5 que 48% dos ACS possuíam às vezes disponibilidade de materiais e equipamentos para o preenchimento das fichas do SIAB, enquanto 44% afirmavam que tinham sempre acesso aos mesmos, 6% afirmo que não e 2% não quiseram responder a questão.

É responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde garantir equipamentos e matérias adequados para o desenvolvimento das ações propostas pela ESF (BRASIL, 2006).

Caputo, Druzian e Marin (2007) relatam que a falta desses instrumentos na realização do trabalho “contribui para a má qualidade do serviço prestado e está muito relacionado à insuficiência de recursos injetados na área de saúde de todo país”(89 P).

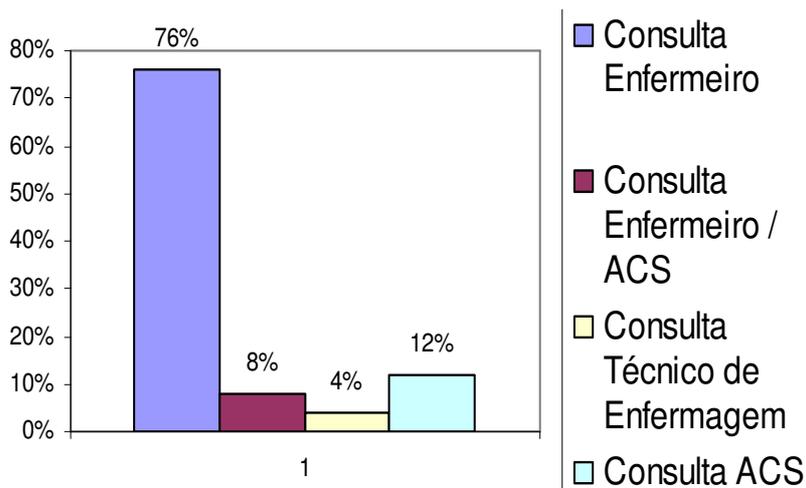


Gráfico 6: Profissionais da USF consultados pelo ACS em caso de dúvidas quanto ao preenchimento das fichas do SIAB. Carpina – PE.

Observou-se que 76% dos ACS consultavam o enfermeiro em caso dúvidas quanto ao preenchimento das fichas do SIAB, 8% informaram que consultava um

enfermeiro ou outro ACS, 4% consultava um técnico de enfermagem e 12% consultava apenas um ACS em caso de dúvida (Gráfico 6).

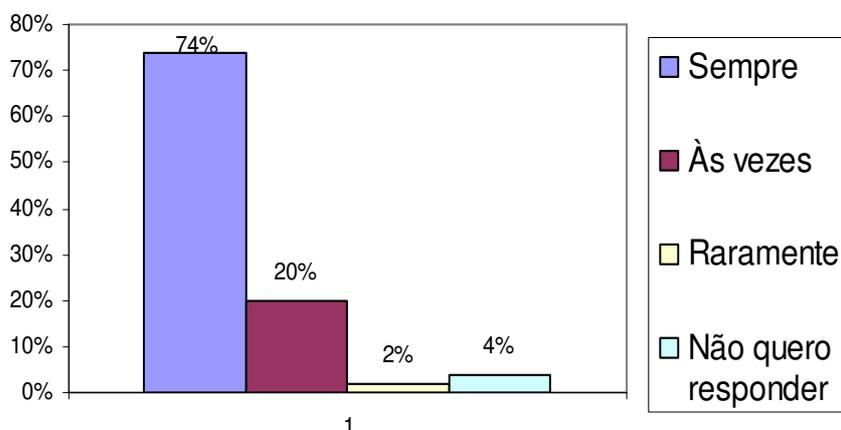


Gráfico 7: Percepção do ACS quanto ao reconhecimento da USF ao seu preenchimento das fichas do SIAB. Carpina – PE.

Referente ao reconhecimento da USF ao preenchimento das fichas do SIAB constatou-se que 74% dos ACS sempre acreditavam que era visto como algo importante ou de qualidade pelos demais profissionais da equipe, 20% achava que às vezes era relevante, 2% raramente considerava importante e 4% não quiseram responder a questão (Gráfico 7).

Freitas; Pinto (2005) discorrem que a equipe de Saúde da Família tem a percepção da importância do ACS ao SIAB. Em concordância Kruehl; Valentim (2007) afirma que a qualidade da interação da equipe entre si estimula a dinâmica das ações da USF na comunidade, pois “a confiança dos técnicos no ACS pode facilitar a ação de saúde, com base no seu diagnóstico e nas suas informações” (68 p).

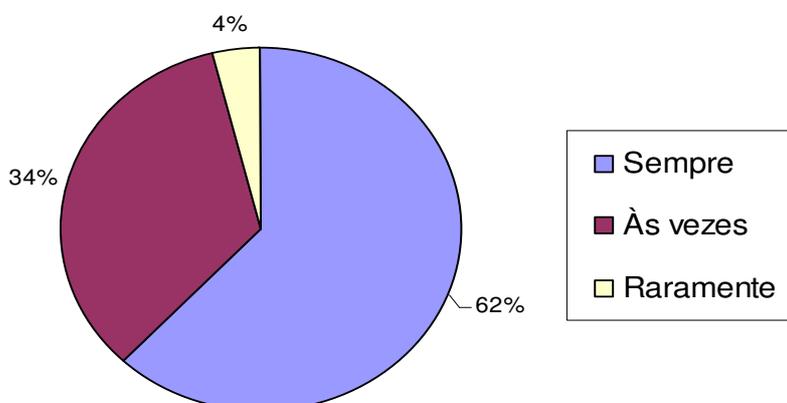


Gráfico 8: Percepção dos ACS sobre as ações da Equipe de Saúde da Família a partir da coleta dos seus dados. Carpina – PE.

Quanto às ações da equipe de Saúde da Família, 62% dos ACS acreditavam que sempre eram realizadas a partir dos seus dados coletados enquanto 34% referiam às vezes serem os mesmos utilizados e 4% raramente (Gráfico 8).

São atribuições específicas do enfermeiro: Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS na USF (BRASIL, 2006).

As avaliações são mensais e acontecem informalmente durante a entrega dos consolidados. Diante disto, os mesmos criticam esta forma de supervisão dos dados, uma vez que “a qualidade dos registros é fundamental para qualquer SIS”(83 p) (LAPREGA; SILVA, 2005). A supervisão das atividades está diretamente relacionada com o modelo de execução da liderança e, “logicamente, uma parcela dos enfermeiros consegue oferecer um suporte razoável, identificando com as necessidades do ACS, conforme Chaves; Martines (2007, 75 p).

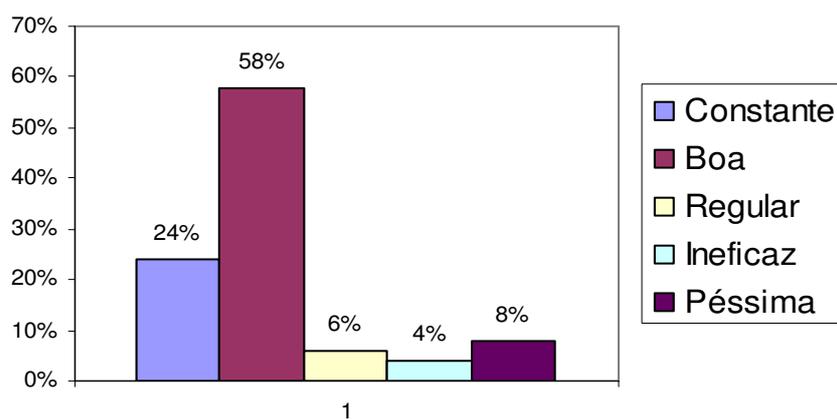


Gráfico 9: Classificação do ACS quanto à supervisão de suas atividades. Carpina – PE.
Fonte: Autor (2008).

Constatou-se mediante a pesquisa que 58% dos ACS entrevistados consideravam a supervisão de suas atividades boa, enquanto 24% consideravam a supervisão constante e 8% péssima, 6% consideram regular e 4% ineficaz (Gráfico 9).

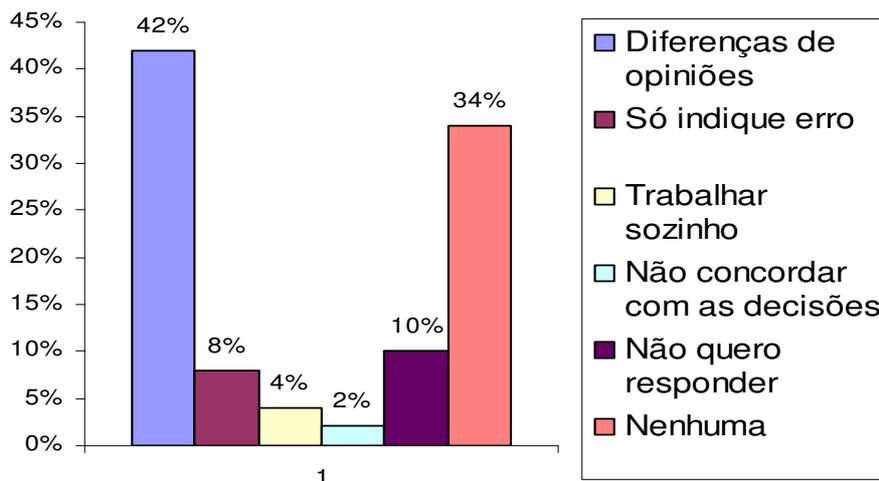


Gráfico 10: Conceção do ACS quanto aos fatores que interferem no seu relacionamento com os demais profissionais da USF. Carpina – PE.
Fonte: Autor (2008).

Na concepção dos ACS 42% acreditavam que a diferença de opiniões era o fator de interferência no seu relacionamento com os demais profissionais da USF, 8% consideraram que só indicam erro, 4% gosta de trabalhar sozinho, 2% não concorda com as decisões, 10% não quis responder a questão, enquanto 34% relatavam nenhuma interferência (Gráfico 10).

De acordo com Chaves; Martines (2007), na prática os profissionais fragmentam suas responsabilidades o que geram conflitos pessoais e técnicos no momento de “negociar e definir o que é prioridade” (89 p) para USF. Entretanto a atuação da equipe deve acontecer de maneira multiprofissional e com compromisso interdisciplinar para melhoria na qualidade de vida da comunidade (KRUEL; VALENTIM, 2007).

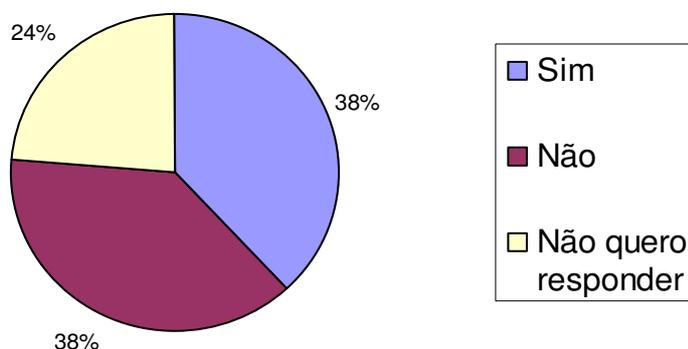


Gráfico 11: Opinião do ACS quanto à importância dada pela Secretaria Municipal de Saúde às suas atualizações no SIAB. Carpina – PE.

Houve uma oscilação entre 38% dos ACS que afirmavam preocupação da Secretaria Municipal de Saúde por suas atualizações no SIAB enquanto 38% dos ACS não percebiam tais preocupações da Secretaria de Saúde sobre suas atualizações e 24% não quiseram responder (Gráfico 11).

Em relação a opinião dos ACS em relação ao sistema, relata-se alguns trechos de sua concepção às atualizações da Secretaria Municipal de Saúde:

“Sim, porque são funcionários capacitados e desejam o melhor desempenho da sua função (...)”; “sim, eles se preocupam com a saúde da população (...)”; “sim, foi dado cursos para os ACS poderem trabalhar com as fichas (...)”; “não, por faltar mais capacitações e integração entre ACS e Secretaria (...)”; “não, precisamos de mais qualificações, cursos e outros meios de tornar o trabalho do ACS mais produtivo para comunidade (...)” e “não, não há capacitações freqüentes”.

Compete à Secretaria Municipal de Saúde estimular e viabilizar o processo de educação continuada de forma específica aos profissionais de saúde da família (BRASIL, 2006). A confiança da equipe no gestor de saúde tem efeitos significativos no resultado do trabalho, conforme Krue; Valentim (2007). Caso haja confiança por parte do gestor, a partir das informações da equipe surgirão as políticas de saúde no município. Por outro lado o descrédito por parte dos profissionais ao gestor compromete as ações da equipe já que o zelo no trabalho se mostra dispensado.

A caracterização do ACS demonstra que 40% possuíam a faixa etária entre 34 a 41 anos, enquanto 20% tinham entre 26 a 33 anos, sendo a predominância de 92% de do sexo feminino e 80% possuíam o ensino médio completo (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização do ACS segundo faixa etária, sexo e escolaridade. Carpina - PE, 2008.

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
18 a 25	6	12
26 a 33	14	28
34 a 41	20	40
Acima de 42	10	20
Total	50	100
Sexo		
Feminino	46	92
Masculino	4	8
Total	50	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	-	-

Ensino Fundamental Completo	3	6
Ensino Médio Incompleto	-	-
Ensino Médio Completo	40	80
Ensino Superior Incompleto	4	8
Ensino Superior Completo	3	6
Total	50	100

O Ministério da Saúde estabelece que o ACS possua idade acima de 18 anos sem determinação etária de limite máximo (BRASIL, 2006). De acordo com o Art. 3º da Lei N.º 10.507/2002 que cria a profissão de ACS é requisito para o exercício da profissão é necessário a conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2002). Neste contexto, os ilustres Aerts; Ferraz (2005) consideram que “quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade”.

A facilidade de preenchimento das fichas do SIAB pelos ACS demonstrou que 26% relataram possuir facilidade, enquanto 18% consideram a ficha A mais fácil e 10% a ficha B-GES (Tabela 2).

Tabela 2: Facilidade atribuída pelo ACS ao preenchimento das fichas do SIAB. Carpina - PE, 2008.

Variáveis	n	%
Mais fáceis *		
Ficha A	18	18
Ficha B-GES	10	10
Ficha B-HÁ	11	11
Ficha B-DIA	11	11
Ficha B-TB	2	2
Ficha B-HAN	3	3
Ficha C	5	5
Ficha D	10	10
Relatório SSA2	2	2
Todas as fichas do SIAB	26	26
Nenhuma ficha do SIAB	1	1
Não respondeu	1	1
Total	100	100

* Múltiplas respostas

Os ACS referem facilidade quanto à realização de cadastro das famílias e para mantê-las atualizadas constantemente, conforme Caceres; Ferreira; Schimith (2007). Os mesmo autores concordam ao trabalhar diretamente na comunidade o monitoramento é

facilitado e a visualização das alterações ocorridas na situação de saúde das famílias é percebida com mais facilidade.

Em relação à ficha A, a divisão de faixa etária inadequada à programação local, conforme Freitas; Pinto (2005). Outras críticas são observadas por Laprega; Silva (2005) no que diz respeito ao número restrito de doenças e as condições de vida das famílias citadas na referida ficha. Assim como, atribuem também ao ACS “dificuldade técnica em determinar o estado nutricional da gestante” (s/p) no manuseio da ficha B-GES.

As dificuldades encontradas pelo ACS quanto ao preenchimento das fichas do SIAB, demonstrou que 51% não tiveram dificuldades, no entanto, 25% encontram dificuldades no Relatório SSA2 (Tabela 3).

Tabela 3: Dificuldades encontradas pelo ACS quanto ao preenchimento das fichas do SIAB. Carpina - PE, 2008.

Variáveis	n	%
Mais difíceis *		
Ficha A	1	2
Ficha B-GES	2	4
Ficha B-HÁ	-	-
Ficha B-DIA	-	-
Ficha B-TB	3	5
Ficha B-HAN	2	4
Ficha C	3	5
Ficha D	-	-
Relatório SSA2	14	25
Todas as fichas do SIAB	-	-
Nenhuma ficha do SIAB	28	51
Não respondeu	2	4
Total	55	100

* Múltiplas respostas

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) as equipes de saúde da família identificam que o ACS possui dificuldade em assumir as deficiências na coleta de dados. O mesmo foi observado por Azevedo; Barbosa; Santos (2006) que atribuem “a falta de informação sobre a forma correta do registro e o descuido do preenchimento das fichas” como empecilhos para fidedignidade dos dados (s/p). Os resultados da pesquisa contradizem teorias de autores como Pinto; Freitas (2005) que atribuem ao excesso de informações no serviço e sua “alta rotatividade refletem diretamente no inadequado preenchimento, interpretação e finalidade das fichas” por parte dos ACS (s/p).

Vale ressaltar, que se trata da concepção do ACS quanto à dificuldade encontrada ao preenchimento das fichas do SIAB, uma vez que as autoras não evidenciaram a realização desta atividade. Segundo Fretas; Pinto (2005) o enfermeiro é o profissional da equipe de saúde da família que demonstra maior envolvimento com o SIAB. Neste sentido, Laprega; Silva (2005) constatou que em caso de dúvidas no preenchimento das fichas do SIAB os ACS solicitam orientações do enfermeiro de maneira espontânea ou utilizam as reuniões previamente estabelecidas na USF. Os enfermeiros assumem maior parte dos procedimentos administrativos da ESF principalmente referentes à elaboração de consolidados das ações efetuada pela equipe (AZEVEDO; BARBOSA; SANTOS, 2006).

Quanto aos fatores que interferem no seu tempo de trabalho, na percepção dos ACS 64% atribuíam encontrar o domicílio fechado (Tabela 4).

Tabela 4: Percepção do ACS quanto aos fatores que interferem no seu tempo de trabalho. Carpina - PE, 2008.

Variáveis	n	%
Trabalhar com prazos curtos*	2	3%
Ser exigido tempo de trabalho	1	2%
Não ter horário específico para o preenchimento das fichas do SIAB	6	10%
Distância entre microárea e o PSF	5	8%
Encontrar o domicílio fechado	40	64%
Realizar busca ativa	5	8%
Não quero responder	1	2%
Nenhuma	2	3%
Total	62	100

* Múltiplas respostas

Segundo o Ministério da saúde (Brasil, 2006), o número de ACS no município deve atender a cobertura total da sua população, com a distribuição de 750 pessoas para cada ACS, assim como estabelece a realização de pelo menos uma visita domiciliar ao mês.

De acordo com Aerts; Ferraz (2005), “a visita domiciliar é o instrumento ideal para educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família”. Acreditam também que o número elevado de famílias na microárea é um fator desfavorável para realização de suas tarefas

Nesta perspectiva, o estudo demonstrou divergência quanto à literatura o que indica o tempo insatisfatório como dificuldade para realização de todas as visitas domiciliares pelo ACS. Isso ocorre devido ao envolvimento em outras atividades variadas o que limitaria o tempo e disponibilidade para execução desta atribuição, comprometendo assim a qualidade da atenção à comunidade, de acordo com Almeida; Alvarenga; Craco *et al* (2007).

Na tabela 5, pela concepção dos ACS 31% acreditavam que a falta de atualizações interferiam na realização de suas atividades, enquanto 24% dos mesmos relatavam que andar longas distâncias ao sol quente era um fator de interferência.

Tabela 5: Concepção do ACS quanto aos fatores que interferem na realização das suas atividades. Carpina - PE, 2008.

Variáveis	n	%
Sentir que exigem demais de mim*	8	13%
Realizar as mesmas tarefas diariamente	5	8%
Excesso de fichas do SIAB a serem preenchidas	2	3%
Adaptar-me as condições de trabalho	1	2%
Andar longas distâncias ao sol quente	15	24%
Sentir falta de atualizações	19	30%
Não quero responder	3	5%
Nenhuma	9	15%
Total	62	100

Para que o SIAB possua funcionalidade adequada é necessário que haja uma parceria entre o processo de avaliação e a educação continuada. Diante disto, Freitas; Pinto (2005) afirmam que “não basta ter acesso só aos manuais, é preciso investir em capacitação” do ACS.

Outros aspectos são vistos com importantes para ampliar o conceito de saúde-doença por parte dos ACS quando Cardoso; Duarte; Silva (2007) acredita que “além do saber biomédico, precisam ser incorporados, em sua formação, outros saberes que favoreçam o processo de interação desses agentes com as famílias, bem como a identificação de suas necessidades”(s/p).

Segundo Chaves; Martines (2007), na prática não existe um direcionamento em cursos específicos ao ACS e sim, um “programa de capacitação que priorizem médicos e enfermeiros” (s/p).

Em relação, ao andar longas distâncias ao sol quente de acordo com Caputo; Druzian; Marin (2007) constitui-se “uma atividade inerente à própria tarefa”(107p) de

ACS. As autoras ainda citam que a descontinuidade na construção do conhecimento do ACS sobre o SIAB interfere no acompanhamento de suas atividades de promoção e prevenção da saúde, assim como, a impossibilidade de garantir a fidedignidade dos seus dados coletados.

Quanto aos fatores que interferiam nos aspectos pessoais na realização de suas atividades, constatou-se mediante a pesquisa que a concepção de 34% dos ACS referia enfrentar problemas que excediam suas tarefas, 18% acreditavam que o seu erro prejudicaria outras pessoas e 16% atribuíam ter que levar trabalho para casa (Tabela 6).

Tabela 6: Concepção do ACS quanto aos fatores que interferem aos aspectos pessoais na realização de suas atividades. Carpina - PE, 2008.

Variáveis	n	%
Ter que levar trabalho para casa*	9	16%
Enfrentar problemas que excedem as tarefas de ACS	19	34%
Trabalhar na comunidade que reside	4	7%
Seus erros podem prejudicar outras pessoas	10	18%
Muito tempo exercendo a mesma tarefa	1	2%
Não quero responder	3	5%
Nenhuma	10	18%
Total	56	100

* Múltiplas respostas

Por atuar como elo da USF entre a comunidade e residir ao mesmo tempo no local, os ACS são abordados frequentemente, fora do horário de trabalho (MENEZES; SILVA, 2008). Porém, Chaves; Martines (2007) observam que nem sempre as cobranças da população aos ACS referente à equipe de saúde da família acontecem de maneira amistosa.

Ao mesmo tempo, foi demonstrado por Cardoso; Duarte; Silva (2007), que o ACS apresenta “desânimo e impotência frente aos problemas sociais das famílias” que por exceder seus limites de atuação profissional “resta ouvir” apenas. Com isto os ACS acreditam que os seus erros prejudicariam outras pessoas ao invés de compartilhar esta responsabilidade com toda a equipe e os demais segmentos da sociedade.

Observou-se que na concepção dos ACS 34% enfrentavam problemas que excediam suas tarefas e 18% acreditavam que os seus erros prejudicariam outras pessoas.

Tabela 7: Participação do ACS nas reuniões do planejamento das ações da USF. Carpina - PE, 2008.

Variáveis	n	%
Sou importante nas reuniões*	22	44%
Sou atuante nas reuniões	9	18%
Freqüente, mas minha opinião não é considerada	8	16%
Apenas meus dados são suficientes	6	12%
Freqüente, às vezes minha opinião é considerada	2	4%
Não quero responder	3	6%
Total	50	100

* Múltiplas respostas

Quanto às reuniões do planejamento das ações pela ESF, o resultado mostrou que 44% dos ACS consideravam a sua participação importante enquanto 18% freqüentavam as reuniões, mas não acreditavam que sua opinião era considerada (Tabela 7).

É fundamental a participação do ACS nesta reunião como facilitador em responder as necessidades da comunidade, uma vez que se torna mais fácil analisar o dado de quem efetuou sua coleta (CAPUTO; DRUZIAN; MARIAN; 2007).

A reunião do planejamento das ações tem-se, mostrado enriquecedor no momento em que é possível estabelecer uma relação entre a equipe no enfrentamento de suas dúvidas, dificuldades e também estratégias de ações para melhoria da saúde na comunidade (AZEVEDO; BARBOSA; SANTOS, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do sistema informatizado das fichas do SIAB em um banco de dados estruturado auxilia no desenvolvimento de diversas pesquisas científicas, epidemiológicas e no desenvolvimento de ferramentas para o auxílio na tomada de decisões. Uma vez que a estruturação do projeto permitiu manter os conceitos de territorialização e o contexto das informações, ficou fácil utilizar o sistema para gerar informações sobre a saúde da população, focos de doenças, acompanhamento de pacientes e controle dos trabalhos realizados pelos profissionais da atenção primária. A ideia final deste trabalho é realizar atualizações e modificações constantes para que ele possa sempre estar atualizado. Na situação atual ainda é necessário realizar testes para

verificar a consistência de algumas interfaces bem como a implementação de algumas telas ainda não funcionais.

Com base na análise dos resultados sobre os fatores que influenciam no preenchimento correto das fichas do sistema de informação da atenção básica pelo agente comunitário de saúde, nota-se a necessidade de ampliação da atenção básica nas áreas rurais do município de Carpina- PE. Uma vez que é necessária uma maior cobertura na assistência da referida população quanto às atividades de promoção e prevenção da saúde.

Em relação aos ACS é interessante observar a dinâmica familiar para a escolha do horário mais apropriado à realização da visita familiar evitando assim encontrar o domicílio fechado.

No que tange à supervisão das fichas do SIAB, nota-se a necessidade de ser realizada pelo enfermeiro na ocasião da reunião semanal da equipe de saúde da família, para que haja um melhor acompanhamento no desenvolvimento das atividades do ACS.

Destaca-se ainda, a importância do incentivo para a realização de educação permanente, no intuito de ampliar o conhecimento do ACS quanto ao preenchimento das fichas do SIAB como forma de otimizar a assistência.

REFERÊNCIAS

ABRHAÃO, A. L.; LAGRAGE, V. A visita domiciliar como estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A.D.A. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde a formação e o trabalho do ACS: Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. 1º ed. Rio de Janeiro: SPJV/Fiocruz, 2007. 4v. 151-171. Disponível: < http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicações/pats_pdf>. Acesso em 09 nov 2008.

AERTS, D.R.G.; FERRAZ, L. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, s/p, abr/jun. 2005. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000200012&scriptsci_arttext&tlng=pt>

ALMEIDA, M.C.P.; ALVARENGA, A.M.; GRACO, P.F. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, s/p, nov/dez.2007. Disponível em: <

http://www.scielo.php?script=sci_arttest&pid=S0034-71672007000600008>. Acesso em: 08 nov 2008.

AZEVEDO, A.L.M.; BARBOSA, M.G.M.M.; SANTOS, J.S. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB - resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com**, Rio de Janeiro, v.2, n.6, s/p,jul./set.2006. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/3a80aac1/04_rbmfc_06_artigo_02.pdf>. Acesso em: 12 nov 2008.

BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26303.pdf> > . Acesso em: 05 nov 2008.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 05 mar 2008.

BRASIL. Lei nº 10.507, 10 de Julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Serviço de Jurisprudência e Divulgação. Disponível em: <http://www.prt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/Leis/Leis_doc/10507_02.doc> Acesso em: 05 mar 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica**: Encontrando caminhos para institucionalização. 1ªed. Brasília: II Amostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 2004. s/p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/apres_ii_mostra.pdf>. Acesso em 05 nov 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS N°3**. 1ªed. Brasília: Organização Pan-Americana, 2007.p.12.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, v. 4, série A: normas e manuais técnicos. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 63 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Produtos e Serviços**: Cartilha de sistemas e aplicações desenvolvidas no departamento de informática do SUS. 1ªed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.p. 17.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SIAB**: Manual do sistema de informação de atenção básica. 3ªed.Brasília: Ministério da Saúde, 2000. s/p.

CACERES, N.C.; FERREIRA, M.E.V.; SCHIMITH, M.D. Necessidades de Capacitação e Aperfeiçoamento dos Profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 0560, s/p. 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1514>. Acesso em: 07 nov 2008.

CAPUTO,V.G.; DRUZIAN, S.; GIOVANETE, J.N. *et al.* O agente comunitário de Saúde e os estressores no controle do trabalho, **Revista Nursing**, v.107, n.9, p. 176-181, abril,2007.

CARDOSO, S.H.; DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R. Construindo programa de educação com agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 11, n. 23, s/p, set./dez. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a04v1123.pdf>> . Acesso em: 07 nov 2008.

CARVALHO, D.M.T.; MOTA, E. Sistema de Informação em Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 21, p. 605-626.

CHAVES, E.C. MARTINES, W.R.V. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, s/p, set. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300012> Acesso em: 09 nov 2008.

FREITAS, F. P; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Revista Latino-Americana de Emergência**, Ribeirão Preto, v. 113, n. 4, s/p, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a13.pdf>> . Acesso em 09 nov 2008.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2003. cap. 4, p. 41- 42, 51.

GOMES, M.L; MORENO, A.B.; SOARES, M.F. Sistema de informação da atenção básica. In: MOROSINI, M.V.G.C; CORBO, A.D.A. **Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do ACS**: Modelos de Atenção e a Saúde da família. 1º ed. Rio de Janeiro: SPJV/Fiocruz, 2007. 4v. p. 199-214. Disponível: <

http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf >. Acesso em 09 nov 2008.

KRUEL, A.J.; VALENTIM, I.V.L. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, s/p, mai./jun. 2007. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63012328.pdf> > . Acesso em: 09 nov 2008.

LAPREGA, M.R.; SILVA, A.S. Avaliação crítica do Sistema da Atenção Básica (SIAB) e de sua implementação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, s/p, nov./dez. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000600031&script=sci_arttext&tlng=pt > Acesso em: 05 nov 2008.

MENEZES, P.R.; SILVA, A.T.C. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, s/p, out. 2008. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000500019&script=sci_arttext > . Acesso em 07 nov 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia e Prática**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001, cap.6, p. 105-155.

APÊNDICE – 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **FATORES QUE INFLUENCIAM NO PREENCHIMENTO CORRETO DAS FICHAS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.**

Responsáveis pelo projeto: Gisella Andrada de Godoy Cansanção, RG.: 5.250.140 SSP/PE

Orientador: Eduardo Bezerra

Eu _____
RG: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue: 1) Fui informado, de forma clara e objetiva, que a pesquisa intitulada “Fatores que influenciam no preenchimento correto das fichas do sistema de informação da atenção básica pelo agente comunitário de saúde” irá analisar o nível de conhecimento e o nível de importância atribuídos às fichas do sistema de informação da atenção básica pelo agente comunitário de saúde; 2) Estou ciente que não é obrigatória a minha participação e posso desistir da pesquisa, caso me sinta constrangido (a) antes e durante a realização da mesma, pois a pesquisa implicará risco mínimo (contato físico), uma vez que nenhum procedimento técnico será realizado e que minha participação é voluntária e assim não terei nenhum prejuízo, como também não receberei nenhuma forma de pagamento; 3) Sei que nesta pesquisa será aplicado um roteiro de entrevista com perguntas fechadas contendo questões referentes ao preenchimento das fichas do sistema de informação da atenção básica pelos agentes comunitários de saúde; 4) Sei que os materiais utilizados para coleta de dados serão armazenados pela autora em local de acesso restrito; 5) Sei que a pesquisadora manterá em caráter confidencial todas as respostas que comprometam a minha privacidade; 6) Receberei esclarecimento sempre que houver dúvida ainda que isto possa afetar a minha vontade em continuar participando do estudo; 7) Estas informações poderão ser obtidas através de Gisella Andrada de Godoy Cansanção, telefone (81) 92270539; 8) Foi-me esclarecido que o resultado da pesquisa somente será divulgada com o objetivo científico, mantendo a minha identidade em sigilo; 9) Quaisquer outras informações adicionais que julgar importantes para compreensão do desenvolvimento da pesquisa e da minha participação poderão ser obtidas no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães. Declaro, ainda, que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Carpina _____ de _____ 2008.

Pesquisadora Responsável: _____

Sujeito da pesquisa: _____

APÊNDICE – 2

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA PRÓ-REITORIA ACADÊMICA CURSO DE ENFERMAGEM

Relacionado ao preenchimento das fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica pelo Agente Comunitário de Saúde.

1. Idade:

- 18 a 21 anos
- 22 a 25 anos
- 26 a 29 anos
- 30 a 33 anos
- 34 a 37 anos
- 38 a 41 anos
- Acima de 42 anos

2. Sexo:

- Feminino
- Masculino

3. Grau de escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo

4. Há quanto tempo você trabalha como ACS?

- Menos de 1 ano
- 2 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

5. Você recebeu treinamento introdutório sobre o SIAB?

- Sim
- Não
- Não acho importante

6. Você acha importante o preenchimento das fichas do SIAB?

- Sim

Não

Explique o porque: _____

7. Como você classifica o preenchimento das fichas do SIAB?

- Fácil, não encontro nenhuma dificuldade.
- Fácil, porém trabalhoso.
- Intermediário, pois em algumas fichas encontro dificuldades.
- Cansativo, não há necessidade de tantas fichas para preencher.
- Difícil, mas sempre peço ajuda em caso de dúvidas.
- Não quero responder.

8. Em que momento você realiza o preenchimento das fichas do SIAB?

- Sempre no final do dia.
- Por semana.
- Por quinzena.
- Perto do dia do consolidado.
- Quando solicitado pela equipe de Saúde da Família.
- Quando tenho vontade
- Não quero responder.

9. Qual (is) a(s) ficha(s) que você considera mais fácil (s) de preenchimento no SIAB?

- Ficha A
- Ficha B-GES
- Ficha B-HA
- Ficha B-DIA
- Ficha B-TB
- Ficha B-HAN
- Ficha C
- Ficha D
- Relatório SSA2
- Todas as fichas do SIAB
- Nenhuma ficha do SIAB

10. Qual (is) a(s) ficha(s) que você considera mais difícil (s) de preenchimento no SIAB?

- Ficha A
- Ficha B-GES
- Ficha B-HA
- Ficha B-DIA
- Ficha B-TB
- Ficha B-HAN
- Ficha C
- Ficha D
- Relatório SSA2
- Todas as fichas do SIAB

- Nenhuma ficha do SIAB
11. Você dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades no preenchimento das fichas do SIAB?
- Sempre
 Às vezes
 Não
 Não acho importante
 Não quero responder.
12. Em caso de dúvidas sobre o preenchimento das fichas do SIAB o que você faz?
- Consulta o (a) médico (a)
 Consulta o (a) enfermeiro (a)
 Consulta o (a) técnico (a) de enfermagem
 Consulta outro (a) ACS
 Permanece com a dúvida
 Não quero responder.
13. Assinale a(s) alternativa(s) que interfere na realização de sua tarefa:
- Sentir que exige demais de mim.
 Realizar as mesmas tarefas todos os dias.
 Excesso de fichas a serem preenchidas.
 Adaptar-me as condições do trabalho.
 Andar longas distâncias ao sol quente.
 Sentir falta de atualizações.
 Não quero responder.
 Nenhuma.
14. Assinale a(s) alternativa(s) que interfere no seu tempo de trabalho?
- Trabalhar com prazos muito curtos.
 Que seja exigido o horário de trabalho.
 Excesso de horas extras.
 Não ter um horário específico para preenchimento das fichas.
 Distância entre a microarea e o PSF.
 Encontrar o domicílio fechado.
 Realizar a busca ativa.
 Não quero responder.
 Nenhuma.
15. Assinale a(s) alternativa(s) que interfere no seu aspecto pessoal referente ao trabalho como ACS?
- Ter que levar trabalho para casa.
 Enfrentar problemas que excedem a tarefa de ACS.
 Trabalhar na comunidade onde reside.

- Saber que seus erros podem prejudicar outras pessoas.
 - Muito tempo exercendo a mesma tarefa de ACS.
 - Não quero responder.
 - Nenhuma.
16. Você considera que o preenchimento as fichas do SIAB é reconhecido como algo importante ou de qualidade pela Equipe da Saúde da Família?
- Sempre
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
 - Não quero responder.
17. Você acredita que a partir da coleta dos seus dados são elaboradas as ações de saúde pela Equipe da Saúde da Família para melhoria da comunidade?
- Sempre
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
 - Não quero responder.
18. Como você classifica sua participação nas reuniões de planejamento das ações pela Equipe de Saúde da Família?
- Sou importante, enquanto membro da Equipe de Saúde da Família, para o planejamento das ações nas reuniões.
 - Sou atuante nas reuniões e minha opinião é sempre considerada.
 - Frequento as reuniões, mas não acredito que minha opinião é considerada.
 - Não frequento as reuniões, pois não me considero membro de grande importância para o planejamento das ações.
 - Acredito que apenas meus dados enviados são suficientes para o planejamento.
 - Não quero responder.
19. Como você classifica a supervisão de suas atividades?
- Constante, me sinto estimulado (a) ao trabalho.
 - Boa, sempre sou acompanhado (a).
 - Irregular, às vezes ocorre acompanhamento.
 - Ineficaz, pois não conheço os critérios que sou avaliado (a).
 - Péssima, apenas sou chamado (a) quando ocorre erro ou atualizações das fichas.
 - Não quero responder.
20. Assinale a(s) alternativa(s) que interfere no seu relacionamento com os demais integrantes da equipe da Saúde da Família?

- Diferenças de opiniões entre as pessoas com as quais trabalho.
- Que a equipe só indique seu erro.
- Trabalhar sozinho.
- Não sentir como parte da equipe.
- Não concordar com as decisões realizadas.
- Não quero responder.
- Nenhuma.

21. A Secretaria Municipal de Saúde em sua opinião tem se preocupado com a atualização dos ACS sobre o SIAB?

- Sim.
- Não.

Explique o porque: _____

- Não quero responder.

Anexo - 1



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

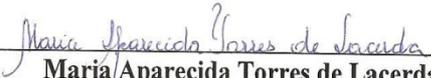
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Recife, 31 de julho de 2008

Prezadas Investigadoras

Informamos a V. S^a. que foi aprovado na reunião do dia 30/07/2008, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, o projeto de pesquisa, “**FATORES QUE INFLUENCIAM NO PREENCHIMENTO CORRETO DAS FICHAS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**”, conforme normas para pesquisas envolvendo seres humanos resolução 196/96.

Atenciosamente



Maria Aparecida Torres de Lacerda
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa - HAM