

INFORMAÇÕES EM SAÚDE: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família^a

Janaína de Souza MARCOLINO^b, Maria José SCOCHI^c

RESUMO

A expansão acentuada das equipes da Estratégia Saúde da Família e a discussão das questões relacionadas ao montante de dados coletados impulsionaram a necessidade da criação de um sistema de informação que contemplasse a complexidade da organização da atenção básica. Para isto, em 1998 foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Esta pesquisa teve como objetivo investigar o uso do SIAB pelos profissionais de Equipes de Saúde da Família. Foi aplicado um questionário a 75 profissionais de 10 equipes que foram observadas por uma semana de março a junho de 2008. Constatou-se que as Equipes de Saúde da Família que participaram do estudo não têm utilizado as informações obtidas com o SIAB para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas, perdendo desta forma a oportunidade de utilizar as informações para intervenção baseada nas necessidades locais.

Descritores: Sistemas de informação. Programa Saúde da Família. Atenção primária.

RESUMEN

La expansión acentuada del Programa Salud de la Familia, la discusión de las cuestiones relacionadas al montante de datos recogidos impulsaron la necesidad de la creación de un sistema de información que considerase la complejidad de la organización de la atención básica. Para esto, en 1998 fue creado el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB). Esta investigación tuvo como objetivo averiguar el uso del SIAB por los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia. Fue aplicado un cuestionario a 75 profesionales de 10 equipos, además de eso, estos equipos fueron observados por el período de cinco semanas. Ha sido constatado que los equipos que participaron del estudio no han utilizado tales informaciones, perdiendo de esta forma la oportunidad de utilización de las mismas para una atención volcada a las necesidades locales.

Descriptores: *Sistemas de Información. Programa Salud de la Familia. Atención Primaria.*

Título: *Información en salud: el uso del SIAB por los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia.*

ABSTRACT

The remarkable expansion of Family Health Care Program and the discussion of issues related to the amount of the collected data stimulated the need for designing an information system that embraced the complex organization of basic health care. So, in 1998, the Basic Health Care Information System (SIAB) was founded. This research aimed to investigate the use of SIAB by the professional teams of the Family Health Care. A questionnaire was applied to 75 professionals belonging to 10 teams which were observed, one week each. The study evidenced that the Family Health Care teams that participated in this research have not used the available information for planning or assessing their health care services, and so, they have missed the opportunity of using the available information for health care local needs.

Descriptors: *Information systems. Family Health Care Program. Primary care.*

Title: *Information in health care: the use of SIAB by the professional teams of Family Health Care.*

^a Este artigo é parte da dissertação de Mestrado apresentada em 2008 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

^b Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá (UNINGÁ), Maringá, Paraná, Brasil.

^c Doutora em Saúde Coletiva, Docente Associada da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada no Brasil, como um modelo de reorientação assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias aponta para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção primária em saúde no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾.

Neste sentido, a ESF apresenta-se condicionada pela evolução histórica e pela organização do sistema de saúde no Brasil, que busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas. Os eixos desta estratégia sustentam-se no estabelecimento de vínculo e co-responsabilidade entre usuários e profissionais de saúde, sendo a família, o objeto primordial de atenção no ambiente em que vive⁽²⁾.

Diante da acentuada expansão da ESF e discussão das questões relacionadas ao montante de dados coletados por estas equipes, houve a necessidade da criação de um sistema de informação que contemplasse a complexidade da organização da atenção primária em saúde⁽³⁾.

Para isto, no ano de 1998 foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um sistema de informação com dados gerados pelos profissionais de saúde das equipes de saúde da família (ESF), coletados nos domicílios em áreas cobertas pelo PACS e ESF. Tais informações são recolhidas por meio de fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas com base em relatórios específicos⁽¹⁾.

Portanto, o SIAB foi desenvolvido com o propósito de dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados da ESF, gerar informações para os gestores, auxiliar e agilizar o processo de tomada de decisões, assim como apoiar a eleição de ações prioritárias dirigidas às comunidades específicas, baseando-se nas necessidades desta população⁽⁴⁾. Vale destacar que este sistema disponibiliza indicadores sociais, permitindo aos

gestores municipais a obtenção de dados sócio-demográficos das áreas de cobertura da ESF e PACS, que só estão disponíveis neste nível de desagregação⁽¹⁾.

Para além da evolução dos recursos tecnológicos é preciso considerar que, estes dados são capazes de gerar informações de interesse para o gestor e para a população. Neste sentido, faz-se necessário identificar como as informações são produzidas e utilizadas por aqueles que estão atuando nos serviços de saúde. Assim, o presente estudo procurou entender de que forma os profissionais de saúde que das equipes da ESF utilizam o SIAB, com que finalidade o fazem e a capacitação dos mesmos para a utilização das informações do sistema.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em unidades básicas de saúde do município de Maringá, Paraná, no período de março a junho de 2008.

Em 2006, o Município de Maringá, situado na região Noroeste do Estado do Paraná, tinha uma população estimada de 329.800 habitantes, era pólo de assistência para 29 municípios da 15ª Regional de Saúde e seus 644.502 habitantes⁽⁵⁾.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atuavam no município doze Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 53 Equipes de Saúde da Família, dez Equipes Saúde Bucal Modalidade 1 (ESB 1) e sete Equipes Saúde Bucal Modalidade 2, (ESB 2) com cobertura de 84% da população⁽⁶⁾.

Tomando por base a divisão administrativa municipal em cinco regionais, foram selecionadas duas Equipes de Saúde da Família de cada unidade básica de saúde, sede da regional. Desta forma, a escolha das equipes foi intencional, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Equipes de Saúde da Família, com número completo de profissionais (um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde); Enfermeiro com maior tempo de contrato e outra Equipe com enfermeiro com contrato mais recente.

Os critérios de inclusão se pautaram pela eleição dos sujeitos que possuíssem os atributos que se pretendia conhecer. Não foram selecionadas as Equipes de Saúde da Família que trabalhavam de

forma integrada com a equipe de saúde bucal, pois as mesmas atuam em apenas duas das Unidades de Saúde selecionadas para o estudo. Trabalhou-se com a noção de que os informantes eram suficientemente diversificados a ponto de possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças. Dessa forma, a escolha do campo e dos grupos observados puderam conter o conjunto das experiências que se pretendia captar⁽⁷⁾.

Este estudo foi realizado com dez ESF. No total, 75 trabalhadores das ESF participaram da pesquisa, sendo nove enfermeiros, oito médicos, nove auxiliares de enfermagem e 49 agentes comunitários de saúde. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um questionário auto-aplicado com perguntas direcionadas aos objetivos da pesquisa e um roteiro de observação. As equipes foram acompanhadas em seu cotidiano de trabalho por uma semana em cada unidade de saúde, perfazendo um período de cinco semanas de observação.

Para registro das informações coletadas no período de observação, foi utilizado um diário de campo no qual eram registrados conteúdos das falas do grupo, percepções do observador e rotinas do trabalho na Equipe. Este era preenchido durante o período de permanência na Unidade Básica de Saúde, logo após o acontecimento do fato, e complementado ao término das atividades. Em um segun-

do momento, os questionários eram entregues individualmente pelo pesquisador, que aguardava o término do preenchimento no local de trabalho do profissional, onde o mesmo era recolhido. Quando isso não era possível, o questionário era entregue em um envelope, sendo agendada uma data de retorno do pesquisador. O tempo de preenchimento era, em média, de 15 minutos. Houve perda de cinco questionários que não foram retornados ao pesquisador após diversas tentativas. Algumas questões foram analisadas de acordo com a resposta mais freqüente relacionada à equipe. Quando necessário, a resposta foi analisada por categoria profissional. Os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos foram confrontados com a literatura sobre o tema.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá com o parecer nº 037/2008, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 75 participantes da pesquisa, em relação ao sexo, 82,7% eram do sexo feminino e 66,7% dos participantes do estudo tinham faixa etária entre 31 e 50 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família de acordo com a categoria profissional, sexo e idade. Maringá, PR, 2008.

Variáveis	Enfermeiro	Médico	ACS	Auxiliar	Total (N)	Total (%)
Sexo						
Masculino	01	03	05	04	13	17,3
Feminino	08	05	44	05	62	82,7
Idade						
21-50 anos	08	04	41	09	62	82,6
> 50 anos	01	04	08	00	13	17,3
Total	09	08	49	09	75	100,0

Legenda: ACS: agentes comunitários de saúde.

No que se refere ao conhecimento dos trabalhadores em relação aos instrumentos de coleta de dados do SIAB, todos os profissionais das equipes estudadas relataram conhecê-los. A maioria dos agentes comunitários de saúde (ACS) usa a ficha A diariamente (89,7%). Este fato era esperado visto que a ficha A é o instrumento de cadastramento

familiar e fica sob a responsabilidade deste trabalhador. Outros profissionais relataram utilizar a ficha A: um auxiliar de enfermagem e três dos enfermeiros. Os médicos relataram não utilizar a ficha A.

As fichas B são de acompanhamento de grupos prioritários tais como gestantes, hipertensos,

diabéticos, hanseníase e tuberculose e devem ter acompanhamento sistemático por parte das equipes da ESF, devendo ser visitados mensalmente. Constatou-se que, mesmo nos casos dos agravos de maior incidência como hipertensão e diabetes, ou mesmo condições de acompanhamento prioritário como gestantes, estas fichas muitas vezes também não eram utilizadas pela equipe, visto que 24% dos respondentes assinalaram nunca utilizar a ficha de gestantes, 28% nunca utilizaram a ficha de hipertensos e mais de 30% nunca usaram a ficha de diabetes.

No que diz respeito à utilização da ficha D, que é a ficha de registro das atividades diárias realizadas pelos profissionais, foi observado que uma grande parte dos trabalhadores nunca a utiliza (48%). Além disso, apenas 36% dos profissionais assinalaram fazer uso diário do instrumento.

É importante notar que tal constatação difere da orientação do manual do SIAB, que reforça que esta ficha deve ser utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados⁽¹⁾.

Cinco enfermeiros relatam usar a ficha D mensalmente, um semanalmente e três diariamente. De acordo com as respostas dos profissionais médicos, apenas um profissional respondeu que nunca usa esta ficha, os outros utilizam diariamente. Entre todas as fichas do SIAB, a ficha D foi a mais utilizada por esta categoria profissional.

Entre os ACS das equipes que participaram da pesquisa, 32 relataram nunca usar a ficha D, 13 afirmam usar a ficha diariamente, três semanalmente e um mensalmente. Entre técnicos e auxiliares de enfermagem, três destes profissionais assinalaram utilizar diariamente, o mesmo percentual nunca utiliza, dois relatam usar mensalmente e um profissional faz uso quinzenal da ficha D.

Durante o período de observação nas unidades verificou-se que os médicos faziam uso diário das fichas. Entre os enfermeiros observados, apenas um utilizava a ficha D diariamente, os outros usavam registro informal e não foi observada nenhuma forma de registro de três profissionais.

Quando os trabalhadores foram indagados a respeito de dificuldades em relação ao preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, dois enfermeiros relataram dificuldade por não terem recebido capacitação. Quatro médicos disseram ter dificuldade, três deles responderam que a dificuldade era devido à falta de capacitação, um referiu

que a dificuldade era pela existência de campos desnecessários nas fichas. Estes profissionais referiram ainda, participar pouco de ações coletivas da equipe por estarem muitas vezes em atendimento individual.

É importante salientar que, dentre os respondentes que apresentaram ter alguma dificuldade em relação às fichas do SIAB, a maior parte das citações é referente à falta de capacitação. Sendo o SIAB a ferramenta para a utilização oportuna da informação para o planejamento em saúde das equipes da ESF, procurou-se identificar se os profissionais receberam capacitação e como esta foi realizada. Nas equipes pesquisadas, a maior parte dos respondentes recebeu capacitação no próprio local de trabalho (65%), 15% assinalaram ter recebido capacitação pela Secretaria de Saúde do Município (SESA) e 20% registraram que nunca receberam capacitação.

Um aspecto que deve ser mencionado, e foi possível observar em todas as equipes acompanhadas, é a falta de supervisão sistematizada do preenchimento das fichas do SIAB pelos ACS. A supervisão ocorre durante o trabalho de modo informal, sendo discutidos casos pontuais.

Pode-se sugerir que os profissionais, mesmo relatando em sua totalidade conhecer o SIAB, de fato conhecem as fichas mais utilizadas pela sua categoria profissional e não o sistema como um todo. Isto pode ocorrer devido à forma como foram capacitados para utilizar o sistema, visto que houve respostas de vários tipos de capacitação e até mesmo da falta da mesma para uso do sistema. Acredita-se que os fatores acima relacionados podem contribuir para o prejuízo do trabalho em equipe e para o fortalecimento de práticas fragmentadas, inclusive no que diz respeito à confiabilidade dos dados disponíveis no sistema.

DISCUSSÃO

Corroboram com dados encontrados no presente estudo a pesquisa realizada com os profissionais médicos e enfermeiros do Estado do Mato Grosso, que verificou também predomínio do sexo feminino, confirmando tendência nacional de feminilização da força de trabalho na atenção médico-sanitária, além de maior maturidade e experiência profissional acumulada⁽⁹⁾.

Há uma crescente participação das mulheres no mercado de trabalho brasileiro, principalmente

em algumas áreas do conhecimento, como artes, humanas, biológicas e saúde, a ponto de caracterizá-las como guetos profissionais femininos no mercado de trabalho⁽¹⁰⁾.

Em relação à utilização das fichas do SIAB, um estudo realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, relata que os ACS não utilizam os dados coletados nas fichas de acompanhamento dos grupos de risco, pois os outros profissionais da equipe não valorizam os dados contidos nestas fichas⁽¹¹⁾.

Estudos relacionados demonstram que o ACS sente-se desmotivado ao preencher fichas que a equipe não utiliza^(11,12). Os dados encontrados aproximam-se dos resultados obtidos no estudo realizado em Ribeirão Preto⁽¹¹⁾, que relata que as fichas B não são adequadamente aproveitadas pelas equipes, principalmente pelos médicos, que também pouco conhecem ou utilizam o SIAB. Este é um fato que merece destaque, pois estas fichas contêm dados de fundamental importância para o acompanhamento dos indivíduos cadastrados, ou seja, deveriam ser objeto de discussão e intervenção por parte da equipe⁽¹¹⁾.

Em outros estudos foram encontrados dados que apontam que os médicos se sentem sobrecarregados com os muitos períodos reservados para o atendimento de consultas. Dentro da equipe, isto acarreta falta de tempo para realização de outras atividades como: visitas domiciliares, reuniões de equipe e ações de vigilância^(1,13).

De acordo com o Manual do SIAB, a cada visita domiciliar os dados recolhidos deveriam ser atualizados pelo ACS e revisadas periodicamente pelo coordenador da equipe. Sempre que houver um novo cadastro de casos diagnosticados de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose ou gestante o ACS deve discutir com o supervisor o acompanhamento do mesmo⁽¹⁾, este fato é relevante visto que a falta de supervisão e controle da qualidade dos dados produzidos pelas equipes da ESF comprometem a confiabilidade das informações geradas e a adequada supervisão da coleta destes dados deveria ter maior atenção por parte das equipes locais, pois a qualidade do registro das informações é parte essencial na conformação dos sistemas de informação em saúde⁽¹¹⁾.

No contexto da capacitação profissional, é importante esclarecer que a capacitação no local de trabalho refere-se à forma aprendida para manipular o SIAB, o que na maioria das vezes aconte-

ce no dia-a-dia como um processo pouco sistematizado, no qual cada trabalhador faz do modo como entender melhor.

Isto indica, pelo menos entre esses profissionais, que a educação permanente em saúde, não está sendo realizada. O processo de capacitação e informação, que permite atender às necessidades de maneira dinâmica e eficaz, possibilita aperfeiçoamento profissional, desenvolvimento do trabalho de equipe e criação de vínculo com a população. Este processo, respeitando as realidades loco-regionais, deve envolver também as instituições formais de ensino, tais como as universidades ou, até mesmo, educação à distância na capacitação de recursos humanos. A formação em serviço deve ser priorizada pela gestão⁽¹⁴⁾.

A capacitação é parte das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para qualificação dos profissionais. Compete às diferentes esferas, federal, estadual e municipal a educação permanente. E, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os municípios devem formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, sendo orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento profissional⁽¹⁵⁾.

Estudo nacional revelou que apenas 49,6% das equipes investigadas utilizam o SIAB para o planejamento de suas ações, e que uma das questões que podem ter contribuído para isto, seriam os baixos percentuais dos profissionais capacitados para a utilização do sistema, principalmente dos profissionais médicos⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado com médicos da ESF de Ribeirão Preto indica que a capacitação dos profissionais em relação ao SIAB possibilitou um melhor desempenho no entendimento do sistema por parte dos que a receberam. Tal pesquisa ressalva, porém, que a capacitação de forma isolada não garantirá uma ação profissional mais consciente, pois, na maioria das vezes, tais eventos são instituídos pontualmente em algumas situações, como resposta imediata à necessidade sentida⁽¹⁷⁾.

É fundamental que as informações geradas sejam divulgadas e discutidas com a utilização de instrumentos avaliativos que possam aferir minimamente as reais alterações ocorridas no modelo assistencial, principalmente em relação à satisfação do usuário e dos profissionais quanto à quali-

dade do trabalho da equipe e o seu impacto nos indicadores de saúde. Desta forma, os sistemas de informação, em particular o SIAB, podem ser um meio para a eficaz efetivação desta proposta⁽¹³⁾.

Estudo realizado sobre o trabalho de equipes da ESF de Maringá, Paraná, evidenciou que o modelo é centrado no médico, no atendimento curativo e o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, sem planejamento coletivo. Passados cinco anos do referido estudo, ainda foi possível observar nas equipes da ESF uma reprodução do que havia relatado a autora⁽¹⁸⁾.

Para que as ações voltadas para prevenção e promoção à saúde possam ser planejadas e implementadas de forma efetiva, é necessário que os integrantes das equipes trabalhem em conjunto⁽¹⁹⁾. Além disso, no caso de equipes multiprofissionais, devem-se considerar as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas de cada área profissional e é importante reconhecer que a maior parte da formação como profissionais de saúde, ainda está arraigada pelo modelo biomédico. Configura-se assim, uma cisão entre o biológico e o psicossocial, o que pouco instrumentaliza uma atuação na esfera da interação, seja com o usuário, seja com os demais profissionais⁽²⁰⁾.

Pesquisa realizada com profissionais das equipes da ESF do município de Ribeirão Preto-SP enfatiza que a maior utilização e frequência de uso das fichas do SIAB é dos ACS e que os demais profissionais utilizam com maior frequência a ficha D⁽¹²⁾.

Os resultados obtidos podem sugerir que os profissionais não valorizam os registros das atividades de sua competência, visto que uma grande parte deles não faz o registro diário, o que comprometeria a fidedignidade destes dados.

CONCLUSÕES

Foi constatado que, nas equipes estudadas, a utilização do sistema se restringe, na maioria das vezes, ao cadastramento familiar e emissão de relatórios. Desta forma, percebe-se que as informações geradas pelo sistema não têm sido utilizadas para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas.

Evidenciou-se que o uso do SIAB difere entre os profissionais da equipe, sendo os médicos os que utilizam menos o sistema. Há ainda dificulda-

de no trabalho em equipe, evidenciada pelo uso de registros informais para a anotação dos dados. Cada profissional o realiza de uma forma, para suprir suas próprias dificuldades. Uma questão a ser repensada é a forma como as instituições formadoras estão capacitando estes profissionais para o trabalho em equipe.

Os ACS são os profissionais que mais fazem uso do SIAB, porém, a falta de discussão e utilização das informações pelo restante da equipe faz com que as informações coletadas sejam pouco valorizadas. Observou-se que a supervisão das fichas preenchidas pelo ACS é insatisfatória, sendo feita de modo informal. O ACS muitas vezes supre a deficiência de recursos humanos, principalmente administrativos, ficando seu trabalho em segundo plano.

Pode-se sugerir que os aspectos acima relacionados, somados à falta de capacitação dos profissionais têm contribuído para uma baixa confiabilidade dos dados contidos no SIAB, como sugerem estudos já mencionados.

Para tanto, é primordial que, na formação dos profissionais, sejam eles de nível médio ou superior, sejam usadas estratégias de ensino que possibilitem trabalho em equipe multiprofissional, a valorização da informação para o planejamento das ações e a melhoria da supervisão do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: indicadores 2003. Brasília (DF); 2004.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Departamento da Atenção Básica. Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF); 2004 [citado 2008 maio 04]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencoabasica.php>.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Saúde boa e vida melhor para 50 milhões. Rev Bras Saúde Fam. 2002;5(n esp): 66-9.
- 4 França I. Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
- 5 Prefeitura Municipal (Maringá). Plano Municipal de Saúde 2006/2009. Maringá; 2006.

- 6 Ministério da Saúde (BR). Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde [Internet]. Brasília (DF); 2008 [citado 2008 jul 05]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.
- 7 Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 9 Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad Saúde Pública. 2006;22(9):1881-92.
- 10 Maruani M, Hirata H, organizadoras. As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Ed. Senac; 2003.
- 11 Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(6):1821-8.
- 12 Barbosa DCM. Sistemas de informação em saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto / SP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
- 13 Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
- 14 Silveira CH. Falando de modelos de assistência à saúde e do programa saúde da família do Ministério da Saúde, Brasil. Rev Interdisc INTERthesis. 2008; 5:66-91.
- 15 Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2009.
- 16 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília (DF); 2004.
- 17 Rigobello JL. A utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família, dos municípios da área de abrangência da Direção Regional de Saúde XVIII - Ribeirão Preto - SP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
- 18 Fertoni HP. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá, PR [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- 19 Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev Gaúcha Enferm 2006;27(4): 548-56.
- 20 Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2000;53(n esp):143-7.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Janaína de Souza Marcolino
Rua Mandaguari, 152, Jardim Universitário
87020-230, Maringá, PR
E-mail: janaina_marcolino@hotmail.com

Recebido em: 27/01/2010
Aprovado em: 05/05/2010