

## REGISTRO DE ATIVIDADES NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Camila da Silveira Santos<sup>1</sup>, Tarcisio Laerte Gontijo<sup>2</sup>, Elaine Cristina Dias Franco<sup>3</sup>,  
Ricardo Bezerra Cavalcante<sup>4</sup>

**RESUMO:** Estudo descritivo analisou o registro de atividades desenvolvidas por profissionais de saúde no Sistema de Informação da Atenção Básica. Foram utilizados registros das Unidades Básicas de Saúde de Divinópolis, Minas Gerais, de 1998 a 2010; as informações foram armazenadas, organizadas e categorizadas conforme o conjunto de atividades desenvolvidas e categoria profissional; a análise descritiva foi realizada utilizando-se o programa TabWin versão 3.6. No período foram registradas mais de 1,6 milhões de atividades, prevalecendo as de caráter individual (65%). As atividades desenvolvidas em grupo representaram 11,3% dos registros, as visitas domiciliares e as atividades educativas representaram 6,3% e 1,3% respectivamente. Conclui-se que as principais atividades refletem uma prática assistencial tradicional que prioriza a atenção individualizada e centrada na doença em detrimento do desenvolvimento de atividades voltadas para a prevenção, promoção e atendimento familiar, de acordo com o preconizado pelos princípios da Atenção Básica de Saúde do Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema de informação; Atenção primária à saúde; Saúde da família.

## RECORDING ACTIVITIES IN THE PRIMARY HEALTHCARE INFORMATION SYSTEM

**ABSTRACT:** This descriptive study analyzed the recording of activities carried out by healthcare professionals in the Primary Healthcare Information System. It used records from the Primary Healthcare Units of Divinópolis in the state of Minas Gerais, from the period 1998 – 2010; the information was stored, organized and categorized according to the set of activities carried out and professional category; the descriptive analysis was done using the program TabWin, version 3.6. In the period in question, more than 1.6 million activities were registered, with individual activities predominating (65%). Group activities represented 11,3% of the records, while home visits and educational activities represented 6,3% and 1,3% respectively. It was concluded that the principal activities reflect traditional, illness-centered care practices which prioritize individualized care to the detriment of activities based around prevention, health promotion and family healthcare, as is called for by the principles of Primary Healthcare in Brazil.

**KEYWORDS:** Information system; Primary healthcare; Family health.

## REGISTRO DE ACTIVIDADES EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA

**RESUMEN:** Estudio descriptivo que ha analizado el registro de actividades desarrolladas por profesionales de salud en el Sistema de Información de la Atención Básica. Fueron utilizados registros de las Unidades Básicas de Salud de Divinópolis, Minas Gerais, de 1998 a 2010; las informaciones fueron almacenadas, organizadas y categorizadas de acuerdo al conjunto de actividades desarrolladas y categoría profesional; el análisis descriptivo fue realizado utilizándose el programa TabWin versión 3.6. En el periodo fueron registradas más de 1,6 millones de actividades, descañándose las de carácter individual (65%). Las actividades desarrolladas en grupo representaron 11,3% de los registros, las visitas en domicilio y las actividades educativas representaron 6,3% y 1,3% respectivamente. Se concluye que las principales actividades muestran una práctica asistencial tradicional que prioriza la atención individualizada y centrada en la enfermedad en detrimento del desarrollo de actividades de prevención, promoción y atendimento familiar, de acuerdo con el preconizado por los principios de la Atención Básica de Salud de Brasil.

**PALABRAS CLAVE:** Sistema de información; Atención primaria a la salud; Salud de la familia.

---

<sup>1</sup>Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSJ.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Promoção de Saúde. Professora da UFSJ.

<sup>4</sup>Enfermeiro. Doutor em Ciência da Informação. Professor da UFSJ.

### **Autor correspondente:**

Camila da Silveira Santos.

Universidade Federal de São João del-Rei

Rua Joaquim Campos, 332 - 35324-000 - Entre Folhas-MG-Brasil

E-mail: [camilasilveiraufsj@gmail.com](mailto:camilasilveiraufsj@gmail.com)

**Recebido:** 09/09/2011

**Aprovado:** 18/04/2012

## INTRODUÇÃO

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, foram elaborados vários programas que primavam pela efetividade e resolutividade da Atenção Básica em Saúde (ABS). Inicialmente, foi implantado, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seguido pela instalação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994. Estes Programas foram criados visando a reorientação do modelo assistencial vigente, priorizando ações de prevenção de doença e promoção da saúde, indo ao encontro aos princípios básicos do SUS<sup>(1)</sup>. Desta forma a ESF tem o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde, proporcionando mudança no paradigma assistencial, preconizando uma nova concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida<sup>(2-3)</sup>.

Com a proposta de mudanças do modelo assistencial e da implantação destes Programas no contexto do SUS, houve a necessidade de melhorar os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Com isso, foi criado, no ano de 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com objetivo de somar aos outros SIS. Porém, preconizou-se uma dinâmica mais territorializada, fornecendo indicadores populacionais úteis para a tomada de decisões e planejamento no setor da saúde de uma região<sup>(4)</sup>. Esse Sistema permite análise de indicadores locais de saúde, os quais podem contribuir para a construção do perfil de saúde de uma determinada área de abrangência, bem como favorecer uma avaliação das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde<sup>(5)</sup>.

O SIAB é composto por módulos, fichas e relatórios. O módulo de cadastramento familiar é referido na ficha A, assim como o de situação de saúde e acompanhamento de fatores de risco presentes nas fichas B e C. A ficha D consta do registro de atividades, procedimentos e de notificação de agravos. Já os relatórios, denominados SSA2, SSA4, PMA2 e PMA4 são integrados ao sistema com a finalidade de consolidação dos dados coletados. Estas fichas e relatórios foram desenvolvidos para auxiliar no acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelos profissionais de saúde<sup>(6)</sup>.

Os dados presentes no SIAB são coletados a partir das visitas domiciliares, bem como do atendimento pelos profissionais que integram as equipes da atenção básica, realizado na unidade de saúde e nos domicílios. Com a utilização deste sistema de informação tem-se o objetivo de monitorar e avaliar a implementação e os resultados da ABS<sup>(7)</sup>.

Entretanto, pesquisas<sup>(4,8-9)</sup> relatam algumas lacunas do SIAB, com relação à coleta de dados, ao preenchimento/manuseio das fichas, à capacidade de tomada de decisão por parte dos profissionais e, sobretudo, de como o registro de atividades e procedimentos são notificados no sistema. Diante disto, buscou-se identificar e analisar o registro das atividades no SIAB, realizadas pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo que utilizou dados secundários do SIAB, a partir do banco de dados *on-line* e de acesso livre, disponível pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os dados foram isolados não havendo cruzamento de informações, além disso, foram extraídos por apenas um coletador treinado para tal função.

As informações digitais coletadas foram armazenadas em arquivos no *software* Excel, organizadas e categorizadas conforme o conjunto de atividades desenvolvidas e a categoria profissional; a análise descritiva foi realizada utilizando-se o programa TabWin versão 3.6.

Foram utilizados 1.672.528 registros das atividades desenvolvidas pelos profissionais da ABS do Município de Divinópolis - MG entre janeiro de 1998 a junho de 2010.

Para fins de análise as variáveis utilizadas no estudo foram: *consultas* (número de consultas médicas de residentes dentro e/ou fora da área de abrangência da ABS); *atendimentos* (em puericultura, pré-natal, diabetes, entre outros, realizados por médicos e enfermeiros); *solicitações de exames* (solicitação médica de exames de patologia clínica, ultrassonografia, radiodiagnósticos, entre outros); *encaminhamentos* (encaminhamento médico para atendimento especializado, internação hospitalar e urgência/emergência); *atendimento individual* (atendimento individual de enfermeiros e outros profissionais de nível superior que não o médico e dentista); e *procedimentos* (procedimentos realizados por profissional de nível médio, como curativos, injeções, entre outros).

Também foram analisadas as variáveis: *visitas* (visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais); *procedimentos coletivos* (procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade); *reuniões* (realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos); e *atendimento em grupo* (atividades de educação em saúde realizadas por profissionais de nível superior e de nível médio, não sendo consideradas as atividades realizadas por Agentes

Comunitários de Saúde. Estas variáveis são designadas pelo SIAB como de produção e as definições dadas seguem a nota técnica do Sistema de Informação.

Divinópolis localiza-se na região Centro Oeste de Minas Gerais, sendo a cidade pólo da Macrorregião Oeste de Saúde do Estado. Possui população estimada de 216.000 habitantes e conta com 30 Unidades Básicas de Saúde, sendo 15 delas de Saúde da Família que totalizam uma cobertura de 24,3% de população.

Este estudo obedece aos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os dados utilizados foram acessados em bancos de dados oficiais e de acesso livre.

## RESULTADOS

No período em análise foram registradas no SIAB, 1.672.528 atividades de produção, prevalecendo atividades de caráter individual, como consultas médicas, atendimentos e atendimento individual, as quais representaram 65% do total das produções. Por outro lado, identificaram-se que 11,3% das atividades registradas foram desenvolvidas em grupo, dentre elas os procedimentos coletivos, as reuniões, bem como os atendimentos em grupo (Tabela 1).

Dentre os atendimentos individuais, a maior parte (84,1%) foi realizada pelo enfermeiro. Já a totalidade das consultas, solicitações de exames e encaminhamentos foram executadas por médicos (Tabela 2). Identificou-se também que 6,3% das atividades registradas foram de visitas domiciliares e que 1,3% foram atendimento em grupo, esses percentuais revelam a promoção e a educação em saúde no município.

Tabela 1 - Atividades de produção registradas no SIAB entre 1998 a 2010. Divinópolis, 2010

ATIVIDADE	N	%
Consultas	386.665	23,1
Atendimentos	205.684	12,3
Solicitação de exames	146.157	8,7
Encaminhamentos	42.242	2,5
Atendimento individual	502.028	30,1
Procedimentos	96.155	5,7
Visitas	104.569	6,3
Procedimentos coletivos	124.600	7,4
Reuniões	42.675	2,6
Atendimentos em grupo	21.751	1,3
<b>Total</b>	<b>1.672.526</b>	<b>100</b>

Fonte: Datasus, 2010

Na tabela 2 estão apresentadas as atividades registradas no SIAB por categoria profissional. Observa-se que os profissionais médicos e enfermeiros são responsáveis pelo maior número de registros de atividades.

Tabela 2 - Atividades registradas no SIAB por categoria profissional entre 1998 a 2010. Divinópolis, 2010

ATIVIDADE	N	%
Médico	602.257	36,0
Enfermeiro	457.669	27,4
Enfermeiro e médico	205.684	12,3
Profissional de nível médio	127.705	7,6
Outros profissionais de nível superior	90.185	5,4
Agente comunitário de saúde	42.675	2,6
Profissional de nível superior e nível médio	21.751	1,3
Profissional da odontologia e enfermagem	124.600	7,4
<b>Total</b>	<b>1.672.526</b>	<b>100</b>

Fonte: Datasus, 2010

## DISCUSSÃO

A predominância de atividades de caráter individual demonstra que as equipes da ESF ainda encontram desafios relacionados à desconstrução de modelos assistenciais que conceituam saúde como a ausência de doença, demonstrando que os profissionais da Atenção Básica ainda não incorporaram novos papéis e intervenções que deveriam ser utilizados neste novo cenário de prática, levando a uma mudança no modelo assistencial<sup>(10)</sup>. Desta forma prevalece o cuidado para a cura, pautado em número de procedimentos realizados em detrimento da realização de atividades coletivas, que visam uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde.

Como descrito anteriormente, no campo atendimentos são registradas atividades como puericultura, pré-natal, e outras, desempenhadas por enfermeiros e médicos, ressaltando a notificação conjunta por esses profissionais. Autores apontam isto como uma lacuna do sistema revelada por enfermeiros que se queixam da impossibilidade de registrar melhor seus atendimentos<sup>(4)</sup>.

As atividades de educação em saúde têm importante destaque dentro da ESF, sendo uma atividade atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe<sup>(11)</sup>. O desenvolvimento de ações educativas capacita indivíduos e comunidade para a prática de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde, proporcionando maior controle sobre a própria saúde<sup>(2,11)</sup>.

Contudo, duas vertentes podem justificar o baixo percentual de atividades educativas em grupo. A primeira seria o juízo de valor que é dado aos grupos como atividades secundárias, uma vez que a lógica do

atendimento ainda predominante é a de uma assistência curativista, individualizada, fragmentada e direcionada para a doença, o que não permitiria um espaço para discussão da promoção da saúde. A segunda vertente refere-se à não obrigatoriedade de realizar os grupos, o que permite aos profissionais a escolha da consulta individual como meio de intervenção<sup>(12)</sup>.

Em relação às visitas domiciliares podemos inferir que o fato da assistência ser baseada na doença, em detrimento da promoção de saúde, permite aos profissionais negligenciarem suas responsabilidades em relação ao estabelecimento de vínculos com as famílias da área adscrita. A ESF tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso entre equipe e comunidade, tendo como base as necessidades e prioridades da comunidade<sup>(13)</sup>. A proposta de consolidação da ESF como porta de entrada do usuário no SUS imprime uma nova dinâmica de atuação das equipes, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população. Assim, fica claro que para a edificação desta responsabilidade, os profissionais inseridos nas equipes precisam conhecer a realidade da população da área de abrangência, os contextos familiares e a vida comunitária e, para que isso ocorra, a prática da visita domiciliar torna-se imprescindível<sup>(14)</sup>.

Como observado, as principais atividades registradas são individuais, podendo refletir uma prática assistencial tradicional que prioriza uma atenção individualizada e centrada na queixa em detrimento do desenvolvimento de atividades voltadas para a prevenção, promoção e atendimento familiar, como preconiza os princípios da ABS e do SUS.

Questiona-se se a simples exposição dos profissionais de saúde a outros cenários de prática, como a ESF, seria capaz de mudar as atitudes e habilidades dos mesmos frente à realidade vivenciada junto à comunidade<sup>(10)</sup>. Diante dos resultados deste estudo, pode-se inferir que são necessárias mudanças mais centrais, como a própria formação profissional e, principalmente, conscientização da população sobre esta nova proposta de atuação das equipes de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que estas atividades revelam a situação de saúde de Unidades Primárias de Saúde, onde prevalece o desenvolvimento de atividades de cura em detrimento da prevenção, abrindo mão da educação em saúde como ferramenta indispensável para promover a saúde da população.

A maioria dos registros é de atendimentos individuais, contradizendo a proposta de atuação das equipes de

saúde da família. Estas deveriam priorizar as atividades coletivas e de prevenção da doença e promoção à saúde, uma vez que as mesmas proporcionam a otimização da atenção à saúde com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do usuário no processo educativo e a integração da equipe de profissionais com o cliente.

A criação do SIAB foi um marco para a gestão das informações em saúde produzidas na atenção básica no Brasil. No entanto, é necessária a evolução deste sistema, bem como dos processos gerenciais, uma vez que os instrumentos de registro deste sistema de informação priorizam as atividades curativas e individuais às atividades preventivas e coletivas.

Espera-se que os SIS produzam informações que reflitam na atenção em saúde, permitam uma constante avaliação e possibilite a tomada de decisões locais, bem como que as práticas de saúde ultrapassem as intervenções meramente curativas, que previnam a doença e promovam a saúde, consequentemente modifiquem o perfil e atendimento do município.

## REFERÊNCIAS

1. Bittar TO, Meneghim MC, Mialhe FL, Pereira AC, Fornazari DH. O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. *RFO UPF*. 2009;14(1):77-81.
2. Martins PC, Cotta RMM, Batista RS, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2009;19(3):679-94.
3. Gaíva MAM, Silva AMN. O processo de implantação do Programa Saúde da Família no estado de Mato Grosso, Brasil: perspectiva de atores sociais da gestão estadual. *Cogitare enferm*. 2008;13(4):576-84.
4. 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.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

7. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(3):466-74.
8. Marcolino JS, Scochi MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):314-20.
9. Barbosa DCM, Forster AC. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. *Cad. saude colet.* 2010;18 (3):424-33.
10. Figueiredo LAF, Pinto IC, Marciliano CSM, Souza MF, Guedes AAB. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP. *Cad. saude colet.* 2010;18 (3):418-23.
11. Torres HC, Monteiro MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/MG. *REME: rev. min. enferm.* 2006;10(4):402-6.
12. Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Cienc. saúde colet.* 2011;16(Supl. 1):973-82.
13. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(4):547-54.
14. Albuquerque APA, Barros FA, Araújo EC, Barreto Neto AC. Ações educativas de enfermeiros, médicos e agentes comunitários em unidades de saúde da família. *Rev enferm UFPE online.* 2008;2(1). [acesso em 03 mar 2011] Disponível: [www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php).