



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

WALTER WESLEY DE ANDRADE

SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:
FERRAMENTA PARA PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO NA SECRETARIA
REGIONAL III – FORTALEZA-CEARÁ

FORTALEZA

2019

WALTER WESLEY DE ANDRADE

SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:
FERRAMENTA PARA PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO NA SECRETARIA
REGIONAL III – FORTALEZA-CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família da Rede Nordeste em Saúde da
Família, Nucleadora Universidade Federal
do Ceará.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral
Gubert.

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Andréa Sílvia
Walter de Aguiar

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do
Cuidado em Saúde

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A571s Andrade, Walter Wesley de.

Sala de situação de saúde em unidade de atenção primária : Ferramenta para planejamento e monitoramento na Secretaria Regional III – Fortaleza-Ceará / Walter Wesley de Andrade. – 2019.

102 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.

Coorientação: Profa. Dra. Andréa Sílvia Walter de Aguiar.

1. Atenção primária à saúde. 2. Sala de situação de saúde. 3. Planejamento e monitoramento em saúde. I. Título.

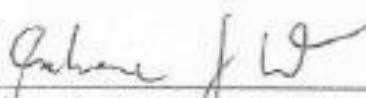
CDD 610

WALTER WESLEY DE ANDRADE

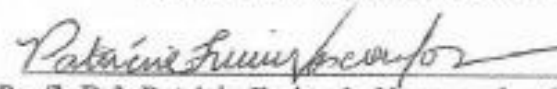
**SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:
FERRAMENTA PARA PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO NA
SECRETARIA REGIONAL III – FORTALEZA-CEARÁ**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

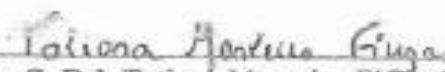
BANCA EXAMINADORA:



Profª. Drª. Fabiane do Amaral Gubert (Presidente e Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Profª. Drª. Patrícia Freire de Vasconcelos (Membro Efetivo)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB



Profª. Drª. Tatiana Montciro Fiuza (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 26/09/2019

Fortaleza-CE

À Deus,
Aos meus pais (Walter "*in memorian*" e
Tânia),
A minha esposa (Kátia) e filhos (Letícia e
Gabriel),
A todos que me ajudaram nesta
caminhada....

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida e razão de tudo no Universo.

Aos meus pais, Walter (*in memorian*) e Tânia pelos ensinamentos de vida, aos meus irmãos pela convivência e carinho.

À minha esposa Kátia e filhos (Letícia e Gabriel), por ser meu porto seguro, pelo amor, dedicação e motivação que me proporcionam.

À minha co-orientadora, prof^a Dr^a Andréa Sílvia Walter de Aguiar, pela orientação dada desde o início, com clareza e objetividade, pela segurança que me passava nas modificações que se faziam necessárias no processo de construção deste trabalho.

À minha orientadora, prof^a Dr^a Fabiane do Amaral Gubert, que me recebeu e soube transformar as minhas angústias em tranquilidade para finalizar minha pesquisa, sempre com disponibilidade e competência.

Aos professores da banca de qualificação e defesa, pelas contribuições dadas na dissertação.

À coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFC) e professores que nos passaram ensinamentos para nossa vida profissional com sabedoria e conhecimento.

À Suerda, secretária administrativa do curso, pela paciência e disponibilidade.

Aos profissionais de saúde e gestores locais que aceitaram participar da pesquisa, fundamentais na elaboração e resultados do trabalho.

Aos profissionais e técnicos que me auxiliaram durante toda a coleta de dados, pela presteza e colaboração.

À Luciana Albuquerque, articuladora da atenção primária à saúde da Coordenadoria Regional de Saúde III, parceira de trabalho, por ter me dado suporte enquanto era desenvolvida toda a pesquisa e a dissertação.

À técnica da epidemiologia da CORES III, Mônica Café, que me auxiliou nessa pesquisa colendo os dados nas UAPS, sempre com prontidão e eficiência.

Aos meus colegas de Mestrado, pela convivência durante estes dois anos, sempre com alegria e entusiasmo, mesmo diante de tantas demandas.

RESUMO

O planejamento adequado em saúde cada vez mais se torna uma necessidade para que as equipes de saúde da família consigam atingir seus objetivos. Nesse sentido, a Sala de Situação de Saúde passa a ser um instrumento valioso. O objetivo do estudo é analisar a utilização dos gestores e profissionais de equipes de Saúde da Família (eSF) com relação à Sala de Situação de Saúde como ferramenta de planejamento e monitoramento das ações em saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico com abordagem mista, realizada em oito Unidades Básicas de Saúde, com SSS implantadas há pelo menos seis meses, em Fortaleza/Ceará. A coleta de dados foi dividida em duas fases: Fase A: contou com 8 gestores de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e a Fase B: 222 profissionais de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde). Aplicaram-se entrevistas para os gestores e questionário para os profissionais de saúde, nos meses de janeiro e junho de 2019. Para a análise dos dados na FASE A (qualitativa) foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin. Enquanto na FASE B (quantitativa) utilizou-se estatísticas descritivas, representados por gráficos e tabelas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob parecer nº 3.092.828. Os profissionais de saúde e gestores da amostra eram predominantemente do sexo feminino, enfermeiros, com formação em Saúde da Família. Em torno de 92% dos profissionais pesquisados eram estatutários. Identificou-se que os gestores locais e profissionais compreendem a importância da vigilância em saúde, porém ainda não utilizam a SSS, como rotina, nos processos de trabalho envolvendo planejamento e tomada de decisão nas ações em saúde. Destaca-se o papel de liderança do enfermeiro nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família. Ao final, notou-se que existem dificuldades em se monitorar indicadores, organizar dados, reunião em equipe e na divulgação das informações para a população em geral. O estudo demonstrou que os gestores e profissionais de saúde, desde que devidamente capacitados, podem utilizar a ferramenta de forma a auxiliar nos processos de planejamento e monitoramento das ações em saúde, tornando-se uma grande aliada.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Sala de situação de saúde. Planejamento e monitoramento em saúde.

ABSTRACT

Adequate health planning increasingly becomes a necessity for family health teams to achieve their goals. In this sense, SSS becomes a valuable instrument. The aim of this study is to analyze the use of managers and professionals of family health Teams (FHS) in relation to the health Situation Room as a tool for planning and monitoring health actions. This is a descriptive, exploratory and analytical study with a mixed approach, carried out in eight basic health units, with SSS implanted for at least six months, in Fortaleza/Ceará. Data collection was divided into two phases: phase A: It was attended by 8 managers of primary health care units (UAPS) and phase B: 222 Family Health Professionals (physicians, nurses, dentists and community health agents). Interviews were conducted for managers and questionnaires for health professionals, in the months of January and June of 2019. Bardin content analysis was used to analyze the data in PHASE A (qualitative). While in PHASE B (quantitative) descriptive statistics were used, represented by graphs and tables. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal do Ceará, under Opinion No. 3,092,828. The health professionals and managers of the sample were predominantly female, nurses, with training in family health. Around 92% of the professionals surveyed were statutory. It was identified that local and professional managers understand the importance of health surveillance, but still do not use SSS, as a routine, in the work processes involving planning and decision making in health actions. The role of the nurse's leadership in the work processes of the family health teams stands out. At the end, it was noted that there are difficulties in monitoring indicators, organizing data, meeting in teams and disseminating information to the general population. The study showed that managers and health professionals, provided that they are properly trained, can use the tool in order to assist in the planning and monitoring processes of health actions, becoming a great ally.

Keywords: Primary health care. Health situation room. Planning and health monitoring.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição das Secretarias Regionais de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.....	37
Figura 2 – Distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Regional III, em Fortaleza-Ceará, 2019.....	39
Figura 3 – Três Fases da Análise de Conteúdo de Bardin.....	51
Gráfico 1 – Indicadores mais utilizados pelos profissionais de nível superior das eSF, nas UAPS. Fortaleza, Ceará, 2019.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de UAPS em Fortaleza-Ceará, por Regionais de Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019 (n=113).....	36
Tabela 2 – Distribuição da População por UAPS da Coordenadoria Regional III de Fortaleza-Ceará, 2019. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.....	37
Tabela 3 – Implantação de Salas de Situação de Saúde (SSS) em UAPS da CORES III até dezembro de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil.....	38
Tabela 4 – Distribuição de Profissionais de Nível Superior e Médio das Equipes de Saúde da Família das UAPS Investigadas, Fortaleza, Ceará, 2019.....	43
Tabela 5 – Distribuição de Profissionais de Nível Superior e Médio das equipes de Saúde da Família das UAPS Investigadas e coletadas, Fortaleza, Ceará, 2019.....	63
Tabela 6 – Variáveis comuns aos dois grupos/categorias (profissionais de nível superior e ACS) pesquisados das eSF nas UAPS, Fortaleza, Ceará, 2019.....	64
Tabela 7 – Outras variáveis de profissionais de saúde de nível superior das eSF nas UAPS, Fortaleza, Ceará, 2019.....	65
Tabela 8 – Outras variáveis de ACS pesquisados das eSF nas UAPS, Fortaleza, Ceará, 2019.....	67
Tabela 9 – Cruzamento de dados para profissionais de nível superior: Idade e formação X Utilização da SSS. Fortaleza, Ceará, 2019.....	68
Tabela 10 – Cruzamento de dados profissionais de nível superior: Curso em Saúde da Família X Utilização da SSS. Fortaleza, Ceará, 2019.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AmIS	Ambiente de Informação para Apoio à Decisão em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVISA	Agente de Vigilância em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD	Cirurgião-Dentista
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CnR	Consultório na Rua
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB-Brasil	Indicadores e Dados Básicos de Saúde-Brasil
ISGH	Instituto Saúde e Gestão Hospitalar
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LC	Linha do Cuidado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NDI	Núcleo de Desenvolvimento Infantil
OPAS/OMS	Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
PEP/FASTMEDIC	Prontuário Eletrônico dos Pacientes da Empresa Fastmedic

PAM/INAMPS	Posto de Atendimento Médico/Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
PMAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PROAICA	Programa de atenção integral à criança e adulto com asma
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Plano Terapêutico Singular
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SSS	Sala de Situação de Saúde
SERCEFOR	Secretaria Regional do Centro de Fortaleza
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SISAB	Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica
SIMDA	Sistema de Monitoramento Diário de Agravos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIS	Tecnologia de Informação em Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo geral.....	17
2.2	Objetivos específicos.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	Salas de situação de saúde na América Latina.....	18
3.2	Compreendendo o que é sala de situação de saúde.....	19
3.2.1	<i>1º Eixo – Concepção de sala de situação.....</i>	19
3.2.2	<i>2º Eixo – Referencial de análise adotado pela sala de situação</i>	23
3.2.3	<i>3º Eixo – Ambiente de Informação para apoio à decisão.....</i>	24
3.3	Sistemas de informações e indicadores de saúde.....	25
3.4	Políticas públicas e vigilância em saúde no Brasil.....	30
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	Tipo de estudo.....	35
4.2	Local do estudo.....	35
4.2.1	<i>Descrição das unidades de saúde.....</i>	39
4.3	População de estudo.....	42
4.3.1	<i>Censo.....</i>	42
4.3.2	<i>Critérios de Inclusão, exclusão e retirada.....</i>	43
4.3.3	<i>Amostragem.....</i>	44
4.4	Método de coleta.....	44
4.4.1	<i>Fase A – Qualitativo - conhecendo a sala de situação de saúde por meio do gestor.....</i>	44
4.4.2	<i>Fase B – Quantitativo - investigação com os profissionais da equipe saúde da família.....</i>	48
4.5	Análise dos dados.....	50
4.5.1	<i>Fase A – Qualitativo - conhecendo a sala de situação de saúde através do gestor.....</i>	50
4.5.2	<i>Fase B – Quantitativo - Investigação com os profissionais da equipe saúde da família.....</i>	53
4.6	Considerações éticas.....	54

5	RESULTADOS.....	56
5.1	Fase A - Conhecendo a sala de situação de saúde através do gestor.....	56
5.1.1	<i>Processo de implantação das SSS.....</i>	56
5.1.2	<i>Indicadores mais utilizados e atualização das informações.....</i>	59
5.1.3	<i>Utilização das SSS e impacto nos resultados das ações planejadas.....</i>	60
5.1.4	<i>Divulgação das informações.....</i>	62
5.2	Fase B – Investigação com os profissionais da equipe Saúde da Família.....	62
6	DISCUSSÃO.....	72
6.1	As potencialidades e dificuldades no processo de implantação da SSS.....	72
6.2	Indicadores e ferramentas mais utilizadas/atualização das informações.....	75
6.3	Utilização da SSS e impacto nos resultados das ações planejadas.....	76
6.4	Como se dá a divulgação das informações para a população..	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	89
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	92
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR.....	93
	APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	96
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.....	98
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA PARA COGETS/SMS.....	102

1 INTRODUÇÃO

Segundo o estudo da OPAS (2010), a sala de situação de saúde (SSS) é uma ferramenta que favorece o uso da informação em saúde para a tomada de decisão, facilitando a análise da informação sanitária, vinculando-a à gestão governamental. Assim, a SSS apoia processos decisórios em duas direções: por um lado, direciona ao gestor (geralmente um secretário municipal, estadual ou próprio ministro da saúde) para seguimento ou avaliação de políticas e programas de saúde; por outro lado, subsidia a decisão que a equipe da sala realiza e que envolve as unidades básicas de saúde, onde se gera o dado primário.

As decisões nesses espaços, traduzidas como reuniões de seguimento, tais como as de comitês de investigação de morte infantil e materna, por exemplo, são determinantes para o processo de gestão da informação em saúde e permite um processo dinâmico de planejamento, intervenção e avaliação (OPAS, 2010).

Historicamente a “Sala de Situação” é um instrumento de planejamento surgido no campo militar, com a finalidade de monitorar situações de perigo em que “o tempo” é a variável fundamental, intitulando-a como “Sala de Guerra”. Nessa concepção, militares a utilizavam para monitorar situações de perigo imediato. As mais consistentes referências à aplicação do conceito de “Sala de Situação” vieram a serem publicadas em 1977, por Carlos Matus, técnico em planejamento da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). Quando publicou seus primeiros estudos utilizando o conceito de “Sala de Situação”, no planejamento e acompanhamento de ações governamentais, Matus propunha nova abordagem do planejamento e tinha como pressuposto básico ampliar a capacidade de gestão governamental (OPAS, 2010).

No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a implantação da Sala de Situação em Saúde tem como objetivo a disponibilização das informações, de forma executiva e gerencial, para auxiliar na tomada de decisões, no gerenciamento das ações em saúde e na geração de conhecimento. Além de transmitir informações de forma clara à população sobre os indicadores de saúde da área de abrangência (OPAS, 2010; ROSSI, SILVA, 2005).

Esta sistematização de informação possibilita aos profissionais de saúde, a gestão administrativa e também aos usuários, transparência da assistência, projeções, planejamento de ações e construção de projetos de intervenções a serem

aplicados na realidade captada, conforme as necessidades específicas de saúde da comunidade. Os mecanismos, as bases e os objetivos da Sala de Situação não são necessariamente dependentes da manipulação de sistemas eletrônicos, podendo ser implantados em distintos lugares, como por exemplo, no espaço físico da Estratégia de Saúde da Família (OLIVEIRA; CASANOVA, 2013).

Desta forma, o importante é que os dados compilados sejam a demonstração fidedigna das informações sobre a realidade de uma comunidade e que os dados possam ser analisados, interpretados para guiar as ações de saúde destinadas às pessoas que residem no território de abrangência da Unidade. Há necessidade de equipe técnica qualificada, tecnologias para apresentação de resultados (logística para acesso a dados e para alimentar as estatísticas por meio de mapas) e espaço para a equipe multidisciplinar (BRASIL, 2014).

A Implantação da SSS é pautada nas concepções da Vigilância em Saúde, que se encontra apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde (FEITOSA *et al.*, 2014).

Território é considerado um espaço onde se agrega uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais, para sua resolução, devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão espacial ou um limite geográfico, mas também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente processo de construção (BRASIL, 2014).

A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas interrelações espaciais. Possibilita ainda identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções (OPAS, 2010).

Uma sala de situação bem estruturada pode ser desenhada com qualquer capital. O recomendável é que tenham dados qualificados, profissionais capacitados, com instrumentos e ferramentas de suporte a tomada de decisão consistente, e, no mínimo, uma mesa e algumas cadeiras (PINHEIRO, 2009).

Tendo em vista o exposto, o estudo tem por objetivo analisar a utilização das salas de situação em saúde, pelos gestores e profissionais das equipes de saúde,

no território da Coordenadoria Regional de Saúde III. Este cenário é formado por 18 (dezoito) Unidades Básicas de Saúde da Família, intituladas Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A sala de situação de saúde como ferramenta de gestão do cuidado no sentido de planejamento, avaliação e tomada de decisões têm se demonstrado como um aliado para as equipes de saúde da família e até mesmo para a gerência da UAPS. Fomentando a participação de toda a equipe no trabalho como um processo dinâmico e até mesmo de participação da comunidade na exposição de aspectos próprios da localidade (FEITOSA *et al.*, 2014).

O enfoque dado por vários autores de trabalhos relacionados ao planejamento de ações de intervenção em saúde nos mostra a importância do uso de uma ferramenta de gestão baseada em dados coletados pela própria equipe de Saúde da Família (eSF), processados e analisados, no sentido de visualizar soluções para problemas enfrentados no dia a dia. Desta forma, a sala de situação em saúde (SSS) pode ser um instrumento valioso como um processo contínuo de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de ações em saúde (NETO *et al.*, 2013).

Considerando o cenário da pesquisa, e também a observação do pesquisador, cirurgião-dentista do PSF (Programa Saúde da Família) do município de Fortaleza desde 2006, percebeu que faltam estudos sobre a utilização da sala de situação de saúde, bem como sua adoção como ferramenta produtora de ações mais bem planejadas, que possam ser avaliadas de forma contínua e que tenha a participação de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para levar em conta aspectos locais, sociais, psicológicos, econômicos e sazonais.

No município de Fortaleza, relatos do médico José Rubens Costa Lima, criador do “Gerente da Sala de Situação” e de dois softwares em vigilância epidemiológica, demonstra esta pouca utilização da SSS (OPAS, 2010).

No curso de especialização em saúde na Atenção Primária à Saúde, realizado nos anos de 2015 e 2016 para gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), promovida pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), tive a oportunidade de abordar o tema num artigo como trabalho de conclusão do curso, intitulado **“Sala de Situação em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Ceará: Relato de experiência”**.

Ao exercer o cargo de Coordenador Regional de Saúde III (CORES III), em Fortaleza, desde 2013, pôde se perceber que as equipes de saúde trabalham pouco com planejamento na ótica de sala de situação em saúde. Como pesquisador o tema

causa uma inquietação exatamente por essa dificuldade da gestão e dos profissionais. Isto talvez se reflita na atual fase do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB), visto que se trabalha planejamento e monitoramento de indicadores, quando se olha a quantidade de equipes aderidas, em Fortaleza, conforme informação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE. Existindo 101 ESF (21,9%) no Programa do total de 461 cadastradas no Ministério da Saúde. Na CORES III somente três eSF aderiram ao PMAQ (4%).

Neste contexto, oito SSS foram implantadas até 2018 e a perspectiva de mais dez restantes até dezembro de 2020, perfazendo o total de dezoito SSS nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A pesquisa encontra-se alinhada a linha de pesquisa escolhida para o Mestrado Profissional: “A Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde”, que envolve a compreensão e utilização da SSS, de gestores e profissionais de saúde, sob a ótica de instrumento que pode ser capaz de estimular e auxiliar no uso de sistema de informações e indicadores para planejamento e monitoramento das ações em saúde. Diante do exposto destaco a relevância do trabalho na obtenção de dados que subsidiarão a melhor aplicabilidade no processo de planejamento, monitoramento e resolubilidade na gestão do cuidado no Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a utilização das Salas de Situação de Saúde (SSS) por parte de gestores locais e profissionais da equipe de Saúde Família (eSF) de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde III, em Fortaleza, Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as facilidades e dificuldades dos gestores no processo de implantação da Sala de Situação de Saúde;
- Descrever os indicadores, ferramentas e processos mais utilizados pelas equipes para o monitoramento das ações de saúde;
- Verificar a percepção dos gestores e dos profissionais de saúde, acerca do impacto nos resultados das ações planejadas com a utilização das Salas de Situação em Saúde (SSS);
- Identificar como as informações de saúde são divulgadas Unidades de Atenção Primária à Saúde para os públicos em geral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Salas de situação de saúde na América Latina

As primeiras experiências sobre as Salas de Situação de Saúde (SSS) se remontam ao Brasil, como uma ferramenta para favorecer a gestão no marco das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização, democratização e controle social. A primeira sala de situação inaugurada foi no município de Campina Grande, no Estado da Paraíba, em dezembro de 1994. O primeiro município a colocar a Sala de Situação em sua *homepage* foi o município de Caruaru, no estado de Pernambuco (Bueno, 2005).

Um evento intitulado “*Salas de Situação em Saúde no Brasil: sistematizando as experiências*” ocorreu nos dias 26 e 27 de maio de 2009, na sede da Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) em Brasília, sendo fruto da iniciativa da OPAS/OMS no Brasil, por meio da Unidade Técnica de Informação em Saúde, Gestão do Conhecimento e Comunicação, em parceria com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. O objetivo central do encontro foi promover o intercâmbio de experiências de salas de situação, sistemas de informação e tecnologias aplicadas à tomada de decisão e qualificação da gestão da saúde. Participaram da oficina instituições do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entidades acadêmicas e de fomento à pesquisa (OPAS, 2010).

Um marco importante da epidemiologia na região das Américas foi o seminário “Usos e perspectivas da epidemiologia”, realizado em Buenos Aires, Argentina, em 1983, onde se fez um diagnóstico da situação da epidemiologia nos serviços de saúde, que permitiu discutir os desafios, alguns dos quais seguem vigentes até o presente momento, apesar dos avanços nas últimas décadas. Nesse evento, o foco das atenções era a vigilância epidemiológica relativa às doenças transmissíveis e a sua capacidade de detectar situações anormais. A representatividade das informações era, naturalmente, questionável e sua qualidade, duvidosa, pois praticamente não ocorriam análises nos níveis de prestação de serviços e assim os indicadores disponíveis refletiam apenas as médias nacionais, sem mostrar as diferenças no interior dos países. O seminário recomendou ampliar a

vigilância epidemiológica para as doenças não transmissíveis e crônicas, além de fomentar a análise de informação nas unidades mínimas geográficas, como ao nível municipal, com a participação de centros acadêmicos e de profissionais de outras disciplinas (OPS, 1984).

As salas de situação de saúde (SSS) estão sendo muito utilizadas nos países das Américas e do Caribe, dentro das direções de epidemiologia dos Ministérios de Saúde. Na Nicarágua também existem referências de trabalho com essa ferramenta, em meados dos anos 90, em processos de descentralização municipal dos sistemas de saúde e diante de situações de emergência. Tem sido útil para orientar a inversão de recursos e a definição de necessidades de investimento, como sinalizou em Honduras; ou como espaço para organizar a resposta em saúde diante de peregrinações e migrações laborais cíclicas da população, como foi feito na Guatemala, mas, acima de tudo, tem sido mencionada a sua utilidade diante de situações de contingências sanitárias como os deslizamentos no litoral venezuelano no ano de 1999, as inundações na Argentina, terremotos no Peru e Haiti e diante de epidemias como a nova influenza A (H1N1) no México. Situações em que a informação em saúde e a difusão da mesma na mídia e ao público em geral, reforçam a autoridade e legitima o papel de governo em saúde (OPAS, 2010).

3.2 Compreendendo o que é sala de situação de saúde

Dividiremos aqui em três eixos (concepção, referencial de análise adotado e ambiente) para melhor entender, conceitualmente e funcionalmente as SSS (OPAS, 2010).

3.2.1 1º Eixo – Concepção de sala de situação

A ideia de sala de situação, dependendo da sua implementação, pode gerar, a partir de conceitos e referenciais, formas que podem até serem questionadas. Sob este prisma, pode-se ter uma ferramenta potente e que consiga atingir seus objetivos, mas também pode ser inócuo e não produzir resultados, a depender do contexto inserido (OPAS, 2010).

As SSS possuem em comum a ideia de apoio à decisão e/ou ao planejamento de “situações”. É necessário que possuam equipamentos tecnológicos

que facilitem a informação e comunicação, mas que se tornem um instrumento de análise da gestão da saúde, focado no ser humano e suas relações de vida e adoecimento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; BUENO, 2005; OPAS, 2010).

O primeiro aspecto para compreensão do uso das SSS é como este processo de decisão ocorrerá na gestão, dependendo do contexto político-institucional. Entretanto, o sucesso ou fracasso podem estar relacionados a vários fatores como a origem das informações, baixa qualidade nos dados, captação inadequada e/ou contaminação negativa ou influenciada, preparo da equipe, capacitação, dentre outros. Isso pode levar ao gestor a ter uma noção equivocada da SSS, como informação/conhecimento trazendo limitações para tomada de decisões (DEINEINGER *et al.*, 2014; OPAS, 2010).

Há, portanto, um segundo aspecto de análise que precisa ser levada em conta nos esforços de aprimoramento da ideia de “salas de situação”: a gênese e formação histórica das informações em saúde bem como seu conceito e recorte epistêmico expressos nas iniciativas, nem sempre revelados e problematizados (MORAES, 2002).

Faz-se então necessário ampliar e explicitar que cada indicador tem seu limite enquanto informação, dependendo também da leitura do gestor desta informação. Desta forma, quanto mais complexo o problema, maiores são os esforços de compreensão e informação investidos, para a solução de processos saúde/doença/cuidado. A iniciativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) apresenta uma importante contribuição a essa questão através das Fichas de Qualificação dos Indicadores e Dados Básicos (IDB-Brasil). Temos então configurado dois entes neste processo: o gestor da informação e a instituição, ambos com visões e interesses que podem ser sinérgicos ou antagônicos (OPAS, 2010).

Esta informação encontra-se disponível ou não para divulgação e análise, para ser enfim utilizada para apoiar a decisão e/ou o exercício do controle social, a depender do pacto democrático conquistado, reduzindo a incerteza da ação, conforme a correlação de forças políticas e econômicas que estão presentes no processo dessa decisão. Tanto a produção e tratamento da informação em saúde, quanto as formas de seu uso pressupõem decisões políticas e econômicas plenas de relações de poder e produção de conhecimento; são, portanto, historicamente determinadas (DEINEINGER *et al.*, 2014; OPAS, 2010).

Buscar o aprimoramento das iniciativas de salas de situação pressupõe também concentrar esforços na instauração de uma “cultura informacional” nas instituições de saúde. Essa nova cultura pressupõe mudanças tanto no processo de gestão da saúde, onde a informação e conhecimento sejam intensivamente utilizados, quanto na gestão da informação e Tecnologia de Informações em Saúde (TIS), direcionando-a para sua qualificação, articulação intersetorial, análise e fomento para o seu uso. É preciso lançar luz sobre problemas estruturais tanto no processo de tomada de decisão em saúde quanto na gestão da informação, sob-risco de frustrarem-se as expectativas suscitadas com a implantação de salas de situação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Chega-se, assim, ao terceiro aspecto que envolve o contexto e concepção da SSS: a qualidade da gestão da informação em saúde e das tecnologias que lhe estão associadas.

A gestão da informação em saúde constitui uma das macrofunções estratégicas da gestão da saúde. As ações de saúde, ao se realizarem e para se efetivarem, incorporam e lançam mão de ações informacionais ao mesmo tempo em que produzem novas informações em saúde. Esse *status* se torna complexo cada vez mais, na medida em que a tecnologia, a informação e o conhecimento se imbricam aos processos instituídos na saúde, nas relações humanas, sociais e políticas e, por conseguinte, no próprio projeto de democracia que se constrói na sociedade brasileira (DEINEINGER *et al.*, 2014; MORAES, 2002; MORAES, GOMEZ, 2007).

Destaca-se que o tema “qualidade da gestão das informações em saúde” possui tênue problematização no interior das políticas públicas brasileiras, em especial nas práticas institucionalizadas (rotineiras) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Depreende-se desses estudos que a gestão da informação em saúde ainda constitui uma prática atomizada, fragmentada e pouco valorizada no conjunto das ações de saúde (MORAES, 2002; MORAES, GOMEZ, 2007; VASCONCELLOS, MORAES, CAVALCANTE, 2002).

De fato, há um processo gradual de sucateamento das instâncias públicas de gestão da informação e Tecnologia de Informações em Saúde, fortalecendo a opção pela terceirização. Essa tendência ganha maior fôlego na década de 90 e se mantém até hoje como expressão, no campo da Informação e TIS, do projeto neoliberal de Estado: Estado mínimo, cuja função prioritária é a regulatória das relações entre mercado-mercado, mercado-consumidor e mercado-setor

público/estatal. Como parte desse contexto histórico de esvaziamento da capacidade de respostas de instâncias públicas de gestão da informação e TIS, observa-se uma carência de iniciativas de educação permanente de suas equipes profissionais, essencial a um campo de saberes extremamente dinâmico (OPAS, 2010).

A ausência sistemática de uma cultura de avaliação da qualidade da “gestão das informações em saúde” constitui uma limitante aos avanços necessários à ampliação da capacidade de resposta do Estado brasileiro. Essa realidade acarreta consequências para o alcance das salas de situação que são totalmente dependentes da qualidade das informações, resultando em perda de oportunidades de avanços no entendimento sobre os processos de saúde/doença/cuidado. Apesar dos contínuos avanços tecnológicos relacionados às informações, evidencia-se um descompasso em sua apropriação e uso na ampliação da capacidade de intervenção em saúde da esfera pública e do desenvolvimento de um espaço cada vez mais estratégico para a Ciência e a Tecnologia do país, em um mundo globalizado (VASCONCELLOS, MORAES, CAVALCANTE, 2002).

Estudos relacionados à implantação de SSS que contemplem o contexto político decisório da saúde em que se inserem (1º aspecto), inovações que superem limitações epistêmicas e históricas da formação das informações em saúde (2º aspecto), bem como desenvolvimento de novas práticas que contribuam para a melhoria da qualidade da gestão das informações em saúde (3º aspecto), com certeza contribuirão para um ciclo virtuoso e educativo ao modelar e sistematizar o que se pode denominar como “boas práticas de gestão da informação em saúde e suas tecnologias”, colocando o conhecimento gerado no âmbito da Sala de Situação a serviço de um processo decisório com base em informação qualificada. Entende-se, assim, que as Salas de Situação em Saúde (SSS) podem contribuir para o desenvolvimento de novas práticas e saberes no cotidiano institucional do SUS. Adota-se o conceito de ‘boas práticas’ conforme definido por Schraiber *et al.* (1999, p. 224):

Entenda-se essa “boa prática” como sendo aquela que, cientificamente, é a esperada. E que será operada segundo um modo de prestar os serviços que cumpra tanto com as expectativas de consumo das sociedades estruturadas na forma de mercado, quanto com as expectativas políticas e éticas da máxima distribuição desse benefício que constitui a assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde com base na reforma sanitária brasileira.

A esse conceito agrega-se a abordagem desenvolvida por Covita (2002) que associa “boas práticas” às ideias de inovação, *know-how* útil e difusão desse conhecimento, quando suportadas em modelos estruturados que permitam sua reprodutibilidade e contínuo e gradual aperfeiçoamento.

A implantação de uma SSS impõe mudança nestas três dimensões citadas, visando a melhoria e qualificação de saúde onde o Estado é responsável (OPAS, 2010).

3.2.2 2º Eixo – Referencial de análise adotado pela sala de situação

A concepção de SSS encontrada em Matus (1993) ancora-se em um conceito dinâmico acerca do que seja “situação”. Para o autor, faz-se necessário a estruturação de sala de situação quando os gestores estão diante de questões/problemas complexos, que demandam aportes de conhecimento/tecnologia oriundos de diferentes campos de saberes e práticas para compreendê-los em sua plenitude e traçar estratégias eficazes para sua superação e/ou acompanhamento (MATUS, 1993; ALBUQUERQUE *et al.*, 2013)

Diante da complexidade da situação e do problema encontrado, num contexto político e social, é possível que a tomada de decisão fique longe do que se espera. A compreensão das situações baseadas na informação e conhecimento vai revelar as opções melhores. Ampliar a capacidade de gestão de situações complexas requer a constituição de um pensamento complexo, pois exigem novas estratégias, agilidade em novas ações, em um eterno repensar e um refazer. Refletir em torno do caráter estratégico e inovador presente na ideia de sala de situação suscita expectativas de inovações também para a abordagem analítica utilizada. A complexidade dos processos saúde/doença/cuidado convoca todos os sujeitos envolvidos para uma verdadeira reflexão de todos sobre o planejar e agir. A contribuição desta abordagem complexa fundamentada em inovações pode ampliar a potencialidade da sala de situação para a capacidade de intervenção dos gestores de saúde, que precisam lidar com a imprevisibilidade e com a incerteza inerentes aos processos de saúde/doença/cuidado (OPAS, 2010).

Essa abordagem aspira ao conhecimento multidimensional, mas sabe que o conhecimento completo é impossível, diante da insustentável/insuportável imprevisibilidade e leveza do ser (MORIN, 2003).

3.2.3 3º Eixo – Ambiente de Informação para apoio à decisão

Um modelo de organização e gestão das informações em saúde concebido como espaço estratégico a serviço do dirigente em saúde, articulando saberes e práticas a partir do valor político e operativo da informação e da Tecnologia em Informações (TI), como proposta fundamenta a hipótese de que o Ambiente de Informação para Apoio à Decisão em Saúde (AmIS), pode constituir-se em um modelo que contribua para o aprofundamento metodológico e tecnológico da ideia de sala de situação. A AmIS propicia um espaço dinâmico, onde deve haver interação nos recursos e memórias do sistema de redes de saúde, agindo de forma a trazer cooperações ágeis e transversais, compartilhando saberes para os processos decisórios distribuídos pelo sistema e serviços de saúde (VASCONCELLOS, MORAES, CAVALCANTE, 2002).

O reconhecimento da importância da informática no apoio à decisão em saúde fica claro nas diretrizes. O Ministério da Saúde (MS) aponta que deve "apoiar a prática profissional, através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada" (BRASIL, 2004a, p. 18). A tecnologia serve para fortalecer o comando único do sistema em cada esfera de governo, aprimorando a descentralização progressiva dos recursos e contribuindo para a orientação das ações de saúde segundo as necessidades e demandas locais. Ainda segundo o MS, a informática e a informação são recursos importantes para a tomada de decisão, sendo utilizadas para o planejamento e a avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação, capazes de reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos (BRASIL, 2004a).

A responsabilidade dos afazeres desta SSS não é tarefa para um único perfil de profissional, mas sim de uma equipe multidisciplinar com capacidade de estabelecer diálogos entre saberes a partir de uma circulação inter e transdisciplinar (ALMEIDA FILHO, 2005).

Para que o AmIS execute essa funcionalidade (acompanhamento de compromissos e pactos políticos), a arquitetura de informações modelada integra

bases de dados sobre ações e serviços de saúde, orçamento e finanças, condições epidemiológicas e sanitárias, situação socioeconômica e demográfica. Talvez, encontra-se aqui a principal contribuição (e ao mesmo tempo desafio do AmIS): a articulação de informações historicamente trabalhadas de forma estanque e com racionalidades distintas (OPAS, 2010; VASCONCELLOS, MORAES, CAVALCANTE, 2002).

A relevância do AmIS se define a partir de sua inserção no cotidiano da gestão institucional. Desse modo, a definição dos pontos de cortes, dos parâmetros de análise, dos *guidelines* que gerarão os “alarmes”, os referenciais de comparabilidade, normas sanitárias internacionais, dentre outros, constituem o cerne de seu funcionamento (VASCONCELLOS, GRIBEL, MORAES, 2008).

Vale lembrar que o Brasil possui importante experiência em processos de estabelecimento de consensos em torno de gestão da informação de interesse para a saúde. Trata-se da já citada Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), cuja metodologia pressupõe decisões por consenso entre os participantes (OPAS, 2010).

3.3 Sistemas de informações e indicadores de saúde

Atualmente o Sistema de Informações do Ministério da Saúde que são mais utilizados pelas equipes de saúde da família são: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Ambulatoriais/SUS (SIA/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Sistema de Informações em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e o e-SUS.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde iniciou um processo de avaliação e reestruturação dos sistemas de informação da Atenção Básica de modo a facilitar o processo de trabalho e de gestão da AB. Os frutos dessa nova estratégia são o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e um novo software, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O e-SUS AB é uma estratégia do DAB para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível

nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. Portanto, o e-SUS é uma estratégia que faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. O sistema de software público e-SUS AB é um sistema de apoio à gestão do processo de trabalho. Ele pode servir de apoio ao planejamento de atividades por profissionais das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde (UFMA; UNA-SUS, 2016). Outro Sistema de Informação utilizado aqui em Fortaleza é o Prontuário Eletrônico de Pacientes (PEP/Fastmedic).

Recentemente a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) apresentou como proposta princípios e diretrizes norteadoras para: a melhoria da qualidade e do acesso ao sistema de saúde brasileiro; a transparência e segurança da informação em saúde; o acesso à informação de saúde pessoal como um direito do cidadão; o suporte da informação para tomada de decisão por parte do gestor e profissional de saúde; e, por fim a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação. Baseando a interoperabilidade dos Sistemas de informação de forma a integração servir para uma tomada de decisão mais coerente (BRASIL, 2016).

Disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões e para a programação de ações em saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma antiga tradição em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços obtidos no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais (ROUQUAYROL, 2013; ALMEIDA FILHO, 2006).

Os indicadores são instrumentos usados para avaliar uma situação ou a consecução de objetos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados de ações e comparar resultados. Os indicadores podem ser úteis para avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações em saúde, havendo, no entanto, discordâncias quanto ao significado destes termos, sugerindo para a avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica o uso de indicadores operacionais e indicadores epidemiológicos (ROUQUAYROL, 2013; ALMEIDA FILHO, 2006). Em outras palavras, indicadores de qualidade em saúde correspondem a critérios para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços (ROZENFELD, 2000).

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua *validade* (capacidade de medir o que se pretende) e *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de *sensibilidade* (medir as alterações desse fenômeno) e *especificidade* (medir somente o fenômeno analisado). Outros atributos de qualidade de um indicador são sua *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), *relevância* (responder a prioridades de saúde) e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem uma ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população (PINHEIRO; MATTOS, 2008).

Na avaliação de práticas e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. Este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população. Assim, a

avaliação de resultados é enfim, aquela que realmente capta mudanças no estado de saúde da população. Na medida em que o objetivo da atenção a uma população é a melhoria da sua condição de saúde, a avaliação de resultados fundamenta-se no propósito de medir o cumprimento desse objetivo (ROZENFELD, 2000).

Seguindo as ideias de Portela (2000), o controle de qualidade envolve uma seleção aleatória de produtos, casos e situações observados no sistema de produção de cuidados em saúde. A avaliação em Saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde. Esses critérios constituem-se em indicadores de qualidade em saúde.

Os indicadores expressam, dentro dos limites da publicação e dos dados disponíveis, não apenas dimensões clássicas de estrutura, processo e resultado, mas também sua articulação com as questões sociais, econômicas e ambientais, buscando incorporar, ainda, como dimensões transversais, a desigualdade e as possibilidades abertas à participação social, em uma abordagem de orientação epidemiológica (BRASIL, 2006).

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); o IBGE, órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística; outros setores da administração pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais; e organizações não governamentais (PORTELA, 2000).

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), criada por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da OPAS, reúne instituições representativas dos segmentos técnico-científicos diretamente envolvidos na produção e análise de dados de interesse para a saúde no país. O objetivo é subsidiar gestão e profissionais sobre decisões estratégicas baseados em indicadores. Estes Indicadores são: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade, fatores de risco e proteção, de recursos e de coberturas (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi instituído pela Portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 e revogada pela Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, passando a ser chamado de PMAQ AB. Tendo como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Através de avaliações de desempenho pode-se mensurar a qualidade destas ações realizadas na atenção primária à saúde e o programa está formado por quatro fases que se complementam formando um ciclo contínuo: adesão e contratualização, por parte das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal (contratualização de compromissos e indicadores); desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); avaliação externa (certificação do MS) e recontratualização (Novo ciclo). Os indicadores utilizados pelo PMAQ AB são: acesso e continuidade do cuidado (média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante, percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea, percentual de atendimentos de consulta agendada, índice de atendimentos por condição de saúde avaliada, razão de coleta de material citopatológico do colo do útero e cobertura de primeira consulta odontológica programática); coordenação do cuidado (percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida); resolutividade (percentual de encaminhamentos para serviço especializado, razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas) e abrangência de oferta de serviços (percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica e percentual de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal) (BRASIL, 2017a).

Atualmente, em período de transição, buscando o aperfeiçoamento o Sistema de Informação da Atenção Básica, o e-SUS AB (que substituiu o SIAB- Sistema de Informações da Atenção Básica), passou a ser o principal sistema de informação da porta de entrada do sistema de saúde. É válido afirmar, que esses sistemas possuem alto potencial para contribuir com a melhoria da qualidade de vida da comunidade, uma vez que possuem a potencialidade de transformar a realidade da situação de saúde de uma comunidade. A produção dos relatórios auxilia as equipes da AB (Atenção Básica) e possibilita aos gestores acompanhar o trabalho e avaliar a qualidade dos serviços (CARRENO *et al.*, 2013).

3.4 Políticas públicas e vigilância em saúde no Brasil

O Ministério da Saúde através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabeleceu a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), revisando as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Revogando a portaria anterior de 2011 e definindo ações em vigilância da saúde na atenção primária como: Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica e a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (BRASIL, 2017b).

A PNAB (BRASIL, 2017b) define ainda que é responsabilidade de todas as esferas de governo: desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações; estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde. Isto corrobora a importância de um instrumento que auxilie no planejamento, monitoramento e avaliação com a Sala de Situação de Saúde.

A Atenção Básica (AB) considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde (a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde). Além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção

da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017b).

São atribuições em comum dos profissionais da atenção básica que interessam a prática de vigilância em saúde no território: utilizar o sistema de informação da atenção básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e a avaliação dos serviços de saúde; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território; realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população); participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho (BRASIL, 2017b).

Neste mesmo sentido de auxiliar a implantação e funcionamento da SSS nas Unidades Básicas de Saúde, temos algumas atribuições do Gerente de Atenção Básica definido pela PNAB (BRASIL, 2017b): participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais; potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos (BRASIL, 2017b).

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de

saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias (BRASIL, 2017b).

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para: vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes (BRASIL, 2017b).

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes (BRASIL, 2017b).

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local. A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades (BRASIL, 2017b).

Foi aprovada no dia 12 de julho de 2018, por unanimidade, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Pela primeira vez, o Brasil terá um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde, com definições claras de responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias. A aprovação aconteceu na reunião mensal do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reúne entidades ligadas à saúde. A criação da política é resultado de propostas apresentadas na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, que ocorreu entre os dias 27 de fevereiro e dois de março de 2018. As propostas foram formuladas por acadêmicos, especialistas, conselheiros de saúde, trabalhadores, usuários e gestores do Sistema Único de Saúde. A consolidação da Política foi feita pela Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2018).

A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde (CNS, 2018).

A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios (CNS, 2018).

A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção. Ações laboratoriais: aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo. Ações de promoção da saúde: estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articuladas com as demais redes de proteção social, abrangendo atividades voltadas para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, para o favorecimento da mobilidade humana e a acessibilidade e promovendo a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios. Análise de situação de saúde: ações de monitoramento contínuo da situação de saúde da população do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde abrangente. Linha de Cuidado (LC): uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde,

orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde (CNS, 2018).

Cabe destacar aqui a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como importante processo estruturante da vigilância da saúde, por contemplar em sua configuração elementos que dão aporte à prática das equipes. A integração e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população. O processo de trabalho favorece o planejamento de ações em saúde mais próximas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população, nos diferentes territórios, subsidiando a sustentabilidade dos processos de intervenção. A ESF pode assumir, por conseguinte, postura ativa de intervenção em saúde, pois se assenta sobre a visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo. Sob esse aspecto, ela possui os elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade (TEIXEIRA, 2002).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Em virtude da complexidade e natureza multidimensional da proposta, adotar-se-á uma metodologia plural capaz de contemplar os objetivos da pesquisa. Desta forma, trata-se de um estudo misto, com estratégia de triangulação concomitante.

Pesquisa realizada por Santos *et al.* (2017) sobre métodos mistos permitiu a identificação de convergências e divergências entre os dados qualitativos e quantitativos, contribuindo para a produção de resultados que se complementam entre si.

As pesquisas qualitativas na Sociologia trabalham com: significados, motivações, valores e crenças e estes não podem ser simplesmente reduzidos às questões quantitativas, pois que, respondem a noções muito particulares. Entretanto, os dados quantitativos e os qualitativos acabam se complementando dentro de uma pesquisa (MINAYO, 2010).

O uso de métodos qualitativos e quantitativos de forma sinérgica, um potencializando o outro, caracteriza um tipo de pesquisa denominada de pesquisa de métodos mistos. Esses procedimentos de associar os dois tipos de pesquisa se desenvolveram em resposta à necessidade de reunir dados quantitativos e qualitativos em um único estudo, como estratégia para ampliar os conhecimentos sobre o objeto da pesquisa, na medida em que se passa de um método para o outro (CRESWELL, 2010).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, localizada no litoral norte do estado, que é, atualmente, a quinta cidade mais populosa do Brasil, com população estimada de 2.571.896 habitantes (IBGE, 2010).

O município possui 313,140 km² de área e 2.627.482 habitantes estimados em 2017, além da maior densidade demográfica entre as capitais do país, com 8 390,76 hab/km². É a maior cidade do Ceará em população e a quinta do Brasil. Fortaleza abriga 119 bairros e sete Secretarias Regionais (SR), sendo numeradas de

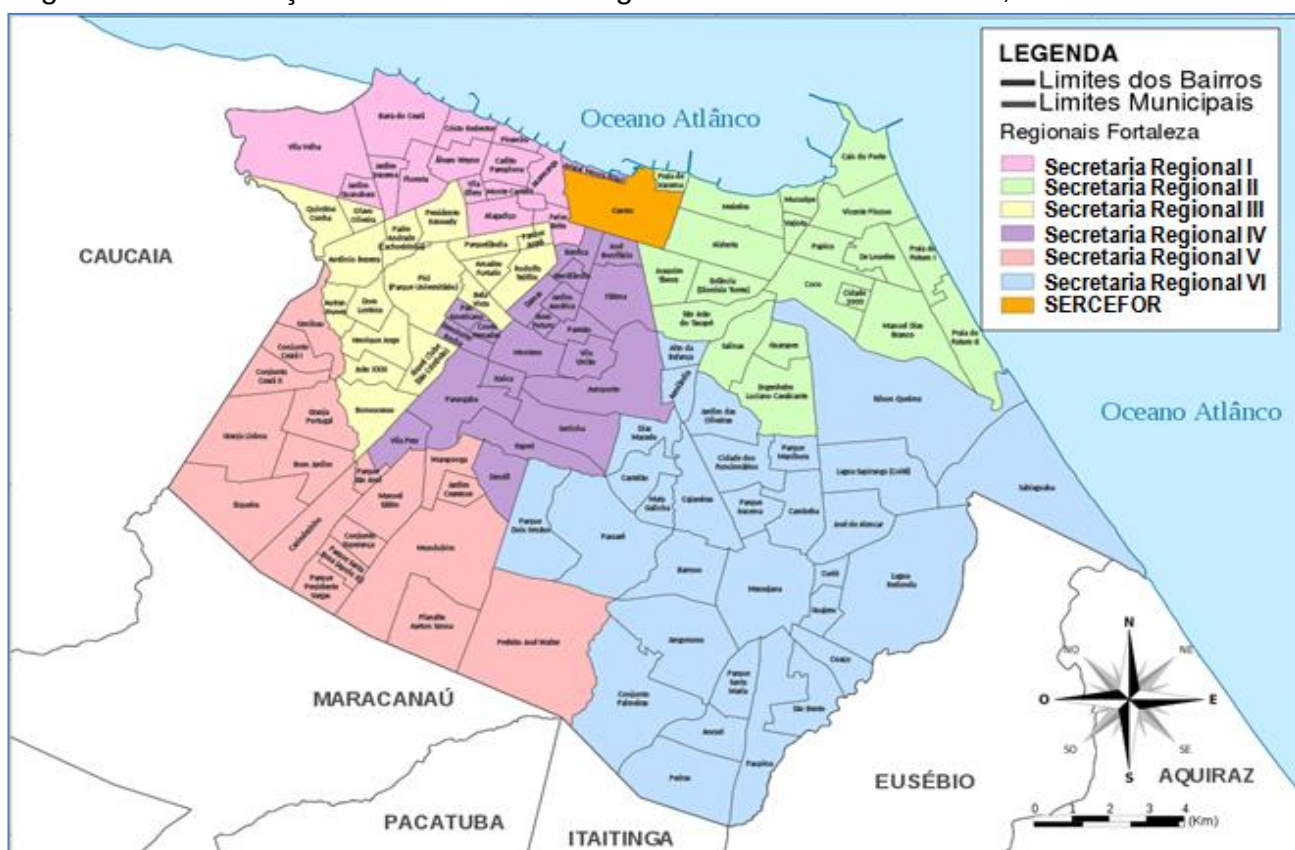
I a VI, sendo que a Secretaria Regional do Centro de Fortaleza-SERCEFOR não responde pela saúde do território, ficando a Regional II com esta responsabilidade (Figura 1). No censo de 2010, os três bairros mais populosos do município são: Mondubim (76.044 hab.), da SR V; Barra do Ceará (72.423 hab.) e Vila Velha (61.617 hab.), da SR I. Já os menos populosos são: Pedras (1.342 hab.) e Sabiaguaba (2.117 hab.) da SR VI; Manoel Dias Branco (1.447 hab.), da SR II (IBGE, 2010). O município possui 113 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de UAPS em Fortaleza-Ceará, por Regionais de Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019 (n=113).

Coordenadorias Regionais de Saúde/SR	UAPS	Equipes de Saúde da Família
I	15	69
II	12	47
III	18	80
IV	13	48
V	25	97
VI	30	126
TOTAL	113	467

Fonte: Atestos das eSF (julho de 2019) SMS/PMF.

Figura 1 – Distribuição das Secretarias Regionais de Fortaleza-Ceará, 2019.



Fonte: Wikipedia (2019).

A Coordenadoria Regional de Saúde III do município de Fortaleza localiza-se na zona oeste de Fortaleza, fazendo limites de território com as Regionais I (Norte), V (Sul) e IV (Leste); além de fazer limite com o município de Caucaia ao Oeste. Apresenta 18 UAPS e população estimada em 387.388 habitantes (IBGE, 2010), representando 14,8% da população total do município, distribuídos em 17 bairros e cerca de 350 mil usuários cadastrados no prontuário eletrônico de pacientes (PEP/FASTMEDIC). Densidade demográfica – 143 hab/km² (IBGE, 2010). A distribuição da população está explicada na tabela 2. A investigação foi realizada em (08) oito UAPS da Coordenadoria Regional de Saúde III.

Tabela 2 – Distribuição da População por UAPS da Coordenadoria Regional III de Fortaleza-Ceará, 2019. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

Nº	UAPS	População (IBGE)	População (PEP)
01	Anastácio Magalhães	39.318	34.830
02	Cesar Cals Oliveira Filho	25.451	21.172
03	Clodoaldo Pinto	12.936	12.936

Tabela 2 – Distribuição da População por UAPS da Coordenadoria Regional III de Fortaleza-Ceará, 2019. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019. Continuação.

04	Dr. Licinio Nunes de Miranda	24.029	22.182
05	Eliezer Studart	22.410	17.622
06	Francisco Pereira de Almeida	36.282	20.801
07	George Benevides	12.004	7.494
08	Hermínia Leitão	16.451	13.569
09	Humberto Bezerra	15.292	16.606
10	Ivana de Sousa Paes	21.305	18.821
11	João XXIII	22.231	15.885
12	Luiz Recamonde Campelo	18.098	16.770
13	Mariusia Silva	17.741	12.342
14	Meton de Alencar	26.315	21.621
15	Santa Liduína	14.279	13.388
16	Sen.Fernandes Távora	17.866	13.481
17	Sobreira de Amorim	27.281	16.313
18	Waldemar Alcântara	18.099	10.833
TOTAL		387.388	312.660

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (2010) e PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente – Fastmedic (Julho de 2019)/CORES III.

A partir das informações anteriormente descritas, foram elegíveis oito UAPS para esta investigação, que possuem SSS implantadas há pelo menos seis meses (Tabela 3).

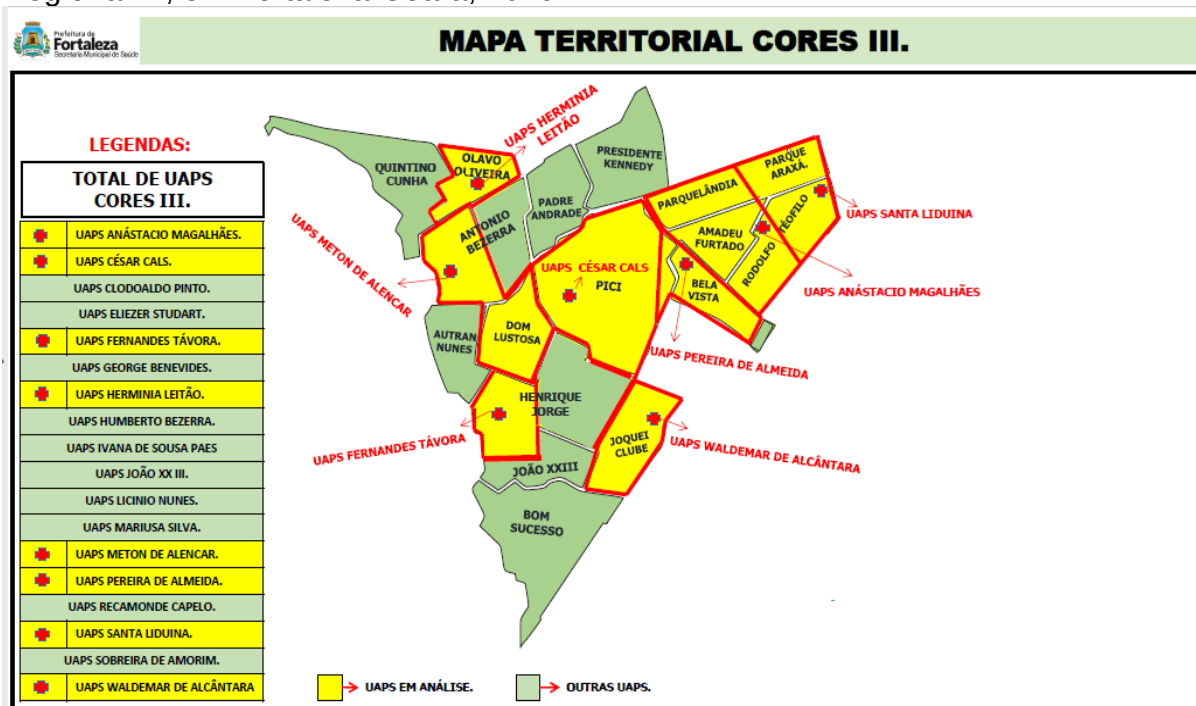
Tabela 3 – Implantação de Salas de Situação de Saúde (SSS) em UAPS da CORES III até dezembro de 2018. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Nº	UAPS	DATA DE IMPLANTAÇÃO	Nº DE ESF	POPULAÇÃO
01	Anastácio Magalhães	Abril 2018	04	34.830
02	César Cals O. Filho	Novembro 2018	07	21.172
03	Francisco Pereira de Almeida	Novembro 2018	06	20.801
04	Hermínia Leitão	Abril 2018	04	13.569
05	Meton de Alencar	Agosto 2018	06	21.621
06	Santa Liduína	Setembro 2018	04	13.388
07	Sen. Fernandes Távora	Novembro 2018	04	13.481
08	Waldemar de Alcântara	Abril 2014	04	10.833
TOTAL			38	149.695

Fonte: Atesto das Equipes (Maio de 2019) CORES III/SMS/PMF. SSS – Sala de Situação de Saúde

As Unidades de Saúde que foram investigadas estão espacialmente distribuídas conforme Figura 2 a seguir, e apresentam as seguintes particularidades, a saber.

Figura 2 – Distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Regional III, em Fortaleza-Ceará, 2019.



Fonte: Vigilância Epidemiológica da CORES III.

4.2.1 Descrição das unidades de saúde

1) UAPS Anastácio Magalhães: Antigo Posto de Atendimento Médico do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (PAM/INAMPS), o qual foi inaugurado na década de 80 e reformado em janeiro de 2015. Está localizada à Rua Delmiro de Farias, 1679, bairro Rodolfo Teófilo. É uma Unidade Mista de saúde, considerada de porte grande com 159 funcionários no total, 110 vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 26 vinculados ao Ministério da Saúde (MS), um vinculado a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e 22 vinculados ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Possui quatro eSF completas; uma equipe de Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF); e atende às seguintes especialidades médicas como referência: endocrinologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, dermatologia, otorrinolaringologia e infectologia. Apresenta,

ainda, o Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI), Programa de Atenção Integral à Criança e Adulto com asma (PROAICA). Nesta Unidade são realizados atendimentos a pacientes portadores de pé diabéticos e ainda atendimentos especializados em fisioterapia; auriculoterapia; infecções sexualmente transmissíveis (IST) e odontologia para bebês (Bebê Clínica). A assistência farmacêutica é realizada por meio da farmácia-polo para Coordenadoria Regional de Saúde III (CORES III); farmácia para medicamentos do Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) da CORES III; e são ofertados serviços básicos como vacinas, curativos, coleta de exames laboratoriais, marcação de exames e consultas especializadas, aferição de pressão arterial, dentre outros. A UAPS Anastácio Magalhães desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde, como o grupo à prevenção de quedas, com participação de idosos (em sua maioria são hipertensos e diabéticos).

As demais Unidades apresentadas a seguir possuem em comum: Programa de atenção integral à criança e adulto com asma (PROAICA), serviços básicos como vacinas, curativos, coleta de exames laboratoriais, teste do pezinho, marcação de exames e consultas especializadas, aferição de pressão arterial, dentre outros. Possui ainda uma farmácia básica composta por 84 medicamentos para os principais tratamentos de saúde, definido pela Secretaria de Saúde do município.

2) UAPS César Cals de Oliveira Filho: Inaugurada em novembro de 1971. Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com maior número de Equipes de Saúde da Família (eSF) da CORES III, com sete eSF (07 completas), 93 funcionários no total, sendo 82 vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e 11 vinculados ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Está localizada à Avenida Coronel Matos Dourado S/N, bairro Planalto Pici. Possui atendimentos especializados em: terapia ocupacional, fisioterapia e auriculoterapia. A UAPS César Cals de O. Filho desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde com gestantes e pessoas que queiram deixar o hábito de fumar.

3) UAPS Francisco Pereira de Almeida: Inaugurada em novembro de 1985. A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) possui 72 funcionários, sendo 62 vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e 10 ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Possui ainda seis eSF (02 completas), uma equipe de Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF). Está localizada à Rua Paraguai S/N, bairro Bela Vista. A UAPS Francisco Pereira de Almeida desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde com gestantes e idosos.

4) UAPS Hermínia Leitão: Inaugurada em 2001, reformada em julho de 2014. A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) possui 50 funcionários, sendo 42 vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e oito ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Possui ainda quatro eSF (03 completas), uma equipe de Núcleo Ampliado Saúde da Família (NASF). Está localizada à Rua General Couto, 470, bairro Olavo Oliveira. A UAPS Hermínia Leitão desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde com gestantes e idosos.

5) UAPS Meton de Alencar: Última reforma em fevereiro de 2014. A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) possui 77 funcionários, sendo 66 vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e 11 ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Possui ainda seis eSF (05 completas). Está localizada à Rua Padre Perdigão, 820, bairro Antônio Bezerra. A UAPS Meton de Alencar desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde com gestantes e pessoas que queiram deixar o hábito de fumar.

6) UAPS Santa Liduína: Última reforma em outubro de 2013. A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) possui 58 funcionários, sendo 49 vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e nove ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Possui ainda três eSF completas. Está localizada à Rua João Bosco, 213-A, bairro Parque Araxá. Possui ainda serviços especializados em Pediatria, sendo uma das referências da CORES III. A UAPS Santa Liduína desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde com gestantes e pessoas que queiram deixar o hábito de fumar.

7) UAPS Senador Fernandes Távora: Inaugurada em outubro de 1981. A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) possui 61 funcionários, sendo 49 vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e 12 ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Possui ainda quatro eSF (02 completas). Está localizada à Rua Maceió, 1354, bairro Henrique Jorge. A UAPS Senador Fernandes Távora desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde com gestantes e idosos.

8) UAPS Waldemar de Alcântara: Inaugurada em junho de 1981. A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) possui 54 funcionários, sendo 47 vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e sete ao Instituto Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), possui ainda quatro eSF (03 completas). Localizada à Rua Silveira Filho 913, bairro Jóquei Clube. A UAPS Waldemar de

Alcântara desenvolve atividades em grupos de trabalho para promoção e prevenção em saúde com idosos.

4.3 População de estudo

O universo da pesquisa foi composto de três grupos de indivíduos que possuem as mesmas características, a saber: profissionais gestores das UAPS, profissionais da equipe de Saúde da Família de nível superior - médicos(as), enfermeiros(as) e cirurgiões(ãs)-dentista(s) - e profissionais da equipe de Saúde da Família de nível médio (agentes comunitários de saúde).

4.3.1 Censo

O censo foi a opção para os três grupos populacionais desta pesquisa – gestores, profissionais de nível superior e nível médio.

No primeiro grupo, esta opção ocorreu devido ao número reduzido de sujeitos implicados na pesquisa (oito gestores), assim como devido à natureza do instrumento de investigação – entrevista com roteiro semiestruturado, desde que respeitados os preceitos éticos e que aceitem participar da mesma.

Para os grupos de profissionais de nível superior da equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) e de nível médio (ACS) fez-se também opção pelo censo, devido ao número reduzido de profissionais por categoria (tabela 4) e também ao proceder o cálculo amostral acrescido de percentual de perda amostral resultou em quase o número total de profissionais.

Tabela 4 – Distribuição de Profissionais de Nível Superior e Médio das Equipes de Saúde da Família das UAPS Investigadas, Fortaleza, Ceará, 2019.

Nº	UAPS	Médico	Enfermeiro	CD	ACS	TOTAL
01	Anastácio Magalhães	4	4	3	16	27
02	César Cals O. Filho	2	8	4	30	44
03	Francisco P. de Almeida	2	6	2	29	39
04	Hermínia Leitão	2	4	3	25	34
05	Meton de Alencar	3	6	2	27	38
06	Santa Liduína	3	4	3	15	25
07	Sen. Fernandes Távora	1	4	2	17	24
08	Waldemar de Alcântara	2	4	3	15	24
	TOTAL	19	40	22	174	255

Fonte: Atesto Mensal eSF (maio de 2019) das UAPS. Legenda: CD – Cirurgião-dentista, ACS – Agente Comunitário de Saúde.

4.3.2 Critérios de Inclusão, exclusão e retirada

A fim de especificar melhor as características da população que foi investigada, fez-se o estabelecimento de critérios de inclusão, exclusão e retirada.

Critérios de Inclusão – estão relacionados com as principais características do universo de sujeitos que podem ser utilizadas durante o estudo e possam ser generalizadas para outras populações (LUNA, 1998). Desta forma, foram eleitos os seguintes critérios inclusivos:

- Para profissionais da eSF:

- Servidor do município de Fortaleza (celetista, estatutário ou do Programa Mais Médicos Brasil - PMMB) da sua referida UAPS selecionada;

- Profissional da equipe de saúde de sua referida UAPS selecionada;

- Estar no exercício da função por um período mínimo de seis meses.

Critérios de exclusão – indica o subgrupo de indivíduos que apresenta características ou manifestações que podem interferir na qualidade dos dados, assim como na interpretação dos resultados (LUNA, F, 1998). Assim, os critérios de exclusão aplicados são:

- Para profissionais da eSF:

- Profissional estar de férias ou de licença durante o período de coleta de dados;

Por fim, optou-se por utilizar, ainda os critérios de retirada, se houvessem preenchimento incompleto ou ilegível em 50% ou mais dos questionamentos do

formulário ou ainda por solicitação de retirada do estudo realizada pelo próprio participante mesmo após o envio das respostas.

A perda amostral foi de 33 profissionais (nível superior e ACS), algo em torno de 13%, que não responderam os questionários por estarem de licença médica, férias ou porque não quiseram participar da pesquisa. Com relação aos gestores não houve perda amostral, todos participaram da pesquisa.

4.3.3 Amostragem

Amostragem é o processo que procura extrair da população elementos que serão estudados e analisados através da Estatística Descritiva de modo que seja possível, em seguida, se realizar a Inferência Estatística, ou seja, generalizar os resultados obtidos com a amostra para toda a população.

Nesta pesquisa, utilizou-se a amostragem estratificada, que consiste em dividir a população em subgrupos (estratos) mais ou menos homogêneos, de tal forma que haja uma homogeneidade dentro de estratos e uma heterogeneidade entre os estratos.

A amostragem estratificada foi proporcional, visto que o número de elementos de cada estrato (médico, dentista, enfermeiro e agente comunitário de saúde) é proporcional ao número de elementos existentes no estrato.

Inicialmente, os participantes foram sensibilizados diretamente, na UAPS, por meio do pesquisador, gestor da UAPS e técnico da CORES. Em um segundo momento, os participantes receberam formulário de investigação, o qual continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.4 Método de coleta

Dividimos a metodologia em duas fases: a qualitativa e a quantitativa, como descrevemos a seguir:

4.4.1 Fase A – Qualitativo - Conhecendo a Sala de Situação de Saúde por meio do gestor

Em um conceito mais amplo, o local ou campo de estudo engloba o universo da população estudada e procura responder questões muito particulares, sempre buscando compreender a realidade social humana através do conhecimento de atitudes, aspirações, crenças e valores (MINAYO, 2010). Os dados para a realização da pesquisa também se originaram a partir de entrevistas com os profissionais gestores que atuam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Regional III de Fortaleza.

Nesta fase, analisou-se a busca de saber como os gestores utilizam as Salas de Situação de Saúde (SSS), sob a ótica de uma ferramenta de planejamento e monitoramento de ações em saúde, bem como assuntos relativos aos objetivos específicos, na qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B). Foram coletadas entrevistas com os gestores de quatro Unidades de Saúde entre os meses de janeiro e março de 2019 e que já possuíam SSS há mais de seis meses (Anastácio Magalhães, Hermínia Leitão, Meton de Alencar e Waldemar de Alcântara). Os gestores das outras quatro Unidades restantes (César Cals Filho, Sen. Fernandes Távora, Santa Liduína e Francisco Pereira de Almeida) foram entrevistados entre maio e junho de 2019, conforme critério de avaliação de SSS implantadas há pelo menos seis meses.

A entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo, que tem por objetivo captar informações pertinentes para um objeto de pesquisa. A relação que se estabelece entre pesquisador e entrevistado é de interação e na proporção que houver um clima de estímulo e aceitação mútua, as informações fluirão de modo natural e autêntico. Os dados subjetivos só poderão ser obtidos através da entrevista, pois que, eles se relacionam com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados (BOURDIEU *et al.*, 1999).

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa que requer tempo e exige alguns cuidados, entre eles destacam-se o planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista, ou seja, a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista que deverá ser marcada com antecedência para que o pesquisador se assegure de que será recebido; as condições favoráveis que possam garantir ao entrevistado o segredo de suas confidências e de sua identidade e, por fim, a

preparação específica que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões importantes (LAKATOS; MARCONI, 1996).

Quanto à formulação das questões o pesquisador deve ter cuidado para não elaborar perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. As perguntas devem ser feitas levando em conta a sequência do pensamento do pesquisado, ou seja, procurando dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com certo sentido lógico para o entrevistado. Para se obter uma narrativa natural muitas vezes não é interessante fazer uma pergunta direta, mas sim fazer com que o pesquisado relembre parte de sua vida. Para tanto o pesquisador pode muito bem ir suscitando a memória do pesquisado (BOURDIEU *et al.*, 1999).

Uma das grandes vantagens da entrevista em relação a outras técnicas de coleta de dados é que ela possibilita a captação imediata e corrente da informação requerida. A principal vantagem da entrevista aberta e também da semi estruturada é que essas duas técnicas quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse; além disso, podem-se entrevistar pessoas que não sabem ler ou escrever; possibilitam a correção de enganos dos informantes; elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos; interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas (FLICK, 2009).

Elas também possibilitam uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes. Desse modo, estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em uma pesquisa. Tanto na entrevista aberta como na semiestruturada, temos a possibilidade da utilização de recursos visuais, como cartões, fotografias, o que pode deixar o entrevistado mais à vontade e fazê-lo lembrar de fatos, o que não seria possível num questionário, por exemplo (SELLTIZ *et al.*, 1987).

Quanto às desvantagens da entrevista aberta e semiestruturada, estas dizem respeito muito mais as limitações do próprio entrevistador, como por exemplo:

a escassez de recursos financeiros e o dispêndio de tempo. Por parte do entrevistado há insegurança em relação ao seu anonimato e por causa disto muitas vezes o entrevistado retém informações importantes. Essas questões são, ainda assim, melhor apreendidas pela entrevista aberta e semiestruturada. Vale lembrar que a qualidade das entrevistas depende muito do planejamento feito pelo entrevistador. “A arte do entrevistador consiste em criar uma situação onde as respostas do informante sejam fidedignas e válidas” (SELLTIZ *et al.*, 1987). A situação em que é realizada a entrevista contribui muito para o seu sucesso, o entrevistador deve transmitir, acima de tudo, confiança ao informante. Elas se caracterizam pela sua forma de organização e podem ser classificadas em: sondagem de opinião, semiestruturada, aberta ou em profundidade, focalizada e projetiva.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram realizadas utilizando-se de roteiro pré-definido (APÊNDICE B) como guia, com duração de 20 minutos em média, na Unidade de Saúde de cada gestor(a). Foi utilizado um gravador digital de voz para registro das entrevistas. O roteiro foi estruturado com questões que poderiam fornecer informações para cada uma das fases e etapas seguintes deste estudo: descrever os indicadores mais utilizados pelas equipes para o monitoramento das ações e como se dá a atualização das informações; compreender como se deu o processo de implantação da SSS na UAPS; conhecer as facilidades e dificuldades da SSS, assim como compreender o impacto nos resultados das ações planejadas com a utilização das Salas.

Para Queiroz (1988), a entrevista com roteiro semiestruturado é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos. Desse modo, da vida do informante só interessa aquilo que vem a se inserir diretamente no domínio da pesquisa. A autora considera que, por essa razão, existe uma distinção nítida entre narrador e pesquisador, pois ambos se envolvem na situação de entrevista movida por interesses diferentes.

A entrevista deve proporcionar ao pesquisado um bem estar, onde será possível extrair o melhor das informações necessárias. O pesquisador deve levar em conta que no momento da entrevista ele estará convivendo com sentimentos, afetos pessoais, fragilidades, por isso todo respeito à pessoa pesquisada. É preciso que o pesquisador demonstre interesse e estar atento a tudo o que o pesquisado fala. Além disso, é dever do pesquisador se esforçar ao máximo para situar o leitor de que lugar

o entrevistado fala, qual o seu espaço social, sua condição social e quais os condicionamentos dos quais o pesquisado é o produto (BOURDIEU *et al.*, 1999).

Em relação à atuação ou postura do entrevistador no momento da entrevista este não deve ser nem muito austero nem muito efusivo, nem falante demais, nem demasiadamente tímido. O ideal é deixar o informante à vontade, a fim de que não se sinta constrangido e possa falar livremente. Quanto a presença do gravador, deverá ter permissão do entrevistado para não causar constrangimento. Uma entrevista bem-sucedida vai depender da elaboração de um bom roteiro, onde o pesquisador deve ter completo domínio do tema e fazer perguntas claras que possam responder os objetivos propostos (BOURDIEU *et al.*, 1999).

Imediatamente após a coleta de cada entrevista, as informações coletadas durante a mesma foram transcritas na íntegra para o formato *Word* e posteriormente realizada análise temática de conteúdo dos dados coletados (FLICK, 2009; LÜDKE; ANDRÉ, 2013).

A transcrição pode ser entendida como uma das várias fases da entrevista. Na primeira fase, extensamente discutida, um roteiro foi elaborado. A segunda fase é a entrevista propriamente dita, ou seja, o processo de coleta de dados. A terceira fase é o processo de transcrição. Teoricamente, o que o pesquisador deveria fazer em todas essas fases seria ir à busca do seu objetivo de pesquisa. Importante que a transcrição seja realizada pelo entrevistador, pois ele pode captar não só o que está registrado, mas também todo o contexto da entrevista que não foi verbalizado. Isto pode ser considerado uma pré-análise. O pesquisador tem que transcrever integralmente o que foi dito pelo entrevistado, inclusive tentando captar as emoções contidas nas perguntas do entrevistador e das respostas dadas. Um procedimento interessante, para quem irá entrevistar, é elaborar um diário de campo com anotações das ocorrências físicas e sociais antes e, se possível, durante a entrevista. Outro procedimento que pode auxiliar ao pesquisador é iniciar a transcrição logo após entrevista, pois as impressões e lembranças serão mais fáceis de serem acessadas, pois estarão vivas e presentes para o pesquisador (ALBERTI, 1990; DUARTE, 2004).

4.4.2 Fase B – Quantitativo - Investigação com os profissionais da equipe Saúde da Família

Nesta etapa da pesquisa, o estudo se caracteriza como quantitativo, individualizado analítico, observacional e transversal. Esta etapa foi realizada com dados primários dos profissionais integrantes das equipes Saúde da Família vinculados às Unidades de Atenção Primária à Saúde eleitas para esta investigação, conforme descrito anteriormente.

As variáveis abordadas pelo pesquisador estão contidas em dois formulários de coleta de dados: um para profissionais de nível superior e outro para ACS, que contemplam informações a respeito do perfil do profissional integrante da equipe multidisciplinar, assim como os indicadores utilizados na UAPS e atualização das informações, processo de implantação de uma sala de situação de saúde (SSS) – facilidades e dificuldades, a percepção dos profissionais sobre o impacto dos resultados gerados pela SSS e como as informações em saúde da unidade de saúde são divulgadas à população (APÊNDICES C e D).

Os formulários foram aplicados aos profissionais por outros profissionais e técnicos da CORES III, que se comprometeram em auxiliar na pesquisa, visto a relevância e implicações nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família. Estes profissionais (pesquisadores auxiliares) foram treinados pelo pesquisador principal, em um momento anterior para que se fosse feito um alinhamento conceitual e para que fossem dirimidas as dúvidas. Foram marcados turnos diferentes para aplicação dos questionários, por grupos de pesquisa (Profissionais de nível superior e ACS). No início da aplicação do questionário é feito uma explanação sobre os motivos e objetivos da pesquisa para os profissionais, com sua relevância para os processos de trabalho na Unidade. Após isso, distribuíram-se os questionários, onde os pesquisados foram identificados por código e não por nomes para garantir maior confiabilidade. Os pesquisados responderam as questões com um tempo de até 30 minutos. Cada um colocou o formulário respondido, dentro de um envelope que ficou em cima da mesa do pesquisador auxiliar.

Como estratégia para entrada no campo de pesquisa, inicialmente, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde, reunião com os gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde, para apresentação da presente proposta, assim como aquiescência para executar a pesquisa, através de Carta de Anuência expedida pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho em Saúde (COGETS). Posteriormente, o pesquisador fez uma reunião com os profissionais e gestores em suas respectivas UAPS para coleta de dados. A coleta de dados foi realizada em dois períodos

conforme cronograma de SSS implantadas nas UAPS. No primeiro período, compreendido entre janeiro a março de 2019, entraram os profissionais das seguintes UAPS: Anastácio Magalhães, Hermínia Leitão, Meton de Alencar e Waldemar de Alcântara. No segundo período, compreendido entre maio e junho de 2019, os profissionais das outras quatro Unidades: César Cals Filho, Sen. Fernandes Távora, Santa Liduína e Francisco Pereira de Almeida. Esta divisão em dois períodos se deve ao fato de que a SSS devem ter, no mínimo, seis meses de implantação para ser realizada a pesquisa. O primeiro período de coleta foi de três meses devido a janeiro ser um mês com muitos profissionais em férias e fevereiro ter uma semana de carnaval, desta forma podemos ter um número reduzidos de profissionais disponíveis, por isso aumentamos o tempo de coleta em relação ao segundo período.

4.5 Análise dos dados

4.5.1 Fase A – Qualitativo - Conhecendo a Sala de Situação de Saúde através do gestor

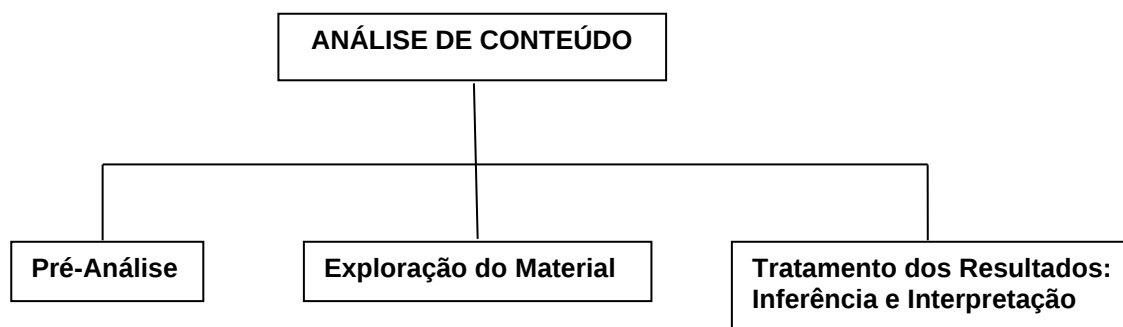
A etapa final é a análise da entrevista, a qual foi realizada a partir de Análise de Conteúdo de Bardin, por ser o instrumento mais utilizado por pesquisas qualitativas e também por conseguir reunir elementos que possam captar melhor a subjetividade das respostas dos pesquisados, desde que seja feito com rigor.

Para Bardin (2011, p. 47), o termo análise de conteúdo designa:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, conforme o esquema apresentado na figura 3: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

Figura 3 – Três Fases da Análise de Conteúdo de Bardin.



Fonte: Adaptado de BARDIN (2011).

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. Normalmente, segundo Bardin (2011), envolve a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material.

Iniciou-se o trabalho escolhendo os documentos a serem analisados. No caso das entrevistas, elas foram transcritas e a sua reunião constituiu o corpus da pesquisa. Para tanto, foi preciso obedecer às regras de exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria). A preparação do material se fez pela "edição" das entrevistas transcritas.

Com os dados transcritos, iniciou-se a leitura flutuante. Em seguida, passou-se a escolha de índices ou categorias, que surgiram das questões norteadoras ou das hipóteses, e a organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetiram com muita frequência foram recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados (BARDIN, 2011, p.100).

Na segunda fase, de exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação [que

compreende a escolha de unidades de registro – recorte; a seleção de regras de contagem – enumeração - e a escolha de categorias - classificação e agregação de rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns], classificação [semântico (temas, no exemplo dado), sintático, léxico – agrupar pelo sentido das palavras; expressivo - agrupar as perturbações da linguagem tais como perplexidade, hesitação, embaraço, outras, da escrita, etc...] e categorização (que permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los). Com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo foi a classificação em blocos que expressaram determinadas categorias, que poderiam confirmar ou modificar aquelas presentes nas hipóteses, e referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias foram se tornando cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo.

Para Bardin (2011) as categorias devem possuir certas qualidades como: exclusão mútua – cada elemento só pode existir em uma categoria; homogeneidade – para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise. Se existem diferentes níveis de análise, eles devem ser separados em diferentes categorias; pertinência – as categorias devem dizer respeito às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa às questões norteadoras, às características da mensagem, etc.; objetividade e fidelidade – se as categorias forem bem definidas, se os temas e indicadores que determinam a entrada de um elemento numa categoria forem bem claros, não haverá distorções devido à subjetividade dos analistas; produtividade – as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos. A seguir, agrupam-se os temas nas categorias definidas, em quadros matriciais. Tendo sido elaboradas as categorias sínteses, passa-se à construção da definição de cada categoria. A definição pode obedecer ao conceito definido no referencial teórico ou ser fundamentados nas verbalizações relativas aos temas, ambos, título e definição, devem ser registrados nos quadros matriciais. Ainda de acordo com Bardin (2011), as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, a partir apenas da teoria ou após a coleta de dados.

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos. Esta interpretação

deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido. A inferência na análise de conteúdo se orienta por diversos polos de atenção, que são os polos de atração da comunicação. É um instrumento de indução (roteiro de entrevistas) para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências), segundo Bardin (2011, p. 137).

Então, é feita a análise final: para maior compreensão do objeto de investigação, foi procedida à análise das falas das entrevistas, trazendo, também, a contribuição de alguns autores e a experiência do investigador, gerada a partir do contato com o campo de estudo e sua própria visão de mundo, pois no processo de pesquisa não há neutralidade absoluta.

Daí foi possível destacar neste estudo, procurando responder as hipóteses e aos objetivos propostos, as seguintes categorias empíricas:

- a) Processo de implantação das SSS;
- b) Indicadores mais utilizados e atualização das informações;
- c) Utilização das SSS e impacto nos resultados das ações planejadas;
- d) Divulgação das informações.

4.5.2 Fase B – Quantitativo - Investigação com os profissionais da equipe saúde da família

Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação, ou seja, as técnicas de estatística descritiva, e utilizou-se o qui-quadrado de independência. Valores de *odds ratio* (OR) foram obtidos e intervalos de confiança para estes parâmetros serem estabelecidos no estudo da associação entre as variáveis independentes com a variável dependente no estudo bivariado, considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência. A margem de erro ou nível de significância utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

O teste do qui-quadrado (χ^2) permite verificar se duas variáveis estão relacionadas. Assim, podem ser testadas duas hipóteses: H_0 - as variáveis testadas não estão relacionadas, ou seja, existe independência (ou não existe associação) entre as variáveis; e H_1 - as variáveis testadas estão relacionadas, ou seja, existe

dependência (ou existe associação) entre as variáveis. Caso a significância seja $> 0,05$ rejeitamos H_0 e aceitamos H_1 . Se a significância for $< 0,05$ aceita-se H_0 , na correlação das variáveis (COCHRAN, 1954; CONOVER, 1971 *apud* MARTINS, 2012).

Os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados pelo teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. As análises foram realizadas utilizando o software SPSS versão 20,0 para Windows adotando uma confiança de 95%. Nos resultados está representado sob forma de tabelas e gráficos.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a Declaração de Helsinki, a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

O primeiro passo foi o cadastro na Plataforma Brasil, seguido de protocolo junto a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS/SMS) para obtenção da “Carta de Anuência” (ANEXO B), possibilitando a autorização de coleta de dados para a pesquisa junto as Unidades de Saúde do município. Cabe esclarecer que o presente projeto de pesquisa foi submetido à avaliação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (13/12/2018) e aprovado sob parecer nº 3.092.828/PROPEQ (18/12/2018), que o estudo proposto apresentou riscos mínimos aos indivíduos participantes, uma vez que previa a participação em uma entrevista e preenchimento de formulário e que, portanto, não foi efetuada qualquer intervenção que pudesse afetar os participantes fisiológica, psicológica ou socialmente. Os riscos que os pesquisados puderam estar sujeitos foram: provável constrangimento, que podia ser atenuado pela confiança e conhecimento deles no pesquisador; alguma demanda de tempo para explicação do trabalho e aplicação dos instrumentos de coleta, mas devido ao agendamento prévio desta atividade, não houve prejuízos aos mesmos.

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter os princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os indivíduos foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, as quais foram assinadas, ficando uma via com o pesquisador (APÊNDICE A).

A fim de garantir a autonomia dos sujeitos da pesquisa, eles foram esclarecidos que sua adesão era espontânea, e que possuiriam o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, caso fosse de sua vontade e julgamento. A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, só será feita em trabalhos de caráter exclusivamente científicos (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa).

5 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em duas fases: Fases A e B. A Fase A compreende a parte qualitativa da pesquisa, feita com os gestores locais de saúde, onde dividimos em quatro categorias finais para análise de conteúdo, conforme Bardin. A Fase B compreende a parte quantitativa, realizada com os profissionais de saúde de nível superior e ACS.

Foram entrevistados oito gestores, na pesquisa, sendo seis do sexo feminino e dois do sexo masculino, como idade média de 36 anos, todos com graduação em nível superior, exceto um que tinha nível médio. Os gestores locais foram admitidos através de seleção pública municipal e com atuação no cargo há pelo menos seis meses. Os profissionais de saúde eram, na sua maioria, do sexo feminino (73,4%), com idade média de 43 anos e quase 92% eram servidores estatutários da Prefeitura de Fortaleza. Destes profissionais de saúde, grande parte tinha pós-graduação em Saúde da Família (74,3%), sendo a especialização a mais prevalente (49,1%).

5.1 Fase A - Conhecendo a sala de situação de saúde através do gestor

Todos declararam ter graduação em nível superior, única exceção na UAPS Fernandes Távora que dizia ter nível médio (ACS), por ser um DNI (Diretor de Nível Intermediário), uma espécie de sub-coordenador. Distribuídos desta forma: seis enfermeiros, um assistente social e um de nível médio.

5.1.1 Processo de implantação das SSS

Neste contexto, a pesquisa procurou saber sobre como se deu a implantação dessas SSS, numa perspectiva de cronologia, facilidades, dificuldades, participação, funcionamento e importância, estimulando os gestores a responder os nossos objetivos.

Cinco gestores afirmaram que tiveram a parceria da CORES III na implantação da SSS, onde técnicos fizeram devidamente a explanação com relação a sua importância, como instrumento de gestão e cuidado, com participação dos profissionais e gestão local. Conforme se observa nas falas a seguir:

[...] a técnica da CORES III veio junto com o supervisor para apresentar toda a estruturação da SSS para mim, inicialmente, depois para todos os funcionários. Mostraram a importância, os benefícios para a Unidade, sendo bem explanada pela técnica da CORES III de forma sucinta todos os objetivos, agravos e indicadores, com participação de todos os funcionários e com ampla discussão entre todos [...] (G2)

[...] a técnica da CORES III visitou a unidade e explanou para todos nós, gestão e profissionais, sobre a importância da SSS e como ocorreria esta implantação. (G3)

[...] aconteceu de forma conjunta com a Regional III, proporcionando uma formalização através de reunião, com a produção de uma ata/documento assinada por todos os presentes, tendo o conhecimento da SSS, seu funcionamento e importância para Unidade. (G7)

Outros três gestores afirmaram que a implantação foi realizada com apoio de outras pessoas, além da CORES III, em outro período, como seguem as falas:

[...] Geralmente a sala de situação fica num local específico da Unidade, como o Fernandes Távora tem uma estrutura pequena, nós conseguimos elaborar juntamente com o técnico da SMS na sala de situação acessível a todos [...] (G6)

A SSS foi implantada em abril de 2014, através de reuniões que as equipes mostravam a necessidade deste instrumento [...] (G4)

Com relação ao funcionamento e importância, todos os gestores concordam que a SSS é uma ferramenta de gestão do cuidado, onde dados e informações do território fornecerão subsídios para a tomada de decisão. Observa-se nas falas:

“A SSS ela é estruturada para visualizar o perfil epidemiológico e situacional da área adscrita [...]” (G2)

“[...] fomos orientados sobre o monitoramento das ações em saúde (população, gestantes, crianças, etc.), seria uma atividade para elaborarmos Planos de Ação e estratégias para solucionarmos os problemas identificados.” (G3)

“Instrumento de gestão e de conhecimento do território, onde a gente consegue visualizar a nossa real situação, em especial dos grupos que nós consideramos prioritários [...]” (G4)

“A Sala de Situação é uma ferramenta que favorece o uso de informação em saúde para tomada de decisão [...]” (G5)

“[...] disponibilizar informações, com o objetivo de gerar na Unidade tomada de decisão, no sentido de melhorar a situação de saúde no arredor.” (G7)

No que diz respeito à participação do gestor e da regional no processo de implantação, percebe-se que os gestores se colocam num papel de estimular o uso da SSS, por parte dos profissionais, acompanhando indiretamente o processo. Já com relação a CORES III, eles acreditam que seja mais dar apoio nos processos de trabalho e questões estruturais. Pode-se verificar isso nas falas:

“A minha participação, como especialista em vigilância em saúde, é se prontificar e ajudar o responsável pela SSS e com relação a regional é dar apoio nos processos com frequência para sensibilizar os profissionais com relação à importância” (G2)

“[...] a minha contribuição é no sentido de estimular os profissionais utilizarem a SSS, com relação a regional recebemos apoio nas questões estruturais e na participação em reuniões e nos processos de trabalho [...]” (G4)

“A nossa participação enquanto gestor é sempre estar fazendo o acompanhamento desta sala de situação e manter sempre atualizada [...]” (G6)

“[...] a regional participou no planejamento, apoio, de fornecimento de material educativo e treinamento dos principais envolvidos [...]” (G7)

Os gestores relatam que as facilidades dizem respeito ao uso de indicadores no processo de trabalho da gestão e da assistência à saúde, como local de reunião, planejamento e divulgação de informações, e o papel do Agente de Vigilância em Saúde (AVISA) como articulador se mostrou como uma estratégia importante na implantação das SSS. Conforme as falas a seguir:

“[...] ajuda a identificar os agravos no território como gestantes [...]” (G2)

“[...] utilizamos um painel de indicadores para filtrar os que devemos utilizar mais, as ESF também contribuem bastante e o nosso AVISA é muito atuante [...]” (G4)

“[...] A facilidade é o empenho dos profissionais, o profissional que está a frente (AVISA) e o suporte que a Regional nos dá [...]” (G8)

As principais dificuldades dizem respeito, para a maioria das unidades, ao pouco costume dos profissionais com o instrumento. Três gestores relatam a falta e/ou troca de AVISA e todos concordam na deficiência de equipamentos, como computadores, além de acesso limitado à internet. As falas dos gestores a seguir confirmam isso:

“[...] a falta de computador na sala também é um problema.” (G3)

“[...] as nossas dificuldades se assemelham as outras unidades, como internet lenta e falta de insumos e equipamentos.” (G4)

“[...] a dificuldade é o espaço físico e os equipamentos de uso diário [...]” (G5)

“[...] Quando o AVISA saiu, tivemos um momento de transição para a Enfermeira assumir, e muitas dificuldades porque ficou um grande período sem ter acesso aos dados até que a Enfermeira fosse treinada.” (G1)

“[...] outra dificuldade é a mudança de profissional AVISA, já estamos com outra pessoa que tem que começar tudo de novo [...]” (G8)

5.1.2 Indicadores mais utilizados e atualização das informações

No que se refere a indicadores utilizados, observa-se neste tema algumas convergências dos gestores, isto se deve a um rol de programas que as Unidades Básicas desenvolvem conforme preconiza o Ministério da Saúde. Desta forma, temos entre os mais citados, indicadores que dão conta da morbimortalidade como: tuberculose e hanseníase, óbitos infantis e maternos, gestantes, nascidos vivos/crianças menores de dois anos e arboviroses. Já para dois gestores a preocupação foi com a sífilis. Somente uma gestora se referiu ao PMAQ como referência para os indicadores. Podemos ver nas seguintes falas:

“[...] indicadores são TB/Hanseníase, gestante, mortalidade em geral, mortalidade infantil, arboviroses [...]” (G1)

“[...] arboviroses, dados sobre nascidos vivos, óbitos, número de gestantes, acompanhamento do pré-natal, pacientes acometidos de tuberculose e hanseníase [...]” (G7)

“[...] Óbito infantil e materno, gestantes, crianças de baixo peso, arboviroses, TB, hanseníase, sífilis e os de notificações compulsórias [...]” (G2)

“Os números de testes de sífilis por gestantes, os testes de HIV realizados, o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade [...]” (G5)

“[...] nós alinhamos que seriam os indicadores do PMAQ AB, preconizados pelo MS e adotados pela SMS[...]” (G4)

Com relação às ferramentas utilizadas, quatro gestores citaram que utilizavam os sistemas de informações em saúde oficiais e o próprio prontuário eletrônico (Fastmedic). Como podemos ver nas falas:

“[...] a gente consegue retirar estes dados tanto em reunião de equipe, como mapas mensais, como em livros de TB, conseguimos também pelos Sistemas de Agravos (SIM, SINASC, SIMDA, etc)” (G1)

“[...] utilizamos os sistemas de dados como o SIM, SINASC e o Fastmedic.” (G3)

“[...] as ferramentas utilizadas são o SIMDA e o Fastmedic.” (G7)

“[...] nós usamos muito é o Sistema do SINAN que nos fornece os dados que mais necessitamos [...]” (G6)

Na parte dos indicadores mais utilizados, quatro gestores disseram que utilizam mais os relacionados à gestantes e crianças menores de dois anos, um se referiu somente a gestantes. Enquanto dois se referiram que utilizavam mais o de arboviroses. Uma gestora disse que utilizava mais testes de sífilis e óbitos por causas externas. Como seguem as falas:

“Os mais utilizados são o Fastmedic com dados sobre as gestantes e crianças [...]” (G3)

“Os indicadores mais utilizados são o número de gestantes e de crianças menores de 2 anos [...]” (G4)

“Os mais utilizados são as arboviroses, por causa da região e do clima [...]” (G7)

“Os mais utilizados são: testes de sífilis, os óbitos por causas externas e por arboviroses” (G5)

As informações das SSS são atualizadas, segundo os gestores, da seguinte forma: diariamente em quatro unidades, semanalmente em duas unidades, mensalmente em uma. Enquanto que outra diz que faz semanal e mensalmente. Já todas afirmam que esta atualização é realizada pelo AVISA. Como seguem as falas:

“[...] com relação a periodicidade temos feito diariamente, através do AVISA.” (G6)

“As equipes alimentam os dados da SSS semanalmente” (G3)

“A periodicidade se dá mensalmente, feito pelo AVISA [...]” (G2)

“As informações são atualizadas semanalmente como as IRAS e a diarreia, outros dados são atualizados mensalmente [...]” (G1)

5.1.3 Utilização das SSS e impacto nos resultados das ações planejadas

No contexto de utilização das SSS tanto por parte da gestão local, quanto por parte dos profissionais pode-se verificar que: todos os gestores afirmam que utilizam a SSS para levantar informações para planejamento e tomada de decisão,

exceto um que disse que ainda não se apropriou da ferramenta; já com relação aos profissionais todos os gestores dizem que a SSS é um lugar de reuniões das eSF, havendo interação dos profissionais e o AVISA, planejando ações devido aos problemas identificados, exceto uma unidade onde o gestor disse que o acesso e utilização da sala ainda é muito incipiente. Os gestores afirmam que o profissional que mais utiliza a SSS é o enfermeiro. Seguem as falas;

“Sim, como eu já citei é muito importante termos avaliação das informações para elaborar um Plano de Ação [...]” (G2)

“Uma vez por mês fazemos uma reunião geral, utilizamos a SSS como base das discussões, importante no planejamento e elaboração do Plano de Ação.” (G4)

“Sim, tanto os ACS, como falei anteriormente, como as enfermeiras são os que mais utilizam [...]” (G1)

“[...] as enfermeiras retiram os dados para saber como está o território e planejar e discutir ações em reuniões de equipe.” (G7)

“É rara a utilização, são poucos os profissionais que utilizam [...]” (G8)

Com relação à identificação de problemas, planejamento e resultados das ações em saúde, todos os gestores afirmam que há identificação dos problemas do território, onde as eSF podem, através das informações obtidas na SSS, planejar ações que possam melhorar as condições de saúde da população afetada. Isto é feito de forma conjunta com a gestão local que participa da elaboração do Plano de Ação, na medida do possível. Desta forma, eles acreditam que têm melhorado os indicadores de saúde de suas áreas de cobertura. Um gestor referiu que este trabalho sistematizado que ocorre nas outras sete unidades, não acontece na sua unidade de saúde, sendo realizado de forma pontual conforme a necessidade do momento. Pode-se verificar nas falas a seguir:

“Sim, a gente identifica o problema previamente, planejamos ações no início do ano para evitar problemas que ocorreram no ano anterior [...]” (G1)

“Costumamos identificar os problemas e fazer as buscas ativas necessárias, as enfermeiras participam ativamente nestas discussões [...]” (G6)

“[...] avaliamos as ações e daí se pode saber se está adequado, mas as vezes o resultado é positivo, as vezes não. A SSS é mais um meio de sensibilizar os profissionais.” (G2)

“[...] acompanhamos diariamente na SSS para sabermos agir no momento necessário [...]” (G3)

“Dentro dos resultados das ações planejadas seria um melhor atendimento, uma melhor informação prestada pelo profissional, mais segurança, melhor direcionamento da Unidade para os usuários que a frequentam [...]” (G7)

“Os resultados não são possíveis de medir, aliás é preciso melhorar algumas coisas para que a gente tenha resultados mais palpáveis. [...]” (G8)

5.1.4 Divulgação das informações

As informações em saúde da Unidade de Saúde são divulgadas de uma forma geral através das eSF, principalmente os ACS e as enfermeiras que fazem esta divulgação nas ações educativas tanto internas quanto externas. Pode-se notar também que alguns gestores utilizam da estratégia de colocar os dados com informações em lugares estratégicos para a população, como em corredores. Contudo, os gestores afirmam também que precisam aperfeiçoar as estratégias de divulgação das informações para que todos tenham acesso. Uma estratégia importante que é utilizada é a abertura da SSS ao público em geral, que pode ser acessado pelo cidadão comum, ou alunos de escolas, por exemplo. Conforme as falas que seguem:

“[...] a divulgação dos dados e informações da Unidade se dá mais através dos ACS [...]” (G1)

“A divulgação é feita pela própria equipe [...]” (G3)

“As informações são disponibilizadas à população em geral, principalmente através das atividades educativas, atividades externas, atividades com os ACS [...]” (G7)

“[...] as informações tem se dado de forma boca a boca, através das enfermeiras e ACS [...]” (G8)

“Fazemos de várias formas, através dos próprios painéis que a comunidade e profissionais podem visualizar [...]” (G4)

“A nossa sala de situação fica num lugar estratégico de fácil acesso e visualização [...]” (G6)

“A população também tem acesso às informações, muitas vezes eles perguntam: o que é isso aqui? [...]” (G5)

5.2 Fase B – Investigação com os profissionais da equipe Saúde da Família (eSF)

Na tabela 5 é apresentado o quantitativo de profissionais que responderam o questionário, por profissão.

Tabela 5 – Distribuição de Profissionais de Nível Superior e Médio das equipes de Saúde da Família das UAPS Investigadas e coletadas, Fortaleza, Ceará, 2019.

Nº	UAPS	Médico	Enfermeiro	CD	ACS	TOTAL
01	Anastácio Magalhães	4	4	3	10	21
02	César Cals O. Filho	1	8	4	26	39
03	Francisco P. de Almeida	1	6	2	27	36
04	Hermínia Leitão	2	3	2	19	26
05	Meton de Alencar	3	5	2	22	32
06	Santa Liduína	2	3	3	14	22
07	Sem. Fernandes Távora	1	4	2	15	22
08	Waldemar de Alcântara	2	4	3	15	24
	TOTAL	16	37	21	148	222

Fonte: Pesquisa nas UAPS (Próprio autor). Legenda: CD – Cirurgião-dentista, ACS – Agente Comunitário de Saúde. n=222

Na tabela 6, observamos que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, com um total de 74,3% profissionais de nível superior e 73% ACS, com idade média de 43 anos (40 anos para profissionais de nível superior e 45 anos para ACS) e com vínculo trabalhista de estatutário (Concursado) em 91,9% dos profissionais (75,7% para profissionais de nível superior e 100% ACS). Observando o substrato idade do grupo total, vimos que a faixa etária prevalente fica entre 41-50 anos (39,8%), entretanto quando se visualiza por grupos, temos 41,8% para profissionais de nível superior e 38,8% para ACS, embora a faixa etária entre 31-40 (40,3% para profissionais de nível superior e 33,3% ACS) que fica em segundo lugar, também se aproxima muito da faixa etária predominante.

Quando observamos as outras variáveis comuns aos dois grupos, 83,3% compreendem o que é SSS (82,4% para profissionais de nível superior e 83,7% ACS); 81,7% dos profissionais conhecem o mapa de adscrição da Unidade (67,6 % - profissionais de nível superior e 89% - ACS); 86,3% NÃO aderiram ao PMAQ AB (85,1% - profissionais de nível superior e 86,9% - ACS); 98,6% acham que vigilância em saúde é importante (98,6% para os dois grupos).

Tabela 6 – Variáveis comuns aos dois grupos/categorias (profissionais de nível superior e ACS) pesquisados das eSF nas UAPS, Fortaleza, Ceará, 2019.

Variáveis	Total		Categoria				p-Valor
			Profissionais		ACS		
Sexo							
Feminino	163	73,4%	55	74,3%	108	73,0%	0,830
Masculino	59	26,6%	19	25,7%	40	27,0%	
Idade							
Até 40 anos	77	39,3%	34*	50,7%	43	33,3%	0,021
>40 anos	119	60,7%	33	49,3%	86*	66,7%	
Idade	43±8 (26-62)		40±6 (26-56)		45±8 (31-62)		
20-30	7	3,6%	7*	10,4%	0	0,0%	<0,001
31-40	70	35,7%	27*	40,3%	43	33,3%	
41-50	78	39,8%	28*	41,8%	50	38,8%	
>50	41	20,9%	5	7,5%	36*	27,9%	
Vínculo							
Estatutário	204	91,9%	56	75,7%	148*	100,0%	<0,001
Celetista	10	4,5%	10*	13,5%	0	0,0%	
Mais médicos	8	3,6%	8*	10,8%	0	0,0%	
Compreende o que é SSS							
Não	5	2,3%	2	2,7%	3	2,0%	0,944
Parcialmente	32	14,5%	11	14,9%	21	14,3%	
Sim	184	83,3%	61	82,4%	123	83,7%	
Conhece mapa adscrição							
Não	20	9,1%	4	5,4%	16*	11,0%	<0,001
Parcialmente	20	9,1%	20*	27,0%	0	0,0%	
Sim	179	81,7%	50	67,6%	129*	89,0%	
Aderiu PMAQ							
Não	189	86,3%	63	85,1%	126	86,9%	0,836
Sim	30	13,7%	11	14,9%	19	13,1%	
Acha vigilância importante							
Não sei	3	1,4%	1	1,4%	2	1,4%	1,000
Sim	216	98,6%	73	98,6%	143	98,6%	

Fonte: Elaborada pelo autor. *p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

A tabela 7, a maioria dos pesquisados são enfermeiros (51,4%). Com relação ao vínculo temos que a maioria é estatutária (Concursados), representando 75,7%. Complementando o perfil dos profissionais pesquisados, temos também, que 74,3% possuem curso em Saúde da Família, sendo que o grupo com maior representatividade possui especialização (49,1%).

Ainda na tabela 7, entre os profissionais de nível superior, 56,2% não utilizam SSS. A maioria dos pesquisados dizem que conhecem os problemas do território que atuam (71,6%). No que diz respeito a indicadores temos que: 63,5% relatam ter costume de utilizar indicadores, 51,4% não atualizam; dos que atualizam (29,7%), a maioria diz fazer diariamente (21,6%); mensalmente (20,3%). Com relação a análise dos dados epidemiológicos há um equilíbrio entre as respostas, ou seja, os que fazem parcialmente são 35,1%, os que dizem que fazem são 32,4% e os que não fazem 32,4%. No que se refere a planejamento, temos que 54,1% se reúnem em equipe para planejar, 83,8% dizem que a SSS ajuda no planejamento, enquanto que 58,1% dizem que avaliam seus resultados e para 91,9% a SSS traz resultados positivos. Para 91,8% a SSS é importante como divulgadora das informações em saúde, mas só 28,8% participaram da implantação em sua Unidade.

Tabela 7 – Outras variáveis de profissionais de saúde de nível superior das eSF nas UAPS, Fortaleza, Ceará, 2019.

Variáveis	n	%
Formação profissionais		
Médico	16	21,6%
Enfermeiro	38	51,4%
Dentista	20	27,0%
Vínculo		
Estatutário	56	75,7%
Celetista	10	13,5%
Mais médicos	8	10,8%
Curso Saúde Família		
Não	19	25,7%
Sim	55	74,3%
Se sim qual		
Atualização	5	9,1%
Especialização	27	49,1%
Residência	13	23,6%
Mestrado	10	18,2%
Usa SSS		
Não	41	56,2%
Sim	32	43,8%
Conhece prob saúde território		
Não	1	1,4%
Parcialmente	20	27,0%
Sim	53	71,6%

Tabela 7 – Outras variáveis de profissionais de saúde de nível superior das eSF nas UAPS, Fortaleza, Ceará, 2019. Continuação.

Costuma utilizar indicadores		
Não	27	36,5%
Sim	47	63,5%
Analisa dados epidemiológicos		
Não	24	32,4%
Parcialmente	26	35,1%
Sim	24	32,4%
Atualiza indicadores		
Não	38	51,4%
Parcialmente	14	18,9%
Sim	22	29,7%
Periodicidade		
Diária	16	21,6%
Semanal/Quinzenal	6	8,2%
Mensal	15	20,3%
Semestral	2	2,7%
Não se aplica	35	47,3%
SSS ajuda planejamento		
Não/Não sei	9	12,2%
Parcialmente	3	4,1%
Sim	62	83,8%
Avalia resultados		
Não	31	41,9%
Sim	43	58,1%
SSS importante como divulgadora		
Não	1	1,4%
Não sei	5	6,8%
Sim	67	91,8%
SSS traz resultados positivos		
Não sei	6	8,1%
Sim	68	91,9%
Sua ESF se reúne para planejar		
Não	16	21,6%
Às vezes	18	24,3%
Sim	40	54,1%
Participou implantação SSS		
Não	52	71,2%
Sim	21	28,8%

Fonte: Elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

Na Tabela 8, com relação a formação: 72,2% dos ACS são de nível médio, embora tenham 27,8% já possuam formação superior. Dos ACS, 90,5% levantam problemas no território. Com relação aos indicadores: 95,1% afirmam que sua eSF possui indicadores, e 98,6% acreditam que seja importante monitorá-los. No que se

refere a planejamento, 85,8% planejar suas ações e 85,9% se reúne com a equipe para discussão sobre os dados epidemiológicos de suas áreas de cobertura.

Tabela 8 – Outras variáveis de ACS pesquisados das eSF nas UAPS, Fortaleza, Ceará, 2019.

Variáveis	n	%
Formação ACS		
Médio	104	72,2%
Superior	40	27,8%
Levanta problemas território		
Não	1	0,7%
Sim	133	90,5%
Às vezes	13	8,8%
Acha importante monitorar indicadores		
Não	1	0,7%
Sim	145	98,6%
Não sei	1	0,7%
Sua ESF possui indicadores		
Não	7	4,9%
Sim	136	95,1%
Planeja ações com sua ESF		
Não	19	14,2%
Sim	115	85,8%
Tem reunião com ESF para discutir dados		
Não	20	14,1%
Sim	122	85,9%

Fonte: Elaborada pelo autor. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

Na tabela 9 observa-se que há relação entre a idade do profissional, no grupo maior de 40 anos acerca da compreensão e utilização da SSS em relação ao grupo menor de 40 anos. Podemos ver que no grupo maior de 40 anos que: 87,9% compreendem o que é SSS, 45,5% utilizam SSS, 75,8% conhecem seu mapa de adscrição, 72,7% conhecem problemas de saúde do território, 100% acham vigilância em saúde importante (Da mesma forma os que têm idade inferior a 40 anos), 69,7% costumam utilizar indicadores e 60,6% se reúnem em equipe para planejar.

No quesito profissão nota-se que os enfermeiros são os que mais compreendem e utilizam a SSS. Desta forma temos: 92,1% compreendem o que é SSS, 56,8% utilizam a SSS, 86,8% conhecem o mapa de adscrição, 89,5% conhecem os problemas do território, 100% acham vigilância em saúde importante (Da mesma forma os dentistas) e 76,3% se reúnem em equipe para planejar. Chama a atenção com relação aos dentistas que: 20% dizem que utilizam a SSS, 40% conhecem

problemas de saúde de seu território e 30% se reúne com certa frequência para planejar em equipe. Já com relação aos médicos temos que: 37,5% dizem que conhecem os problemas de seu território e 31,3% se reúnem para planejar em equipe.

Tabela 9 – Cruzamento de dados para profissionais de nível superior: Idade e formação X Utilização da SSS. Fortaleza, Ceará, 2019.

	Idade		p-Valor	Formação profissional			p-Valor
	Até 40 anos	>40 anos		Médico	Enfermeiro	CD	
Compreende o que é SSS							
Não	0 0,0%	1 3,0%	0,367	1 6,3%	0 0,0%	1 5,0%	0,102
Parcialmente	6 17,6%	3 9,1%		2 12,5%	3 7,9%	6 30,0%	
Sim	28 82,4%	29 87,9%		13 81,3%	35 92,1%	13 65,0%	
Usa SSS							
Não	19 57,6%	18 54,5%	0,804	9 56,3%	16 43,2%	16* 80,0%	0,028
Sim	14 42,4%	15 45,5%		7* 43,8%	21* 56,8%	4 20,0%	
Conhece mapa adscrição							
Não	2 5,9%	2 6,1%	0,408	2* 12,5%	1 2,6%	1 5,0%	0,005
Parcialmente	11 32,4%	6 18,2%		8* 50,0%	4 10,5%	8* 40,0%	
Sim	21 61,8%	25 75,8%		6 37,5%	33* 86,8%	11 55,0%	
Conhece prob saúde território							
Não	0 0,0%	1 3,0%	0,547	0 0,0%	0 0,0%	1 5,0%	0,002
Parcialmente	10 29,4%	8 24,2%		5* 31,3%	4 10,5%	11* 55,0%	
Sim	24 70,6%	24 72,7%		11 68,8%	34* 89,5%	8 40,0%	
Acha vigilância importante							
Sim	34 100,0%	33 100,0%	1,000	1 6,3%	0 0,0%	0 0,0%	0,159
Não	0 0,0%	0 0,0%		15 93,8%	38 100,0%	20 100,0%	

Tabela 9 – Cruzamento de dados para profissionais de nível superior: Idade e formação X Utilização da SSS. Fortaleza, Ceará, 2019. Continuação.

Costuma utilizar indicadores							
Não	15 44,1%	10 30,3%	0,242	7 43,8%	6 15,8%	14* 70,0%	<0,001
Sim	19 55,9%	23 69,7%		9* 56,3%	32* 84,2%	6 30,0%	
Sua ESF se reúne para planejar							
Não	6 17,6%	7 21,2%	0,411	5* 31,3%	3 7,9%	8* 40,0%	0,002
Às vezes	11 32,4%	6 18,2%		6* 37,5%	6 15,8%	6* 30,0%	
Sim	17 50,0%	20 60,6%		5 31,3%	29* 76,3%	6 30,0%	

Fonte: Elaborada pelo autor. *p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual. LEGENDA: CD (Cirurgião-Dentista).

Na tabela 10 verifica-se que o grupo que não tem curso em saúde da família são o que mais utilizam SSS (63,2%). Enquanto que os que têm curso 37% dizem que fazem uso do instrumento. Chama a atenção que 47,4% dos que não têm curso dizem que conhecem o mapa de adscrição. Enquanto que 74,5% dos que têm curso dizem que conhecem. Outro fato que chama a atenção é que 40% dos que têm curso não costumam usar indicadores.

Quando comparamos os profissionais nos diversos níveis de pós-graduação em Saúde da Família, podemos destacar que: os que menos utilizam a SSS, dentre os níveis, são os que têm especialização (76,9%) e atualização (60%). Quando comparamos conhecimento do mapa de adscrição e problemas do território, o nível maior está no grupo com especialização, com índices de 77,8% e 85,2% respectivamente. Com relação ao uso de indicadores o grupo que se destaca são os que têm residência com 76,9%. No grupo com curso de atualização temos os piores índices em: não costuma utilizar indicadores (60%) e não se reúne em equipe para planejar (60%).

Tabela 10 – Cruzamento de dados profissionais de nível superior: Curso em Saúde da Família X Utilização da SSS. Fortaleza, Ceará, 2019.

	Curso Saúde Família		p-Valor	Qual Curso Saúde Família				
	Não	Sim		Atual.	Esp.	Res.	Mest.	p-Valor
Compreende o que é SSS								
Não	1 5,3%	1 1,8%	0,714	0 0,0%	1 3,7%	0 0,0%	0 0,0%	0,631
Parcialmente	3 15,8%	8 14,5%		2 40,0%	4 14,8%	1 7,7%	1 10,0%	
Sim	15 78,9%	46 83,6%		3 60,0%	22 81,5%	12 92,3%	9 90,0%	
Usa SSS								
Não	7 36,8%	34 63,0%	0,048	3 60,0%	20 76,9%	6 46,2%	5 50,0%	0,213
Sim	12 63,2%	20 37,0%		2 40,0%	6 23,1%	7 53,8%	5 50,0%	
Conhece mapa adscrição								
Não	1 5,3%	3 5,5%	0,065	0 0,0%	1 3,7%	1 7,7%	1 10,0%	0,889
Parcialmente	9 47,4%	11 20,0%		2 40,0%	5 18,5%	2 15,4%	2 20,0%	
Sim	9 47,4%	41 74,5%		3 60,0%	21 77,8%	10 76,9%	7 70,0%	
Conhece prob saúde território								
Não	1 5,3%	0 0,0%	0,230	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0,057
Parcialmente	5 26,3%	15 27,3%		3 60,0%	4 14,8%	3 23,1%	5 50,0%	
Sim	13 68,4%	40 72,7%		2 40,0%	23 85,2%	10 76,9%	5 50,0%	
Acha vigilância importante								
Sim	19 100,0%	54 98,2%	1,000	5 100,0%	27 100,0%	12 92,3%	10 100,0%	0,349
Não	0 0,0%	1 1,8%		0 0,0%	0 0,0%	1 7,7%	0 0,0%	
Costuma utilizar indicadores								
Não	5 26,3%	22 40,0%	0,408	3 60,0%	12 44,4%	3 23,1%	4 40,0%	0,456
Sim	14 73,7%	33 60,0%		2 40,0%	15 55,6%	10 76,9%	6 60,0%	

Tabela 10 – Cruzamento de dados profissionais de nível superior: Curso em Saúde da Família X Utilização da SSS. Fortaleza, Ceará, 2019. Continuação.

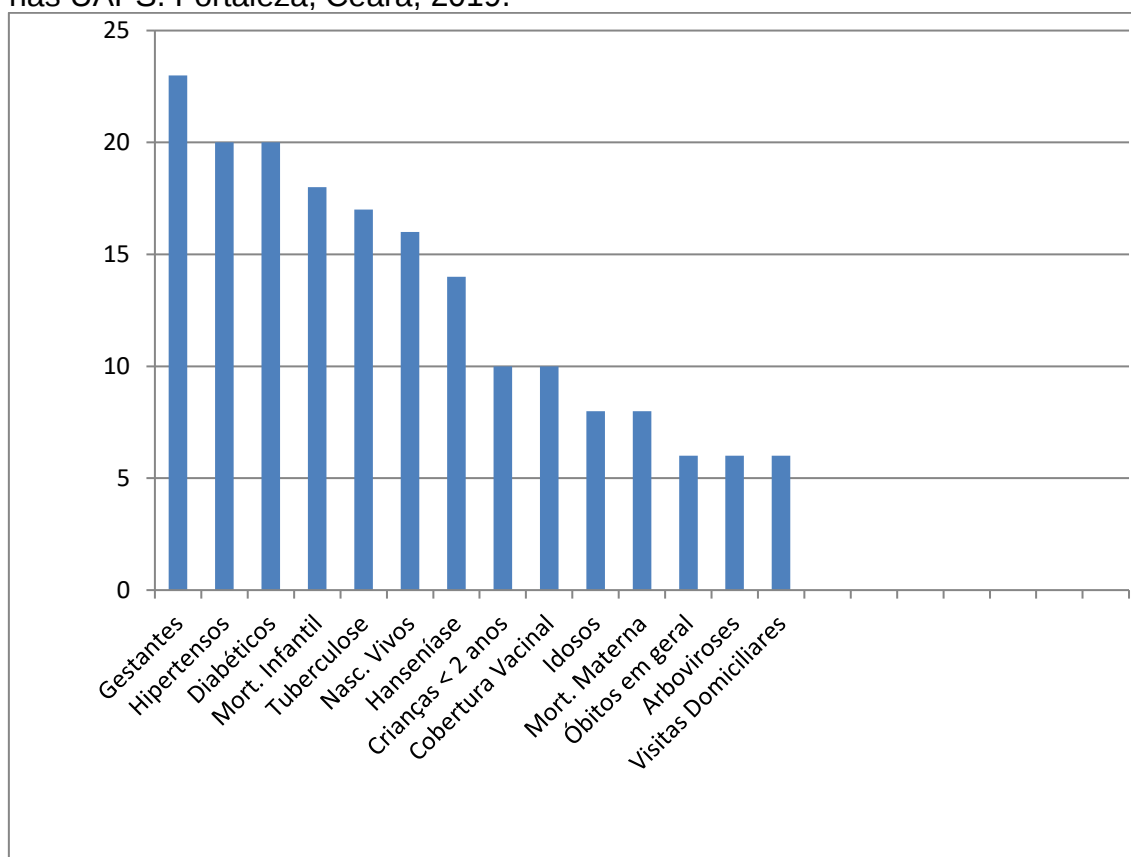
Sua ESF se reúne para planejar

Não	3	13	0,111	3	6	2	2	0,271
	15,8%	23,6%		60,0%	22,2%	15,4%	20,0%	
Às vezes	8	10		0	3	4	3	
	42,1%	18,2%		0,0%	11,1%	30,8%	30,0%	
Sim	8	32		2	18	7	5	
	42,1%	58,2%		40,0%	66,7%	53,8%	50,0%	

Fonte: Elaborado pelo autor. * $p < 0,05$, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual. LEGENDAS: Atual. (Atualização) – Esp. (Especialização) – Res. (Residência) – Mest. (Mestrado)

No gráfico 1, podemos observar os principais indicadores utilizados pelos profissionais de nível superior, citados na pesquisa por 56, de um total de 74 pesquisados.

Gráfico 1 – Indicadores mais utilizados pelos profissionais de nível superior das eSF, nas UAPS. Fortaleza, Ceará, 2019.



Fonte: Elaborada pelo autor.

6 DISCUSSÃO

6.1 As potencialidades e dificuldades no processo de implantação da SSS

Podemos notar, conforme os resultados obtidos da pesquisa para o tema implantação da SSS (facilidades e dificuldades), que os gestores locais e regional de saúde se envolveram em maior escala do que os profissionais de saúde. Isto demonstra o pouco interesse que os profissionais ainda apresentam com relação a ferramenta, possivelmente por desconhecimento e falta de hábito nos processos de trabalho de rotina.

Ficou evidente que os gestores locais entendem que devem estimular o uso da SSS pelos profissionais, mas não exercem um protagonismo no processo de implantação e utilização para a gestão local, com raras exceções. A sala de situação, sob a liderança do gestor, se converte em um espaço de interação da equipe, onde se tomam decisões baseadas em dados analisados que geram informação e conhecimento, em contextos sociais, econômicos, históricos, particulares dos grupos de população (OPAS, 2010; DEINEINGER *et al.*, 2014).

Os gestores locais ficam na retaguarda do processo, apesar do reconhecimento da SSS como ferramenta de gestão do cuidado, portanto, devem se colocar como líderes e agentes de mudança de hábito nos processos de trabalho das eSF, podendo utilizar a SSS para planejamento, monitoramento e tomada de decisão. Observamos que eles deixam muito a critério do AVISA, a função de estimular os profissionais a acessarem os dados e identificarem os problemas para ser realizado um planejamento efetivo. Isto pode ser comprovado nas falas dos gestores locais e no fato de só 28,8% dos profissionais de nível superior admitirem que participaram do processo de implantação da SSS de sua unidade.

O profissional AVISA é geralmente um agente de endemia ligado ao Ministério da Saúde, mas podendo ser outro profissional da Unidade. Ele é um articulador da SSS, no sentido de organizar os dados e informações, sendo um elo entre a sala, gestor e profissionais. Sua função é administrativa.

Estudo realizado em Minas Gerais, no ano de 2011, sobre dificuldades na implantação de gestão por processos, com a participação de 24 gerentes de setores e profissionais de saúde na área hospitalar, revelou que a falta de conhecimento da

ferramenta e o acúmulo de atividades leva ao pouco envolvimento dos profissionais nas mudanças necessárias (FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2011).

O estudo citado anteriormente evidencia que a gestão da saúde requer a tomada de decisões de elevada responsabilidade e relevância social. As informações providas pelos indicadores de saúde fornecem o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, na medida em que propiciam o conhecimento sobre aspectos relevantes da população, reduzem o grau de incerteza sobre sua situação de saúde e apoiam a busca de possíveis soluções e providências (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Os gestores locais concordam que a SSS auxilia no uso de indicadores para o processo de trabalho da unidade, sendo reforçado pelos profissionais de saúde. Contudo, temos uma divergência nas respostas dos profissionais de saúde de nível superior e ACS, onde o primeiro grupo diz utilizar indicadores em menor proporção que os ACS, apesar de todos formarem uma equipe de saúde da família. Além disso, temos uma baixa adesão ao PMAQ AB, por parte das eSF pesquisadas, ou seja, em torno de 85% afirmaram não ter aderido.

Acerca do PMAQ, a baixa adesão ao programa pode estar relacionada a causas históricas de implantação desde 2011, visto que em muitos municípios houve manipulação das informações e promessas não cumpridas aos profissionais como compra e melhoria nos equipamentos de saúde, bem como na dificuldade dos profissionais em trabalhar com indicadores (LINHARES; LIRA; ALBUQUERQUE, 2014).

No trabalho realizado na região de Aracanduva-SP, capital, pesquisadores relataram nos resultados qualitativos que os indicadores de saúde são subutilizados pelos gestores em suas ações de planejamento e controle de serviços. Os sistemas de informações em saúde são apreendidos como instrumentos técnico-burocráticos por parte dos gestores. Alguns entraves foram mencionados pelos gestores em relação ao acesso às informações em saúde. A lentidão dos sistemas foi considerada o principal entrave, seguido pelo escasso número de profissionais capacitados para operar o sistema, falta de oportunidades para formação e atualização dos profissionais, além da pouca integração entre os sistemas. Verificou-se que, em maioria, os gestores entrevistados não se apropriam dos indicadores de saúde para suas ações gerenciais. Recomendou-se propiciar condições institucionais para uma

utilização mais efetiva dos indicadores de saúde como instrumento de gestão das unidades do serviço público de saúde (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015).

Uma facilidade relatada é em relação ao planejamento, tanto de gestão local quanto dos profissionais, em que a SSS serve como um local para traçar metas e planos de ação. Os 85% dos ACS dizem que participam de reuniões de equipe e planejamento, enquanto que apenas 54,1% dos profissionais de nível superior dizem fazer tal atividade. Esta divergência entre as categorias pode ser explicada, pois as enfermeiras (76,3%) promovem reuniões com os ACS, fato que não ocorre com frequência nas outras categorias profissionais. Outro ponto a destacar é que dentre as profissões de nível superior, atuantes na equipe, o enfermeiro é o que mais utiliza indicadores, pois cerca de (84,2%) realiza tal prática.

Pesquisa realizada em 2012, com equipes de 13.843 UBS no Brasil, participantes do PMAQ AB evidenciam que o enfermeiro é o profissional que mais desempenha a função de coordenação da equipe de Atenção Básica, independentemente do porte populacional dos municípios. Por outro lado, deve-se atentar para o significado do acúmulo de funções exercido por esses profissionais e para as múltiplas tarefas que exerce na AB, no sentido de se ampliar a reflexão do quanto essa condição tem tido impactos deletérios no compartilhamento da produção do trabalho em equipe (SEIDL *et al.*, 2014).

No estudo, as principais dificuldades elencadas pelos gestores de UAPS dizem respeito à dificuldade dos profissionais na utilização de processos relativos a SSS, como planejamento, monitoramento e tomada de decisão baseada em indicadores. Além disso, relatam troca e/ou falta de AVISA, bem como de problemas na estrutura das SSS. Para os profissionais de saúde, percebemos a dificuldade real de se trabalhar com indicadores (principalmente os dentistas), com poucas reuniões em equipe para planejar e avaliar os resultados, além de estrutura física da SSS deficiente.

Corroborando esta realidade, Pinheiro *et al.* (2016) realizou um estudo com gestores do SUS (16 secretários municipais de saúde do sul da Bahia), no tocante a tomada de decisão a partir da utilização dos Sistemas de Informação (SIS), destacando como uma das principais fragilidades o despreparo dos profissionais para o exercício das tarefas de administração e lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação.

6.2 Indicadores e ferramentas mais utilizadas/atualização das informações

Cerca de 50% dos gestores locais afirmou que a atualização das informações em saúde da SSS se dá diariamente, e é realizado pelo AVISA. Mais da metade dos profissionais de nível superior dizem que não atualizam indicadores e, dentre os que fazem 21,6% costumam atualizar diariamente e 20,3% mensalmente. Portanto, podemos inferir que as UAPS costumam utilizar indicadores que dizem respeito aos principais programas de saúde do Ministério da Saúde, verificando os principais agravos e doenças da população, por ciclo de vida e prevalência. Na verdade, isto é uma prática das eSF, que de forma geral está relacionada as obrigações de atendimentos para determinadas doenças e condições crônicas.

Resultado semelhante em pesquisa realizada em São Paulo, capital, em 2015, junto a seis gestores que atuavam na atenção primária. Os resultados obtidos apontam que os indicadores mais utilizados dizem respeito àqueles que são monitorados tanto pela secretaria municipal de saúde quanto pelo Ministério da Saúde. Portanto, sendo hábito também, em outros locais do Brasil, a limitação de indicadores por demandas administrativas. Estes indicadores que dão conta de vários agravos e doenças são importantes e têm sua relevância, mas notamos que não há preocupação com indicadores baseados em estudos locais e suas necessidades (LIMA; ANTUNES; SILVA, 2015)

Avaliando-se a utilização de indicadores em saúde, levando em consideração o nível de pós-graduação dos profissionais, temos que o grupo que possui residência em Saúde da Família são os que mais utilizam (76,9%). Um estudo realizado em Londrina, Paraná, com profissionais de saúde de Unidade de Saúde da Família, no ano de 2015, revelou que a atuação dos residentes na Unidade de Saúde da Família foi potente para induzir mudanças no processo de trabalho destas e para a formação de profissionais capacitados para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF). Deste modo, a residência contribui para que a ESF se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde e constitui uma forma de operar o proposto na Política de Educação Permanente em Saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Na área da saúde, os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do modo de produção atual, implicam a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos

interdisciplinar sólida que lhes permitam enfrentar a diversidade e a "adversidade" do processo saúde no mundo atual. No caso específico da Estratégia de Saúde da Família, como modelo de organização da atenção, a necessidade de formação técnica de núcleo e desenvolvimento dos profissionais de forma permanente torna este desafio da qualificação ainda maior, pois questiona as formas tradicionais já consolidadas e socialmente reconhecidas de educação (SANTOS *et al.*, 2016)

Outro ponto abordado junto aos profissionais e gestores locais foi o uso do prontuário eletrônico de pacientes (PEP/Fastmedic) como ferramenta principal de informações quanto ao acesso a outros sistemas oficiais disponíveis. O prontuário dispõe de relatórios gerenciais e assistenciais, fazendo que seja possível realizar um planejamento mais eficaz e preciso de um problema identificado. Ainda existe a possibilidade de acessar dados epidemiológicos municipais via INTRANET/SMS nas Unidades de Saúde. Para a equipe de saúde, o prontuário familiar deve contribuir para a integração da mesma, possibilitando a coordenação do cuidado, sendo um instrumento de intercomunicação. Para o usuário, é um grande instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos e de reivindicação de direitos perante o profissional, o serviço de saúde e os poderes públicos (GONÇALVES *et al.*, 2013).

6.3 Utilização da SSS e impacto nos resultados das ações planejadas

Podemos inferir que os gestores de UAPS, apesar de afirmarem que utilizam a SSS, não conseguem sensibilizar os profissionais da unidade na medida da necessidade do serviço, nem das informações que são geradas a partir deles próprios. Isto faz com que a ferramenta fique subutilizada e não se obtenha os resultados satisfatórios, com relação ao planejamento e avaliação. Isto fica evidente no desalinhamento das respostas dadas, entre os ACS, os profissionais e a gestão. Quando comparamos as respostas das categorias profissionais, podemos perceber que eles reconhecem a SSS como excelente ferramenta da gestão do cuidado, mas a maioria não a utiliza de forma sistemática e contínua na prática e nos processos de trabalho.

Pesquisa realizada em Sobral/Ceará aponta que a Sala de Situação é considerada importante ferramenta para expor informações e também instrumento para planejamento das ações em saúde. Durante a atualização da sala de situação, a equipe de saúde e a qualidade nos registros foram referidas como dificuldades e o

planejamento das ações e avaliar resultados como sendo potencialidades surgidas durante o processo, onde os dados obtidos são utilizados para avaliação e posterior planejamento das ações pelas equipes de saúde. Concluiu-se que existem dificuldades durante a atualização da sala, e que eram necessárias algumas mudanças no sentido de dar uma maior sustentação para sua utilização, tanto pelas equipes de saúde, quanto pela comunidade. Percebeu-se também a não atualização da sala em determinados Centros de Saúde da Família, o que deixa dúvidas sobre a utilização do compartilhamento pela equipe de saúde e a comunidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Verificou-se que os enfermeiros e ACS são as categorias que mais utilizam e discutem dados epidemiológicos e outras informações pertinentes a SSS. Desta forma, as ações em saúde se concentram nestas categorias, com predominância com relação a tomada de decisão. O trabalho em equipe é uma característica da ESF (BRASIL, 2017b), à medida que membros da equipe, como no caso dos dentistas, participam pouco das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde, o caráter interdisciplinar fica prejudicado e consequentemente o planejamento tende a ficar concentrado naquelas categorias mais presentes.

A PNAB do Ministério da Saúde preconiza no seu artigo quinto que a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017b).

6.4 Como se dá a divulgação das informações para a população

No estudo observa-se que os profissionais de nível superior e ACS acreditam que a SSS seja importante para divulgar as informações em saúde do território, como ações realizadas e resultados obtidos. Contudo, não fazem de forma sistemática, como produção de informações para esclarecer à população, quanto ao trabalho realizado pela eSF e pela Unidade Básica de Saúde. Isto, de certa forma, deixa espaços vazios, pois como as informações não chegam para todos, ou na maioria da população, acaba que não se tornam visíveis as ações em saúde realizadas, tanto de maneira preventiva quanto curativa.

A publicização de informações em saúde, atualmente, se torna quase que uma obrigação para os profissionais de saúde, visto que com a crescente demanda

nos serviços é necessário que se esclareça à população tudo o que ocorre no território no que diz respeito a saúde. Este esclarecimento vem de encontro ao que o SUS (Lei 8080) (BRASIL, 1990) preconiza com relação ao acesso as informações, bem como na parceria que a unidade básica deve fazer com a comunidade por ela assistida, fazendo o indivíduo um parceiro no cuidado de sua saúde e das outras pessoas. Podemos notar, claramente, no trabalho realizado em prol da diminuição de casos de arboviroses, por exemplo, onde a divulgação de informações junto à população no sentido de fazer parcerias, traz resultados bem maiores e duradouros, fazendo a população através da conscientização, se torna agente de mudança de hábitos e desta forma “controlando” a reprodução do mosquito *aedes aegypti*.

O exercício do direito à informação em saúde é pré-condição para a diminuição da vulnerabilidade e para a promoção do empoderamento do usuário, permitindo que exerça as diferentes possibilidades de escolha relacionadas à sua própria saúde, e, assim, tenha condições de se tornar um dos sujeitos da relação profissional de saúde-usuário (LEITE *et al.*, 2014).

Importante, também, que o espaço de reuniões do Conselho Local de Saúde seja utilizado para divulgar as ações realizadas e as informações pertinentes à população sejam dadas para que tenhamos um alinhamento e maior eficácia na comunicação.

Verifica-se que a comunicação constitui um instrumento de grande potencialidade para a produção de práticas mais humanizadas entre os trabalhadores de saúde e usuários, sendo necessário superar modelos que reforçam as relações de poder, na perspectiva do compartilhamento, ajuda e interação. Cabe destacar a responsabilidade do profissional em estabelecer uma comunicação terapêutica e dialógica, facilitando a participação tanto de adultos como crianças (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se nesta pesquisa que os gestores locais de UAPS e profissionais de saúde utilizam a Sala de Situação de Saúde de forma insuficiente, visto as inúmeras demandas e problemas identificados no dia a dia da saúde no território. Esta ferramenta de planejamento e monitoramento das ações possibilita as equipes de saúde da família e da gestão local, meios para uma qualificação do trabalho, o que pode resultar em uma experiência exitosa. Todos os envolvidos na pesquisa concordaram que é importante a vigilância em saúde e que a Sala de Situação de Saúde é uma eficiente ferramenta nesta prática.

Verificou-se que o papel do gestor local é estratégico para que os profissionais de saúde da eSF modifiquem os processos de trabalho baseado em indicadores de saúde, ressaltando a importância do planejamento para o sucesso nas metas traçadas. O gestor precisa ter competência para conduzir estes processos de mudança de rotina, se apropriando da ferramenta SSS e sendo exemplo para os demais profissionais. O profissional enfermeiro seria também aquela liderança da equipe, que conjuntamente com o gestor poderiam estimular os profissionais na utilização da SSS.

Constatou-se, portanto, a dificuldade dos profissionais em trabalharem com indicadores, o pouco interesse em conhecer o funcionamento da SSS e aplicação na qualificação das ações em saúde desenvolvidas. Este é um desafio não só para Fortaleza, mas em todo o território nacional, visto que existem relatos do pouco aproveitamento destas tecnologias.

Na pesquisa foram observados alguns aspectos relevantes como a pouca inserção do profissional dentista nas reuniões de equipe e a dificuldade na divulgação das informações em saúde para a população. Isto demonstra ainda, o quanto se precisa trabalhar o espírito de equipe e a interdisciplinaridade, características fundamentais no sucesso da estratégia saúde da família. O pouco acesso às informações geradas nas unidades básicas pode também dificultar a compreensão da população no que se refere as ações desenvolvidas e os resultados obtidos, prejudicando a imagem dos profissionais, podendo levar a uma perda de credibilidade. Estes dois fatores precisam ser mais bem trabalhados pela gestão e pelos próprios profissionais.

Nos resultados pode-se perceber que existe um percentual bastante elevado de profissionais com curso em Saúde da Família, mas isto não representou um maior conhecimento e estímulo no uso da ferramenta SSS por parte dos profissionais. É necessário que tenhamos maior divulgação e inserção nos cursos de capacitação no tocante ao uso de indicadores, planejamento e monitoramento das ações em saúde.

Acrescenta-se que existe um programa municipal de implantação de SSS nas unidades básicas, mas sem o preparo das equipes e do próprio gestor, antes de implantar, pode gerar expectativas que não serão alcançadas. Apesar da equipe de técnicos da epidemiologia e atenção primária da CORES III terem realizado treinamentos, antes de implantar a SSS, não foi o bastante para informar e sensibilizar todos os atores deste processo. Portanto, podemos concluir que a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza precisa investir em treinamentos com maior duração, antes de implantar o modelo de SSS, para que os profissionais compreendam e utilizem adequadamente a ferramenta.

Compreendemos que apesar das dificuldades apresentadas, as equipes de saúde da família e gestores locais, apoiadas pela CORES e SMS, estão implementando as SSS. A utilização desta ferramenta tem que fazer parte da rotina da unidade que a partir de capacitação dos envolvidos e resignificação da prática dos profissionais, pautada no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde podem trazer resultados mais visíveis e duradouros.

Podemos elencar algumas limitações do estudo como o fato de ser realizada em uma única CORES (o que impossibilita a generalização da pesquisa); a dificuldade em obter os questionários respondidos prontamente (em algumas unidades foi preciso ir mais de uma vez); o tempo de seis meses talvez não fosse suficiente para que todos compreendessem a importância da SSS e assim pudessem os gestores e profissionais ficarem seguros nas respostas. Outra limitação foi a troca de gestor na Unidade Senador Fernandes Távora, onde houve a necessidade de entrevistar o DNI (subcoordenador), embora a compreensão do mesmo sobre o assunto tenha sido muito boa. Enfim, são questões que em uma nova pesquisa podem ser trabalhadas para melhorar os resultados e desta forma termos um quadro bem próximo da realidade que precisamos adequar.

O estudo espera contribuir para melhoria nos processos de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família (eSF), nas ações em planejamento e

monitoramento, com o desenvolvimento desta ferramenta apresentada como SSS. Acredita-se que também haja influência no controle dos agravos e adoecimento da população, onde a gestão local poderá monitorar e repassar aos profissionais em momento oportuno, tendo como resultados planos de ações mais eficazes.

Espera-se que o trabalho sirva para sensibilizar gestores e profissionais de saúde para o assunto tratado, fazendo que haja reflexão e, quem sabe mudança de comportamento.

RECOMENDAÇÕES

- É necessário que se invista em cursos e treinamentos que visem qualificar os gestores e profissionais de saúde na utilização de indicadores em saúde, como processo de planejamento e monitoramento das ações;
- Com relação a educação permanente, treinamentos constantes para sensibilização e engajamento de gestores e profissionais de saúde com relação à processos de trabalho;
- Assegurar que o Agente de Vigilância em Saúde (AVISA), destacado como uma boa estratégia de desenvolvimento da ferramenta exista em todas as UAPS;
- Garantir o bom funcionamento da SSS, com relação à estrutura física e equipamentos;
- Trabalhar junto às reuniões do Conselho Local de Saúde na divulgação das informações para o compartilhamento com a população das ações realizadas;
- Novos estudos, nesta temática, envolvendo outras CORES e todo o município.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

ALBUQUERQUE, I. M. N.; SANTOS, L. T. V.; DIAS, F. I. S.; LOPES, C. R. Sala de Situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde de Sobral – Ceará. **Revista SANARE**, v. 12, n. 2, p.40-46, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/381/273>. Acesso em: 12 mai. 2018.

ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 209.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/04.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: Manual Instrutivo para equipes de atenção básica e NASF do 3º Ciclo do PMAQ (2015 – 2017). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática em Saúde: inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde Proposta Versão 2.0. Brasília: Departamento de Informação e Informática em Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 68, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAdA-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>. Acesso em: 10 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de**

Indicadores do SUS. Brasília, v.3, n.7, 2006. Disponível em: Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf. 02 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf. Acesso em: 15 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 03 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde:** roteiros para reflexão e ação. 1. ed. Brasília: MS; 2004b.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo.** Tradução de Mateus S. Soares. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BUENO, H. **Utilização da Sala de Situação no Distrito Federal.** 2005. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/dissertacao/DissertacaoHelvecio.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2018.

CARRENO, I.; MORESCHI, C.; MARINA, B.; HENDGES, D. J. B.; REMPEL, C.; OLIVEIRA, M. M. C. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 947-956, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf>. Acesso em julho de 2018.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L.; QUEIROGA, B. A. M.; RUIZ-MORENO, L.; LIMA, L. S. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1356.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2019. Acesso em agosto de 2019

COVITA, H. M. Aprendizagem ao longo da vida: boas praticas e inserção social. **Aná. Psicológica**, v. 20, n. 3, p. 337-357, 2002.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Tradução Magda Lopes. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEINEINGER, L. S. C.; LUCENA, K. D. T.; FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SILVA, C. C.; OLIVEIRA, A. E. C.; ANJOS, U. U. A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, p. 50-56, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0050.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Comunicação saúde educação**, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140643.pdf>. Acessado em: 31 ago. de 2019.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, n. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2216/1859>. Acesso em: 20 set. 2018.

FEITOSA, R.M.M.; ALMEIDA, A. N. S.; SILVA, W. F.; XAVIER, M. S. M. Sala de situação em saúde: ferramenta para o planejamento das ações de saúde. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 7, p. 2165-2170, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9898/10159>. Acesso em: 15 abr. 2018.

FIGUEIREDO, M. L.; D'INNOCENZO, M. Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos. **RAS**, v. 13, n. 50, p. 45-52, 2011. Disponível em: http://cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=176&p_nanexo=277. Acesso em: 20 jul. 2019.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, J. P. P.; BATISTA, L. R.; CARVALHO, L. M.; OLIVEIRA, M. P.; MOREIRA, K. S.; LEITE, M. T. S. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/06.pdf>. Acessado em 31 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: Característica da População e dos Domicílios: Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ibge/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristica_da_populacao/caracteristica_da_populacao_tab_zip_ods_shtm. Acesso em: 20 abr. 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LEITE, R. A. F.; BRITO, E. S.; SILVA, L. M. C.; PALHA, P. F.; VENTURA, C. A. A. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface*, v. 18, n. 51, p. 661-671, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140653.pdf>. Acesso em 19 ago. 2019.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0061.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

LINHARES, P. H. A.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. N. Avaliação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica no estado do Ceará. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 195-208, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0195.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2019.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. 2a ed. São Paulo: EPU, 2013.

LUNA Fº, B. Sequencia básica na elaboração de protocolos de pesquisa. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 71, n. 6, p. 735-740, 1998. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/1998/7106/71060001.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

MARTINS, P. **Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com os atributos da atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Sobral. 2012. 183 páginas. Disponível em: <https://saudedafamiliaufc.com.br/wp-content/uploads/2016/04/Dissetacao-de-Pollyanna-Martins.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2018.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA; 1993.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

MORAES, I. H. S. **Política, Tecnologia e Informação em Saúde**: a utopia da emancipação. Salvador: ISC/UFBA, Casa da Qualidade Editora, 2002.

MORAES, I. H. S; GOMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/02.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

NETO, F. R. G. X.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; SANTOS, L. T. V.; DIAS, F. I. S.; LPES, C. R. Análise da utilização da sala de situação por profissionais da estratégia

saúde da família. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17, 2013, Natal. **Anais do 17º SENPE**. Natal: ABEn-RN, 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1731po.pdf. Acesso em: 14 mar. 2018.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Sala de Situação em Saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde; 2010. 204 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=958-salas-situacao-em-saude-compartilhando-as-experiencias-do-brasil-8&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965. Acesso em: 19 fev. 2018.

Organización Panamericana de la Salud. Usos y perspectivas de la epidemiología: documentos del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Buenos Aires (Argentina), 7-10 de noviembre de 1983. Buenos Aires, Noviembre 1983. Washington: OPS; 1984. [Acesso em 19 fev. 2018]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/paho/1984/PAHO_PNSP_84-47.pdf.

PINHEIRO, A. L. S. Gerência de Enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Rev APS**; v. 12, n. 3, p. 262-270, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14262/7713>. Acesso em: 14 abr. 2018.

PINHEIRO, A. L. S.; ANDRADE, K. T. S.; SILVA, D. O.; ZACHARIAS, F. C. M.; GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-3440015.pdf. Acesso em: 02 set. 2019.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidar do Cuidado**: responsabilidade com integralidade das ações em saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, Suely. (Org). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p.259-269.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON, O. M. (org.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice, 1988. p. 68-80.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2º ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 349 p.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 mai. 2018.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. 7º ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 708 p.

ROZENFELD, Suely. (Org). **Fundamentos da vigilância sanitária**. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

SANTOS, A. M.; NÓBREGA, I.K.S.; ASSIS, M.M.A.; JESUS, S.R.; KOCHERGI, C.N.; BISPO JUNIOR, J. P. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2015 jan/ mar;18(1):39-49. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15469>. Acesso em setembro de 2019.

Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(3):e1590016.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, 1999, p. 221-242. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>. 29 abr. 2018.

SEIDL, H.; VIEIRA, S. P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. C. D.; GAGNO, J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 94-108, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2019.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2a edição. São Paulo: EPU, 1987.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad Saude Publica**, v. 18, p. 153-162, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13801.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA); UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). **Gestão pública em saúde**: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde. 1ª ed. São Luís (MA): Editora EDUFMA, 2016. 53f. il. Disponível em http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp06.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em Saúde e avaliação da qualidade do prontuário do paciente na Atenção Básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v24, supl. 1, p. 173-182, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/21.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S.; CAVALCANTE, M. T. L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 61, p. 219-235, 2002. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.26%2C+N.61+-+maio&pesq=&x=49&y=10. Acesso em: 22 mar. 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) por Walter Wesley de Andrade como voluntário(a) a participar da pesquisa: **“SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FERRAMENTA PARA PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE, NA SECRETARIA REGIONAL III – FORTALEZA-CEARÁ”**

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa será realizada em oito unidades de Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Regional III, que tem como objetivo analisar como os gestores e profissionais da equipe de saúde família utilizam as Salas de Situação de Saúde (SSS), nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde III, em Fortaleza, Ceará.

Todos os questionários e entrevistas serão identificados por código, o que garante a identificação por parte do pesquisador, sem expor claramente a identidade do pesquisado.

A entrevista será gravada seguindo um roteiro de perguntas abertas com duração média de 40 a 60 minutos. O questionário dispõe de perguntas abertas e fechadas, com tempo de resposta de até 30 minutos.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Para responder aos instrumentos o desconforto e risco serão mínimos visto que a pesquisa será realizada em uma Unidade Básica de Saúde, em uma sala reservada para esse fim, com privacidade, bem como as questões não abordaram questões íntimas ou que exijam esforço, os riscos incluem possíveis constrangimentos durante as perguntas, desconforto por conta do tempo necessário para participar. Será feito todo o esforço possível para que nada aconteça que seja desagradável ou constrangedor para o (a) senhor (a). Caso o (a) senhor (a) sentir algum desconforto durante a aplicação do instrumento ou se mudar de idéia por outros motivos, fique a vontade para não responder as perguntas. Os benefícios que a pesquisa trará são na colaboração da melhoria dos processos de planejamento e monitoramento das atividades na Unidade de Saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão comunicados a você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o pesquisador e outra será fornecida a você.

Informamos que, caso aceite colaborar, pediremos que responda algumas perguntas.

Serão aplicados dois instrumentos: uma entrevista com roteiro pré-definido que será aplicado aos gestores locais de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), e um questionário com perguntas abertas e fechadas que será aplicado junto aos profissionais de Equipes de Saúde da Família (EqSF) selecionados. Estes

instrumentos abordarão os objetivos propostos na pesquisa que são: analisar a utilização das Salas de Situação de Saúde (SSS) por parte de gestores locais e profissionais da Equipe de Saúde Família (EqSF) de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde III, em Fortaleza, Ceará; identificar profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que utilizam a Sala de Situação de Saúde (SSS) para tomada de decisões de suas ações; descrever os indicadores e ferramentas mais utilizados pelas equipes para o monitoramento das ações e como se dá a atualização das informações; descrever como se deu o processo de implantação da SSS na UAPS, na perspectiva de facilidades e dificuldades; verificar a percepção dos gestores e profissionais da equipe de saúde família sobre o impacto nos resultados das ações planejadas com a utilização das Salas de Situação em Saúde (SSS); conhecer de que forma as informações de saúde são divulgadas na Unidade de Saúde para o público em geral. A duração da entrevista com cada gestor deve ser de 40 a 60 minutos que será gravada por gravador de áudio digital. Já a aplicação dos formulários junto aos profissionais terá um tempo de até 30 minutos.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Walter Wesley de Andrade

Instituição: Coordenadoria Regional de Saúde III/SMS/PMF

Endereço: Avenida Jovita Feitosa, 1264 – Parquelândia. Fortaleza-CE

Telefones para contato: (085) 3433-6887/3105-3414

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O pesquisador **Walter Wesley de Andrade** certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a professora orientadora no telefone (85) 3366-8425 ou o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará**, sito à Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo – Fortaleza – Ceará, e telefone (85) 3366-8338.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste

termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. De acordo com a Carta Circular no. 003/2011 CONEP/CNS.

	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura

Walter Wesley de Andrade	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
	Data	Assinatura

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UAPS:

CÓDIGO IDENTIFICADOR:

SEXO: MASCULINO () FEMININO () IDADE:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

PÓS-GRADUAÇÃO EM:

TEMPO NO CARGO ATUAL DE GESTOR:

DATA DA ENTREVISTA:

Bloco 1: Introdução à entrevista

Serão explanados de forma sucinta os motivos da entrevista para os gestores de Unidades de Saúde, onde será demonstrada a segurança dos dados obtidos e a relevância da pesquisa com seus objetivos. Será um momento de interação para criar uma atmosfera de tranquilidade e relaxamento para o pesquisado e pesquisador.

Bloco 2: Compreender como se deu o processo de implantação da SSS na UAPS, facilidades e dificuldades.

- 1- Como e quando foi implantada a SSS na sua Unidade?
- 2- Como você compreende o funcionamento de uma SSS?
- 3- Qual a importância da SSS para a Unidade?
- 4- Qual a sua participação e da regional nesta implantação?
- 5- Quais as facilidades e dificuldades encontradas neste processo de implantação?

Bloco 3: Descrever os indicadores mais utilizados pelas equipes para o monitoramento das ações e como se dá a atualização das informações.

- 1- Quais são os indicadores e ferramentas utilizados na SSS desta Unidade?
- 2- Quais os mais utilizados?
- 3- Quem definiu e como foram definidos estes indicadores?
- 4- Como se dá a atualização das informações da SSS? Pelas equipes? Por uma pessoa específica? Qual a periodicidade?

Bloco 4: Compreender o impacto nos resultados das ações planejadas com a utilização das Salas.

- 1- Você utiliza a SSS para a gestão da Unidade?
- 2- Como se dá a interação desta SSS entre as equipes de saúde e gestão local?
- 3- Os profissionais costumam utilizar a SSS? Como?
- 4- A Unidade como um todo costuma identificar problemas e planejar ações?
- 5- Quais os resultados a partir destas ações planejadas? Existe monitoramento?

Bloco 5: Conhecer de que forma as informações de saúde são divulgadas na Unidade de Saúde para o público em geral

- 1- Como as informações em saúde de sua Unidade são organizadas e divulgadas à população em geral?

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

CÓDIGO IDENTIFICADOR:

SEXO: MASCULINO () FEMININO () IDADE:

UAPS QUE TRABALHA:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

MÉDICO(A) () ENFERMEIRO(A) () CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA ()

PÓS-GRADUAÇÃO EM:

VÍNCULO DE TRABALHO:

ESTATUTÁRIO () CELETISTA () PROGRAMA MAIS MÉDICOS ()

DATA:

1- Você tem algum curso em Saúde da Família?

a) SIM () b) NÃO

Se a resposta for SIM, especifique qual?

a) Especialização () b) Residência () c) Mestrado () d) Doutorado ()

2- Você compreende o que é uma Sala de Situação de Saúde?

a) SIM () b) NÃO () c) PARCIALMENTE ()

3- Você utiliza a Sala de Situação de Saúde (SSS) para planejar suas ações?
Justifique sua resposta

a) SIM () b) NÃO ()

4- Você conhece o mapa de adscrição de sua Unidade?

a) SIM () b) NÃO () c) PARCIALMENTE ()

5- Você conhece os problemas de saúde de seu território?

a) SIM () b) NÃO () c) PARCIALMENTE ()

6- Você aderiu ao PMAQ (Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde) do Ministério da Saúde?
Justifique sua resposta

a) SIM () b) NÃO ()

7- Você acha a Vigilância em Saúde importante?

Se a resposta for SIM, diga o por quê?

a) SIM () b) NÃO () c) NÃO SEI ()

8- Você costuma utilizar indicadores de saúde para planejar e monitorar suas ações?

9- Quais são os indicadores mais utilizados por você?

10-Você analisa os dados epidemiológicos de seu território?

Se a resposta for SIM, como?

a) SIM () b) NÃO () c) PARCIALMENTE ()

11-Você atualiza os indicadores e informações para a SSS?

Se a resposta for SIM ou PARCIALMENTE diga como? Justifique sua resposta se for NÃO

a) SIM () b) NÃO () c) PARCIALMENTE ()

12-Qual a periodicidade desta atualização?

a) Diária () b) Semanal c) Quinzenal () d) Mensal () e) Semestral ()

f) Não se aplica

13- Você acha que a ferramenta SSS ajuda no planejamento, monitoramento e tomada de decisão por parte das ESF?

Se a resposta for SIM, diga o por quê?

a) SIM () b) NÃO () c) NÃO SEI () d) PARCIALMENTE ()

14-Você avalia os resultados das ações programadas?

Se a resposta for SIM, diga como? Justifique sua resposta se for NÃO

a) SIM () b) NÃO ()

15-Em sua opinião, a SSS é importante como divulgador das informações em saúde?

Justifique sua resposta.

b) SIM () b) NÃO () c) NÃO SEI ()

16-Você acha que a utilização da SSS, por parte da EqSF, traz resultados positivos no planejamento das ações?

Justifique sua resposta.

a) SIM () b) NÃO () c) NÃO SEI ()

17- A sua Equipe de Saúde da Família (EqSF) se reúne para planejar ações em saúde do território?

a) SIM () b) NÃO () c) ÀS VEZES

18-Você participou da implantação da SSS da sua Unidade?

Se a resposta for SIM, como? Justifique se a resposta for NÃO

a) SIM () b) NÃO ()

19- Como você e sua Equipe divulgam as informações em saúde de sua área de adscrição junto à população?

20-Em sua opinião, quais foram as facilidades para a implantação desta SSS?

21-Em sua opinião, quais foram as dificuldades para a implantação desta SSS?

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CÓDIGO IDENTIFICADOR:

SEXO: MASCULINO () FEMININO () IDADE:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: SUPERIOR () ENSINO MÉDIO ()

Se tiver curso SUPERIOR qual?

VÍNCULO PROFISSIONAL:

ESTATUTÁRIO () CELETISTA ()

UAPS QUE TRABALHA:

DATA:

1- Você compreende o que é uma Sala de Situação de Saúde (SSS)?

a) SIM () b) NÃO () c) PARCIALMENTE ()

2- A sua ESF possui indicadores em saúde que são trabalhados no território?

a) SIM () b) NÃO ()

3- Você levanta os problemas do seu território para discussão na Equipe?

a) SIM () b) NÃO ()

4- Você acha importante monitorar os indicadores de saúde de seu território?

Se a resposta for SIM, diga o por quê?

a) SIM () b) NÃO ()

5- Você acha importante manter a Vigilância em Saúde no seu território?

Se a resposta for SIM, diga o por quê?

a) SIM () b) NÃO ()

6- Você planeja ações com sua ESF?

Se a resposta for SIM, diga com que frequência?

a) SIM () b) NÃO ()

7- Você tem reunião com a Equipe de Saúde para discutir dados epidemiológicos?

a) SIM () b) NÃO ()

8- Você conhece o mapa de adscrição de sua Unidade?

a) SIM () b) NÃO ()

9- Você aderiu ao PMAQ (Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde) do Ministério da Saúde?

Se a resposta for SIM, diga o por quê?

a) SIM () b) NÃO ()

10- Como você e sua Equipe divulgam as informações em saúde de sua área de adscrição junto à população?

11- Em sua opinião quais foram as facilidades e dificuldades na implantação da SSS na sua Unidade?

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FERRAMENTA PARA PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO NA SECRETARIA REGIONAL III - FORTALEZA-CEARÁ

Pesquisador: WALTER WESLEY DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03519118.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.092.828

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e com abordagem quali-quantitativa, que ocorrerá em duas fases. Fase A (Qualitativo): Conhecendo a Sala de Situação de Saúde através do gestor. Nesta fase, será analisado como os gestores e profissionais de saúde utilizam as Salas de Situação de Saúde (SSS), sob a ótica de uma ferramenta de planejamento e monitoramento de ações em saúde. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com roteiro pré-definido, e duração de 40 a 60 minutos. Será utilizado gravador digital de voz para registrar entrevistas. O roteiro será estruturado com questões que possam fornecer informações para cada uma das fases e etapas seguintes do estudo: descrever os indicadores mais utilizados pelas equipes para monitoramento das ações e como se dá a atualização das informações; compreender como se deu o processo de implantação da SSS na UAPS; conhecer as facilidades e dificuldades da SSS, assim como compreender o impacto nos resultados das ações planejadas com a utilização das SSS. Fase B (Quantitativo): Investigação com profissionais da equipe saúde da família. As variáveis abordadas pelo pesquisador estarão contidas em dois formulários (um para profissionais de nível superior e outro para ACS), que contemplem informações a respeito do perfil do profissional integrante da equipe multidisciplinar, indicadores utilizados na UAPS, processo de implantação de SSS, facilidades, dificuldades e percepção sobre o impacto dos resultados gerados pela SSS. Os formulários serão entregues aos profissionais, mediante agendamento prévio com os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.092.828

Coordenadores da Unidade. Como estratégia para entrada no campo de pesquisa, inicialmente, solicitar-se-á, à Secretaria Municipal de Saúde, reunião com os gestores das UAPS, para apresentação da pesquisa. Posteriormente, o pesquisador agendará reunião com os profissionais gestores em suas respectivas UAPS para coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a utilização das Salas de Situação de Saúde (SSS) por parte de gestores locais e profissionais da Equipe de Saúde Família de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde III, em Fortaleza, Ceará.

Objetivos Secundários:

- Identificar profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) que utilizam a Sala de Situação de Saúde (SSS) para tomada de decisões de suas ações;
- Descrever os indicadores e ferramentas mais utilizados pelas equipes para o monitoramento das ações e como se dá a atualização das informações;
- Descrever como se deu o processo de implantação da SSS na UAPS, na perspectiva de facilidades e dificuldades;
- Verificar a percepção dos gestores e profissionais da equipe de saúde família sobre o impacto nos resultados das ações planejadas com a utilização das Salas de Situação em Saúde (SSS);
- Conhecer de que forma as informações de saúde são divulgadas na Unidade de Saúde para o público em geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para o pesquisador, o estudo poderá causar riscos mínimos aos indivíduos participantes, uma vez que prevê a participação em uma entrevista e preenchimento de formulários e que, portanto, não será realizada qualquer intervenção que possa afetar os participantes fisiológica, psicológica e socialmente. **Benefícios:** Para o pesquisador, é a colaboração nos processos de trabalho das equipes de saúde e gestores locais com relação ao monitoramento e planejamento de ações em saúde de suas unidades básicas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo pertinente, considerando-se a qualidade da assistência na Atenção Primária em Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados, conforme solicitado o pesquisador fez

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.092.828

TCLE, esclareceu metodologia e incluiu os riscos.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1208703.pdf	13/12/2018 08:36:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Segundoprojeto.pdf	10/12/2018 11:54:54	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	10/12/2018 11:54:05	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	concorcep.pdf	27/11/2018 12:32:51	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
Outros	anuenciacep.pdf	27/11/2018 11:41:59	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
Outros	apreciacep.pdf	26/11/2018 16:46:14	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
Cronograma	Cronocep.pdf	26/11/2018 14:54:14	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	26/11/2018 14:45:24	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	26/11/2018 14:43:45	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
Orçamento	Orcacep.pdf	26/11/2018 14:14:42	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	19/11/2018 17:36:52	WALTER WESLEY DE ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.092.828

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA PARA COGETS/SMS

**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

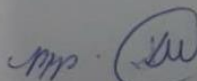
DECLARAÇÃO

Processo: 431979/2018

- **Projeto de Pesquisa:** Sala de Situação de Saúde em Unidade de Atenção Primária à Saúde: Ferramenta Para Planejamento e Monitoramento na Secretaria Regional III – Fortaleza - Ceará
- **Pesquisador Responsável:** Walter Wesley de Andrade
- **Orientador (a) :** Andrea Silvia Walter de Aguiar
- **Instituição Proponente:** UFC
- **Curso:** Saúde da Família
- **Período:** Janeiro a Junho/2019

A **Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGETES**, conforme suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS**, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza (CE), 19 de Novembro de 2018



Maria Ivanilla Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanilla Tavares Timbó
Coordenadora COGETES - SMS
CPF: 000.000.000-00

Av. Antônio Justa 3161 | Meireles | 60.170-150
Fortaleza - CE
(85) 3105 1473 / 3105 1471