

EDUCAÇÃO PERMANENTE: capacitação do Agente Comunitário de Saúde para o correto registro das informações no e-SUS AB.

Nanderson de Moraes Campelo*
Sebastiana Shirley de Oliveira Lima**

RESUMO

O trabalho apresenta mediante estudo de caso o Sistema de Informação em Saúde(SIS) para a Atenção Básica (SISAB) junto a estratégia e-SUS AB foram instituídos em 2013. O SISAB/e-SUS AB, compõem conjunto de ferramentas atuais e vigentes para a Gestão em Saúde, com finalidade de financiamento da Atenção Básica á Saúde (ABS), adesão aos programas e integração de informações, permitindo o aprimoramento da gestão e coordenação do cuidado, com a redução do trabalho na coleta de dados contribuindo com a organização dos profissionais. Objetivo: Relatar, a experiência no processo de capacitação para ACS, voltada para melhoria na qualidade do preenchimento das fichas. Sendo o coleta das informações realizadas pelos ACS, junto as famílias e território nas fichas do e-SUS AB, e considerando o novo modelo de financiamento voltado para o cadastramento do usuário, é de fundamental importância o desenvolvimento de treinamentos para o registro correto das informações coletadas pelo ACS. Dessa forma a SMS de Caucaia-CE, por iniciativa da gestão do e-SUS AB visando capacitar o ACS ao perceber preenchimento inadequado e utilizou-se da educação permanente para capacita-los, e sendo a apresentação dessa capacitação vivenciada pelo autor, o objetivo desse trabalho, descrevendo e pontuando aspectos do processo e esperando subsidiar a reflexão sobre o uso de novas formas para educação permanente através de fatores evidenciados nas conclusões.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Educação Permanente. Sistemas de Informação em Saúde. Sistemas de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

Data de submissão: 14/12/2019.

Data de aprovação: 14/12/2019.

* Estudante do Curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Caucaia.

** Enfermeira, Doutoranda Saúde Coletiva UECE, Mestre Saúde Pública UECE, Especialista em Gestão dos SILOS(ESP-CE) Regulação em Saúde (USP-SP), Vigilância em Saúde (Sirio-Libanês) Professora Formadora I (UAB/UNILAB) Técnica da Vigilância Sanitária – NUVIS-SESA.

1 INTRODUÇÃO

Dentre os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família - ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) se apresenta como um mediador entre a população e o serviço de saúde, por meio de ações educativas, prevenção de agravos e de promoção e vigilância da saúde e como agente social, no sentido de organização da comunidade e de transformação de suas condições de vida (GOMES et al., 2010).

O ACS atua na área de abrangência do da Estratégia de Saúde da Família (ESF) determinada mediante processo de territorialização realizado nos municípios. A área de abrangência é, sobretudo, um território da corresponsabilidade pela saúde entre população e serviço, constituindo-se num espaço de organização da prática de atenção à saúde. Tal área é subdividida em microáreas, cuja população residente não deverá superar 750 pessoas. Cada microárea é trabalhada por um ACS (TIBIRIÇÁ et al., 2009).

Entre as atribuições do ACS estão: a responsabilidade por identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco, bem como áreas de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; traduzir para a equipe a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites e ainda mapear a área de atuação, cadastrar, coletar e atualizar, mensalmente, os dados fornecidos pelas famílias da microárea, através do preenchimento das fichas do sistema de informação de saúde vigente (BRASIL, 2015).

De modo geral entende-se que as informações do ACS possuem papel estratégico dentro dos processos de tomada de decisão, no entanto, observa-se a existência de diversas dificuldades em acessar e tratar os dados de forma adequada, disponibilizando informações necessárias no processo de trabalho em saúde, em momento oportuno, bem como a falta de articulação que há entre os processos de planejamento e gestão da saúde com os próprios sistemas de informação (VASCONCELLOS *et al.*, 2002).

Outro aspecto que afeta o Sistema de Informação de Saúde (SIS) está relacionado a qualidade das informações geradas, como a incompletude das informações disponibilizadas pelos SIS. Este fato compromete significativamente o uso de informações no processo de gestão/cuidado, na elaboração de políticas de prevenção e controle de doenças e na realização de estudos epidemiológicos.

Estudos apontam que o preenchimento inadequado dos dados está relacionado com a falta de treinamento dos trabalhadores, no atraso ou na falta de atualização dos cadastros e nas dificuldades para o entendimento da finalidade dos SIS. Há necessidade de melhorias na qualidade da informação de saúde, desde o preenchimento dos dados até o cadastramento dos mesmos nas bases de dados (NAKAMURA et al., 2013).

Mediante esta realidade o Brasil está investindo crescentemente em sistemas capazes de trabalharem juntos, independentes dos limites organizacionais, com objetivo de avançar na entrega efetiva do cuidado à saúde para indivíduos e comunidades. Para isso vem desenvolvendo a implantação do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB, instituído pela Portaria GM/MS no 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2015).

A estratégia e-SUS AB visa permitir o aprimoramento da gestão e coordenação do cuidado, a informatização das Unidades Básicas de Saúde - UBS,

a integração de informações e a redução do trabalho na coleta de dados, contribuindo com a organização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica (AB) (CONASS, 2013).

O presente artigo tem o objetivo apresentar a experiência do autor no processo de capacitação para ACS, voltada para melhoria na qualidade do preenchimento das fichas do e-SUS AB no município de Caucaia, pontuando aspectos do processo e esperando subsidiar a reflexão sobre uso de novas formas para educação permanente, treinamentos e desenvolvimentos na saúde.

Com as novas diretrizes da Portaria MS Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 sobre o financiamento da APS, tendo como base o cadastramento da população, torna-se relevante para esse trabalho a capacitação e treinamento do ACS com vista a qualidade do registro no cadastro no e-SUS AB, como também as informações de sua vulnerabilidade socioeconômica, e o perfil demográfico por faixa etária dessa população. Sem desconsiderar o fato de vários indicadores pactuados que serão inseridos nesse novo modelo de sistema de informação, fomentando assim um melhor desenvolvimento do mesmo e otimizando sua utilização nos municípios que estão implantando ou ainda implantarão o e-SUS AB.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo Geral

Relatar, a experiência no processo de capacitação para ACS, voltada para melhoria na qualidade do preenchimento das fichas do e-SUS AB no município de Caucaia.

1.1.2. Objetivos específicos

Pontuar aspectos do processo que venham a ser de grande valia para comunidade acadêmica.

Levantar alguns fatores que foram elementares para a excelente captação das informações e do conteúdo por parte do ACS.

Subsidiar a reflexão sobre o uso de novas formas para educação permanente em treinamentos e desenvolvimentos na saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Em 1991 o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Sua criação teve por objetivo central estender as ações básicas de saúde aos núcleos familiares, no próprio domicílio, com uma agenda de trabalho prioritário direcionada ao grupo materno infantil. O ACS ocupa uma posição de destaque dentre os profissionais que integram a equipe da ESF, pois convivem mais diretamente com os problemas de saúde no território de atuação, conhecem as pessoas assistidas, têm linguagem semelhante a elas, moram no mesmo território, o que pode contribuir para que uma informação fornecida pelo referido profissional tenha grande credibilidade (CASTANHA & ARAÚJO, 2006).

2.1 Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo em que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde. Uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde (GOMES, et al., 2016).

Assim, a comunicação e a informação no trabalho deste profissional possuem caráter primordial para consolidação e manutenção da mediação constituída por estes agentes. Soma-se a isso o valor de informações inquantificáveis, que não têm espaço nas fichas de coleta de dados, uma vez que tabelas e planilhas utilizadas pelos agentes em seu trabalho não abarcam todos os fatos e detalhes transmitidos pela comunidade a este profissional. O trabalho dos agentes, hoje o principal alimentador do sistema, permite a captação e construção de diversos tipos de informações, embora apenas parte delas seja aproveitada pelo sistema oficial de informação do Ministério da Saúde (MS), uma vez que o esperado do ACS por parte do MS, em relação à inserção de informações no sistema, é a quantidade de famílias cadastradas, o que vai definir o repasse de verbas para o município (ABRUNHOSA, 2011).

ACS considera sua formação profissional insuficiente e as principais falhas percebidas foram: excesso de padronização de conteúdos que abordam o tema predominantemente técnico-científico e que não incluem dados da realidade local; enfoque insuficiente em aspectos teóricos e práticos que poderiam auxiliá-los no enfrentamento de questões da realidade cotidiana de trabalho (ALONSO, 2018).

A mediação realizada pelo ACS apresenta grandes interfaces com a perspectiva da comunicação em saúde. Em primeiro lugar, deve-se reconhecer que o diálogo existente entre ACS e comunidade propicia encontro entre práticas populares e conhecimentos científicos, capaz de gerar transformações das relações sociais e das concepções e práticas de saúde (ABRUNHOSA, 2011).

A esse respeito, autores afirmam que ACS, além de encontrarem dificuldades para identificar, nomear e descrever fichas que precisam preencher para alimentar sistemas de informação em saúde, também não conseguem compreender variáveis, termos e patologias que compõem esses instrumentos. Como consequência, tarefas ligadas à vigilância em saúde, apesar de sua importância para a ESF, incidem no trabalho dos ACS como meras atividades de coleta de dados estatísticos, com pouco sentido para esses trabalhadores (ALONSO, 2018).

2.2 Sistemas de Informação em Saúde - SIS

Em um cenário socioeconômico cada vez mais dinâmico, onde devido à evolução da tecnologia da informação e comunicação a maioria dos órgãos públicos produz informações institucionais em meio digital, essa produção, o grande desafio das organizações públicas é tratar corretamente essas informações, de modo que elas sejam autênticas, verídicas e seguras, para serem

utilizadas de maneira a maximizar a eficiência do Estado (SOARES, 2016).

Segundo Siqueira (2005), um sistema de informação precisa de três matérias-primas: dado, informação e conhecimento. O dado é o elemento mais simples desse processo; a informação é composta de dados com significados para quem os vê; o conjunto de nosso aprendizado segundo algumas convenções, nossas experiências acumuladas e a percepção cognitiva irão transformar em conhecimento uma dada realidade.

Dando certeza que Sistemas de Informação da Saúde (SIS) são compostos por uma estrutura capaz de garantir obtenção e transformação de dados em informação, em que há profissionais envolvidos em processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados. Para profissionais da saúde, o envolvimento na construção de instrumentos de coletas, treinamentos para captação correta dos dados e processamento da informação são importantes, uma vez que possibilitam maior domínio dessa área do conhecimento (FRANCO, 2019).

Isso mostra que sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando tomadas de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2008)

Logo a Organização Mundial de Saúde - OMS resume e define como mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde (OMS, 1981:42 apud França).

2.3 Sistemas de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, ele integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe incremento da gestão da informação, automação dos processos, melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho (SISAB, 2019).

O objetivo brasileiro de ter um Sistema Único de Saúde (SUS) que efetivamente cuida da população, demanda organização e capacidade de gestão do cuidado à saúde cada vez mais efetivas. Para atingir esse desafio, no contexto do maior sistema público de saúde do mundo, é essencial ter Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade entre os diferentes sistemas (DATASUS, 2019).

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB, sendo eles a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), podendo ser utilizados por profissionais de toda equipe de AB, sendo possível obter informações da situação sanitária e saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (SISAB, 2019).

O Sistema com CDS é um dos componentes da estratégia e-SUS AB, adequada para UBS com cenários sem informatização, ou quando esta está temporariamente indisponível, O objetivo é ser uma estratégia de preenchimento de fichas que coletam dados de cadastros, visitas domiciliares, atendimentos e atividades desenvolvidas pelas equipes de AB. Esses dados devem ser digitados no CDS off-line ou PEC e, posteriormente, enviados para o SISAB por meio do PEC com conectividade (BRASIL, 2018).

3 MÉTODO

É um estudo descritivo do tipo relato de experiência que descreve as vivências de uma intervenção educacional para os ACS desenvolvida no Município de Caucaia-CE. Ao se trabalhar na perspectiva da educação popular em saúde, é necessário que o povo seja reconhecido como sujeito, que traz consigo sua história, sua trajetória e cultura; sua luta por autonomia para tomar decisões e transformar histórias coletivas. E a necessidade de trabalhar considerando matrizes pedagógicas, ao modo de temas geradores, que auxiliem na constituição reflexiva do sujeito. Entre as matrizes estão o corpo, a palavra, o trabalho e as condições de convívio e interação. Em nosso trabalho, vamos ver que toda a vida popular vai sendo tematizada, em sua diversidade; as palavras e os temas geradores vão surgindo de luta cotidiana, mesmo que tenham de se banhar na reflexividade que a arte e o dialogismo das rodas possibilitam (DANTAS, 2010).

No caso, o diálogo não se reduz a instrumento metodológico, é utilizado como forma de comunicação em que a questão da diferença do lugar de enunciação é superada pela questão da diferença como qualidade, como valor de qualificação, como forma de potencializar os saberes que se entrecruzam naquele espaço de aprendizagens, organizando suas práticas e suportando sua articulação na totalidade social onde o que está em jogo é a apropriação social do conhecimento (LOUREIRO & FRANCO, 2012).

A capacitação foi realizada nas dependências do prédio da Secretaria de Saúde de Caucaia em dois tipos de salas, uma de reunião que comportava até 18 pessoas e o auditório que acomodava 60 pessoas, a utilização dos dois locais deveu-se a logística de que fossem trabalhadas no máximo duas equipes e 25 pessoas por intervenção para que se pudesse ter mais proximidade e melhor comunicação e interação entre facilitador e ACS e os próprios ACS entre si, fazendo uso do Círculo de cultura.

O Círculo de Cultura – espaço educativo onde transitam diferentes subjetividades e convivem diferentes saberes - assume a experiência do diálogo de forma coletiva e solidária em todos os momentos do processo, de tal sorte que seu produto – o conhecimento gerado – seja resultante dessas situações (LOUREIRO & FRANCO, 2012).

As equipes foram chamadas e organizadas, com o critério somente de forma a comporem o limite das salas e o Máximo de duas equipes, ficando de fora qualquer outra característica que venha a ter a equipe. A capacitação foi planejada no mês de julho de 2019 e realizada nos meses de agosto, setembro e outubro de 2019 perfazendo um total de 40 seções com média de 4 horas cada.

Foi utilizado o recurso de um projetor para passar a imagem do manual do e-SUS AB CDS 3.0 elaborado pelo Ministério da Saúde, sendo utilizada somente os capítulos das 5 fichas que ACS utilizam e seus relatórios operacionais e de produção, no mesmo formato todos receberam o manual impresso para o

devido acompanhamento, anotações adicionais e posterior consulta em caso de dúvidas. E também livro de registro para que palestrante registrasse todas divergências entre preenchimento do ACS e o que informava o manual para o campo citado, como também informações que achasse importante para melhora da capacitação.

3.1 Cenário da pesquisa: A Rede de Atenção a Saúde do Município de Caucaia.

Caucaia é um município brasileiro do estado do Ceará mais próximo da capital, distando 16 km em linha reta, que integra a Região Metropolitana de Fortaleza e tem cerca de 1.227,9 km² equivalente a 0,83% da superfície estadual, com um contingente populacional de 362.223 habitantes e densidade demográfica de 264,91 hab./km² segundo o (IBGE).

Caucaia é uma denominação de origem indígena que quer dizer mato queimado", "vinho queimado ou, simplesmente, queimado. Foi fundado em 15 de Outubro de 1759 há 260 anos, com uma altitude de 29,91 metros acima do nível do mar, é mais acidentado do que plano, o clima é o tropical quente semiárido brando, ocorrendo também os climas tropical subúmido e tropical úmido. Começam nele as elevações que vão constituir o cordão central do estado do Ceará.

É um dos municípios cearenses mais ricos em lagoas permanentes. Os rios de Caucaia, entretanto, caracterizam-se por serem temporários, como é o caso do riacho Tapeba. Sua principal via fluvial é o rio Ceará, que corta o município em sua maior extensão, dirigindo-se de sudoeste a nordeste, com um curso de aproximadamente 50 km, em suas margens nas proximidades da faixa litorânea, cresce uma exuberante vegetação de mangue. A cobertura vegetal na área do município é caracterizada, predominantemente, por caatingas, capoeiras e carrascos. Limitando-se ao norte com o oceano Atlântico e com o município de São Gonçalo do Amarante; ao sul com Maranguape; a leste com Maranguape, Maracanaú e Fortaleza e a oeste com São Gonçalo do Amarante, Pentecostes e Maranguape.

Caucaia vem apresentando nos últimos anos um grande crescimento populacional desencadeando uma significativa expansão urbana, tendo em vista que seus habitantes, no princípio foram marcados profundamente pela influência da presença e vida missionária dos Jesuítas, que guarda em toda a sua extensão as raízes deste processo evangelizador e colonizador da empreitada portuguesa.

Em 1735, esses missionários, designados pela Carta Régia de 2 de outubro do mesmo ano, pouco depois estavam em plena atividade catequética dos índios que habitavam a região, "os Caucaias". Desta forma a população é composta de diversas etnias, no início ela se deu pela soma dos indígenas nativos, missionários portugueses e outras famílias vindas da capital e interior, tendo também a inclusão de quilombolas, ciganos e outros ao longo do tempo atraídos pela localização de proximidade com a capital.

No tocante a Saúde do município, hoje à atenção básica é dotada de 77 equipes de (ESF), 07 equipes de (NASF) 01 equipe de (SAD) distribuídas em 46 unidades de atenção primária a saúde (UAPS) e 18 dessas com Central de Regulação descentralizada, e 46 conselhos locais de saúde com gerentes em 31 delas, realizando cerca de 23 tipos de atendimentos, perfazendo um total de mais de três milhões entre janeiro a novembro de 2019 e para melhor organização e

planejamento, a gestão distribui as UAPS em seis macro áreas, tendo um posto modelo em cada.

Já a atenção especializada é dotada de um hospital municipal polo com realização de cerca de 4 mil internações de janeiro a setembro de 2019, uma maternidade municipal que realizou cerca de 2.798 partos alguns já como parto humanizado, duas UPAs, um SAE, três CAPS, um CEO Municipal, um Centro de saúde do homem, a Policlínica regional e SAMU.

No quesito de profissionais de saúde envolvidos nesse estudo tem se o efetivo de 456 agentes comunitários de saúde (ACS) que desempenham suas funções nos territórios, e que uma dessas funções é a de registrar as visitas, atividades e situação do território onde são utilizadas as fichas do e-SUS AB CDS.

No constante ao ACS essas fichas que são em 05 - Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, Cadastro Domiciliar e Territorial, Cadastro Individual, Ficha de Atividade Coletiva e Marcadores de Consumo Alimentar, é onde inicia o principal problema que gerou a necessidade dessa capacitação, quando através da análises de relatórios do sistema e-SUS AB foi constatado a falta de informação como também a má qualidade dela, a qual levou a gestão procurar identificar onde estão as falhas e como corrigi-las da melhor forma.

No município de Caucaia, local da pesquisa, o e-SUS AB é utilizado desde 2014 em sua forma CDS (Coleta de dados simplificada) software de caráter transitório, utilizado até que o município alcance os padrões necessários para implantação do prontuário eletrônico, pois não é necessário para seu uso, que as UAPS estejam informatizadas ou que tenham conexão a internet, sendo necessário somente um computador com o e-SUS AB PEC com conexão na secretaria para o envio para o ministério.

Nesta modalidade CDS, os dados são coletados em fichas de papel e substituirá gradativamente os sistemas da atenção básica (ex.: SIAB, HIPERDIA, SISPré-Natal, SISVAN, BPA, SIPNI, BOLSA FAMÍLIA, etc.). Desse modo, essa modalidade também contribui para desburocratizar e dar maior agilidade ao atendimento na AB, pois o profissional precisará preencher menos fichas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Estratégia e-SUS AB que alimenta o SISAB, instituído em 2013 pelo Ministério da Saúde que substitui o Sistema de informação da atenção básica (Siab), se apresenta como uma nova proposta para reestruturar os Sistemas de informatização em Saúde, que tem intuito de qualificar e viabilizar informações coletadas nesse nível de atenção, já que a melhora da gestão dos dados é crucial para aumentar qualidade no atendimento à população.

A sua implantação vem se dando de gradual nas equipes de Saúde da Família, com estágios diferentes em todo o país. A estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. Ele está sendo utilizado pelos profissionais de saúde das equipes das unidades básicas de saúde e, ao contrário dos programas que vigoravam antes ou que ainda vigoram em alguns locais, o e-SUS dá acesso a informações individuais de cada usuário (RIBEIRO, et al. 2018).

No município de Caucaia esse processo de implantação do e-SUS foi começado na gestão anterior em 2014, e que segundo os próprios ACS durante a capacitação ora pesquisada, informaram que nunca tinham feito nada parecido

para que registros fossem corretos, na verdade só foram entreguem as fichas e sem nenhuma instrução ou material explicativo.

Isso leva o pesquisador buscar junto aos profissionais responsáveis no período da implantação o porquê da não instrução prévia para o correto preenchimento das fichas, e para sua surpresa tem-se a informação que a gestão anterior achava desnecessário tal procedimento, por se tratar de fichas simples e de fácil entendimento para os profissionais ACS e que poderiam tirar dúvidas com os enfermeiros de suas equipes.

Esse fato não foi refletido nos relatórios, porque gestores ainda não utilizavam e-SUS como ferramenta para tal, pois ainda prevalecia o BPA como única fonte de relatórios para eles, e que só foi descontinuado em 2018, quando o e-SUS passou a ser a única ferramenta de informação da APS.

Por causa dessa situação ACS passaram a informar vários campos das fichas com erros que foram descobertos inicialmente pelos relatórios e depois erros mais específicos, quando se dava a capacitação estudada por essa pesquisa.

Inicialmente foram verificadas as falhas nos relatórios, posteriormente erros de preenchimentos das fichas checadas junto aos digitadores, e durante a capacitação erros que ACS informavam, ao entenderem o que se pedia nos campos de cada ficha. Para melhor entendimento o autor criou uma tabela dos erros evidenciados suas respectivas fichas, campo e o que o erro acarreta.

Tabela 01 – Erros e Consequências.

TIPO DE ERRO	NOME DA FICHA	CAMPO/PERGUNTA	CONSEQUÊNCIAS
Cabeçalho incompleto.	Todas	Identificação do profissional e estabelecimento de saúde	A não inserção da ficha no sistema e perda da informação.
Identificação errada da microárea.	Todas	Microárea	A não inserção da ficha no sistema e perda da informação.
Informação somente dos domicílios.	Visita domiciliar e territorial	Tipo de imóvel	Relatório não retratará a realidade do território.
Não informar o CNS do cidadão.	Todas	CNS do cidadão	Cidadão fica sem histórico de atendimento no sistema.
Registro como visita periódica de todos do domicílio.	Visita domiciliar e territorial	Visita periódica	Sistema só aceitará o registro do responsável familiar.
Registro de busca ativa vacina na visita periódica.	Visita domiciliar e territorial	Busca ativa vacina	Sistema não aceitará o registro.
Registro de acompanhamento de criança maior de 2 anos.	Visita domiciliar e territorial	Acompanhamento criança	Sistema não aceitará o registro, certo é menor de 2 anos.

Registro de sintomáticos respiratórios de pessoas com alergias.	Visita domiciliar e territorial	Sintomáticos respiratórios	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro de saúde mental somente paciente em crise.	Visita domiciliar e territorial	Saúde mental	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro de orientação/ prevenção para todos.	Visita domiciliar e territorial	Orientação/ prevenção	Relatório não retratará a realidade do território.
O não registro do desfecho da visita.	Visita domiciliar e territorial	Desfecho	Sistema não aceitará o registro, pois é obrigatório.
Registro de apelido no nome social.	Cadastro individual	Nome social	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro do responsável familiar sem critério.	Cadastro individual	Responsável familiar	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro do curso sem critério.	Cadastro individual	Curso mais elevado que frequenta ou frequentou?	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro de cuidador tradicional sem critérios.	Cadastro individual	Frequenta cuidador tradicional?	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro membro de povo ou comunidade tradicional sem critérios.	Cadastro individual	É membro de povo ou comunidade tradicional?	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro de orientação sexual e ou identidade de gênero sem critérios.	Cadastro individual	Deseja informar orientação sexual e ou identidade de gênero	Relatório não retratará a realidade do território.
A não atualização do registro de indicação de gestante.	Cadastro individual	Está gestante?	Relatório não retratará a realidade do território.
Registrar no questionário autorreferido somente comprovando condição.	Cadastro individual	Questionário autorreferido de condições / situação de saúde	Relatório não retratará a realidade do território.

Não registrar cidadão em situação de rua.	Cadastro individual	Cidadão em situação de rua	Relatório não retratará a realidade do território.
Cadastrar somente os domicílios.	Cadastro domiciliar e territorial	Tipo de imóvel	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro de condições de moradia sem critério.	Cadastro domiciliar e territorial	Condições de moradia	Relatório não retratará a realidade do território.
Registro de identificação dos núcleos familiares sem critério.	Cadastro domiciliar e territorial	Identificação dos núcleos familiares	Relatório não retratará a realidade do território.
Não registro de atividade coletiva na ficha indicada.	Atividade coletiva	Todos de acordo com a atividade	A não inserção da ficha no sistema e perda da informação.
Não registro de Marcadores de Consumo Alimentar.	Marcadores de Consumo Alimentar	Todos de acordo com a idade do cidadão	A não inserção da ficha no sistema e perda da informação.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Há registros de inúmeros relatos que ACS desconheciam os relatórios operacionais e de produção do e-SUS AB e que, era a primeira vez que se deparava com tamanha detalhamento de informações, e a importância de tudo para seu trabalho no dia a dia no território em reuniões de equipe.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constitui pretensão do estudo subsidiar com informações para ajudar ACS a realizar coleta e registro da informação de forma eficiente e eficaz junto aos sistemas de informação em saúde, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas e da eficácia das tecnologias adotadas, e levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico existente.

Na realização do estudo que embasou as proposições do planejamento e programação de ações da capacitação, foram utilizados alguns pressupostos que, se constituem em diretrizes orientadoras da lógica proposta no decorrer da intervenção enriquecendo-a.

Os fatos e situações vistos nesse trabalho leva-se a necessidade de uma discussão mais aprofundada da comunidade acadêmica, a qual se permita um “olhar” para as evidências de forma mais condizentes com a realidade, pois para isso é que se tem a educação permanente como ferramenta de melhoria contínua da qualidade.

Ficando evidente que o ACS é peça vital na qualidade das informações em se tratando de APS, justamente pelo fato que é ele quem coleta os dados das famílias e território, é ele quem registra nas fichas os dados que alimentam o e-SUS

AB e são estas informações que deveriam estar constantemente atualizadas nos registros disponíveis na UBS e para os gestores.

Ressaltando que informações desatualizada, dados coletados sem critério, não informação pelos agentes, quando somada à defasagem entre a realidade dos domicílios e o cadastro dos agentes, compromete o sistema de informação como fonte para os gestores no planejamento e monitoramento das ações direcionadas às necessidades de saúde da população.

Entende-se que o aprimoramento desse processo de trabalho, durante e após sua realização na perspectiva da problematização, Busca reformular a prática profissional e desenhar ou mostrar um caminho promissor para a mudança da realidade. E como também, demonstrar o que é Investido em educação permanente na saúde, constitui estratégia relevante para a melhora de desempenho em áreas deficitárias do processo de trabalho do ACS e de toda a equipe do PSF, além possibilitando a definição e avaliação das competências individual e coletivamente através das leituras de relatórios fidedignos.

O fato do ACS do município em questão ser servidor efetivo, permeia a condição fundamental para o estabelecimento de educação permanente também de forma efetiva, e do processo de conscientização da importância da qualidade da informação tendo como consequência a mudança de comportamento no registro dos dados que deveriam sustentar as políticas regionais.

6 CONCLUSÕES

A experiência vivida pelo pesquisador é potencialmente enriquecedora, pois através deste contato com o ACS, que trouxe consigo a vivência do seu dia a dia em campo, com situações relatadas com a mais pura realidade do fazer saúde, faz com que se tenha como gestor a idéia do que é realizado na ponta inicial do cuidado.

Observam-se alguns fatores que são elementares para a excelente captação das informações e do conteúdo por parte do ACS que concordam quase que unanimemente com a forma planejada, são eles:

- a) o fato da divisão e limitação por equipes que deixa o ACS mais a vontade para realização de perguntas, enriquecendo a troca de informações;
- b) a utilização do manual do e-SUS AB produzido pelo ministério que foi impresso e entregue a cada ACS o qual foi seguido por eles campo a campo, anotando as observações julgadas importantes, ao mesmo tempo o palestrante utilizava-o junto ao projetor;
- c) ao fomentar o preparo do ACS dando um passo a frente ao encontro da nova política de financiamento da Atenção Primária a Saúde – APS que tem como principal bandeira o princípio da equidade;
- d) por fim a captação e uso dos registros de erros do ACS no início, que acelerou a dinâmica da capacitação e dando prevenção ao palestrante no decorrer das intervenções (Tabela 01).

Ficando, no entanto a experiência e a certeza da importância do fortalecimento da educação permanente, e a vinda de outras capacitações com qualidade para os outros profissionais da saúde de Caucaia.

REFERÊNCIAS

ABRUNHOSA, M. A. **A Informação e a comunicação no trabalho do agente comunitário de saúde.** 2011. 103 f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5514>> Acesso em: 09/11/2019.

ALONSO, C. M. C. et al. **Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese.** Revista de Saúde Pública. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde** – Brasília, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação.** Biblioteca Virtual em Saúde. Brasília, 2008. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php> Acesso em :15/11/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual cds 3.0 e-SUS AB.** Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica.** Brasília, 1998.

CASTANHA, A. R., ARAÚJO, L. F. **Álcool e agentes comunitários de Saúde: um estudo das representações sociais.** Psico-USF 2006, vol.11, n.1, pp.85-94. ISSN 1413-8271. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712006000100010&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em :15/11/2019.

CONASS. **Estratégia e-sus atenção básica e sistema de informação em saúde da atenção básica – sisab.** Nota técnica |07| 2013. Brasília, 19 de abril de 2013.

DANTAS, V. L. A. **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas Cirandas da Vida em Fortaleza.** 2010. (Tese de Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2010.

DATASUS. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>> Acesso em: 10/11/2019.

FRANCO, J. L. F. **Sistemas da Informação.** UNASUS UNIFESP disponível em <www.unasus.unifesp.br> Acesso em: 25/11/2019.

FRANÇA, T. **Sistema de Informação de Atenção Básica: um estudo exploratório.** Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

GOMES, K. O. et al. **O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas.** SciELO, Saúde pública, 2010. Disponível em <www.scielo.org/article/physics/2010.v20n4/1143-1164/#nt01> Acesso em :15/11/2019.

GOMES, R. C. M. et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios.** Ciênc. saúde coletiva. 2016, vol.21, n.5, pp.1637-1646. ISSN 1413-8123. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>> Acesso em: 09/11/2019.

Loureiro, C. F. B&Franco, J. B. **ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DO CÍRCULO DE CULTURA: uma possibilidade pedagógica e dialógica em educação ambiental.** Trabalho apresentado no VI Encontro “Pesquisa em Educação Ambiental” - REVISTA AMBIENTE & EDUCAÇÃO | vol. 17(1) | 2012

NAKAMURA, H. Y. et al. **Pet saúde da família: avaliação da qualidade do preenchimento de cadastros na atenção básica.** Vita et Sanitas, Trindade-Go, n.07, jan-dez./2013. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/324825074_PET_Saude_da_Familia_avaliacao_da_qualidade_do_preenchimento_de_cadastro_na_atencao_basica/link/5ae500590f7e9b9793c5ff5c/download> Acesso em :15/11/2019.

RIBEIRO, M. A. **Processo de implantação do e-SUS Atenção Básica em Sobral – CE.**

Reciis – Rev **Eletron Comun Inf Inov Saúde.** 2018. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29180/2/5.pdf>> Acesso em: 10/11/2019.

SIQUEIRA, M. C. **Gestão estratégica da informação.** Rio de Janeiro. Brasport. 2005.

SISAB. Disponível em <<https://sisab.saude.gov.br/>> Acesso em: 10/11/2019.

SOARES, E. V. B. **Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência.** Universidade de Brasília. Brasília. 2016

TIBIRIÇÁ, S. H. C. et al. **O potencial de cadastro das famílias no Sistema de Informações de Atenção Básica em Saúde, como base para determinação de amostras em pesquisas na área da saúde.** Revista APS, v. 12, n. 2, p. 161-167, abr./jun. 2009

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H.; CAVALCANTE, M. T. L. **Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias da informação.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 219-235, 2002.

GLOSSÁRIO

AB: Atenção Básica.
 ACS: Agentes Comunitários de Saúde.
 AD: Atenção Domiciliar.
 BPA: Boletim de Produção Ambulatorial.
 CadSUS: Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde.
 CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
 CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.
 CDS: Coleta de Dados Simplificada.
 CnR: Consultório na Rua.
 CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
 CNS: Cartão Nacional de Saúde.
 DAB: Departamento de Atenção Básica.
 DUM: Data da Última Menstruação.
 ESF: Estratégia Saúde da Família.
 IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 INE: Identificador Nacional de Equipes.
 MS: Ministério da Saúde.
 NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
 NIS: Número de Identificação Social.
 Pasep: Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.
 PEC: Prontuário Eletrônico do Cidadão.
 PIS: Programa de Integração Social.
 PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
 PNAB: Política Nacional de Atenção Básica.
 PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
 PNIIS: Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.
 PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.
 PNRA: Programa Nacional de Reforma Agrária.
 PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal.
 PSE: Programa Saúde na Escola.
 PSF: Programa de Saúde da Família.
 RAS: Rede de Atenção à Saúde.
 RAAS: Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde.
 SAD: Serviço de Atenção Domiciliar.
 SAE : Serviço de Atenção Especializada.
 SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
 SAS: Secretaria de Atenção à Saúde.
 SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
 SISAB: Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica.
 UAPS: Unidade de Atenção Primária a Saúde.
 UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À minha orientadora Shirley Lima, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e presteza.

À minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.