



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

LARISSA DE FARO VALVERDE

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA NA BAHIA**

FEIRA DE SANTANA
2019

LARISSA DE FARO VALVERDE

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA NA BAHIA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Silvone Santa Bárbara da Silva

FEIRA DE SANTANA
2019

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Valverde, Larissa de Faro

V29a Análise da implantação do Sistema de Informação de Atenção à
Saúde Indígena na Bahia./Larissa de Faro Valverde. – 2019.

151f.: il.

Orientadora: Silvone Santa Bárbara da Silva

Dissertação (mestrado) –Universidade Estadual de Feira de
Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1.Saúde indígena. 2.Sistema de Informação. 3.Avaliação em saúde.
I.Silva, Silvone Santa Bárbara da, orient. II.Universidade Estadual de
Feira de Santana. III.Título.

CDU: 614:397(814.22)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27-4-1976
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA - MESPSC

**ATA DA QUINQUAGÉSIMA SEXTA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PARA
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA PELO MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – BA.**

No dia nove do mês de julho do ano de dois mil e dezoito, às dez horas, na sala MT 67, Módulo Seis do Campus Universitário, reuniu-se a Banca Examinadora para a Defesa de Dissertação da mestranda **Larissa de Faro Valverde**, intitulada **ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NA BAHIA**, Área de concentração em Saúde Coletiva, Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Organização de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde. A Professora Doutora Silvone Santa Bárbara da Silva/UEFS (presidente/orientadora) abriu a sessão convidando para fazer parte da banca examinadora as Professoras Doutoras Gerluce Alves Pontes da Silva/Ministério da Saúde e Erenilde Marques de Cerqueira/UEFS. Após a composição da Banca a presidente convidou a mestranda Larissa de Faro Valverde, para que fizesse a apresentação da sua dissertação. Após a apresentação do trabalho, a mestranda foi arguida pelas examinadoras, respondendo às questões com clareza se comprometendo a fazer as revisões pertinentes à um trabalho de conclusão de curso. A seguir, a Banca Examinadora se reuniu para o julgamento da dissertação e considerou a mestranda APROVADA. Na forma regulamentar, esta Ata foi lavrada pela Banca Examinadora e assinada pelos membros da mesma e pela aluna. Feira de Santana, 09 de julho de 2018.

1ª Examinadora e Presidente:

Profª Drª Silvone Santa Bárbara da Silva / UEFS

2ª Examinadora:

Profª Drª Gerluce Alves Pontes da Silva / Ministério da Saúde

3ª Examinadora:

Profª Drª Erenilde Marques de Cerqueira / UEFS

Mestranda: Larissa de Faro Valverde

VALVERDE, LF. Análise da Implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena na Bahia. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 09 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Silvone Santa Bárbara da Silva
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dr^a. Gerluce Alves Pontes da Silva
Ministério da Saúde

Prof. Dr^a. Erenilde Marques de Cerqueira
Universidade Estadual de Feira de Santana

A minha mãe,

Por ser minha inspiração e exemplo de ser humano. Por estar sempre comigo, acreditando e torcendo por mim. Por me escutar, me aconselhar, me ensinar diariamente. Ser sua filha é o melhor presente.

A meu pai (*in memoriam*),

Por ser presente, mesmo na ausência física, constituindo quem eu sou.

As minhas irmãs Ló e Lud,

Por serem extensões de mim. Pela cumplicidade e apoio incondicionais. Por tornarem mais leves meus dias. Meu amor por vocês é infinito.

Aos meus tios Célia e Nilson,

Por serem abrigo, teto e afeto. Por estarem ao meu lado durante todo o percurso, tornando-o mais leve e possível.

A Vinícius,

Por ser meu par em todos os momentos. Pelo apoio, paciência, incentivo e amor dedicados a mim.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Marileide,

A quem agradecer nunca será suficiente. Obrigada pela vida, pela família, pela educação, pelo apoio e amor incondicionais. A você dedico e dedicarei tudo que de melhor eu puder oferecer.

As minhas irmãs Ló e Lud,

Por me permitirem vivenciar o verdadeiro amor fraterno. Por serem minhas companheiras, amigas, compartilharem comigo dores e alegrias. Por tornarem minha vida mais leve e feliz.

À Vinícius,

Por escolher dividir a vida comigo. Por estar ao meu lado e acreditar em mim. Pela compreensão, dedicação, amor e carinho, sempre.

À tia Célia e tio Nilson,

Por serem como uma mãe e como um pai para mim.

À Professora Silvone,

Por aceitar me acompanhar nesse percurso, compreendendo as dificuldades e superações que ele impõe. Pela orientação, contribuições e incentivos.

À Jordan,

Os dois anos de Mestrado seriam infinitamente mais difíceis sem você. Obrigada por tornar essa trajetória mais leve, pela solicitude e presteza sempre, pelas risadas compartilhadas.

À Beth Moreira,

Por me apresentar o campo da Avaliação em Saúde com tanta paixão, incentivo e dedicação. Por acreditar e confiar em mim.

À Ana Roberta,

Pelo apoio, confiança e incentivo a mim dedicados. Se pude crescer no campo do M&A, devo isso a você e a Betuca.

Às meninas da AMA,

Especialmente à Nanda, com quem dividi diariamente os desafios do M&A. Obrigada por tornar tudo mais simples e fácil. Por transformar o trabalho em amizade, extensivo a toda sua família.

A minha família,

Especialmente à vovó Tonha e à vovô Lila (*in memoriam*), por formarem uma família tão sólida, alegre e unida. A todos os meus tios, tias, primos, primas e demais, por me ensinarem que tudo é mais fácil quando estamos juntos.

À Fabi e à Cinha,

A distância física entre nós é um mero detalhe. Obrigada por estarem sempre tão presentes em minha vida, por renovarem minhas energias.

À Sara,

Por me acolher no DSEI-BA, por abraçar e incentivar o desafio da realização do Mestrado. Pela escuta atenta, por compartilhar sua experiência e por todas as contribuições para realização deste trabalho.

Aos colegas do DSEI-BA,

Pela extrema dedicação aos povos indígenas da Bahia, muitas vezes acompanhada de diversas renúncias na vida pessoal de cada um(a).

À Iane e à Lari,

Por serem parceiras tão incríveis de trabalho que estendemos a parceria para a vida. Por vibrarem em cada etapa deste Mestrado.

A todos os trabalhadores da Saúde Indígena,

Em especial àqueles que colaboraram na consecução deste trabalho, tornando-o possível.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS,

Pela oportunidade de ampliar conhecimentos e aprendizados, bens de valores inestimáveis.

À Mirella,

Por toda a compreensão, ajuda e apoio prestados. Sem isso não seria possível a conclusão desta etapa.

Aos colegas da SEINSF e do NEMS-BA,

Por compreenderem meus momentos de ausência e me apoiarem.

Aos colegas do Mestrado,

Por serem companheiros, acima de tudo. Esse percurso foi mais fácil ao lado de vocês. Obrigada, em especial, à Glaucinha, Jean Carla, Jorge e Renatinha, com quem as caronas e risadas foram mais frequentes.

VALVERDE, Larissa de Faro. **Análise da Implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena na Bahia**. 151 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo aferir o grau da implantação (GI) do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA). Foi realizado um estudo avaliativo, do tipo análise de implantação, com abordagem quantitativa e elaboração de um Modelo Lógico (ML) de intervenção e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) para estabelecimento dos critérios, parâmetros e pontuações a fim de definir o GI. A MAJ foi validada por meio de Taxa de Concordância (TC) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por um painel de especialistas na área temática de saúde indígena. A TC global obtida foi de 95% e o IVC de 0,8. Após validação, a MAJ abrangeu 33 critérios. Os dados para obtenção do GI foram advindos de questionário derivado da MAJ e aplicado aos trabalhadores das unidades descentralizadas do Distrito (Polos Base), digitadores do sistema e gestores locais, e aos profissionais da sede do DSEI-BA, vinculados à Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI). Observou-se um baixo nível de implantação do Siasi no DSEI-BA (41%), com maiores fragilidades em aspectos relacionados aos recursos materiais e logísticos, de pessoal e gerenciamento, uso e divulgação das informações. Faz-se necessário resgatar a função do sistema de informação como potencial ferramenta para tomada de decisões, investindo em atividades de educação permanente para os trabalhadores, de modo que sejam disponibilizados os recursos necessários ao desenvolvimento de ações que impliquem em melhoria da atenção à Saúde Indígena.

Descritores: Saúde Indígena; Sistemas de Informação; Avaliação em Saúde

VALVERDE, Larissa de Faro. **Analysis of implementation of the Indigenous Health Care Information System in Bahia**. 151 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

ABSTRACT

This study aims to measure the degree of implantation (DI) of the Indigenous Healthcare Information System (IHIS) in the Special Indigenous Sanitary District of Bahia (ISSD-BA). An evaluative study, specifically an analysis of implementation was conducted in ISSD-BA, with a quantitative approach, and elaboration of a Logical Model (LM) and Matrix of Analysis and Judgment (MAJ) to establish the criteria, parameters and scores in order to define the DI. The MAJ was validated by means of Agreement Rate (AR) and Content Validity Index (CVI) by a panel of experts in the thematic area of Health of Indigenous Peoples. The overall AR obtained was 95% and the CVI was 0.8. After validation, MAJ covered 33 criteria. Data to obtain the DI were descendant from a questionnaire derived from the MAJ and applied to the workers of the decentralized units of the District (Base Poles), system typists and local managers, and to the professionals of the ISSD-BA, linked to the Division Healthcare for Indigenous Peoples (DHIP). There was a low level of implementation of IHIS at ISSD-BA (41%), with greater weaknesses in relation to material and logistical resources, personnel resources and management, use and dissemination of information. It is necessary to recover the function of the information system as a potential tool for decision-making, investing in activities of permanent education to the workers, so that they are provided with the necessary resources to develop actions that imply in improving the Indigenous People's Healthcare.

Descriptors: Health of Indigenous Peoples; Information Systems; Health Evaluation

VALVERDE, Larissa de Faro. **Análisis de Implantación del Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena (Siasi) en Bahía**. 151 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2018.

RESÚMEN

Este estudio tiene por objetivo analizar el grado de implantación (GI) del Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena (Siasi) en el Distrito Sanitario Especial Indígena de Bahía (DSEI-BA). Se realizó un estudio evaluativo, del tipo análisis de implantación, con abordaje cuantitativo, y elaboración de un Modelo Lógico (ML) de intervención y Matriz de Análisis y Juicio (MAJ) para establecer los criterios, parámetros y puntuaciones a fin de definir el GI. La MAJ fue validada por medio de Tasa de Concordancia (TC) e Índice de Validez de Contenido (IVC) por un panel de especialistas en el área temática de salud indígena. La TC global obtenida fue del 95% y el IVC de 0,8. Después de la validación, la MAJ abarcó 33 criterios. Los datos para la obtención del GI fueron provenientes de cuestionario derivado de la MAJ y aplicado a los trabajadores de las unidades descentralizadas del Distrito (Polos Base), digitadores del sistema y gestores locales, y a los profesionales de la sede del DSEI-BA, vinculados a la División de Atención a la Salud Indígena (DIASI). Se observó un bajo nivel de implantación del Siasi en el DSEI-BA (41%), con mayores fragilidades en aspectos relacionados a los recursos materiales y logísticos, de personal y gestión, uso y divulgación de las informaciones. Se hace necesario rescatar la función del sistema de información como potencial herramienta para la toma de decisiones, invirtiendo en actividades de educación permanente para los trabajadores, de modo que estén disponibles los recursos necesarios para el desarrollo de acciones que impliquen en la mejora de la atención a la Salud Indígena.

Descriptor: Evaluación en Salud; Sistemas de Información; Salud de Poblaciones Indígenas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo lógico da implantação do Siasi no DSEI-BA	45
Quadro 1 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI-BA	Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GI	Grau de Implantação
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
RT	Responsável Técnico
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
Siasi	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIS	Sistema Nacional de Informação em Saúde
SIVEP	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Taxa de concordância
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação encontra-se inserida no Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), financiado pelo Ministério da Saúde e promovido pela Fundação Estatal de Saúde da Família do SUS na Bahia (FESF-SUS). O Programa se propõe a qualificar profissionais que trabalham no âmbito do SUS, envolvidos com a gestão ou com a atenção à saúde, na perspectiva de contribuir para o fortalecimento e melhoria do desempenho do sistema de saúde brasileiro.

Esta pesquisa, em acordo com os objetivos do referido Programa, teve como finalidade aferir o grau de implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) na Bahia no ano de 2018. Com ela pretendeu-se medir o grau de implantação do Siasi no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA), de forma a propor melhorias e auxiliar gestores no direcionamento de ações que contribuam para o aprimoramento do Siasi e, conseqüentemente, da saúde da população indígena da Bahia.

A introdução aborda a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrante do SUS (SASI-SUS), a partir do reconhecimento das iniquidades em saúde vivenciadas pelos povos indígenas. Descreve o estabelecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, destacando a sua diretriz relativa ao monitoramento e avaliação das ações em saúde a partir de um sistema de informação: o Siasi. Contextualiza a relevância do sistema para direcionar o conhecimento e melhorias da situação de saúde dos povos indígenas, bem como aborda a avaliação em saúde como uma potente ferramenta para fornecer ampla compreensão sobre uma intervenção e subsídios para o seu aprimoramento.

Os tópicos seguintes fazem uma revisão de literatura relacionada à avaliação em saúde, análise de implantação, aspectos da política de saúde indígena e informação em saúde indígena.

No percurso metodológico, delimitou-se o objeto de estudo com a construção do modelo lógico da implantação do Siasi no DSEI-BA. Em seguida, a partir dos componentes do modelo, elaborou-se uma matriz de análise e julgamento que contém os indicadores, parâmetros, pontuações, perguntas avaliativas, entre outros elementos, para determinar o grau de implantação do Siasi. A matriz proposta foi analisada e validada por um painel de especialistas, denominados juízes, por meio

das medidas de Taxa de Concordância e do Índice de Validade de Conteúdo. A construção do modelo lógico e a construção e validação da matriz de análise e julgamento constituem na produção técnica deste estudo e são apresentados no tópico referente aos resultados.

Com base na matriz validada, foi elaborado um questionário que foi aplicado aos profissionais do DSEI-BA com diferentes relações de trabalho com o Siasi. Os dados coletados a partir do questionário alimentaram a matriz e foi realizada a somatória dos pontos obtidos e medida a proporção entre os pontos observados e os pontos esperados, gerando, assim, o grau de implantação.

Os resultados do estudo são apresentados sob a forma de três produtos gerados: dois artigos científicos e uma produção técnica, a qual consiste no modelo lógico e na matriz de análise e julgamento validados. O primeiro artigo aborda o processo de validação dos instrumentos construídos, enquanto refere-se à primeira etapa da análise de implantação propriamente dita.

Ao final estão dispostas as considerações finais, que abrangem recomendações, as referências utilizadas, os apêndices e anexo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO	23
3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA	30
4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA	33
5 METODOLOGIA	41
5.1 Tipo de estudo	41
5.2 Participantes da pesquisa	41
5.3 Coleta e fonte de dados	42
5.4 Modelo lógico	43
5.5 Matriz de análise e julgamento	46
5.6 Análise dos dados	47
5.7 Aspectos éticos	48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
6.1 Artigo Científico: Validação de um instrumento para aferição do grau de implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – Siasi	51
6.2 Artigo Científico: Análise da Implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) na Bahia	88
6.3 Produção técnica - Matriz de Análise e Julgamento de implantação do Siasi para o DSEI-BA	113
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	126
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	127
APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES	128
APÊNDICE D – ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO	129
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO	131
APÊNDICE F – MEMÓRIA DE CÁLCULO DO GI	143
APÊNDICE G – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	148
ANEXO A – PARECER DO CEP	149

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representa um marco na saúde pública brasileira. Ela garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços, os quais deverão ser integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 define a estrutura e organização do SUS e estabelece seus princípios e diretrizes, dentre os quais está a equidade, que perpassa pelo reconhecimento das desigualdades entre grupos sociais e o esforço de superar essas desigualdades por meio da redistribuição da oferta de ações e de serviços (BRASIL, 1990; TEIXEIRA, 2011).

O desafio na concretização da equidade relaciona-se com a extensão territorial e continental do país, com a complexidade do sistema público de saúde e com as diferentes variáveis imbricadas na produção das desigualdades sociais (LOPES, 2005; CNDSS, 2008; BOCCOLINI; SOUZA JUNIOR, 2016). Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada com amostra representativa da população nacional demonstrou que, apesar da recente expansão da atenção básica no país, 15% dos indivíduos com 18 anos e mais subutilizam o sistema (nunca acessaram um dos seguintes serviços: médico, dentista, aferição da glicemia ou da pressão arterial), sendo essa proporção maior dentre pessoas pobres, não-brancas, de baixa escolaridade e sem acesso ao sistema privado de saúde (BOCCOLINI; SOUZA JUNIOR, 2016).

A despeito dos diversos fatores e dimensões que envolvem as iniquidades sociais, incluindo a saúde, poucas são as iniciativas de pesquisas que abrangem a dimensão étnico-racial na produção dessas desigualdades (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; LOPES, 2005). Sabe-se que mulheres e homens, negros e brancos, indígenas e quilombolas ocupam lugares distintos na sociedade e possuem experiências desiguais de nascer, de viver, de adoecer e de morrer. Tal constatação exige que o processo de definição de políticas públicas não restrinja o conceito de igualdade ao seu aspecto formal, considerando, portanto, o impacto de intervenções e de ações sobre grupos populacionais específicos (LOPES, 2005).

Fundamentada na equidade, a Lei nº 9836/1999 (Lei Arouca) cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), componente do SUS, cujo

objetivo é ofertar atenção à saúde diferenciada para os indígenas, considerando suas especificidades culturais, étnicas e territoriais (SHANKLAND et al., 2013; WELCH, 2014). Para tanto, determina a configuração dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que se caracterizam como um modelo de organização de serviços atento à dinamicidade dos territórios indígenas (MOTA; NUNES, 2018). Atualmente existem no Brasil 34 DSEI, cujos territórios de abrangência foram definidos a partir de critérios populacionais, de disponibilidade e acesso aos serviços e de distribuição tradicional dos povos indígenas e que segue o modelo descentralizado e hierarquizado do SUS (BRASIL, 2002; SHANKLAND et al., 2013; CARDOSO, 2014).

Com o objetivo de definir as ações de saúde voltadas para a população indígena, em 2002, é aprovada e instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), por meio da portaria MS nº 254/2002. A PNASPI estabelece diretrizes para viabilizar a atenção à saúde dessa população, dentre as quais está incluído o monitoramento das ações de saúde. Nessa diretriz, é determinado que o acompanhamento e a avaliação da Política terão como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). O referido sistema deve ser organizado na perspectiva de subsidiar as ações de saúde por meio da coleta, do processamento e da análise das informações da saúde indígena no país, devendo esse ser inserido no contexto da vigilância em saúde (BRASIL, 2002). Nesse sentido, o Siasi foi instituído com a finalidade de embasar o processo de tomada de decisão de modo a atender as especificidades e necessidades de saúde dos indígenas.

Entre os anos de 1967 ao final da década de 1990, as informações da saúde indígena eram gerenciadas pela Fundação Nacional do Índio (Funai) e, de um modo geral, os dados vitais, particularmente os nascimentos e os óbitos, eram coletados nas aldeias sem que fossem consolidados, analisados ou divulgados satisfatoriamente (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Entende-se que a ausência de informações confiáveis acerca dos povos indígenas agrava sobremaneira o estado de invisibilidade dessa população, pois oculta as iniquidades sociais com as quais ela convive e dificulta o desenvolvimento de políticas para reduzi-las.

Portanto, ratifica-se que a informação, no âmbito da saúde, é uma ferramenta essencial ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da situação de saúde e contribuindo para a qualificação e efetividade das ações (CARVALHO;

EDUARDO, 1998; CARVALHO, 2009; MORAES et al., 2013; AHMADI; DAMANABI; SADOUGHI, 2014). É sabido que o conhecimento do perfil de saúde de uma população é essencial para a definição de prioridades, alocação de recursos, execução de ações e pactuações entre setores (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010; AHMADI; DAMANABI; SADOUGHI, 2014).

Referente à saúde dos povos indígenas no Brasil, Coimbra Jr. e Santos (2000) afirmam que a coleta e a análise sistemática das informações demográficas e epidemiológicas referentes à população indígena no Brasil são insuficientes e pouco confiáveis. Os autores ponderaram como urgente o estabelecimento de um sistema contínuo e ordenado de produção da informação, preferencialmente integrado aos demais sistemas nacionais de informação em saúde. Segundo Manozzo (2006), o Siasi começa a ser implantado em 1999 por meio do primeiro módulo destinado ao recenseamento das famílias indígenas de todo o país.

Assim, o Siasi foi criado com objetivos de fornecer subsídios para a construção de indicadores que analisem a saúde indígena, a organização dos serviços e dos processos de trabalho de suas equipes, auxiliando cada nível gerencial na tomada de decisão e contribuir na definição de prioridades para alocação de recursos e orientação programática (BRASIL, 2002).

Nessa direção, o DSEI passa a ser a estrutura descentralizada responsável pelo SASI-SUS, na qual a atenção básica e os serviços de referência se situam. Cada DSEI é formado, ainda, por Polos Base, que correspondem aos níveis locais de organização dos serviços de atenção à saúde indígena e são a primeira referência para as equipes multidisciplinares de saúde indígena – EMSI – que atuam nas aldeias (BRASIL, 2002; CARDOSO, 2014). A área de abrangência dos Polos Base pode envolver um ou mais municípios. O DSEI do estado da Bahia (DSEI-BA) abrange todo o estado, tem sua sede em Salvador e é formado por 10 Polos Base (sendo um Polo Base administrativo). Em 2017, o território sob responsabilidade do DSEI-BA englobava 30 municípios, nos quais estavam distribuídas 135 aldeias onde habitavam indígenas de 23 etnias (MOTA; NUNES, 2018).

A implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena no DSEI-BA iniciou-se logo após a sua criação. No início de 2016, mais de uma década depois, o Siasi passa a ser objeto de um dos resultados esperados no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) que vigorará entre 2016 e 2019. A meta pactuada no

referido instrumento é “100% dos DSEI contarem com o Siasi implementado” até o final do ano de 2019.

Sabe-se que por muito tempo a avaliação em saúde foi associada a pesquisas acadêmicas com a intenção de avaliar os serviços e estabelecimentos de saúde. No entanto, pode-se afirmar que o interesse pela avaliação não deve se restringir ao âmbito acadêmico, sendo esse processo fundamental para a rotina institucional no sentido de direcionar a tomada de decisões. Contudo, a avaliação como instrumento de tomada de decisão ainda é pouco praticada nos serviços de saúde.

Considerando a relevância do referido sistema na vigilância e no aprimoramento da atenção à saúde indígena, e, considerando a importância de institucionalizar práticas avaliativas na gestão da saúde, foi realizada a primeira etapa de uma análise de implantação desse processo. A análise de implantação consiste num tipo de estudo avaliativo, segundo os preceitos de Champagne et al. (2011a), que permite, num primeiro momento, conhecer o nível de implantação do sistema. A análise de implantação abrange ainda o estudo do contexto da intervenção, que quando realizado possibilita conhecer seus avanços, limitações e possíveis barreiras para direcionar decisões e ações.

Apesar de quase duas décadas de existência, foi constatado que poucos são os estudos que utilizam o Siasi como objeto de pesquisa: após busca refinada dos últimos 20 anos na base de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) utilizando os termos “siasi” e “brazilian indigenous health”; “siasi” e “information”; “sistema de informação” e “saúde indígena” e leitura preliminar dos resumos encontrados (15, 69 e 135, respectivamente), foram encontrados dois artigos científicos nos quais o Siasi constitui instrumento a ser estudado (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; SHANKLAND et al., 2013).

Adicionalmente, a completa implantação e funcionamento do Siasi em todos os DSEI do país compõe um dos resultados do PDSI 2016 – 2019. Esse se constitui em um instrumento de planejamento estratégico da Saúde Indígena que estabelece diretrizes, objetivos e metas para o quadriênio.

Dessa forma, consoante com as ações estratégicas pactuadas pela instituição, por meio desta pesquisa foi possível conhecer melhor as condições estruturais e o processo informacional do Siasi. Portanto, o estudo fornece

informações sobre o nível de implantação do Siasi no DSEI-BA, que pode auxiliar os gestores no planejamento e na tomada de decisões voltadas ao desenvolvimento de projetos dinamizadores que contemplem as necessidades de saúde dessa população.

Por outro lado, avaliar a fonte de informações que subsidia as ações voltadas à saúde indígena permite (re)pensar alternativas para qualificação dos dados primários e, conseqüentemente, dos indicadores em saúde, ferramentas primordiais no direcionamento de políticas para melhoria da atenção prestada. Acrescenta-se ainda que esta pesquisa contribui para ampliar o escopo de produções científicas acerca do sistema.

Desse modo, pergunta-se: qual é o grau de implantação (GI) do Siasi no DSEI-BA? O questionamento remete ao objetivo geral do estudo, que consiste em aferir o grau de implantação do Siasi no âmbito do DSEI-BA.

2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO

Avaliar não é tão somente uma atividade técnica; é prática e, sobretudo, emancipatória, pois além de fornecer aos envolvidos ampla compreensão sobre as circunstâncias de realização de uma intervenção, proporciona participação ativa no seu aprimoramento (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). É também uma atividade humana, e como tal está permeada por subjetividade, ainda que pautada em referências e métodos teóricos de estudo (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Na concepção de Santos e Cruz (2014), a avaliação traduz-se em um processo de identificação dos efeitos de uma determinada ação, configurando-se, portanto, como parte do cotidiano humano. Na perspectiva científica, porém, as autoras consideram a avaliação como ferramenta potencialmente capaz de propiciar mudanças sociais e de intervir no funcionamento das organizações.

De acordo com Cohen e Franco (2008), a avaliação é uma atividade que visa potencializar a eficácia e a eficiência de uma intervenção para obtenção de seus objetivos. Para esses autores, a eficácia é entendida como o nível de alcance desses objetivos, independentemente dos recursos investidos. Já a eficiência constitui-se na otimização dos meios utilizados para consecução das metas. Ressaltam, ainda, que a avaliação pertence ao processo de planejamento da política social e que promove a possibilidade de alinhar ações, redirecionando-as ao propósito final.

Diversos estudiosos concebem a avaliação como um processo que fundamentalmente engendra um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de suas partes, objetivando o aprimoramento da mesma e o direcionamento da tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ, 1999; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000; CHAMPAGNE et al., 2011b; SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013).

Champagne et. al (2011b) conceituam a avaliação como um dispositivo que possibilita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre um programa/intervenção, envolvendo sempre um julgamento de valor e formulando uma pergunta específica.

Para Serapioni, Lopes e Silva (2013), a avaliação em saúde é um campo de estudo que ainda está em construção conceitual e metodológica. Isso ajuda a compreender a existência de diferentes definições e abordagens. Vieira da Silva (2014) também destaca a polissemia conceitual e diversidade de abordagens existentes no campo da avaliação. Segundo a autora, essa pluralidade, além de refletir a incipiência da avaliação enquanto ciência, revela a abrangência desse campo, que comporta várias possibilidades de recorte do real.

Três elementos consensuais entre os especialistas da área sobre a avaliação são dispostos por Serapioni, Lopes e Silva (2013):

- 1) Formulação de juízo de valor para modificação de uma realidade social;
- 2) Sistemática e rigorosidade dos procedimentos de coleta de dados para o julgamento de valor;
- 3) Ferramenta indispensável para a tomada de decisões, no sentido de proporcionar todas as informações necessárias para aprimoramento da gestão.

No campo da saúde, percebe-se um crescente interesse de incluir a avaliação das ações como um processo rotineiro da gestão e imprescindível à tomada de decisão e ao planejamento estratégico situacional (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; PAIM, 2014). A avaliação tem se fortalecido como ferramenta compromissada com a mudança social e com a melhoria das ações em saúde ao tentar elucidar as complexidades dos problemas de saúde pública (SANTOS; CRUZ, 2014) e superar o senso comum (PAIM, 2014).

No âmbito institucional, Hartz (1999) afirma que mecanismos de regulação são indispensáveis para se avaliar programas públicos que orientem a tomada de decisão.

Na concepção de Champagne et al. (2011c) a modelização é uma etapa essencial em uma avaliação. Os modelos lógicos são representações descritivas de uma intervenção. São cadeias lógicas de eventos que se relacionam e representam a intervenção, sua interação com o contexto e seus efeitos. Buscam estabelecer o nexo causal entre intervenção e efeito na população (SANTOS; CRUZ, 2014).

De acordo com Hartz (1999) o modelo lógico (ML), sinônimo de modelo teórico ou de teórico-lógico reúne os principais componentes da intervenção em uma imagem de como suas ações devem supostamente funcionar. Define a ferramenta como correspondente a uma imagem-objetivo do que se pretende avaliar.

Sob esse prisma, Guimarães (2011) apresenta o ML como uma figura que ilustra graficamente os aspectos básicos de uma intervenção, desde os recursos necessários até os resultados esperados em curto e longo prazo, o que corrobora com Chaves, Silva e Rossi (2017), que também consideram o ML como uma imagem do trabalho realizado por uma organização. As autoras afirmam que essa ferramenta atrela os resultados às atividades ou aos processos de um programa, conjugando os pressupostos teóricos utilizados na sua elaboração (CHAVES; SILVA; ROSSI, 2017).

Tais conceitos remetem à tríade de Donabedian (1988), referencial-base para o campo da avaliação em saúde (AYANIAN; MARKEL, 2016). A tríade composta por estrutura, processo e resultado foi desenvolvida pelo autor para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. De acordo com Donabedian (1988), a estrutura consiste em todos os recursos necessários para proporcionar os serviços, incluindo a infraestrutura física e os equipamentos; número, vínculo e qualificação dos profissionais; normatizações; organização dos serviços; recursos financeiros, dentre outros. O processo abrange todas as atividades desenvolvidas no serviço, ou seja, se refere ao funcionamento do serviço. A partir das relações entre estrutura e processo é que são obtidos os resultados da atenção à saúde, os quais refletem os efeitos dos serviços prestados na situação de saúde da população (DONABEDIAN, 1988; AYANIAN; MARKEL, 2016).

Concorda-se com Champagne e colaboradores (2011c), quando referem que as vantagens de construir o ML são numerosas. Para esses autores, tal ferramenta possibilita explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos e responder às seguintes perguntas: o que é feito com os recursos disponíveis? Quais são os efeitos do programa e quem se beneficia deles? Quais objetivos estratégicos de longo prazo o programa pretende alcançar? Que fatores contextuais são suscetíveis de influenciar o sucesso da intervenção, e quais são os vínculos causais entre tais fatores? Além disso, o ML possibilita apreciar a diferença entre a intervenção como fora prevista e a que é de fato implantada.

A autora Hartz (1999) enfatiza que as estratégias da pesquisa avaliativa devem ser uma expressão prática do ML construído, a exemplo do estudo desenvolvido por Sousa, Santos e Frias (2014) sobre a avaliação do grau de implantação do Projeto Nascer em Pernambuco. Os autores descreveram e caracterizaram o grau de implantação das ações de prevenção e controle da sífilis

congenita preconizadas pelo Projeto nas maternidades de Pernambuco. Para tal, desenvolveram o ML do programa na perspectiva dos seus componentes técnicos – vigilância, assistência e prevenção – e a partir dele procedeu-se todo o desenho do estudo avaliativo.

Similar à pesquisa citada, neste estudo estabelece-se como opção a pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, em sua primeira fase, a qual permite documentar o grau de implantação das intervenções. Ressalta-se que em um segundo momento a análise de implantação delimita os fatores contextuais que facilitam ou dificultam a implantação de determinada intervenção, momento não realizado na presente pesquisa. Portanto, entende-se que tal tipo de estudo comporta uma parte explicativa importante, uma vez que busca compreender o desenvolvimento da intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE et al., 2011a).

O conceito de implantação refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE et al., 2011a).

É válido salientar que segundo Santos e Cruz (2014) a avaliação de processo é predominantemente tratada na literatura como avaliação de implantação ou implementação. Entretanto, as autoras ressaltam que esse tipo de estudo é também frequentemente considerado um caso particular de avaliação de processo. Afirmam que em uma avaliação dessa natureza, pretende-se verificar e julgar o estado intermediário do desenvolvimento de uma determinada intervenção.

Já a autora Vieira da Silva (2014) considera avaliação do grau de implantação e (ou) avaliação de processo como sinônimos e especifica a análise de implantação como tipo de estudo que investiga as relações entre o GI, o contexto e os efeitos das ações.

Para Denis e Champagne (1997) a análise de implantação consiste em especificar os fatores que interferem nos efeitos obtidos após ser introduzida uma intervenção. Esse processo se relaciona com a execução de um projeto, ou seja, com a sua integração a um determinado contexto organizacional. Dessa maneira, os autores afirmam que esse tipo de estudo visa compreender as condições de implantação das intervenções e os processos imbricados na consecução dos efeitos ao explicar as variações observadas (na implantação e/ou nos efeitos). Assim,

entende-se que a análise de implantação abarca elementos analíticos e não apenas descritivos.

Para relacionar os componentes da intervenção com a produção e variação dos efeitos numa avaliação, são propostos três tipos de abordagens distintos: análise da influência dos determinantes contextuais (tipo 1), da influência das variações na efetividade da intervenção (tipo 2) e análise da relação entre o contexto da implantação e os efeitos observados após implantação da intervenção (tipo 3) (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE et al., 2011b; SANTOS et al., 2015).

Ante o exposto, a análise de implantação do tipo 1 busca compreender as variações na implantação da intervenção. Nesse tipo de estudo, o GI é a variável dependente que será relacionada com as variáveis de contexto. Essa abordagem baseia-se na dinamicidade da intervenção e é útil quando é necessário compreender os fatores que explicam as variações observadas na sua implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE et al., 2011a).

Por sua vez, a análise de implantação do tipo 2 objetiva analisar a influência do GI da intervenção; ou seja, busca relacionar as variações da implantação com os efeitos observados. Em tal caso, o GI é uma variável independente e as variáveis dependentes são os efeitos obtidos após ser introduzida a intervenção. Essa perspectiva de estudo possibilita definir quais os componentes são essenciais e quais são secundários numa intervenção. Já a análise de implantação do tipo 3 estuda a influência da interação entre o contexto e a intervenção na variação dos efeitos observados, ou seja, objetiva explicar as variações dos efeitos após a introdução da intervenção. Essa última abordagem é utilizada quando se almeja documentar a dinâmica interna de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE et al., 2011a).

Nesse sentido, enfatiza-se que a análise de implantação permite investigar os processos relacionados à operacionalização do programa, verificando as facilidades e as dificuldades que podem influenciar os efeitos produzidos (SANTOS; CRUZ, 2014) e fornecendo subsídios para propor estratégias de aprimoramento, de ajustes e de melhorias da intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Ao avaliar a implantação do Projeto Nascer das maternidades aderidas ao programa em Pernambuco, Sousa, Santos e Frias (2014) caracterizaram o GI das ações de prevenção e de controle associadas à sífilis congênita considerando as dimensões de acesso adotadas no estudo, a saber: disponibilidade (incluindo

oportunidade e conformidade), aceitabilidade e responsividade. Os autores apontaram uma implantação parcial do Projeto no local de estudo e geraram diferentes recomendações para o fortalecimento das ações desenvolvidas. Segundo os pesquisadores, a avaliação permitiu o redirecionamento de determinados aspectos detectados durante o estudo, a exemplo da busca ativa de casos de sífilis em gestantes registrados nos livros e não notificados.

Por sua vez, a análise de implantação das ações de saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, realizada por Silva (2013), detectou dificuldades relacionadas ao sistema de informação da atenção básica (Siab), a exemplo de insuficiência de suportes técnico e físico, fragilidade do sistema, ausência de fidedignidade dos dados e sua não aplicação para subsidiar o planejamento.

Pesquisas de análise de implantação de sistemas informacionais em saúde ainda são incipientes, conforme pontuam Guimarães (2011) e Pereira et al. (2013). Ambas pesquisas configuraram tal tipo de estudo relativo ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em municípios de Minas Gerais e em Pernambuco, respectivamente.

Na análise de implantação do Sinasc realizada em Pernambuco, os autores puderam avaliar todo o conjunto de ações para a geração de informação pelo sistema. A pesquisa demonstrou que o Sinasc estava implantado no nível estadual, embora no âmbito regional o sistema tenha apresentado variações no GI, estando parcialmente implantado. Adicionalmente, ao desagregar os componentes definidos no estudo (gestão, distribuição e controle, emissão e preenchimento, coleta e processamento das declarações de nascidos vivos – instrumento de registro dos dados – e análise e divulgação da informação), falhas foram detectadas em diversos procedimentos. Cita-se, como problemas, o uso de instrumentos de coleta não recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), a incompletude das informações relacionadas à mãe e a insuficiência na disseminação dos dados e publicação de boletins epidemiológicos (PEREIRA et al., 2013).

Já na pesquisa desenvolvida por Guimarães (2011), foi revelado um baixo GI do Sinasc nos municípios de Minas Gerais, uma vez que a maioria das cidades apresentou implantação não adequada ou crítica. Evidenciou-se também que o nível de implantação do sistema não foi influenciado pelo porte populacional e pela condição de gestão dos municípios, fatores eleitos para representar o contexto externo da intervenção.

Por propiciar a identificação de possíveis erros, falhas ou desvios que prejudicam a adequada implantação de um programa ou intervenção, os estudos de análise de implantação desempenham um papel formativo, pois são capazes de produzir recomendações, sugerir mudanças e, por vezes, (re)conduzir ações para o alcance dos objetivos traçados em conformidade com os modelos lógicos elaborados. Esta característica constante na análise de implantação consiste em uma das suas vantagens e pode ser determinante para a eleição do método de pesquisa. Todos esses elementos podem ser evidenciados em diversos estudos que a utilizam (GUIMARÃES, 2011; PEREIRA et al., 2013; SILVA, 2013; SOUSA; SANTOS; FRIAS, 2014; OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015).

Uma questão relativa às pesquisas de análise de implantação sem consenso diz respeito a como atribuir pesos e padrões para estimar o grau de implantação. Nessa perspectiva, Guimarães (2011) explicita as etapas para o estudo de avaliabilidade, definido como o planejamento da avaliação. São elas: identificação dos propósitos e objetivos da intervenção, que abrange a exploração do objeto a ser avaliado; identificação dos participantes; construção e validação do ML; construção do quadro de medidas (definição dos critérios, parâmetros e indicadores da avaliação); por fim, a construção e negociação da matriz de análise e julgamento (MAJ). Uma vez que o presente estudo foi delimitado na fase descritiva da análise de implantação, isto é, na aferição do GI, algumas das etapas citadas constituirão parte de sua metodologia e serão descritas no referido tópico.

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA

A política indigenista no Brasil é caracterizada pela forte presença do poder público, embora associada a entidades religiosas e civis. A atuação institucional do Estado nessa política iniciou-se em 1918 por meio do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), o qual foi substituído no ano de 1967, durante a ditadura militar, pela Funai. Os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos sociais: saúde, educação, proteção às tradições, aos direitos fundiários, entre outros. No entanto, as referidas instituições nunca lograram o cumprimento pleno de suas competências e apresentavam como característica a prática da tutela, a qual tolhia a participação ativa dos indígenas sobre seus direitos. Esse cenário começou a ser modificado a partir da Constituição de 1988, cujos avanços refletiram positivamente na política indigenista (CARDOSO et al., 2012; GARNELO, 2012).

Nessa perspectiva, a efetivação do SUS como política de proteção social comprometida com a redução das desigualdades moldou, em 1999, o surgimento do SASI-SUS, considerado, como afirma Garnelo (2012), um subproduto do SUS. Parte integrante do SUS, o SASI-SUS foi criado para promover uma atenção diferenciada à população indígena, tendo, portanto, uma estrutura separada para a provisão dos serviços de saúde (DIEHL; LANGDON, 2015).

Após a promulgação da Lei Arouca, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão vinculado ao MS tornou-se responsável por coordenar e executar as ações de saúde indígena. Em 2010, porém, o MS passou a ser o gestor do referido Subsistema, por meio da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), a qual assumiu as atribuições antes designadas à Funasa (GARNELO, 2012; SHANKLAND et al., 2013; DIEHL; LANGDON, 2015).

Pontua-se, dessa maneira, que antes do estabelecimento do SASI-SUS e da promulgação da PNASPI, essa política setorial não estava adequadamente inserida no país e consistia em ações isoladas (CARDOSO et al., 2012).

Nesse contexto, faz-se mister evidenciar os contrastes e as desigualdades em saúde vivenciadas pelos indígenas em relação a outros segmentos populacionais, sobretudo a partir das informações em saúde. Coimbra Jr. e Santos (2000) consideram o uso dessa ferramenta como essencial para o avanço da equidade.

Tal questão demonstra tamanha relevância, confirmada a partir de diversos estudos, incluindo pesquisas com determinados grupos étnicos, as quais indicam que ainda existem relevantes e persistentes disparidades relativas aos indicadores de saúde entre as populações indígenas e não-indígenas no país (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; SANTOS; COIMBRA JR., 2008; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; CARDOSO et al., 2012; FERREIRA et al., 2012; COIMBRA JR. et al., 2013; TOLEDO et al., 2013).

O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena realizado entre 2008 e 2009 destaca as lacunas de serviços públicos essenciais para os indígenas residentes em aldeias, a exemplo do acesso ao saneamento básico e à água potável e a gestão de resíduos. Segundo o estudo, somente 19% dos domicílios indígenas em todo o país possuíam banheiro dentro de casa e a maioria contava com acesso restrito à coleta de lixo. Concernente às condições de saúde, mais da metade (51,2%) das crianças menores de cinco anos estavam anêmicas e a proporção nacional de hospitalizações dessa população nos últimos 12 meses foi alta – 19,3% – sendo as diarreias e as infecções respiratórias causas frequentes de internações. Ainda, uma a cada quatro crianças nessa idade sofriam de desnutrição crônica (COIMBRA JR. et al., 2013).

O Inquérito evidenciou importantes desigualdades que marcam a fronteira entre o indígena e o não indígena no país, sendo significativa a deficiência de saneamento básico (mesmo nas localidades em que o acesso é facilitado por estradas ou estão próximas a centros urbanos) e a alta prevalência de anemia e de desnutrição crônica entre crianças (COIMBRA JR. et al., 2013; COIMBRA JR., 2014).

Outro exemplo da iniquidade social de saúde ainda incidente sobre os indígenas é a alta taxa de mortalidade infantil entre os Xavantes do Mato Grosso. No período de 1999 a 2004, esse indicador foi de 96,7 a cada mil indígenas nascidos vivos (SOUZA et al., 2011).

Welch (2014) narra, em artigo que compõe uma série de estudos do Fórum Saúde e Povos Indígenas, alguns dos desafios contemporâneos para a saúde indígena, com o exemplo local das desigualdades e dificuldades no cuidado à saúde apresentado por uma liderança comunitária Xavante do Mato Grosso. Dentre as limitações expostas, elencam-se as grandes distâncias das aldeias para os Polos Base, ou para a sede ou para a Casai e/ou município de referência; a

insuficiência/ausência de meios de comunicação; a falta de medicamentos, sobretudo insulina e anti-hipertensivos; ausência de planejamento para o processo de trabalho das equipes de saúde (entradas irregulares e não anunciadas nas aldeias); infraestrutura precária das unidades básicas de saúde indígena (UBSI); ausência de manejo seguro do lixo; limitado acesso à água tratada; fraca atuação do DSEI no encaminhamento de pacientes para a rede SUS.

Em outro artigo da série, Cardoso (2014) expõe que a vulnerabilidade dos povos indígenas, seus obstáculos e necessidades específicas estão enraizados nos princípios da atenção diferenciada e do controle social, segundo os quais as peculiaridades das comunidades requerem serviços específicos e concebidos de forma adequada a cada contexto.

4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA

A informação em saúde é compreendida como uma potencial ferramenta para efetivação dos princípios constitucionais e legais na área da saúde. Trata-se de um elemento estruturante para a universalidade, integralidade e equidade social. Ações como a elaboração de linhas de cuidado, controle de doenças e planejamento de ações de promoção e prevenção da saúde em territórios são viabilizadas devido à produção e uso de dados informacionais (BRASIL, 2016).

Portanto, a informação em saúde é um valioso instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica. Ela subsidia o planejamento responsável, a gestão, organização, execução e avaliação das ações em todos os níveis do SUS (CARVALHO; EDUARDO, 1998; CARVALHO, 2009; MORAES et al., 2013; BRASIL, 2015), consistindo em potenciais insumos tanto para usuários, como para os profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

Segundo Carvalho e Eduardo (1998), não é possível exercer gerência em nenhum setor social se não existir um sistema de apoio à decisão que se sustente na informação.

Para Shekelle e Goldzweig (2009), o uso adequado da informação em saúde possibilita a melhoria das condições de saúde em um país ao transformar a prestação dos serviços, tornando-os mais seguros, mais eficazes e mais eficientes. Dessa maneira, o acesso universal e equitativo às informações de saúde é reconhecido como uma importante estratégia para reduzir as disparidades de saúde no mundo (GODLEE et al., 2004).

Uma vez que a finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas sanitários de uma população, essa área não se restringe ao setor da saúde em si, devendo haver interação com sistemas de informação de outros setores (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016). A atual Política Nacional de Informação e Informática em Saúde define a informação como prioridade intergovernamental, uma vez que o sistema de saúde brasileiro requer instrumentos de gestão cada vez mais complexos (BRASIL, 2016).

Entretanto, alguns autores apontam que o processo de produção, gerência e uso da informação em saúde atualmente não respondem às demandas de seus diferentes usuários (gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade

civil) nos diferentes níveis de gestão – federal, estadual e municipal (CARVALHO, 2009; FERLA; CECCIM; ALBA, 2012; MORAES et al., 2013).

A configuração atual do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SIS) parece explicar em parte esse problema. De acordo com Carvalho e Eduardo (1998), sistema de informação é um conjunto de procedimentos organizados que quando executados proveem informação que dá suporte a uma instituição. Em geral, o sistema processa dados e os apresenta para os usuários, responsáveis pela sua interpretação.

Definição semelhante é adotada por Carvalho (2009), quando relata que os sistemas de informação proporcionam as condições necessárias para realizar a coleta de dados, o processamento, armazenamento, consolidação, análise, transmissão e difusão das informações.

Ahmadi, Damanabi e Sadoughi (2014) afirmam que os sistemas de informação constituem parte fundamental do sistema de saúde pois proveem informações necessárias para os tomadores de decisões e formuladores das políticas públicas, bem como avaliam políticas e seus efeitos, elegendo ações prioritárias.

Nessa perspectiva, a utilização dos sistemas de informação em saúde é um recurso para a gestão estratégica em saúde (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011). Para garantir o uso potencial dessa ferramenta, Shekelle e Goldzweig (2009) evidenciaram que alguns fatores estão associados com o sucesso da implementação de sistemas de informação em saúde: escolher um sistema fácil e intuitivo, que requeira pouco treinamento para os usuários; eleger um sistema que possa ser modificado facilmente e garantir que o processo de decisão para desenvolver ou selecionar determinado sistema seja participativo.

Cavalcante e Pinheiro (2011) pontuam que os sistemas de informação em saúde surgem como resultado da implementação do paradigma das tecnologias da informação, as quais têm estabelecido desafios neste novo contexto da informação eletrônica. Conforme ressalta Carvalho (2009), porém, os recursos tecnológicos são insuficientes quando considerados isoladamente, pois o processo de produção da informação depende da adequação de todas as etapas envolvidas.

Dessa maneira, sabe-se que o constante aperfeiçoamento do processo informacional requer a avaliação dos problemas de qualidade dos dados, tendo importância fundamental para consolidação dos sistemas de informação, pois

somente reconhecendo as limitações dos sistemas é possível utilizá-los em toda sua potencialidade (BRASIL, 2015).

Para Cavalcante e Pinheiro (2011), a insuficiência de dados gera dificuldades aos profissionais de planejar a atenção à saúde e de tomar decisões sustentadas por informações de qualidade. Ainda segundo esses autores, os sistemas de informação em saúde são incompatíveis, incertos e de difícil manipulação, sendo que muitos ainda não são fidedignos para uso no processo de tomada de decisão.

Ao discorrer sobre a Rede Interagencial de Informações para Saúde – RIPSa, Risi Junior (2010) afirma que a dificuldade de acesso e apropriação das informações para fins gerenciais provém da existência de múltiplas e desagregadas fontes de informação, cada qual com suas próprias especificidades e limitações.

Segundo Nascimento, Maia-Herzog e Sabroza (2012), a despeito das melhorias obtidas na informatização e comunicação em saúde após o processo de descentralização do SUS, ainda existe uma grande necessidade de avanço no sentido de integrar os sistemas de informação existentes e de melhorar a informatização, objetivando maior produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde.

Consoante aos demais autores, Moraes et al. (2013) afirmam que a fragmentação das informações em saúde no Brasil transcende as limitações tecnológicas, pois consiste em reflexo da racionalidade organizativa fragmentada e fragmentadora do Estado brasileiro. Portanto, essa questão não pode ser superada apenas com recursos tecnológicos como a interoperabilidade entre os sistemas de informação e adoção de padrões (MORAES et al., 2013), diretrizes enfatizadas na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (BRASIL, 2016).

Desse modo, reconhecer que o processo informacional é imprescindível para a efetivação e melhoria das ações e serviços de saúde explicita a necessidade de exploração do tema, sobretudo para as populações mais vulneráveis, como são os povos indígenas.

Embora as desigualdades entre a população geral e indígena já estejam alicerçadas em muitos estudos (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; SANTOS; COIMBRA JR., 2008; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; CARDOSO et al., 2012; FERREIRA et al., 2012; COIMBRA JR. et al., 2013), os autores Sebastián e Hurtig (2007) afirmam que é necessária uma perspectiva mais ampla das pesquisas

para identificar as necessidades de saúde das populações indígenas, de forma a embasar intervenções de saúde pública significativas para esses grupos.

Os autores, que realizaram uma revisão sobre estudos de saúde da população indígena na América Latina, apontam a dificuldade de obter informações demográficas e epidemiológicas confiáveis e representativas sobre esse público nos países pesquisados, fato que compromete a formulação de políticas públicas e impede o adequado planejamento e avaliação das ações de saúde voltadas para os indígenas (SEBASTIÁN; HURTIG, 2007). Essa precariedade da informação na saúde indígena é corroborada em diversos estudos que demonstram a fragilidade, ausência ou dificuldade de acesso às informações disponíveis (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; SOUZA et al., 2011; NASCIMENTO, MAIA-HERZOG e SABROZA, 2012; SILVA, 2013).

Sobre isso, convém destacar que em 2008 o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde, intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil” abordou a dificuldade de caracterização das condições de saúde dos povos indígenas em decorrência da limitação dos dados disponíveis e sua baixa confiabilidade. O relatório também pontua a recente implantação do Siasi, que então existia há quase uma década, porém que não funcionava a contento (CNDSS, 2008).

Nesse sentido, Coimbra Jr. (2014) alega que os estudos sobre as comunidades indígenas disponíveis não permitem a extrapolação de seus resultados para contextos étnicos maiores ou macrorregionais, por mais relevantes que sejam. O autor ainda argumenta que os esforços no sentido de explorar as bases do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica (SIVEP) também esbarram em limitações importantes, com destaque para a dificuldade de se identificar etnias específicas, aldeias ou mesmo terras indígenas nesses sistemas. Convém ressaltar que o Siasi não é citado como fonte de dados para a análise.

Conforme já explicitado, o Siasi foi concebido especificamente para atender às especificidades da população indígena. Logo, o planejamento de sua estrutura e lógica de funcionamento são voltados para tal finalidade. Assim, o sistema é composto por diversos módulos: demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento gestacional, óbitos, entre outros. Segundo Sousa, Scatena e Santos (2007), os diversos módulos devem possibilitar a

geração de relatórios específicos, os quais permitiria a avaliação de aspectos de estrutura, processo e resultados relativos à atenção à saúde indígena.

Ainda nessa direção, os autores citados enfatizam que o Siasi se caracteriza por focar no indivíduo, indicando que toda a entrada de dados é realizada a partir do nome da pessoa no módulo demográfico, o qual é configurado como chave do sistema. Cabe ainda informar que o Siasi é estruturado em duas plataformas: a *web* (Siasi *web*), com base de dados em Brasília, permite consulta e extração de informações pela internet, e o Siasi local, no qual são inseridos os dados e gerados relatórios locais, de onde são enviados os lotes contendo as informações consolidadas para o Siasi *web* (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Por conseguinte, o fluxo de produção das informações em saúde indígena deve percorrer todo o território distrital, abrangendo a coleta de dados em instrumentos padronizados nas aldeias, a digitação, o envio de lotes e análises locais nos Polos Base e o processamento, a consolidação, análise, produção de relatórios e divulgação na sede do Distrito, onde concentra-se toda a gestão de ações de saúde na Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI).

Não obstante, Nascimento, Maia-Herzog e Sabroza (2012) afirmam que os relatórios produzidos a partir do Siasi, bem como as análises feitas pelos profissionais dos Distritos sobre a alimentação e o uso desse sistema sugerem baixa confiabilidade das suas informações.

Da mesma maneira, em estudo que avaliou a implantação das ações de saúde bucal em uma cidade do Amazonas, pertencente ao DSEI Alto Rio Negro, Silva (2013) revela diversas dificuldades para funcionamento do Siasi, a saber: irregularidade na periodicidade de alimentação do sistema, sobretudo decorrente de insuficiência logística para deslocamento das EMSI; carência de profissionais capacitados para manejo do Siasi; exígua disponibilidade de recursos físicos e de rede (computadores e internet); falhas encontradas no sistema, a exemplo de ausência de campos para inserção de alguns dados de saúde bucal e inexistência de equipe habilitada para prestar apoio e treinamento aos profissionais responsáveis por operar o sistema. O autor destaca, ainda, que a ineficácia do processo informacional no âmbito do referido Distrito pode implicar no atraso dos repasses financeiros, fato que exacerba os obstáculos já existentes para efetivação das ações voltadas à atenção à saúde bucal (SILVA, 2013).

Enquanto Basta, Orellana e Arantes (2012) reconhecem que o surgimento do Subsistema e o desenvolvimento do Siasi permitiu a coleta mais regular e abrangente dos dados demográficos e epidemiológicos das populações indígenas, Sousa, Scatena e Santos (2007) destacam algumas falhas na concepção e no funcionamento desse mesmo sistema.

Dentre os problemas na constituição do Siasi, os autores revelam a não inclusão de variáveis essenciais ao traçado do perfil epidemiológico, porém a inclusão de outras variáveis que seriam dispensáveis; ênfase no componente relacionado à informatização do sistema em detrimento da abordagem nas etapas essenciais ao processo de informação em saúde; ausência de envolvimento do órgão gerenciador da maioria dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, à época, o Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI na criação do Siasi (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Como fatores limitantes do sistema, os pesquisadores expõem a coleta de dados realizada por diferentes profissionais, fato que aumenta a probabilidade de inconsistências e erros; o excessivo número de instrumentos de coleta; a alta rotatividade dos profissionais da saúde indígena; a inexistência de comunicação do Siasi com os outros sistemas de informação do Ministério da Saúde. Algumas dessas limitações são comuns a outros sistemas de informação. Por fim, revelam que, adverso a um dos seus objetivos – facilitar a participação social no acompanhamento das ações de saúde (BRASIL, 2002) – o Siasi não disponibiliza ao público as informações produzidas. Tais elementos impossibilitam que o Siasi funcione, de fato, como um instrumento para a vigilância em saúde, alegam os autores (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007), questão corroborada por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP, 2015).

Por outro lado, Sousa, Scatena e Santos (2007) também elencam as potencialidades do sistema, a exemplo da integração de múltiplas informações, fato que possibilita o conhecimento da situação geral de saúde dos indígenas, uma vez que o sistema é focado no indivíduo e composto por diversos módulos. Somado a isso, o Siasi possibilita diversificadas análises, desagregando dados a níveis de aldeias e etnias ou de família/indivíduo; proporciona também a transferência dos dados entre aldeias, entre Polos Base ou entre DSEI, em caso de migração de indígenas. Complementarmente, os autores ponderam que o Siasi é um sistema simples e de fácil manuseio, construído para ser operacionalizado e analisado nas

instâncias locais desde que os profissionais sejam capacitados (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

No DSEI-BA, o Siasi apresenta baixa confiabilidade dos seus dados, não sendo a única fonte de informação utilizada pelos gestores. Dessa maneira, a produção de informação no Distrito deriva também de planilhas que são alimentadas pelos Polos Base, à semelhança dos diferentes módulos do Siasi, incluindo os dados demográficos. Tais instrumentos são enviados, em periodicidade pré-estabelecida, por meio de endereço eletrônico aos integrantes da equipe da DIASI. Cada membro da equipe é responsável técnico (RT) por uma ou mais áreas programáticas de saúde, a saber: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Sexual, Vigilância do Óbito, Imunização, dentre outras.

Importa saber que para cada área programática existe mais de um instrumento que deve ser monitorado pelos RT. Atualmente existem pelo menos 48 planilhas que são monitoradas semanal, mensal (88% destas), trimestral ou semestralmente, para cada um dos nove Polos Base assistenciais que constituem o DSEI-BA.

Nota-se, portanto, que o referido processo de produção da informação é fragmentado e frágil, uma vez que a ferramenta utilizada para consolidação (planilha) carece de critérios e de métodos que minimizem a ocorrência de erros. Nesse sentido, Basta, Orellana e Arantes (2012) expõem a necessidade de cuidado na obtenção dos dados, sobretudo os populacionais. Afirmam que esses dados devem ser os mais confiáveis, já que corresponderão a base de cálculo para a maioria dos indicadores em saúde.

Ademais, o uso de planilhas torna o fluxo de dados mais complexo, por envolver diferentes arquivos que precisam ser transmitidos um a um por endereço eletrônico e por demandar um maior esforço para compilação e análise dos dados (é necessária a produção de um banco de dados, também em planilha, para análise de cada programa ou agravo).

Somado a isso, cabe apontar que no DSEI-BA existe uma etapa que antecede a coleta de dados para cadastro individual no Siasi. Trata-se de um processo de autodeclaração e declaração coletiva étnica advindo de uma decisão judicial a partir de uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal na Bahia em 2013. A motivação para tal processo perpassa pelas diversas disputas e pela morosidade relacionadas à demarcação de terras indígenas no estado. As

etapas para o cadastramento dos indígenas envolvem: formação de comissão local de anciãos por etnia; preenchimento de autodeclaração étnica pelo indígena; apreciação da autodeclaração pela comissão de anciãos e preenchimento da declaração coletiva, caso ratificada; encaminhamento das declarações à Funai para homologação e posterior envio ao DSEI-BA. Cumprida essa etapa, o cadastro do indígena é inserido no sistema.

Dessa maneira, torna-se fundamental uma busca pela compreensão sobre o atual processo de funcionamento do Siasi no DSEI-BA, com vistas a fornecer evidências que subsidiem e justifiquem a necessidade de ações que redirecionem e aprimorem a produção de informação no DSEI-BA por meio do sistema. Produzir informações confiáveis e em tempo oportuno é essencial para efetivar uma melhor gestão e, conseqüentemente, uma atenção à saúde indígena mais qualificada e adequada às suas necessidades.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa, nos moldes de Champagne et al. (2011b), que analisou a implantação do Siasi no DSEI-BA em 2018 por meio do estudo de um caso com abordagem quantitativa. A pesquisa tem como foco as dimensões de estrutura, processo e resultado (CHAMPAGNE et al., 2011a) e mediu e julgou o grau de implantação do Siasi no DSEI-BA em 2018.

Cabe destacar que os estudos avaliativos são reconhecidamente caracterizados pela não neutralidade do pesquisador, pela dificuldade de replicação e generalização de seus resultados (SANTOS; MELO, 2011). Nesse sentido, a subjetividade inerente às pesquisas avaliativas perpassa desde a escolha do objeto a ser investigado. Neste estudo, a proximidade e inserção pregressa da pesquisadora em relação ao tema poderia constituir um fator limitante. Contudo, os aspectos metodológicos considerados essenciais para realização de uma avaliação foram adotados com o intuito de minimizar tais fatores.

Isso posto, expõe-se que a metodologia da pesquisa foi organizada em três momentos: construção do ML da intervenção; elaboração e validação da MAJ por um painel de especialistas (1ª fase de coleta de dados) e aplicação de questionário para pontuação na matriz e determinação do GI (2ª fase de coleta de dados). A metodologia de construção do ML e da MAJ é mais detalhada nos tópicos 5.4 e 5.5, respectivamente.

5.2 Participantes da pesquisa

Foram convidados a participar deste estudo todos os trabalhadores envolvidos diretamente com a inserção de dados no Siasi, com o monitoramento e produção das informações, os gestores locais (Coordenadores dos Polos Base), além do gestor da DIASI. Para a etapa de apreciação e validação da matriz (detalhada no tópico 5.5), foram convidados dez participantes que constituiriam o painel de especialistas (juízes). Os critérios utilizados para seleção desses juízes foram: ter conhecimento e experiência de trabalho com o Siasi (objeto do instrumento), compreender metodologicamente o processo de construção de

indicadores e/ou ter conhecimento ou experiência no campo de monitoramento e avaliação em saúde.

De acordo com Davis (1992), um dos métodos mais utilizados para negociar e avaliar um instrumento é o painel de especialistas. Para essa autora e também para outros pesquisadores, eleger os membros do painel de especialistas exige a observância de alguns critérios, dentre eles, se o indivíduo possui experiência com o objeto em análise (LYNN, 1986; DAVIS, 1992; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Além da qualificação, o número de juízes necessários para avaliar um instrumento é outro ponto fortemente abordado pelos pesquisadores da área (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006; ALEXANDRE e COLUCI, 2011). Lynn (1986) considera ideal o mínimo de cinco e o máximo de dez juízes para a validação do conteúdo de um instrumento.

Ante o exposto, foram convidados a participar da pesquisa todos os técnicos alimentadores do Siasi local, os coordenadores dos nove Polos Base assistenciais, os responsáveis técnicos da DIASI, o atual gestor da DIASI e um ex-gestor pesquisador da Saúde Indígena, além de três trabalhadores da Secretaria Especial de Saúde Indígena no nível nacional. Àqueles que concordassem em participar da pesquisa após leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi pedido que o documento fosse assinado e enviado à pesquisadora por meio digital. Uma vez que os participantes não foram totalmente coincidentes nas fases de apreciação da matriz e de questionário autoaplicável, foram elaborados dois TCLE para cada momento da pesquisa (APÊNDICES A e B).

Na etapa de apreciação e validação da matriz, constituíram o painel de juízes cinco dentre os dez convidados (50%). Todos os respondentes possuíam alguma experiência e/ou curso na área de monitoramento e avaliação em saúde. Já dentre os 41 convidados a responder o questionário, 20 participaram (50%). Cabe destacar que o(a) trabalhador(a) na função de gestor(a) da DIASI, embora convidado(a), não participou do estudo.

5.3 Coleta e fonte de dados

A coleta de dados da referida pesquisa foi realizada após a construção do ML em duas etapas e ocorreu no período de fevereiro a abril de 2018.

A primeira fase de coleta consistiu na análise e validação da MAJ pelos juízes. Para convidar os participantes nessa etapa, foi elaborada uma carta-convite (APÊNDICE C). Foi elaborado também um instrumento que orientou a análise da matriz (APÊNDICE D).

A segunda fase da coleta consistiu na aplicação de um questionário (APÊNDICE E) *online* que continha as perguntas avaliativas relacionadas ao trabalho com o Siasi no DSEI-BA e dispostas na MAJ. Tal questionário foi viabilizado pela ferramenta de formulários do *Google* e disponibilizado por um caminho na *web* encaminhado ao endereço eletrônico do(a) convidado(a). A realização do questionário *online* visou tornar a participação mais imparcial, além de mais confortável por garantir o anonimato. Considerando os convidados e suas inserções de trabalho, assumiu-se que o acesso à informática para responder ao questionário não seria um fator dificultante.

A coleta de dados ocorreu durante os dois meses subsequentes à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. O prazo de resposta solicitado foi de um mês a partir da data de envio do sítio eletrônico. Foi possível extrair informações de escolaridade, tempo de trabalho na saúde indígena, tipo de vínculo empregatício, além de dados sobre o processo de trabalho e rotina de serviço com o sistema de informação. No entanto, como nem todos os convidados responderam à pesquisa, alguns critérios a serem aferidos necessitariam de outra fonte de informação e essa foi uma das limitações do presente estudo.

5.4 Modelo lógico

Hartz (1999), ao analisar a avaliação de programas públicos dirigida para a aferição de resultados, pontua que a principal vantagem de uma avaliação orientada por um modelo lógico é a possibilidade de responder como e por que as intervenções atuam na população. Afirma que os modelos lógicos são fundamentais para a reprodução ou validade externa das intervenções governamentais em larga escala. Segundo relata, no Canadá, esse instrumento constitui uma exigência governamental para avaliar as intervenções do governo desde o início da década de 1980.

A construção do ML de avaliação inclui o problema visado pela intervenção, a população alvo e o contexto, além do conteúdo do programa e seus atributos necessários para produção isolada ou integrada dos efeitos esperados (HARTZ, 1999).

O ML construído para este estudo foi feito com base nas considerações de Medina et al. (2014) e no estudo de Guimarães (2011). Medina et al. (2014) aponta dois grandes métodos para elaboração desses modelos: o primeiro utiliza, como ponto de partida, os efeitos esperados pela intervenção, elencando depois as atividades do programa e seus recursos. O segundo método parte da seleção dos componentes necessários para a intervenção, desencadeando daí as atividades e os efeitos esperados. Elaborou-se o ML por meio da segunda metodologia.

Além disso, algumas etapas foram respeitadas, conforme trazido pela literatura: utilização de diversas fontes para coleta das informações sobre o programa – alguns documentos embasaram a construção do modelo, tais como: a PNASPI, o manual de instruções do Siasi, a decisão judicial para a realização do censo indígena no DSEI-BA, Notas Técnicas institucionais, o PDSI 2016-2019, além de um documento orientativo do Siasi da instituição. As demais etapas se referem à definição clara da intervenção e do seu contexto, identificação dos elementos do ML e desenho do modelo (MEDINA et al., 2014).

No modelo lógico elaborado neste estudo, a dimensão estrutura foi composta por três subdimensões – instalações físicas, trabalhadores e recursos materiais e recursos logísticos, nas quais foram considerados os componentes: instalações físicas, trabalhadores, recursos logísticos e recursos materiais, equipamentos de informática, acesso à internet, manual instrucional e atualização do sistema.

Por sua vez, a dimensão processo também foi formada por três subdimensões – cadastro dos indígenas, produção dos dados e gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações, constituídas pelos seguintes componentes: comissões locais indígenas, declarações indígenas - autodeclaração e declaração coletiva, envio das declarações para a Funai, Declaração Institucional da Funai, Devolução das Declarações pela Funai, capacitação dos trabalhadores, instrumentos de coleta de dados, cadastro do indivíduo no Siasi, alimentação dos dados no Siasi, geração e envio de lotes, reenvio de lotes, relatórios do Siasi *web*,

análise dos indicadores de saúde, elaboração dos relatórios de gestão, planejamento das ações e divulgação das informações.

Por fim, a dimensão resultado foi composta por uma única subdimensão denominada informação para ação que, por sua vez, tinha um único componente: processo decisório baseado em evidências.

A figura 1 a seguir ilustra o modelo lógico da implantação do Siasi no DSEI-BA elaborado.

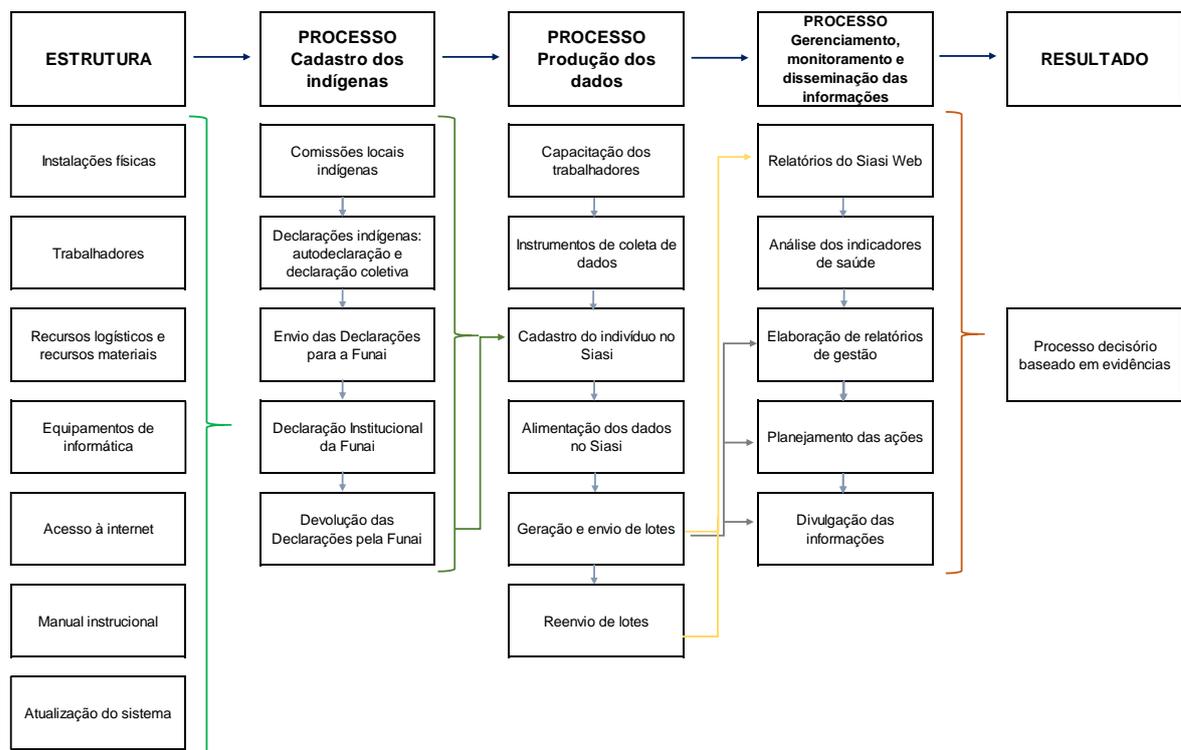


Figura 1 – Modelo lógico da implantação do Siasi no DSEI-BA

Por fim, cabe salientar que o funcionamento adequado do Siasi é compreendido, neste estudo, com base nos elementos constituintes do modelo teórico/lógico, os quais serão julgados a partir da MAJ para estabelecimento do GI do Siasi. São eles: instalações de parque computacional e rede de internet adequadas; cadastro dos indivíduos realizado para o sistema; coleta e inserção dos dados de saúde regularmente no sistema; extração de relatórios para análise da situação de saúde (GUIMARÃES, 2011; PEREIRA et al., 2013).

5.5 Matriz de análise e julgamento

A MAJ estabelece os critérios, parâmetros e pontuações para análise e interpretação dos dados coletados a fim de definir o GI da intervenção (ALVES et al., 2010). Essa etapa faz-se necessária uma vez que a avaliação não se limita a descrever uma ação social, mas visa também emitir um juízo de valor sobre seu objeto de análise. Portanto, é necessário identificar um ou mais critérios pelos quais a intervenção será avaliada (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013).

Segundo Wynd, Schmidt e Schaefer (2003), a validação é uma etapa essencial no desenvolvimento ou adaptação de um instrumento. Validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade do constructo são as técnicas por meio das quais pode-se validar um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Neste estudo, elegeu-se a técnica da validação de conteúdo para validar a MAJ por representar a medida de conteúdo de um instrumento (POLIT; BECK, 2006; SALMOND, 2008) e determinar se este ou os seus itens exploram, adequadamente, os aspectos para mensuração do objeto investigado (JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A MAJ proposta com base no ML elaborado foi apresentada no item anterior. A MAJ está dividida por dimensões, subdimensões e componentes que abrangem a estrutura para implantação do sistema, o cadastro dos indígenas, a produção de dados e o gerenciamento das informações, itens explicitados no ML. Os demais elementos constantes na matriz são: critério, pergunta avaliativa, parâmetro, pontuação, premissa e fonte de informação.

A matriz proposta foi avaliada pelos participantes do primeiro momento, que compuseram um painel de juízes e analisaram a abrangência da dimensão e da subdimensão em relação ao critério, medida pela taxa de concordância – TC (1 = concordo ou 0 = não concordo), bem como a clareza de cada critério proposto, medida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) a partir de uma escala Likert com variação de um a quatro (1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = claro ou 4 = muito claro).

A TC é obtida pelo cálculo do percentual de juízes que concordaram com a abrangência do critério proposto em cada item – primeiro momento (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). O IVC também mede a proporção dos juízes que

estão em concordância sobre determinados aspectos ou atributos do instrumento e/ou de seus itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), porém seu cálculo é realizado pelo número de juízes que responderam “3” ou “4”, em cada item, dividido pelo número total de juízes (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006). Ou seja, o IVC é a proporção de juízes que consideraram o item claro.

A escala de pontuação prevista na matriz para cada um dos critérios estava relacionada às respostas da pergunta avaliativa da seguinte maneira: SIM = 1; PARCIAL = 0,5; NÃO = 0.

Para este estudo, foram estabelecidas como subdimensões: instalações físicas; trabalhadores; recursos logísticos e recursos materiais; cadastro dos indígenas; produção dos dados; gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações; informação para ação.

5.6 Análise dos dados

Os dados coletados nas fases validação da MAJ e aplicação do questionário foram sistematizados e analisados no programa Microsoft Excel versão 15.0 (Office 2013).

A obtenção do GI ocorreu da seguinte maneira: para cada critério foi utilizada como pontuação a média dos pontos de cada respondente. Após, foi medida a proporção entre os pontos observados e os pontos esperados – 1 ponto para cada critério (APÊNDICE F). Assim, o GI foi determinado pela equação $GI = (\sum \text{ponto observado} / \sum \text{ponto estimado}) \times 100$ (OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015).

Para classificar o GI obtido, as proporções foram categorizadas em quartis conforme a tabela 1 abaixo. Esses pontos de corte foram utilizados no estudo de implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil (OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015).

Tabela 1 - Parâmetros para a classificação dos casos conforme os graus de implantação

Pontos de corte	Grau de implantação
76% a 100%	Implantado
51% a 75%	Parcialmente implantado
26% a 50%	Baixo nível de implantação
Abaixo de 26%	Implantação incipiente

FONTE: Oliveira; Natal; Camacho, 2015.

5.7 Aspectos éticos

Para a consecução da coleta de dados, foi solicitada uma autorização à Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (APÊNDICE G). Tal autorização fez parte do protocolo de pesquisa que foi submetido à apreciação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), mediante submissão deste projeto na Plataforma Brasil. Ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados e apresentados aos participantes. Além disso, será entregue à Coordenação Distrital o relatório final da pesquisa.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram e enviaram o TCLE correspondente (APÊNDICES A ou B), elaborado segundo critérios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege a pesquisa envolvendo seres humanos. Por tratar-se de pesquisa cujo objeto está relacionado com a saúde das populações indígenas, esta pesquisa preconizou o respeito aos aspectos éticos relativos à “visão de mundo, costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças linguísticas e estrutura política”, conforme preconizado pela Resolução nº 304/2000 do CNS.

Foi explicada aos participantes a importância do consentimento por escrito, garantindo-lhes a confidencialidade, sigilo, privacidade e anonimato, além da possibilidade de desistir de integrar a pesquisa a qualquer momento. Além de a participação ter sido voluntária, é facultado ao participante desistir da sua

participação a qualquer tempo, sem ônus ou prejuízo de qualquer natureza. O mesmo não teve qualquer despesa com sua participação.

Os riscos decorrentes da participação nesta pesquisa são mínimos. Incluíram eventuais desconfortos dos participantes ao responder as perguntas do questionário. Nesse sentido, destacou-se que o(a) convidado(a) poderia se recusar a responder quaisquer perguntas. Incluem ainda riscos de repercussões ou resultados negativos ao uso da própria ferramenta Siasi no âmbito do DSEI-BA, por eventual subutilização, descredibilização dos dados gerados a partir do sistema ou mesmo seu uso indevido.

Por fim, ressalta-se que todos os documentos referentes ao estudo serão guardados pela pesquisadora responsável durante cinco anos, quando então serão destruídos.

Este estudo foi aprovado pelo CEP da UEFS conforme parecer nº 2.372.456 (ANEXO A), estando em concordância com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa serão apresentados sob a forma de três produtos: dois artigos científicos e uma produção técnica, sendo esta última a MAJ validada. Tal instrumento pode ser utilizado no DSEI-BA pela própria instituição, e uma vez adequado poderá ser utilizado nos diferentes âmbitos do SASI-SUS, em outros estudos. Os três tópicos a seguir configuram os produtos supracitados.

6.1 Artigo Científico: Validação de um instrumento para aferição do grau de implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – Siasi

Validação de um instrumento para aferição do grau de implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – Siasi

Validation of an instrument for measuring the degree of implementation of the Indigenous Healthcare Information System - Siasi

Validación de un instrumento para medir el grado de implantación del Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena - Siasi

Larissa de Faro Valverde

Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana

Silvone Santa Bárbara da Silva

Coordenadora de Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e do Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana

RESUMO

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) integra o SUS, sendo estruturado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nos quais a atenção básica e os serviços de referência acontecem. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que organiza o Subsistema, instituiu o monitoramento das ações em saúde com base num sistema de informação específico: o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). O objetivo deste estudo é apresentar a construção e validação de uma matriz de análise e julgamento (MAJ) que permitirá aferir o grau de implantação do Siasi na Bahia (DSEI-BA). Para tal, seguiu-se as seguintes etapas: 1- estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e do público-alvo; 2- construção dos itens e das escalas de resposta; 3- seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento; 4- validade de conteúdo, utilizando as medidas de taxa de concordância (TC) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Como resultado, 72,2% dos critérios analisados pelos juízes foram considerados válidos. Três dos 36 critérios iniciais foram excluídos e os demais foram readequados, considerando as sugestões dos juízes. Ao final, a TC global obtida foi de 95% e o IVC de 0,8. A MAJ final abrangeu 33 critérios. Considerou-se que a MAJ construída é válida e compatível à sua finalidade, qual seja, direcionar a aferição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA. Portanto, este estudo contribuiu para o desenvolvimento de um instrumento que permite conhecer o nível de implantação do Siasi, permitindo uma melhor identificação dos pontos frágeis, limites e potencialidades do sistema.

Descritores: Saúde Indígena; Estudos de Validação; Avaliação em Saúde

ABSTRACT

The Subsystem of Healthcare for Indigenous Peoples (SHIP-SUS) is part of SUS, structured in Indigenous Special Sanitary Districts (ISSD) in which basic care and reference services happen. The National Policy of Healthcare for Indigenous Peoples (NPHIP), which organizes the Subsystem, instituted the monitoring of health actions based on a specific information system: the Indigenous Healthcare Information System (IHIS). The aim of this study is to present the construction and validation of a matrix of analysis and judgment (MAJ) that will allow to measure the degree of implementation of IHIS in Bahia (ISSD-BA). The following steps were followed: 1 - establishing the conceptual framework, defining the objectives of the instrument and the target audience; 2- construction of items and response scales; 3 - selection and organization of the items and structuring of the instrument; 4 - validity of content, using the measures of agreement rate (AR) and Content Validity Index (CVI). As a result, 72.2% of the criteria analyzed by the judges were considered valid. Three of the 36 initial criteria were excluded and the others were re-adjusted, considering the judges suggestions. At the end, the overall AR scan was 95% and the CVI was 0.8. The final MAJ covered 33 criteria. It was considered that the MAJ built is valid and compatible for its purpose, that is, to measure the degree of implementation of IHIS in the ISSD-BA. Therefore, this study contributed to the development of a tool that allows to know the degree of implementation of IHIS, which allows better identify fragile points, limits and potentialities of the system.

Descriptors: Health of Indigenous Peoples; Validation Studies; Health Evaluation

RESÚMEN

El Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI-SUS) integra el SUS, estando estructurado en Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), en los que la atención básica y los servicios de referencia ocurren. La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), que organiza el Subsistema, instituyó el monitoreo de las acciones en salud sobre la base de un sistema de información específico: el Sistema de Información de la Atención a la Salud Indígena (Siasi). El objetivo de este estudio es presentar la construcción y validación de una matriz de análisis y juicio (MAJ) que permitirá medir el grado de implantación del Siasi en Bahía (DSEI-BA). Para tal, se siguieron las siguientes etapas: 1- establecimiento de la estructura conceptual, definición de los objetivos del instrumento y del público-objetivo; 2- construcción de los elementos y de las escalas de respuestas; 3- selección y organización de los ítems y estructuración del instrumento; 4 - validez de contenido, utilizando las medidas de tasa de concordancia (TC) e Índice de Validez de Contenido (IVC). Como resultado, el 72,2% de los criterios analizados por los jueces fueron considerados válidos. Tres de los 36 criterios iniciales fueron excluidos y los demás fueron readecuados, considerando las sugerencias de los jueces. Al final, la TC global obtenida fue del 95% y el IVC de 0,8. La MAJ final abarcó 33 criterios. Se consideró que la MAJ construida es válida y compatible con su finalidad, que sea, medir el grado de implantación del Siasi en el DSEI-BA. Por lo tanto, este estudio contribuyó al desarrollo de un instrumento que permite conocer el grado de implantación del Siasi, permitiendo una mejor identificación de los puntos frágiles, límites y potencialidades.

Descriptor: Salud de Poblaciones Indígenas; Estudios de Validación; Evaluación en Salud

INTRODUÇÃO

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) é uma estrutura integrante do SUS e foi criado em 1999 pela Lei Arouca com o objetivo de promover uma atenção diferenciada à população indígena (BRASIL, 1999; DIEHL; LANGDON, 2015). O SASI-SUS é conformado em Distritos, denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que se caracterizam como um modelo de organização de serviços atento à dinamicidade dos territórios indígenas (MOTA; NUNES, 2018). Cada DSEI é formado, ainda, por Polos Base, que correspondem aos níveis locais de organização dos serviços de atenção à saúde indígena e são a primeira referência para as equipes que atuam nas aldeias (BRASIL, 2002; CARDOSO, 2014).

Para organizar esse Subsistema, foi promulgada em 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que possui como uma de suas diretrizes o monitoramento das ações em saúde com base em um sistema de informação específico: o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) (BRASIL, 2002).

A informação é uma ferramenta chave no processo decisório e no direcionamento de políticas e programas de saúde, pois ao permitir o conhecimento da situação de saúde de uma população em determinado período, ela contribui para a maior qualificação e efetividade das ações (CARVALHO; EDUARDO, 1998; CARVALHO, 2009; MORAES et al., 2013; AHMADI; DAMANABI; SADOUGHI, 2014). No entanto, até o final da década de 1990, a saúde indígena no Brasil era gerenciada pela Fundação Nacional do Índio (Funai) e, de um modo geral, os dados eram coletados nas aldeias sem que fossem consolidados, analisados ou divulgados satisfatoriamente (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Sabe-se que a qualidade da coleta, processamento, análise e transmissão da informação é fundamental para o monitoramento e a avaliação de uma intervenção (CHAVES; SILVA; ROSSI, 2017).

Neste contexto, o Siasi surgiu no início dos anos 2000 com a missão de subsidiar a análise da situação da saúde indígena brasileira, bem como a organização dos serviços e dos processos de trabalho das equipes atuantes nos territórios indígenas, auxiliando cada nível gerencial na tomada de decisões de

modo a atender as especificidades de saúde dessa população (BRASIL, 2002). No DSEI-BA sua implantação iniciou-se logo após a sua criação. No entanto, em 2016, mais de uma década depois, o Siasi passa a ser objeto de um dos resultados esperados no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) que vigorará entre 2016 e 2019. A meta pactuada no referido instrumento é “100% dos DSEI contarem com o Siasi implementado” até o final do ano de 2019.

Além disso, poucos são os estudos que utilizam o Siasi como objeto de pesquisa: após busca refinada dos últimos vinte anos na base de periódicos CAPES utilizando os termos “siasi” e “brazilian indigenous health”; “siasi” e “information”; “sistema de informação” e “saúde indígena” e leitura preliminar dos resumos encontrados (15, 69 e 135, respectivamente), foram encontrados dois artigos científicos na literatura nos quais o Siasi constitui instrumento a ser estudado, sendo um artigo sobre sua criação e funcionamento e outro seu funcionamento como fonte de informação para monitoramento no DSEI-Xavante (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; SHANKLAND et al., 2013).

Sabe-se que por muito tempo a avaliação em saúde foi associada a pesquisas acadêmicas com a intenção de avaliar os serviços e estabelecimentos de saúde. No entanto, pode-se afirmar que o interesse pela avaliação não deve se restringir ao âmbito acadêmico, sendo esse processo fundamental para a rotina institucional no sentido de direcionar a tomada de decisões. Contudo, a avaliação como instrumento de tomada de decisão ainda é pouco praticada nos serviços de saúde.

Dessa forma, propôs-se um estudo cujo objetivo foi aferir o grau de implantação do referido sistema no âmbito do DSEI-BA. Para tanto, foi necessário elaborar e validar instrumento para obtenção do grau de implantação, o que constitui uma etapa de pesquisa do tipo análise de implantação.

A análise de implantação é um tipo de estudo avaliativo que mede o grau de implantação de uma intervenção e investiga sua relação com o contexto e os efeitos das ações (VIEIRA DA SILVA, 2014). Uma das etapas essenciais nesse tipo de estudo consiste na elaboração e validação de uma matriz de critérios, ora denominada matriz de análise e julgamento (MAJ). Tal instrumento estabelece os critérios, parâmetros e pontuações para análise e interpretação dos dados coletados a fim de definir o grau de implantação da intervenção avaliada (ALVES, 2010).

Sabe-se que a validação é uma etapa essencial no desenvolvimento ou adaptação de um instrumento (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003). Validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade do constructo são técnicas por meio das quais pode-se validar um instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Em termos gerais, a validade indica se o instrumento mede o que se pretende medir (LYNN, 1986; GRANT; DAVIS, 1997; JÚNIOR; MATSUDA, 2012). A técnica de validação de conteúdo é, por sua vez, a medida da representatividade do conteúdo de um instrumento (POLIT; BECK, 2006; SALMOND, 2008) e determina se este ou seus itens exploram, adequadamente, os aspectos para mensuração do objeto investigado (JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

É ponto pacífico que a validação de conteúdo envolve, essencialmente, um julgamento, consistindo em duas fases distintas e já bem estabelecidas por Lynn (1986): a primeira que se inicia com o próprio desenvolvimento do instrumento e abrange três momentos (identificação dos domínios de conteúdo, construção dos itens do instrumento e organização e elaboração do instrumento) e a segunda, de julgamento pelos especialistas (LYNN, 1986; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003; POLIT; BECK, 2006; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Entende-se que a construção e validação de um instrumento deve ser realizada de maneira sistemática e minuciosa (POLIT; BECK, 2006; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Portanto, o presente artigo visa apresentar um estudo metodológico, cujo objetivo foi construir e validar um instrumento (MAJ) que contenha os elementos necessários para aferição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA. O estudo seguiu o modelo proposto por Coluci, Alexandre e Milani (2015), obedecendo as seguintes etapas: 1- estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e público-alvo; 2- construção dos itens e das escalas de respostas; 3- seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento; 4- validade do conteúdo.

Na etapa 4, foram utilizadas a taxa de concordância (TC) e o índice de validade de conteúdo (IVC). A TC é obtida pelo cálculo do percentual de juízes que concordaram com a classificação do atributo proposto em cada item – primeiro momento (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

$$TC = \frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes que concordaram}}{\text{n}^\circ \text{ total de participantes}} \times 100$$

Já o IVC também mede a proporção dos juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos ou atributos do instrumento e/ou de seus itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). No entanto, esta técnica emprega o uso de uma escala Likert com pontuação ordinal de um a quatro (LYNN, 1986; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003; POLIT; BECK, 2006; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), que é preferível por não incluir a classificação média ambivalente comum em escalas de classificação de número ímpar (LYNN, 1986).

O cálculo do IVC é realizado pelo número de juízes que responderam “3” ou “4”, em cada item, dividido pelo número total de juízes (LYNN, 1986; POLIT e BECK, 2006). Ou seja, é a proporção de juízes que consideraram o item claro.

$$IVC = \frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas "3" ou "4"}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas}}$$

Todas as quatro etapas de construção e validação do instrumento ocorreram no período de junho de 2017 a abril de 2018.

METODOLOGIA

Estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida

A estrutura conceitual que permeou toda a elaboração do instrumento foi o modelo lógico da implantação do Siasi, construído com base na tríade donabediana de estrutura-processo-resultado (DONABEDIAN, 1988; AYANIAN; MARKEL, 2016). De acordo com Donabedian (1988), a estrutura é configurada pelo cenário, instrumentos, equipamentos, profissionais, recursos financeiros, administrativos, dentre outros, por meio da qual a atenção à saúde ocorre; o processo contempla os componentes da atenção prestada, aquilo que é de fato realizado para a prestação do cuidado, e o resultado consistiria nos efeitos obtidos na saúde - a recuperação,

restauração de função e sobrevivência. Cada componente da tríade foi considerado como uma dimensão da intervenção no modelo lógico.

Dessa forma, no modelo lógico a dimensão estrutura foi composta por três subdimensões – instalações físicas, trabalhadores e recursos materiais e recursos logísticos, nas quais foram considerados os componentes: instalações físicas, trabalhadores, recursos logísticos e recursos materiais, equipamentos de informática, acesso à internet, manual instrucional e atualização do sistema.

Por sua vez, a dimensão processo também foi formada por três subdimensões – cadastro dos indígenas, produção dos dados e gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações, constituídas pelos seguintes componentes: comissões locais indígenas, declarações indígenas - autodeclaração e declaração coletiva, envio das declarações para a Funai, Declaração Institucional da Funai, Devolução das Declarações pela Funai, capacitação dos trabalhadores, instrumentos de coleta de dados, cadastro do indivíduo no Siasi, alimentação dos dados no Siasi, geração e envio de lotes, reenvio de lotes, relatórios do Siasi web, análise dos indicadores de saúde, elaboração dos relatórios de gestão, planejamento das ações e divulgação das informações.

Por fim, a dimensão resultado foi composta por uma única subdimensão denominada informação para ação que, por sua vez, tinha um único componente: processo decisório baseado em evidências.

A figura 1 a seguir ilustra o modelo lógico da implantação do Siasi no DSEI-BA elaborado a partir da seleção dos elementos necessários para essa intervenção, destacando-se, em seguida, as atividades e os efeitos esperados.

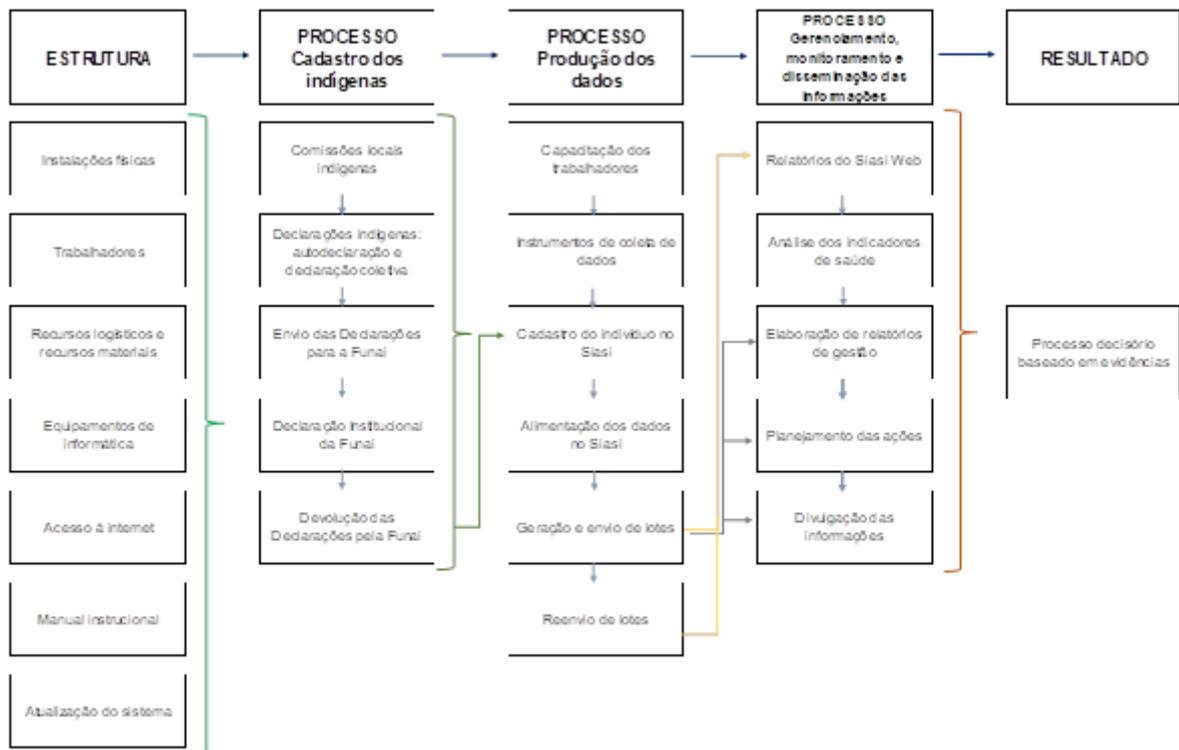


Figura 1 – Modelo lógico da implantação do Siasi no DSEI-BA

Por ser um instrumento que visa medir o grau da implantação do Siasi no DSEI-BA, o público-alvo da MAJ serão os trabalhadores do Distrito que trabalham diretamente com o sistema, seja como digitadores ou como seus gestores locais (nos Polos Base), além dos trabalhadores da Divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI – os quais atuam na gestão da atenção à Saúde Indígena de toda a Bahia em diferentes áreas programáticas.

Assim, entende-se que o ML é a premissa para o desenvolvimento de todo o estudo avaliativo, pois a partir dele serão definidas as demais etapas, instrumentos e envolvidos na pesquisa.

Construção dos itens e das escalas de resposta

Todo o desenvolvimento da MAJ ocorreu a partir do modelo lógico (ML) da intervenção, construído com base na literatura (DONABEDIAN, 1988; GUIMARÃES et al., 2013; MEDINA et al., 2014; AYANIAN; MARKEL, 2016) e em documentos internos da instituição. O ML ilustra o trabalho realizado por uma organização. Ele

atrela resultados às atividades ou aos processos de uma intervenção, conjugando os pressupostos teóricos (CHAVES; SILVA; ROSSI, 2017).

A partir do ML e da finalidade do instrumento foram construídos os demais itens da MAJ, a saber: dimensão; subdimensão (macrocomponente do modelo lógico, que agrega, de modo mais sucinto, características contidas nos componentes); componente; critério (construídos a partir dos componentes); pergunta avaliativa (pergunta atrelada ao critério a ser inserida no questionário); parâmetro (define o parâmetro de cálculo para o critério e estabelece os padrões de medida); pontuação (medida quantitativa do critério, a partir das respostas); premissa (justificativa para construção e inclusão do item na matriz, ou seja, de que forma tal item contribui para a intervenção avaliada) e fonte (fonte de informação para calcular o critério).

A escala de resposta estabelecida para o instrumento tomou como base os padrões de resposta SIM/NÃO ou SIM/NÃO/PARCIAL, a depender do item da MAJ.

Ante o exposto, a MAJ inicialmente elaborada foi composta por 36 critérios, dos quais 12 estavam relacionados com a dimensão estrutura, 23 com a dimensão processo e 01 com a dimensão resultado (quadro 1).

Dimensão Estrutural							
Nº	SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO	PREMISSA
1	Instalações físicas	Instalações físicas	Existência de instalações físicas adequadas	As instalações físicas são adequadas para operar o Siasi?	Existência de 01 sala exclusiva para operação do Siasi, com mobiliário para arquivo = 1 Existência de 01 sala, mesmo que compartilhada, para o Siasi e/ou sem mobiliário para arquivo = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	O ambiente exclusivo para operar o Siasi permite a concentração necessária dos trabalhadores para o trabalho de alimentação de dados no sistema
2	Trabalhadores	Trabalhadores	Número de trabalhadores digitadores suficiente para operar o sistema	O quantitativo de trabalhadores que alimentam o sistema (digitadores) é suficiente?	Pelo menos um digitador a cada 2.000 indígenas	SIM = 1 NÃO = 0	Trabalhadores em número suficiente para alimentar os dados de saúde no sistema de forma oportuna e temporal
3		Trabalhadores	Trabalhadores digitadores do Siasi são exclusivos para essa função	O(s) trabalhador(es) que alimenta(m) o sistema (digitadores) é (s) exclusivamente nessa função?	O(s) digitador(es) do Siasi atuam exclusivamente nessa função	SIM = 1 NÃO = 0	Trabalhadores digitadores desempenhando apenas essa função para favorecer a continuidade e qualidade de operação do sistema
4		Trabalhadores	Tipo de vínculo do(s) digitador(es)	Qual o tipo de vínculo do(s) trabalhador(es) que alimentam o Siasi (digitadores)?	O(s) digitador(es) possuem um vínculo estatutário (concurso) = 1 O(s) digitador(es) possuem um vínculo com a conveniada (celetista) = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	Trabalhadores com vínculo estatutário são mais estáveis e propensos a garantir a continuidade do serviço de alimentação do sistema
5		Referência técnica	Trabalhador(a) que seja referência técnica para o Siasi	Existe um(a) trabalhador(a) que seja responsável técnico pelo Siasi?	01 responsável técnico exclusivo para o Siasi disponível = 1 01 responsável técnico para o Siasi disponível, ainda que acumule outras funções = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	Referência técnica que permita o esclarecimento de dúvidas sobre a operação do sistema, evite a interrupção de seu funcionamento, visando a sua otimização a partir do seu monitoramento. Para tal, a referência técnica não deve acumular outras funções, devendo ser preferencialmente exclusiva para o Siasi
6		Referência técnica	Tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena	Há quanto tempo o responsável técnico do Siasi trabalha na Saúde Indígena?	Pelo menos 01 ano de trabalho do responsável técnico do Siasi na Saúde Indígena	SIM = 1 NÃO = 0	É desejável que a referência técnica tenha conhecimento e experiência prévia no SasiSUS para melhor desenvolver o trabalho de apoio à alimentação e utilização do Siasi
7	Recursos logísticos e recursos materiais	Recursos materiais	Aporte de recursos materiais adequado	O aporte de recursos materiais para operacionalização do Siasi é adequado?	Recursos materiais (fichas do Siasi, pranchetas, lápis, borrachas, canetas, pastas, <i>pendrive</i> , entre outros) disponíveis e suficientes para coleta e arquivamento dos dados	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	Os recursos materiais são necessários à coleta dos dados e ao arquivamento de documentos, por isso devem estar disponíveis em quantidade suficiente para não interromper o processo de produção da informação
8		Equipamentos de informática	Existência de equipamentos de informática adequados para operar o sistema	Existem equipamentos de informática adequados para operar o sistema?	Pelo menos 01 computador completo (CPU, monitor, mouse, teclado, caixas de som) por digitador em funcionamento adequado para operar o sistema e pelo menos uma impressora em funcionamento disponível no Polo Base para impressão das fichas = 1 Computador incompleto, e/ou compartilhado com outros trabalhadores (digitadores ou não) e/ou em mau funcionamento e/ou indisponibilidade de impressora em funcionamento = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	Equipamentos de informática em funcionamento adequado e disponíveis para operar o sistema são essenciais para permitir a regularidade de alimentação dos dados, de extração e uso da informação
9		Acesso à internet	Existência de acesso regular à internet de qualidade	Existe acesso à internet de forma regular e contínua?	Acesso diário à internet de qualidade, que permite a alimentação regular dos dados = 1 Acesso à internet em dias alternados e/ou durante algumas horas do dia e/ou internet com qualidade ruim, interrompendo a alimentação dos dados = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	O acesso regular à internet de qualidade é essencial para envio dos lotes do Siasi Local e para a alimentação da base de dados web de forma adequada e contínua
10		Acesso à internet	Disponibilidade de acesso à internet garantida pelo Ministério da Saúde	O acesso à internet é disponibilizado pelo Ministério da Saúde?	O serviço de acesso à internet é pago pelo Ministério da Saúde	SIM = 1 NÃO = 0	O acesso à internet é essencial para alimentação da base de dados web e para envio dos lotes do Siasi Local e, portanto, deve ser garantido pelo órgão responsável pelo sistema
11		Manual instrucional	Disponibilidade de manual instrucional do Siasi	Existe manual de instruções para operar o Siasi disponível?	Existência de manual instrucional do Siasi disponível para uso	SIM = 1 NÃO = 0	A disponibilização das instruções operacionais do Siasi em um manual facilita a operação adequada do sistema
12	Atualização do sistema	Versão mais atualizada do sistema em uso	A versão mais atual do sistema é a utilizada na sua operação?	Versão mais atual do Siasi instalada e em uso	SIM = 1 NÃO = 0	A atualização dos sistemas de informação é necessária para correção de eventuais erros, permitindo assim um melhor funcionamento	

Quadro 1 – Versão inicial da MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continua)

Dimensão Processo							
Nº	SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO	PREMISSA
13	Cadastro dos indígenas	Comissões locais indígenas	Instituição de comissão local indígena nas aldeias	Cada povo indígena/aldeia do seu Polo Base formou comissão local para o censo indígena?	Todos os povos indígenas/aldeias com comissão local instituída no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 1 Alguns povos indígenas/aldeias com comissão local instituída no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	A instituição de comissão local indígena atende o estabelecido na Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), segundo a qual os povos indígenas devem ser consultados antes da implementação de qualquer ação ou política a eles destinada
14		Declarações indígenas: autodeclaração e declaração coletiva	Preenchimento adequado das fichas de autodeclaração étnica	As fichas de autodeclaração étnica foram preenchidas adequadamente pelas famílias indígenas?	Fichas de autodeclaração étnica com todos os campos preenchidos pelo chefe da família	SIM = 1 NÃO = 0	
15		Declarações indígenas: autodeclaração e declaração coletiva	Emissão regular das fichas de declaração coletiva pelas comissões locais	A comissão local indígena emite semanalmente a declaração coletiva?	Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas pelo menos uma vez por semana pelos membros da comissão local indígena = 1 Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas com periodicidade irregular pelos membros da comissão local indígena = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0	
16		Envio das Declarações para a Funai	Envio regular das declarações para a Funai	As declarações (autodeclaração e declaração coletiva) são enviadas regularmente para a Funai?	Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas pelo menos uma vez ao mês para a Funai = 1 Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas com periodicidade irregular para a Funai = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	O envio e emissão de Declaração pela Funai institucionaliza o processo de cadastro dos indígenas, sendo um dos requisitos para a proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas, em nome da União
17		Declaração Institucional da Funai	Emissão regular da Declaração Institucional da Funai	A Funai emite regularmente a Declaração Institucional?	Declaração Institucional emitida pela Funai ao menos uma vez ao mês = 1 Declaração Institucional emitida pela Funai com periodicidade irregular = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	
18		Devolução das Declarações pela Funai	Devolução das declarações pela Funai regularmente	A Funai devolve regularmente as declarações aos Polos Base?	Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai ao menos uma vez ao mês = 1 Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai em periodicidade irregular = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	
19		Capacitação dos trabalhadores	Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para os trabalhadores que utilizam o Siasi	É realizada capacitação na operacionalização do Siasi para todos os trabalhadores que utilizam o Siasi?	Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para todos os trabalhadores que utilizam o sistema = 1 Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para alguns trabalhadores que utilizam o sistema = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	
20		Produção dos dados	Instrumentos de coleta de dados	Utilização de todas as fichas de transcrição para o Siasi	As fichas de transcrição para o Siasi são utilizadas?	Uso de todas as fichas de transcrição para o Siasi = 1 Uso de algumas fichas de transcrição para o Siasi = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5
21	Instrumentos de coleta de dados		Preenchimento completo dos instrumentos de coleta dos dados para transcrição para o Siasi	As fichas de transcrição para o Siasi são preenchidas com o máximo de completude?	Preenchimento completo das fichas do Siasi = 1 Preenchimento parcial das fichas do Siasi = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	A completude no preenchimento das variáveis é um dos atributos mais utilizados para analisar a qualidade da informação
22	Cadastro do indivíduo no Siasi		Realização do cadastro individual no Siasi regularmente	O cadastro do indivíduo no Siasi diariamente ou sempre que há demanda?	Inserção do cadastro do indivíduo no Siasi, diariamente ou quando há demanda	SIM = 1 NÃO = 0	O cadastro do indivíduo no Siasi é a principal chave do sistema, que garante a entrada da maioria dos dados de saúde
23	Alimentação dos dados no Siasi		Inserção dos dados no Siasi regularmente	A inserção dos dados no Siasi é realizada diariamente?	Inserção dos dados no Siasi realizada diariamente = 1 Inserção dos dados no Siasi realizada com outra periodicidade = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	A inserção de dados diariamente no sistema facilita a entrada de todos os dados de saúde em tempo oportuno no sistema
24	Geração e envio de lotes		Geração e envio de lotes do Siasi Local regularmente	Os lotes são gerados e enviados regularmente?	Geração e envio de lotes do Siasi Local semanalmente = 1 Geração e envio de lotes do Siasi Local com outra periodicidade = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	Por ser um sistema local, a geração e envio dos lotes garante a alimentação da base de dados distrital e/ou nacional para geração da informação. Dessa forma, devem ser realizados com regularidade
25	Análise local dos dados		Obtenção dos relatórios do Siasi Local regularmente	Os relatórios disponíveis no Siasi Local são obtidos regularmente?	Obtenção de relatórios do Siasi Local mensalmente	SIM = 1 NÃO = 0	A análise local dos dados é essencial para detecção de erros e garantia oportuna de correções, com posterior geração e reenvio de lotes, se necessário. Para tal, deve ser realizada com determinada periodicidade
26	Análise local dos dados		Realização de análise dos relatórios locais regularmente	É realizada regularmente algum tipo de análise dos relatórios locais obtidos?	Análise dos relatórios locais realizada mensalmente	SIM = 1 NÃO = 0	
27	Reenvio de lotes		Correção de dados incorretos e/ou em branco regularmente	É realizada regularmente a correção de dados que tenham sido inseridos incorretamente ou estejam em branco?	Correção de dados realizada mensalmente	SIM = 1 NÃO = 0	
28	Reenvio de lotes	Geração e reenvio dos lotes após correção de dados	Ocorre nova geração e reenvio de lotes após a correção de dados?	Geração e reenvio dos lotes sempre que há correção de dados	SIM = 1 NÃO = 0		

Quadro 1 – Versão inicial da MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continuação)

Dimensão Processo							
Nº	SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO	PREMISSA
29	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Relatórios pelo Siasi Web	Geração de relatórios no Siasi Web que consolidam os dados inseridos no Siasi Local	No Siasi Web é possível gerar relatórios que consolidem todos os dados inseridos no Siasi Local?	O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de todos os dados inseridos no Siasi Local = 1 O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de alguns dados inseridos no Siasi Local = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	A plataforma web do Siasi deve permitir a obtenção de relatórios para a análise dos dados, produção da informação em saúde indígena e análise situacional da saúde, de forma a obter o diagnóstico da população para embasar o planejamento das ações, e, assim, aprimorar o desempenho dos indicadores e das metas pactuadas
30	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Análise dos indicadores de saúde	Cálculo e análise dos indicadores de saúde prioritários a partir de dados do Siasi	São realizados o cálculo e análise de todos os indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi?	Cálculo e análise de todos os indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 1 Cálculo e análise de alguns dos indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 0,5	SIM = 1 NÃO = 0 PARCIAL = 0,5	
31	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Elaboração de relatórios de gestão	Elaboração de relatórios de gestão a partir de informações geradas pelo Siasi	São elaborados relatórios de gestão utilizando informações geradas pelo Siasi?	Relatórios de gestão elaborados a partir de informações geradas pelo Siasi	SIM = 1 NÃO = 0	Os relatórios de gestão e o planejamento de ações garantem a prestação de contas e o redirecionamento da ações conforme diagnóstico situacional de saúde, o que é viabilizado a partir do funcionamento adequado do sistema de informação
32	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Planejamento das ações	Realização do planejamento do DSEI-Ba considerando os relatórios e informações produzidas com base no Siasi	O processo de planejamento no DSEI-Ba é concluído pelos relatórios e informações produzidas a partir do Siasi?	Processo de planejamento do DSEI-Ba conduzido pelos relatórios e informações produzidas a partir do Siasi	SIM = 1 NÃO = 0	
33	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores	As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para os trabalhadores?	Divulgação das informações realizada para os trabalhadores por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais	SIM = 1 NÃO = 0	
34	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população indígena	As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para a população indígena?	Divulgação das informações realizada para a população indígena por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais	SIM = 1 NÃO = 0	A divulgação de informações garante a prestação de contas, proporciona transparência, gera maior visibilidade e confiabilidade das informações em saúde indígena, mantendo o ciclo da produção da informação
35	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população geral	As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para a população geral?	Divulgação das informações realizada para a população geral por meio de boletins, informes, reuniões, oficinas, notícias e/ou outros documentos oficiais	SIM = 1 NÃO = 0	
Dimensão Resultado							
36	Informação para ação	Processo decisório baseado em evidências	Uso dos relatórios e informações produzidos para guiar a tomada de decisões do(s) gestor(es)	Os relatórios e informações produzidos são considerados para embasar as tomadas de decisão pelo(s) gestor(es) do DSEI-Ba?	Utilização das informações e dos relatórios produzidos para consideração e sustentação das decisões tomadas pelo(s) gestor(es)	SIM = 1 NÃO = 0	A decisão baseada em evidências é o uso de informação de qualidade no processo decisório sobre as ações de saúde indígena na Bahia, garantido por meio da implantação do Siasi

Quadro 1 – Versão inicial da MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (conclusão)

Seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento

A seleção e organização dos itens bem como a estruturação da MAJ foram possíveis pela construção prévia do ML da intervenção. Dessa maneira, estas etapas respeitaram a cadeia lógica de eventos estruturada no ML, um princípio usado por alguns autores nessa fase (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Validade de conteúdo: julgamento pelos especialistas (juízes)

Como já mencionado, após o desenvolvimento do instrumento (1ª fase), a segunda fase da validade de conteúdo de um instrumento é a sua análise por um painel de especialistas (LYNN, 1986), ora denominado juízes. No presente estudo, essa fase ocorreu no período de dezembro de 2017 a março de 2018.

Os critérios eleitos para desenvolvimento dessa fase da validade de conteúdo foram evidenciados pela literatura, desde a seleção dos participantes (LYNN, 1986; DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997) à escolha dos atributos (GRANT; DAVIS, 1997; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015) e dos métodos de análise (LYNN, 1986; POLIT; BECK, 2006; WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Um dos pontos discutidos é o número e a qualificação dos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Lynn (1986) considera ideal um mínimo de cinco e um máximo de dez juízes para a validação do conteúdo de um instrumento. Para seleção destes especialistas, deve-se considerar as características do instrumento, a formação, a qualificação, a experiência e a disponibilidade dessas pessoas (LYNN, 1986; DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997).

Neste estudo, utilizou-se como critérios de seleção dos participantes: ter conhecimento e experiência de trabalho com o Siasi (objeto do instrumento), compreender metodologicamente o processo de construção de critérios e/ou ter conhecimento ou experiência no campo de monitoramento e avaliação em saúde. Para Alexandre e Coluci (2011), incluir pessoas leigas no comitê asseguraria a correção de frases ou termos que não estariam claros no instrumento. Aqueles considerados leigos nessa pesquisa possuíam pouco ou nenhum conhecimento ou experiência em avaliação em saúde e representaram 30% do total de convidados.

Dessa maneira, foram convidados para participar da pesquisa dez juízes, trabalhadores da Saúde Indígena nos diferentes âmbitos de atuação do Subsistema: três trabalhadores da Divisão de Gestão da Informação da Saúde Indígena – DGISI, que atuam com o Siasi em âmbito nacional; três trabalhadores do DSEI-BA que atuam na DIASI; um trabalhador que foi gestor da DIASI; três trabalhadores que atuam na gestão local (Polos Base) da atenção à saúde dos povos indígenas.

Para convidar os participantes a compor o painel de especialistas para a avaliação do instrumento alguns autores recomendam o envio de um convite (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997; SALMOND, 2008; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Assim, cada juiz recebeu uma carta-convite, na qual apresentou-se o objetivo do estudo, a descrição, relevância, uso e aplicabilidade do instrumento, as orientações para participação e o motivo de seu convite. Após o prazo de manifesto de interesse, oito dentre os dez juízes

convidados aceitaram participar do estudo, um não respondeu ao convite e um recusou. Cabe relatar que apesar de oito convidados terem concordado em participar da pesquisa, ao final, cinco foram os respondentes (62,5%).

Dois destes respondentes atuam com o Siasi em âmbito nacional, com ênfase no seu processo de monitoramento e avaliação; um deles é especialista em Avaliação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Um participante foi gestor da DIASI durante três anos, é especialista em Gestão Pública e em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), além de possuir Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Os outros dois participantes trabalham na DIASI como responsáveis técnicos de áreas programáticas em saúde. Um deles é especialista em Medicina Social pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFBA e em Gerenciamento de Projetos pela Fundação Getúlio Vargas; o outro também possui ampla experiência em Saúde Coletiva e é Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Ressalta-se que nenhum dos três trabalhadores convidados que atuam com o Siasi na gestão local (Polos Base) participaram da etapa de análise e validação da MAJ.

Para avaliação do instrumento, é importante, ainda, que os juízes recebam orientações e instruções específicas sobre cada etapa do processo, contendo as definições conceituais que embasaram sua construção (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Assim, foi formulado um documento orientador de análise da MAJ, contemplando tais itens, com base no estudo de Silva (2017).

Por conseguinte, o documento orientador de análise da MAJ foi divulgado via correio eletrônico para os oito juízes que concordaram em participar da pesquisa. Um prazo para a devolutiva do instrumento analisado foi estabelecido. Ressalta-se que além dos campos para avaliação quantitativa, existia um campo aberto no instrumento para comentários ou sugestões dos juízes, consoante ao sugerido por Lynn (1986).

Os atributos eleitos para análise pelos juízes foram a concordância com a dimensão e subdimensão nas quais os critérios foram alocados e a clareza de cada critério da MAJ. A clareza refere-se à avaliação da redação dos critérios (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), ou seja, se eles estão redigidos de forma que o conceito seja compreendido e se expressam adequadamente o que se espera medir (GRANT; DAVIS, 1997).

Em cada item da MAJ, o primeiro momento da avaliação consistiu no julgamento da abrangência em relação à dimensão e à subdimensão – isto é, se os critérios propostos estavam adequados à dimensão e à subdimensão em que foram alocados, de acordo com a tríade donabediana. Dessa forma, na análise da dimensão e da subdimensão os juízes foram instruídos a preencher os campos com os valores “1”, em caso de concordância, ou “0”, em caso de discordância, quando perguntado: *o critério faz parte da abrangência da dimensão/subdimensão?*

Em seguida, os juízes avaliaram o atributo da clareza, respondendo ao questionamento: *o critério apresenta clareza?* Neste quesito, utilizou-se uma escala Likert de 4 pontos ordinais, segundo a qual os participantes poderiam escolher as seguintes respostas para cada item analisado: 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = claro, 4 = muito claro (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003).

Conforme já mencionado, para quantificação do grau de concordância entre os juízes foram utilizados os métodos da taxa de concordância – TC (para os atributos dimensão e subdimensão) e o índice de validade de conteúdo – IVC (para o atributo clareza). Este último procedimento é amplamente utilizado na validação de conteúdo de instrumentos (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997; POLIT; BECK, 2006).

Para que o IVC seja considerado representativo, Davis (1992) e Grant e Davis (1997) consideram que ele deverá ser igual a, no mínimo, 0,8. Já Lynn (1986) e Polit e Beck (2006) afirmam que em um comitê de cinco ou menos juízes o valor do IVC deverá ser igual a 1, ou seja, todos os juízes devem concordar com o atributo analisado. Para esse estudo, foi adotado o parâmetro proposto por Davis (1992) e Grant e Davis (1997), de $IVC = 0,8$.

Por correlação ao parâmetro adotado para o IVC, a TC foi considerada válida quando seu valor aferido foi maior ou igual a 80% (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997).

Tanto a TC como o IVC podem ser calculados por cada item como globalmente (TC e IVC do instrumento), somando-se os resultados de cada item pelo número de itens analisados (POLIT; BECK, 2006).

RESULTADOS

Para melhor compreensão, os resultados da análise da MAJ serão apresentados em quatro quadros, que irão expor as TC relativas à dimensão e subdimensão de cada item, bem como o IVC relativo à clareza, os comentários dos juízes e as modificações realizadas nos indicadores e nas perguntas avaliativas.

O quadro 2 expõe todos os itens considerados válidos, ou seja, cuja TC foi maior ou igual a 80% e o IVC maior ou igual a 0,8. Ressalta-se que mesmo para tais itens, os comentários dos juízes foram analisados e muitas vezes considerados, resultando em algumas modificações, também demonstradas no quadro 2 a seguir.

Dimensão Estrutura									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juízes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão	Clareza		Critério	Pergunta avaliativa
1	Instalações físicas	Existência de instalações físicas adequadas	As instalações físicas são adequadas para operar o Siasí?	100%	100%	1	Acrescentar aspectos de disponibilidade de energia elétrica e mobiliário ergonômico no parâmetro	--	--
2	Trabalhadores	Número de trabalhadores digitadores suficiente para operar o sistema	O quantitativo de trabalhadores que alimentam o sistema (digitadores) é suficiente?	80%	80%	0,8	Remover a categoria de trabalhadores da dimensão de estrutura e criar nova dimensão; especificar melhor o parâmetro para facilitar a compreensão	--	--
4		Tipo de vínculo do(s) digitador(es)	Qual o tipo de vínculo do(s) trabalhador(es) que alimenta(m) o Siasí (digitadores)?	80%	100%	1	Colocar o parâmetro de pontuação em escala; remover a categoria de trabalhadores da dimensão de estrutura e criar nova dimensão	--	--
8	Recursos logísticos e recursos materiais	Existência de equipamentos de informática adequados para operar o sistema	Existem equipamentos de informática adequados para operar o sistema?	100%	80%	1	Adequar a subdimensão à redação constante no ML ou vice-versa	--	--
9		Existência de acesso regular à internet de qualidade	Existe acesso à internet de forma regular e contínua?	100%	80%	0,8	Adequar o critério, incorporando a palavra regularidade; especificar o acesso à internet como 'regular e contínuo'; incorporar a palavra qualidade também na pergunta avaliativa; adequar a subdimensão à redação constante no ML ou vice-versa	--	O acesso à internet é garantido de forma regular e contínua?
11		Disponibilidade de manual instrucional do Siasí	Existe manual de instruções para operar o Siasí disponível?	100%	80%	0,8	Especificar na pergunta que o manual poderá ser nos formatos impresso e digital; adequar a subdimensão à redação constante no ML ou vice-versa	--	O manual de instruções do SIASI, seja no formato impresso ou no formato digital está disponível para uso e consulta?

Quadro 2 – Itens da MAJ com TC e IVC válidos - TC \geq 80% e IVC \geq 0,8 (continua)

Dimensão Estrutura									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juízes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão	Clareza		Critério	Pergunta avaliativa
12		Versão mais atualizada do sistema em uso	A versão mais atual do sistema é a utilizada na sua operação?	100%	80%	1	Especificar na pergunta avaliativa a versão mais atual do sistema; adequar a subdimensão à redação constante no ML ou vice-versa	--	A versão mais atual do sistema é a utilizada na sua operação (versão 4.0 do SIASI)?
Dimensão Processo									
13		Instituição de comissão local indígena nas aldeias	Cada povo indígena/aldeia do seu Polo Base formou comissão local para o censo indígena?	100%	100%	1	Adequar critério para que ele não abranja apenas a instituição da comissão, mas se ela encontra-se ativa	Comissão local indígena nas aldeias instituídas e atuantes	Cada povo indígena/aldeia do seu Polo Base possui comissão atuante para a realização do censo indígena?
14	Cadastro dos indígenas	Preenchimento adequado das fichas de autodeclaração étnica	As fichas de autodeclaração étnica foram preenchidas adequadamente pelas famílias indígenas?	100%	100%	0,8	Fazer flexão de gênero na pergunta avaliativa: chefe/a de família; readequação da premissa, no sentido de ressaltar a importância da completude dos campos das declarações	Preenchimento e assinatura adequadas das fichas de autodeclaração étnica	As fichas de autodeclaração étnica foram preenchidas adequadamente pelas famílias indígenas ou pelo AIS, em caso de analfabetismo do(a) chefe de família e assinadas?
18		Devolução das declarações pela Funai regularmente	A Funai devolve regularmente as declarações aos Polos Base?	100%	100%	1	Adequar o critério, incorporando a palavra regularidade; especificar as declarações na pergunta avaliativa	Regularidade da devolução das declarações pela Funai	A Funai devolve regularmente as declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) aos Polos Base?
19	Produção dos dados	Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para os trabalhadores que utilizam o Siasi	É realizada capacitação na operacionalização do Siasi para todos os trabalhadores que utilizam o Siasi?	100%	100%	1	Adequar o critério inserindo a ideia de periodicidade e não repetir a sigla Siasi; Alterar a dimensão e subdimensão do item 6 para processo e produção de dados, respectivamente	Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para os trabalhadores	São realizadas capacitações anuais ou sempre que ocorra substituição de trabalhadores que operam o Siasi?
20		Utilização de todas as fichas de transcrição para o Siasi	As fichas de transcrição para o Siasi são utilizadas?	100%	100%	0,8	Especificar as fichas de transcrição para o Siasi	--	As 31 fichas de transcrição para o Siasi são utilizadas?
21		Preenchimento completo dos instrumentos de coleta dos dados para transcrição para o Siasi	As fichas de transcrição para o Siasi são preenchidas com o máximo de completude?	100%	100%	0,8	Adequar o critério e a pergunta avaliativa usando o mesmo termo para ambos: fichas de transcrição para o Siasi ou instrumentos de coleta	Preenchimento completo das fichas de transcrição	--
23		Inserção dos dados no Siasi regularmente	A inserção dos dados no Siasi é realizada diariamente?	100%	100%	1	Adequar o critério, incorporando a palavra regularidade	Regularidade de inserção dos dados no Siasi	--
24		Geração e envio de lotes do Siasi Local regularmente	Os lotes são gerados e enviados regularmente?	100%	100%	1	Adequar o critério, incorporando a palavra regularidade	Regularidade do envio de lotes gerados pelo Siasi Local	Os lotes gerados pelo Siasi local são enviados regularmente?
26		Realização de análise dos relatórios locais regularmente	É realizada regularmente algum tipo de análise dos relatórios locais obtidos?	100%	80%	0,8	Adequar o critério, incorporando a palavra regularidade; Dúvida sobre os dados para gerar os relatórios; Não compreensão do critério	Item excluído	

Quadro 2 – Itens da MAJ com TC e IVC válidos - TC \geq 80% e IVC \geq 0,8 (continuação)

Dimensão Processo									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juízes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão	Clareza		Critério	Pergunta avaliativa
27	Produção dos dados	Correção de dados incorretos e/ou em branco regularmente	É realizada regularmente a correção de dados que tenham sido inseridos incorretamente ou estejam em branco?	100%	100%	1	Adequar o critério, incorporando a palavra regularidade; estabelecer qual a regularidade	Regularidade na correção de dados incorretos e/ou em branco regularmente	É realizada a correção de dados que tenham sido inseridos incorretamente ou estejam em branco, respeitando-se a periodicidade definida?
28		Geração e reenvio dos lotes após correção de dados	Ocorre nova geração e reenvio de lotes após a correção de dados?	100%	100%	1	Sem comentários	--	--
29	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Geração de relatórios no Siasi Web que consolidam os dados inseridos no Siasi Local	No Siasi Web é possível gerar relatórios que consolidem todos os dados inseridos no Siasi Local?	100%	100%	1	Sem comentários	--	--
30		Cálculo e análise dos critérios de saúde prioritários a partir de dados do Siasi	São realizados o cálculo e análise de todos os critérios de saúde prioritários a partir do Siasi?	100%	100%	0,8	Especificar na pergunta avaliativa que a análise será realizada a partir de dados do Siasi	--	São realizados o cálculo e análise de todos os critérios de saúde prioritários a partir dos dados inseridos no Siasi?
31		Elaboração de relatórios de gestão a partir de informações geradas pelo Siasi	São elaborados relatórios de gestão utilizando informações geradas pelo Siasi?	100%	100%	1	Adequar o critério e a pergunta avaliativa enfatizando o alinhamento dos relatórios de gestão com as informações geradas pelo Siasi; Transformar a pergunta avaliativa em duas, uma vez que o Siasi não comporta todas as informações relevantes para produção dos relatórios do DSEI	Alinhamento da elaboração dos relatórios de gestão com as informações geradas pelo Siasi	São elaborados relatórios de gestão alinhados com as informações geradas pelo Siasi?
Dimensão Processo									
32	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Realização do planejamento do DSEI-Ba considerando os relatórios e informações produzidas com base no Siasi	O processo de planejamento no DSEI-Ba é conduzido pelos relatórios e informações produzidas a partir do Siasi?	100%	100%	1	Adequar o critério e a pergunta avaliativa enfatizando o alinhamento do planejamento com as informações geradas pelo Siasi; Explicitar a categoria planejamento na subdimensão; Transformar a pergunta avaliativa em duas, uma vez que o Siasi não comporta todas as informações relevantes para o planejamento do DSEI	Alinhamento do planejamento do DSEI-Ba com as informações geradas pelo Siasi	O planejamento no DSEI-Ba é alinhado com as informações geradas pelo Siasi?
33		Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores	As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para os trabalhadores?	100%	100%	1	Sem comentários	--	--
34		Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população indígena	As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para a população indígena?	100%	100%	1	Sem comentários	--	--

Quadro 2 – Itens da MAJ com TC e IVC válidos - TC \geq 80% e IVC \geq 0,8 (continuação)

Dimensão Processo									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juízes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão	Clareza		Critério	Pergunta avaliativa
35	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população geral	As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para a população geral?	100%	100%	1	Sem comentários	--	--
Dimensão Resultado									
36	Informação para ação	Uso dos relatórios e informações produzidos para guiar as tomadas de decisões do(s) gestor(es)	Os relatórios e informações produzidos são considerados para embasar as tomadas de decisões pelo(s) gestor(es) do DSEI-Ba?	100%	100%	0,8	Adequar o critério e a pergunta avaliativa enfatizando o alinhamento da tomada de decisão com as informações geradas pelo Siasi	Alinhamento da tomada de decisão com o planejamento	A tomada de decisão pelo (s) gestor (es) é alinhada ao planejamento realizado com base nas informações geradas pelo Siasis?

Quadro 2 – Itens da MAJ com TC e IVC válidos - TC \geq 80% e IVC \geq 0,8 (conclusão)

26 dos 36 itens analisados pelos juízes foram considerados válidos (72,2%). Ressalta-se que as modificações realizadas nos itens 11, 13, 14, 18, 19, 21, 23, 27, 31, 32 e 36 implicaram também em adequações nos seus parâmetros. Os itens 1, 2 e 4 também tiveram seus parâmetros alterados conforme sugestões de um dos juízes. A proposta de criação de nova dimensão para alocar os itens 2 e 4, feita por outro juiz não foi acatada. Nos itens 8, 9, 11 e 12 um dos juízes sugeriu a readequação do ML ou da MAJ para que a subdimensão apresentada tivesse a mesma redação em ambos os instrumentos. Assim, o componente “*recursos materiais*” foi reescrito para *recursos logísticos e recursos materiais* no ML, à semelhança da MAJ. Nota-se, ainda, que um dos itens foi excluído (indicador 26), apesar dos valores da TC e do IVC terem sido representativos.

O quadro 3 dispõe os itens cuja TC foi menor que 80%, porém IVC maior ou igual a 0,8.

Dimensão Estrutura									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juizes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão			Clareza	critério
3	Trabalhadores	Trabalhadores digitadores do Siasi são exclusivos para essa função	O(s) trabalhador(es) que alimenta(m) o sistema (digitadores) atua(m) exclusivamente nessa função?	40%	80%	1	Adequar o critério, transformando-o em quantitativo; Remover a categoria de trabalhadores da dimensão de estrutura e criar nova dimensão; Realocar o critério para dimensão de processo, subdimensão produção de dados	Número de trabalhadores digitadores do Siasi que são exclusivos para essa função	--
6		Tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena	Há quanto tempo o responsável técnico do Siasi trabalha na Saúde Indígena?	60%	100%	1	Realocar o critério para dimensão de processo, subdimensão produção de dados	--	--
10	Recursos logísticos e recursos materiais	Disponibilidade e de acesso à internet garantida pelo Ministério da Saúde	O acesso à internet é disponibilizado pelo Ministério da Saúde?	80%	60%	1	Remover o critério dessa dimensão e criar nova dimensão, relacionada à gestão; Adequar a subdimensão à redação constante no ML ou vice-versa	--	O acesso à internet e serviços de segurança do DATASUS são disponibilizados pelo Ministério da Saúde?

Quadro 3 – Itens da MAJ com TC < 80% e IVC ≥ 0,8

Todos os itens cujo IVC foi válido, porém a TC, seja na dimensão ou na subdimensão, apresentou valor menor que 80% pertenciam à dimensão de estrutura. Já o quadro 4 exposto a seguir elenca os itens cuja TC foi considerada válida (acima de 80%), porém o IVC medido foi menor que 0,8.

Dimensão Processo									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juizes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão			Clareza	Critério
7	Recursos logísticos e recursos materiais	Aporte de recursos materiais adequado	O aporte de recursos materiais para operacionalização do Siasi é adequado?	100%	80%	0,6	Adequar o critério, substituindo 'aporte' por 'disponibilidade'; Adequar parâmetro, estabelecendo um kit mínimo de material por equipe; Adequar a subdimensão à redação constante no ML ou vice-versa	Recursos materiais disponíveis e suficientes	Os recursos materiais para operacionalização do Siasi estão disponíveis e são suficientes?
15	Cadastro dos indígenas	Emissão regular das fichas de declaração coletiva pelas comissões locais	A comissão local indígena emite semanalmente a declaração coletiva?	100%	100%	0,6	Adequar a periodicidade definida no critério, pois será variável em cada aldeia	--	A comissão local indígena emite a declaração coletiva, respeitando a periodicidade de emissão definida previamente?

Quadro 4 – Itens da MAJ com TC ≥ 80% e IVC < 0,8 (continua)

Dimensão Processo									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juízes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão	Clareza		Critério	Pergunta avaliativa
16	Cadastro dos indígenas	Envio regular das declarações para a Funai	As declarações (autodeclaração e declaração coletiva) são enviadas regularmente para a Funai?	100%	100%	0,6	Adequar a periodicidade definida no critério, pois é variável	--	As declarações (autodeclaração e declaração coletiva) são enviadas regularmente para a Funai, conforme periodicidade definida previamente?
17		Emissão regular da Declaração Institucional da Funai	A Funai emite regularmente a Declaração Institucional?	100%	100%	0,6	Adequar a periodicidade definida no critério, pois é variável	--	A Declaração Institucional é emitida pela Funai com regularidade?
22	Produção dos dados	Realização do cadastro individual no Siasi regularmente	O cadastro do indivíduo é feito no Siasi diariamente ou sempre que há demanda?	100%	100%	0,6	Adequar a periodicidade definida no critério, pois pode ser diferente em cada aldeia	Realização do cadastro individual no Siasi regularmente	O cadastro individual é realizado sistematicamente no Siasi sempre que existe demanda?
25		Obtenção dos relatórios do Siasi Local regularmente	Os relatórios disponíveis no Siasi Local são obtidos regularmente?	100%	80%	0,5	Não compreensão do critério; Melhorar clareza do critério	Item excluído	

Quadro 4 – Itens da MAJ com TC \geq 80% e IVC $<$ 0,8 (conclusão)

Os itens que apresentaram TC (para dimensão e subdimensão), porém obtiveram um IVC não representativo (menor que 0,8) pertenciam, em sua maioria, à dimensão processo. Apenas o item 7, da dimensão estrutura, apresentou esse resultado. Este indicador foi readequado atendendo todas as sugestões dos juízes e, após a revisão, mantido.

Os itens 15, 16, 17 e 22 tiveram suas perguntas avaliativas reformuladas para atendimento às sugestões dos juízes. Consequentemente, os parâmetros nesses itens também foram readequados. Ressalta-se que o critério 25 obteve IVC = 0,5 porque um dos juízes não realizou sua análise. Além do baixo IVC aferido, optou-se pela exclusão desse critério devido aos comentários de dois juízes, que demonstraram falta de compreensão quanto ao critério proposto. Por fim, o quadro 5 agrupa os critérios que não foram considerados válidos (TC $<$ 80% e IVC $<$ 0,8).

Dimensão Estrutura									
Nº	Subdimensão	Critério	Pergunta avaliativa	TC		IVC	Comentários juízes	Modificações	
				Dimensão	Subdimensão	Clareza		Critério	Pergunta avaliativa
5	Trabalhadores	Trabalhador(a) que seja referência técnica para o Siasi	Existe um(a) trabalhador(a) que seja responsável técnico pelo Siasi?	40%	80%	0,6	Melhorar clareza do critério; Realocar para a dimensão de processo; Remover o critério dessa dimensão e criar nova dimensão, relacionada à gestão	Item excluído	

Quadro 5 – Itens da MAJ com TC < 80% e IVC < 0,8

O item 5 foi o único que não obteve pontuação suficiente para ser considerado válido pertencendo à dimensão de estrutura. Devido à sua baixa TC para a dimensão, baixo IVC e à diversidade de comentários e de dúvidas relatadas pelos juízes, este item foi excluído.

Apesar de a análise dos juízes não haver contemplado alteração na pontuação, optou-se por adequar a maioria dos itens, sempre que possível, para o padrão de pontuação segundo as respostas ‘sim’, ‘parcial’ e ‘não’, nas quais sim = 1, parcial = 0,5 e não = 0. Dessa forma, a MAJ após análise dos juízes apresenta 33 critérios, dos quais 11 pertencem à dimensão de estrutura, 21 estão alocados na dimensão de processo e um na dimensão de resultado. O quadro 6, a seguir, expõe a versão final da MAJ.

Dimensão Estrutura (11 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Instalações físicas	Instalações físicas	Existência de instalações físicas adequadas	Existência de 01 sala exclusiva para operação do Siasi, com mobiliário ergonômico e disponibilidade de energia elétrica = 1 Existência de 01 sala, mesmo que compartilhada, para o Siasi com mobiliário, ergonômico ou não e disponibilidade elétrica = 0,5
Trabalhadores	Trabalhadores	Número de trabalhadores digitadores suficiente para operar o sistema	Digitador(es) suficiente(s) = Um digitador a cada 2.000 indígenas ou menos Um digitador a cada 2.000 indígenas ou menos = 1 Um digitador a cada 2.001 a 3.000 indígenas = 0,5 Um digitador a cada mais de 3.000 indígenas = 0

Quadro 6 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continua)

Dimensão Estrutura (11 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Trabalhadores	Trabalhadores	Número de trabalhadores digitadores do Siasi que são exclusivos para essa função	100% a 75% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 1 74% a 50% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 0,5 49% a 0% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 0
	Trabalhadores	Tipo de vínculo do(s) digitador(es)	100% a 75% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 1 74% a 50% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 0,5 49% a 0% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 0
	Referência técnica	Tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena	01 ano a 9 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 1 8 meses a 6 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 0,5 Menos de 6 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 0
Recursos logísticos e recursos materiais	Recursos logísticos e recursos materiais	Recursos materiais disponíveis e suficientes	Recursos materiais disponíveis e suficientes para coleta e arquivamento dos dados Kit de materiais disponíveis e suficientes: - 1 prancheta para cada profissional da EMSI; - 1 caneta, 1 lápis, 1 borracha e 1 apontador para cada profissional da EMSI; - Resmas de papel ofício para uso pelos profissionais da EMSI; - 1 impressora em funcionamento no Polo Base; - 1 classificador por profissional da EMSI; - Mobiliário com espaço suficiente para arquivar as fichas no Polo Base 100% a 75% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 1 74% a 50% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0,5 49% a 0% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0
	Equipamentos de informática	Existência de equipamentos de informática adequados para operar o sistema	Pelo menos 01 computador completo (CPU, monitor, mouse, teclado, caixas de som) por digitador em funcionamento adequado para operar o sistema e pelo menos uma impressora em funcionamento disponível no Polo Base para impressão das fichas = 1 Computador incompleto, e/ou compartilhado com outros trabalhadores (digitadores ou não) e/ou em mau funcionamento e/ou indisponibilidade de impressora em funcionamento = 0,5
	Acesso à internet	Existência de acesso regular à internet de qualidade	Acesso diário à internet de qualidade, que permite a alimentação regular dos dados = 1 Acesso à internet em dias alternados e/ou durante algumas horas do dia e/ou internet com qualidade ruim, interrompendo a alimentação dos dados = 0,5
	Acesso à internet	Disponibilidade de acesso à internet garantida pelo Ministério da Saúde	Acesso à internet e serviços de segurança do DATASUS disponibilizados pelo Ministério da Saúde = 1 Apenas o acesso à internet ou aos serviços de segurança do DATASUS disponibilizados pelo Ministério da Saúde = 0,5

Quadro 6 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continuação)

Dimensão Estrutura (11 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Recursos logísticos e recursos materiais	Manual instrucional	Disponibilidade de manual instrucional do Siasi	Disponibilidade de manual instrucional do Siasi, impresso ou no formato digital.
	Atualização do sistema	Versão mais atualizada do sistema em uso	Versão mais atual do Siasi instalada e em uso
Dimensão Processo (21 pontos)			
Cadastro dos indígenas	Comissões locais indígenas	Comissão local indígena nas aldeias instituídas e atuantes	Todos os povos indígenas/aldeias com comissão local instituída e atuante no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 1 Alguns povos indígenas/aldeias com comissão local instituída e atuante no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 0,5 Comissão local instituída, porém não atuante = 0
	Declarações indígenas: autodeclaração e declaração coletiva	Preenchimento e assinatura adequadas das fichas de autodeclaração étnica	Fichas de autodeclaração étnica com todos os campos preenchidos e assinadas pelo(a) chefe da família ou preenchida pelo AIS em caso de analfabetismo, porém assinada pelo(a) chefe de família = 1 Fichas de autodeclaração étnica com os campos parcialmente preenchidos pelo(a) chefe da família ou preenchida pelo AIS em caso de analfabetismo = 0,5 Fichas de autodeclaração étnica preenchidas e não assinadas pelo(a) chefe da família = 0
	Declarações indígenas: autodeclaração e declaração coletiva	Emissão regular das fichas de declaração coletiva pelas comissões locais	Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas respeitando a periodicidade definida previamente = 1 Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas com periodicidade irregular pelos membros da comissão local indígena = 0,5 Fichas de declaração coletiva não enviadas = 0
Cadastro dos indígenas	Envio das Declarações para a Funai	Envio regular das declarações para a Funai	Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas, com regularidade previamente definida, para a Funai = 1 Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas com periodicidade irregular para a Funai = 0,5 Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva não enviadas = 0
	Declaração Institucional da Funai	Emissão regular da Declaração Institucional da Funai	Declaração Institucional emitida sempre que houver nascido vivo e/ou chegada de novo indígena/nova família = 1 Declaração Institucional emitida pela Funai de forma irregular = 0,5 Declaração Institucional não emitida = 0

Quadro 6 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continuação)

Dimensão Processo (21 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Cadastro dos indígenas	Devolução das Declarações pela Funai	Regularidade da devolução das declarações pela Funai	Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai ao menos uma vez ao mês = 1 Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai em periodicidade irregular e/ou Devolução de algumas declarações pela Funai = 0,5 Não devolução das declarações = 0
Produção dos dados	Capacitação dos trabalhadores	Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para os trabalhadores	Realização de capacitação anual ou sempre que ocorra substituição de trabalhadores que operam o Siasi = 1 Realização de capacitação, sem regularidade sistematizada, para os trabalhadores que operam o Siasi = 0,5 Não realização de capacitações = 0
	Instrumentos de coleta de dados	Utilização de todas as fichas de transcrição para o Siasi	Uso de todas as fichas de transcrição para o Siasi = 1 Uso de algumas fichas de transcrição para o Siasi = 0,5
	Instrumentos de coleta de dados	Preenchimento completo das fichas de transcrição	Fichas do Siasi com mais de 2/3 dos dados preenchidas = 1 Fichas do Siasi com metade dos dados preenchidas = 0,5 Fichas do Siasi com menos da metade dos dados preenchidas = 0
	Cadastro do indivíduo no Siasi	Realização do cadastro individual no Siasi regularmente	Inserção sistemática do cadastro individual no Siasi sempre que exista demanda = 1 Inserção do cadastro individual quando há oportunidade = 0,5 Não inserção do cadastro individual no sistema = 0
	Alimentação dos dados no Siasi	Regularidade de inserção dos dados no Siasi	Inserção dos dados no Siasi realizada diariamente = 1 Inserção dos dados no Siasi realizada episodicamente = 0,5 Não inserção dos dados no Siasi = 0
	Geração e envio de lotes	Regularidade do envio de lotes gerados pelo Siasi Local.	Geração e envio de lotes do Siasi Local semanalmente = 1 Geração e envio de lotes do Siasi Local com outra periodicidade = 0,5 Não envio dos lotes gerados pelo Siasi local = 0
	Reenvio de lotes	Regularidade na correção de dados incorretos e/ou em branco regularmente	Correção de dados realizada conforme periodicidade definida = 1 Correção de dados realizada não respeitando-se a periodicidade definida = 0,5 Não é realizada a correção dos dados = 0
	Reenvio de lotes	Geração e reenvio dos lotes após correção de dados	Geração e reenvio dos lotes sempre que há correção de dados

Quadro 6 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continuação)

Dimensão Processo (21 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Relatórios pelo Siasi Web	Geração de relatórios no Siasi Web que consolidam os dados inseridos no Siasi Local	O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de todos os dados inseridos no Siasi Local = 1 O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de alguns dados inseridos no Siasi Local = 0,5
	Análise dos indicadores de saúde	Cálculo e análise dos indicadores de saúde prioritários a partir de dados do Siasi	Cálculo e análise de todos os indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 1 Cálculo e análise de alguns dos indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 0,5
	Elaboração de relatórios de gestão	Alinhamento da elaboração dos relatórios de gestão com as informações geradas pelo Siasi	Relatórios de gestão elaborados alinhados com as informações geradas pelo Siasi = 1 Relatórios de gestão elaborados parcialmente alinhados com as informações do Siasi = 0,5 Relatórios de gestão elaborados sem alinhamento com as informações geradas pelo Siasi = 0
	Planejamento das ações	Alinhamento do planejamento do DSEI-Ba com as informações geradas pelo Siasi	Planejamento do DSEI-Ba alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 1 Planejamento do DSEI-BA parcialmente alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 0,5 Planejamento não alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 0
	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores	Divulgação das informações realizada para os trabalhadores por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais
	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população indígena	Divulgação das informações realizada para a população indígena por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais
	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população geral	Divulgação das informações realizada para a população geral por meio de boletins, informes, reuniões, oficinas, notícias e/ou outros documentos oficiais
Dimensão Resultado (1 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Informação para ação	Processo decisório baseado em evidências	Alinhamento da tomada de decisão com o planejamento	Tomada de decisão pelo (s) gestor (es) é alinhada ao planejamento realizado com base nas informações geradas pelo Siasi (1,0); Tomada de decisão parcialmente alinhada (0,5); Tomada de decisão totalmente desalinhada com o planejamento (0)

Quadro 6 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (conclusão)

Na MAJ final, a TC global para dimensão estrutura foi de 85% e para suas três subdimensões foi de 84%. O IVC global aferido na dimensão estrutura foi de 0,9. Na dimensão processo, a TC global relacionadas à dimensão e subdimensões foi de 100%, enquanto o IVC global aferido foi igual a 0,89. Similarmente, na dimensão resultado as TC global para dimensão e subdimensão foi de 100% e o IVC de 0,8. Por fim, a TC do instrumento para os atributos dimensão e subdimensão analisados foi igual a 95% e o IVC obtido foi de 0,86.

DISCUSSÃO

Todos os critérios cujas TC obtiveram valores abaixo do parâmetro considerado para validação pertenciam à dimensão de estrutura, a saber: critérios 3, 5, 6 e 10. Desses, o critério 5 apresentou também baixo IVC e distintos comentários entre os juízes e, por isso, foi removido.

Importa relatar que na análise dos cinco critérios da subdimensão *trabalhadores* (indicadores 2, 3, 4, 5 e 6) houve discordância de um dos juízes em relação à dimensão alocada para todos esses itens, com a justificativa de que os trabalhadores não poderiam ser caracterizados como parte da estrutura do serviço. Percebe-se, portanto, que a análise realizada por esse juiz não foi feita a partir dos conceitos de Donabedian (DONABEDIAN, 1988; AYANIAN e MARKEL, 2016), utilizados como base teórica para a construção da matriz.

O critério 3, inicialmente redigido como *trabalhadores digitadores do Siasi são exclusivos para essa função* foi alterado para *número de trabalhadores digitadores do Siasi que são exclusivos para essa função*, acatando-se, assim, a sugestão de um juiz de quantificar esse critério. Dentre os três juízes que discordaram da abrangência desse critério na dimensão de estrutura, dois propuseram a alocação do item na dimensão de processo. No entanto, de acordo com Donabedian (1988), os profissionais, incluindo seu vínculo e sua qualificação, fazem parte da estrutura de determinada intervenção. Por conseguinte, optou-se pela manutenção do referido critério na dimensão estrutura.

O mesmo ocorreu para o critério 6, que se refere ao *tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena*. Apesar de os juízes terem recebido orientações sobre a MAJ, incluindo suas definições conceituais (DAVIS,

1992; GRANT e DAVIS, 1997; COLUCI, ALEXANDRE e MILANI, 2015), estas não parecem ter sido suficientes para elucidar o embasamento teórico das dimensões.

Já o critério 10, a saber, *disponibilidade de acesso à internet garantida pelo Ministério da Saúde* não obteve TC válida para sua subdimensão, quando dois juízes discordaram nesse atributo. Um dos juízes sugeriu a realocação do critério a uma nova dimensão e subdimensão, relacionadas ao financiamento ou à gestão da atenção à Saúde Indígena. Observa-se, novamente, o desconhecimento quanto aos preceitos da tríade donabediana utilizados na MAJ. O outro juiz apontou a não correspondência da subdimensão ao componente análogo no ML. Dessa forma, a subdimensão foi readequada para atender ao proposto, sendo esse item, portanto, mantido.

Apesar de ter apresentado TC representativa tanto para a dimensão como para a subdimensão, o critério 7 obteve um IVC = 0,6 no que se refere ao atributo clareza. Para esse item foram propostas a readequação do parâmetro, de modo que a medida ficasse mais clara; readequação da subdimensão, conforme o ML e readequação da redação do próprio critério. Dessa maneira, todas as sugestões foram atendidas de modo que o critério, a pergunta avaliativa e o parâmetro foram reformulados.

Cabe esclarecer que Donabedian propôs a tríade de estrutura, processo e resultado para avaliar a qualidade da atenção à saúde. Ele enfatizou a necessidade de medidas válidas de estrutura e de processo que podem ser relacionadas aos resultados para a obter medidas confiáveis do objeto avaliado (AYANIAN; MARKEL, 2016). Para o autor, os atributos estruturais, ou seja, como e por quem a atenção à saúde é realizada tornam-se medidas indiretas da qualidade do cuidado ou do objeto avaliado (BERWICK; FOX, 2016).

Diversos estudos utilizam como referencial teórico a tríade donabediana, sobretudo quando da elaboração de ML e MAJ (JÚNIOR; MATSUDA, 2012; GUIMARÃES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014; OLIVIERA et al., 2015; CHAVES; SILVA; ROSSI, 2017).

No estudo de avaliabilidade do Projeto de Mobilização Social para Prevenção e Controle da Dengue realizado em dois municípios da Bahia, Chaves; Silva; Rossi (2017) afirmaram que a ausência de estrutura para desenvolvimento das ações do projeto num município causou dificuldades na execução das ações. Portanto, ao

entender que os critérios 3, 6, 7 e 10 são relevantes para medida e caracterização da estrutura para implantação do Siasi, decidiu-se pela readequação (3, 7 e 10) e manutenção de tais itens.

Por conseguinte, verificou-se que a dimensão de estrutura apresentou os menores valores de TC e IVC - 41,6% dos seus itens (cinco dos doze originalmente alocados nessa dimensão) não foram representativos em uma das duas medidas citadas. Um dos fatores aos quais podemos associar tal resultado é a ausência de juízes da gestão local (Polos Base) do Siasi no painel de especialistas. Esses profissionais estão mais próximos dos critérios relacionados à dimensão de estrutura e a falta de seus representantes no painel pode ter afetado negativamente a análise dos itens vinculados a essa dimensão.

Outra hipótese seria de que os itens da dimensão estrutura foram os primeiros a serem analisados, com isso a atenção e dedicação empregadas pelos juízes na avaliação dos primeiros itens podem ter sido mais criteriosas. Davis (1992), por exemplo, argumenta que o instrumento pode ser dividido e a análise realizada em etapas para facilitar a validação pelos juízes.

Na dimensão de processo, todos os critérios obtiveram TC representativa para os dois atributos, dimensão e subdimensão. No entanto, os itens 15, 16, 17, 22 e 25, expostos no quadro 4, apresentaram, respectivamente, IVC 0,6 e 0,5. O indicador 25 obteve o IVC = 0,5 porque um juiz não realizou sua análise para o atributo clareza. Dois juízes julgaram esse item como *não claro*, enquanto os outros dois o analisaram como *claro*. Devido a esse baixo índice, o item foi excluído.

O critério 26, embora tenha tido TC e IVC válidos também foi excluído por estar relacionado ao critério 25 e porque dois juízes apresentaram dúvidas sobre esse item. Nesse caso, nota-se a divergência dos próprios especialistas. Mesmo afirmando concordância quanto às dimensão e subdimensão do critério e o julgando como '*claro*', os comentários realizados por esses dois juízes não guardavam coerência. Lynn (1986) relata a possibilidade de inconsistências na avaliação do instrumento, sugerindo revisão dos especialistas quando isso ocorre. Para ela, a validação do conteúdo, por natureza e definição exige rigor na sua avaliação e essa avaliação é, de fato, crítica.

Os critérios 15, 16 e 17 estão atrelados à subdimensão *cadastro dos indígenas*, etapa também conhecida como censo indígena e que foi estabelecida no

DSEI-BA por meio de uma decisão judicial. É, portanto, uma etapa singular e relevante para a implantação do Siasi no Distrito. Isto posto, as sugestões dos juízes para esses itens foram totalmente acatadas, sendo adequadas todas as respectivas perguntas avaliativas e mantidos os critérios.

Por sua vez, o critério 22, vinculado à *produção dos dados*, refere-se à realização do cadastro do indivíduo no sistema. No Siasi, o cadastro individual é a chave do sistema (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007), ou seja, a partir de tal cadastro é que todos os outros registros de dados são identificados. Portanto, esse item foi reformulado, tendo sido seu critério e pergunta avaliativa readequados e mantido na MAJ.

Segundo Lynn (1986), os itens do instrumento que não obtêm o mínimo requerido de concordância entre os juízes devem ser eliminados ou revisados, recomendação adotada no presente estudo. Já Davis (1992) e Coluci, Alexandre e Milani (2015) argumentam que quando os itens de um instrumento são revisados a partir da avaliação feita pelo painel de juízes, todas as etapas inicialmente realizadas em tal avaliação devem ser reaplicadas.

Nesse sentido, recomenda-se, nos casos de adaptação, adequação ou ampla utilização do instrumento em outros contextos, a reavaliação da validade de conteúdo pelo painel de juízes, segundo os mesmos critérios.

Ressalta-se que a validade do conteúdo do instrumento resultante baseia-se principalmente no julgamento, lógica e raciocínio do pesquisador com validação por um painel de juízes detentores de experiência no domínio do conteúdo (WYND, SCHMIDT e SCHAEFER, 2003).

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo contribuiu para a construção e validação de uma ferramenta para aferir a implantação do Siasi no DSEI-BA, evidenciando os principais elementos envolvidos nesse processo, uma vez que não foram identificados instrumentos que contemplassem o rol de variáveis necessárias para aferir o grau de implantação dessa intervenção em nenhum dos níveis de atuação do SASI-SUS.

A MAJ elaborada apresentou, em sua versão final, 33 critérios, dos quais 11 estão vinculados à dimensão estrutura, 21 à dimensão processo e 01 à dimensão resultado. O instrumento obteve TC e IVC acima de 80% em todas as dimensões avaliadas. Os itens que isoladamente apresentaram a TC ou o IVC não válidos foram reformulados ou excluídos de acordo com os comentários dos juízes.

Ressalta-se que a MAJ elaborada pode ser adequada para uso em níveis locais, regionais ou nacional, no âmbito da Saúde Indígena, objetivando melhor conhecer a implantação do Siasi, quando aplicado. Esse diagnóstico permite a tomada de decisões baseada em evidências, com ações direcionadas, propiciando resultados mais eficientes e satisfatórios.

Uma vez que um número considerável de itens da MAJ sofreu alterações devido às sugestões e/ou comentários dos juízes, recomenda-se que uma nova análise do instrumento pelo painel de especialistas seja realizada, segundo os mesmos critérios, antes de utilização do instrumento em outros contextos.

Pôde-se observar, como limite deste estudo, que as orientações compartilhadas para análise do instrumento não foram suficientes para elucidar as definições conceituais que o embasaram, sobretudo no que diz respeito à tríade donabediana, o que pode ter gerado uma dificuldade de compreensão das dimensões e subdimensões vinculadas a cada item da matriz. Outra dificuldade observada relaciona-se ao reduzido número de juízes que apreciaram a MAJ, além de não haver tido nenhum representante do nível local do painel de especialistas.

Não obstante, considera-se que a MAJ construída é válida e compatível à sua finalidade, qual seja, direcionar a análise de implantação do Siasi no DSEI-BA.

REFERÊNCIAS

AHMADI, M.; DAMANABI, S.; SADOUGHI, F. A Comparative Study of the Proposed Models for the Components of the National Health Information System. **Acta Informatica Medica**, [S.l.], v. 22, n. 2, p.115-119, 2014.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-108.

AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 3, p. 205-207, jul. 2016.

BERWICK, D.; FOX, D.M. "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later. **Milbank Q**, v. 94, n.2, p.237-41, jun. 2016.

BRASIL. Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei 8.080 de 19/09/1990, instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena. **Lei nº. 9.836 de 23 em setembro de 1999**. Brasília: Diário Oficial da União, 1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm. Acesso em 17 abr. 2017.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2ª Edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.860-866, abr. 2014.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set., 2009.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. 117 p.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, G. A. P.; ROSSI, T. R. A. Avaliabilidade do Projeto de Mobilização Social para Prevenção e Controle da Dengue no Estado da Bahia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 138-155, 2017.

COLUCI, M. Z. O. ; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

DAVIS, L. L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 194-197, nov. 1992.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **univ.humanist.**, Bogotá, n. 80, p. 213-236, 2015.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Focus on Quantitative Methods: Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, jun. 1997.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2105-2118, out. 2013.

JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751-757, set./out. 2012.

LYNN, M. R. Determination and Quantification of Content Validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-386, nov./dez. 1986.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: Edufba, 2014. p. 41-63.

MORAES, I.H.S. et al. RIPSAs no Estado: Inovação na gestão da informação em saúde no Brasil? **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.1-18, ago. 2013.

SOUSA, M.C; SCATENA, J.H.G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

MOTA, S.E.C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, Jan. 2018.

OLIVEIRA, M.M. et al. Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. **Rev. APS**, v.17, n.4, p.423-428, out/dez. 2014.

OLIVIERA, D.G. et al. Analysis of the implementation of the TeleHealth Program in Pernambuco State, Brazil: a case study. **Cad Saude Publica**, v.31, n.11, p.2379-89, nov. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, out. 2006.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthopaedic Nursing**, v. 27, n. 1, p. 28-30, jan./fev. 2008.

SHANKLAND, A.; TOLEDO, M.E.; BITTENCOURT, M.F.; BARBOSA, A.M. Real Time Monitoring with Indigenous Peoples: Technical, Social and Political Challenges and Lessons from Brazil, **IDS Bulletin**, vol. 44 nº 2, p. 82-96, 2013.

SILVA. T. O. **Validação do plano de indicadores para avaliação da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Dissertação

(Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, p. 188. 2017.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: Edufba, 2014. p. 15-39.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, ago. 2003.

6.2 Artigo Científico: Análise da Implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) na Bahia

Análise da Implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) na Bahia

Analysis of the Implementation of the Indigenous Healthcare Information System (Siasi) in Bahia

Análisis de la Implantación del Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena (Siasi) en Bahía

Larissa de Faro Valverde

Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana

Silvone Santa Bárbara da Silva

Coordenadora de Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e do Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana

RESUMO

Este estudo tem por objetivo aferir o grau da implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI-BA). Realizado estudo avaliativo, do tipo análise de implantação com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de questionário, aplicado aos trabalhadores das unidades descentralizadas do Distrito (Polos Base), digitadores do sistema e gestores locais e aos profissionais da sede do DSEI-BA vinculados à Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI). O referido instrumento foi derivado de uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) elaborada com base no Modelo Lógico (ML) que, por sua vez, foi construído a partir de documentos institucionais. A MAJ foi validada por meio de Taxa de Concordância (TC) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por um painel de especialistas na área temática de saúde indígena. Evidenciou-se um baixo nível de implantação do Siasi no DSEI-BA (41%) e uma variação dos graus de implantação aferidos por dimensão: baixo nível para a dimensão estrutura (49% dos pontos máximos obtidos), parcialmente implantado na dimensão processo (53%) e com implantação incipiente para a dimensão resultado (21%). Observou-se maiores fragilidades em aspectos relacionados aos recursos materiais e logísticos, de pessoal e ao gerenciamento, uso e divulgação das informações. Conclui-se que é necessário resgatar a função do sistema de informação como potencial ferramenta para tomada de decisões, investindo em atividades de educação permanente para os trabalhadores, de modo que estes detenham os recursos necessários ao desenvolvimento de ações que impliquem em melhoria da atenção à Saúde Indígena.

Descritores: Saúde Indígena; Sistemas de Informação; Avaliação em Saúde

ABSTRACT

This study aims to measure the degree of implementation of the Indigenous Healthcare Information System (IHIS) in the Special Indigenous Sanitary District of Bahia (ISSD-BA). An evaluative study was conducted, specifically an analysis of implementation with a quantitative approach. The data were obtained through a questionnaire, applied to the workers of the decentralized units of the District (Base Poles), system typists and local managers and to the professionals of the ISSD-BA linked to the Division Healthcare for Indigenous Peoples (DHIP). This instrument was derived from a Matrix of Analysis and Judgment (MAJ) elaborated based on the Logical Model (LM), which was constructed from institutional documents. The MAJ was validated through a Concordance Rate (CR) and Content Validity Index (CVI) by a panel of experts in the thematic area of indigenous health. There was a low level of implementation of Siasi in ISSD-BA (41%) and a variation of degrees of implementation measured by dimension: low level for the structure dimension (49% of the maximum points obtained), partially implanted for the process dimension (53%) and with incipient implantation for the result dimension (21%). There were greater weaknesses in aspects related to material and logistical resources, personnel and management, use and dissemination of information. It is concluded that it is necessary to rescue the function of the information system as a potential tool for decision-making, investing in activities of permanent education for workers, so that they have the necessary resources to develop actions that improve the care to Indigenous Health.

Descriptors: Health of Indigenous Peoples; Information Systems; Health Evaluation

RESÚMEN

Este estudio tiene por objetivo medir el grado de implantación del Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena (Siasi) en el Distrito Sanitario Especial Indígena de Bahía (DSEI-BA). Se realizó un estudio evaluativo, del tipo análisis de implantación con abordaje cuantitativo. Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario, aplicado a los trabajadores de las unidades descentralizadas del Distrito (Polos Base), digitadores del sistema y gestores locales, y a los profesionales de la sede del DSEI-BA vinculados a la División de Atención a la Salud Indígena (Diasi). Este instrumento fue derivado de una Matriz de Análisis y Juicio (MAJ) elaborada con base en el Modelo Lógico (ML) que, a su vez, fue construido a partir de documentos institucionales. La MAJ fue validada por medio de Tasa de Concordancia (TC) e Índice de Validez de Contenido (IVC) por un panel de especialistas en el área temática de salud indígena. Se demostró un bajo nivel de implantación del Siasi en el DSEI-BA (41%) y una variación de los grados de implantación medidos por dimensión: bajo nivel para la dimensión estructura (49% de los puntos máximos obtenidos), parcialmente implantado en la dimensión proceso (53%) y con implantación incipiente para la dimensión resultado (21%). Se observaron mayores fragilidades en aspectos relacionados a los recursos materiales y logísticos, de personal y de la gestión, uso y divulgación de las informaciones. Se concluye que es necesario rescatar la función del sistema de información como potencial herramienta para la toma de decisiones, con inversión en actividades de educación permanente para los trabajadores, de modo que éstos detengan los recursos necesarios para el desarrollo de acciones que impliquen en la mejora de la atención a la salud Salud Indígena.

Descriptor: Evaluación en Salud; Sistemas de Información; Salud de Poblaciones Indígenas

INTRODUÇÃO

No Brasil, ao longo dos séculos e até os tempos atuais os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidades, evidenciadas pelas taxas de mortalidade e de morbidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral (TOLEDO et al., 2013).

Na tentativa de diminuir essas iniquidades, o Brasil estabeleceu um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS), componente do SUS, para garantir o acesso dos povos indígenas à saúde (SHANKLAND et al., 2013). Em 2002 é aprovada e instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que apresenta como uma de suas diretrizes o monitoramento das ações de saúde por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, o Siasi (BRASIL, 2002), objeto de investigação do presente estudo.

O SASI-SUS é organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais configuram a rede territorializada para a oferta das ações e serviços de saúde aos povos indígenas (BRASIL, 1999). Atualmente, existem no Brasil 34 DSEI, formados, ainda, por Polos Base, que correspondem aos níveis locais de organização dos serviços de atenção (BRASIL, 2002; SHANKLAND et al., 2013; CARDOSO, 2014). O estado da Bahia abrange um Distrito (DSEI-BA) e dez Polos Base, sendo nove deles assistenciais e um administrativo. Os DSEI contam, ainda, com profissionais responsáveis pela gestão da atenção à saúde, lotados na Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI).

No âmbito da gestão, é amplamente sabido que a informação é elemento essencial ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da situação de saúde e contribuindo para a qualificação e efetividade das ações (CARVALHO; EDUARDO, 1998; CARVALHO, 2009; MORAES et al., 2013; AHMADI; DAMANABI; SADOUGHI, 2014). Por conseguinte, entende-se que o Siasi é uma potencial ferramenta de gestão no âmbito da Saúde Indígena.

Neste contexto, o Siasi surgiu no início dos anos 2000 com a missão de subsidiar a análise da situação da saúde indígena brasileira, bem como a organização dos serviços e dos processos de trabalho das equipes atuantes nos

territórios indígenas, auxiliando cada nível gerencial na tomada de decisões de modo a atender as especificidades de saúde dessa população (BRASIL, 2002). No DSEI-BA sua implantação iniciou-se logo após a sua criação. No entanto, em 2016, mais de uma década depois, o Siasi passa a ser objeto de um dos resultados esperados no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) que vigorará entre 2016 e 2019. A meta pactuada no referido instrumento é “100% dos DSEI contarem com o Siasi implementado” até o final do ano de 2019.

Além disso, poucos são os estudos que utilizam o Siasi como objeto de pesquisa: após busca refinada dos últimos vinte anos na base de periódicos CAPES utilizando os termos “siasi” e “brazilian indigenous health”; “siasi” e “information”; “sistema de informação” e “saúde indígena” e leitura preliminar dos resumos encontrados (15, 69 e 135, respectivamente), foram encontrados dois artigos científicos na literatura nos quais o Siasi constitui instrumento a ser estudado, sendo um artigo sobre sua criação e funcionamento e outro seu funcionamento como fonte de informação para monitoramento no DSEI-Xavante (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; SHANKLAND et al., 2013).

Complementarmente, sabe-se que estudos avaliativos são importantes instrumentos norteadores de tomada de decisão nos serviços de saúde.

Dessa forma, propôs-se um estudo cujo objetivo foi aferir o grau de implantação do referido sistema no âmbito do DSEI-BA. Para tanto, foi necessário elaborar e validar instrumento para obtenção do grau de implantação, o que constitui uma etapa de pesquisa do tipo análise de implantação. O conceito de implantação utilizado refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; CHAMPAGNE et al., 2011a).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação (CHAMPAGNE et al., 2011a), focada em sua primeira etapa, que mediu e classificou o grau de implantação (GI) do Siasi no DSEI-BA em 2018. O estudo foi organizado em três momentos, desenvolvidos entre abril de 2017 e abril de 2018, a saber: construção do Modelo Lógico (ML) da intervenção; elaboração e validação da Matriz

de Análise e Julgamento (MAJ) por um painel de especialistas e pontuação da matriz e determinação do GI.

No primeiro momento da pesquisa uma versão inicial do ML foi elaborada com base em documentos institucionais. A elaboração teve como foco as dimensões de estrutura, processo e resultado, de acordo com a tríade donabediana (DONABEDIAN, 1988; CHAMPAGNE et al., 2011b; AYANIAN, J. Z.; MARKEL, 2016).

Num segundo momento, a partir do ML (figura 1) construiu-se uma MAJ que foi submetida à apreciação por um painel de juízes. A elaboração e validação da MAJ pelos juízes ocorreu em 04 etapas, sistematicamente estabelecidas por Coluci; Alexandre; Milani (2015), a saber: 1- estabelecimento da estrutura conceitual, definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; 2- construção dos itens e das escalas de respostas; 3- seleção e organização dos itens e estruturação do instrumento; 4- validação do conteúdo. A validação do conteúdo utilizou como medidas a taxa de concordância (TC) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

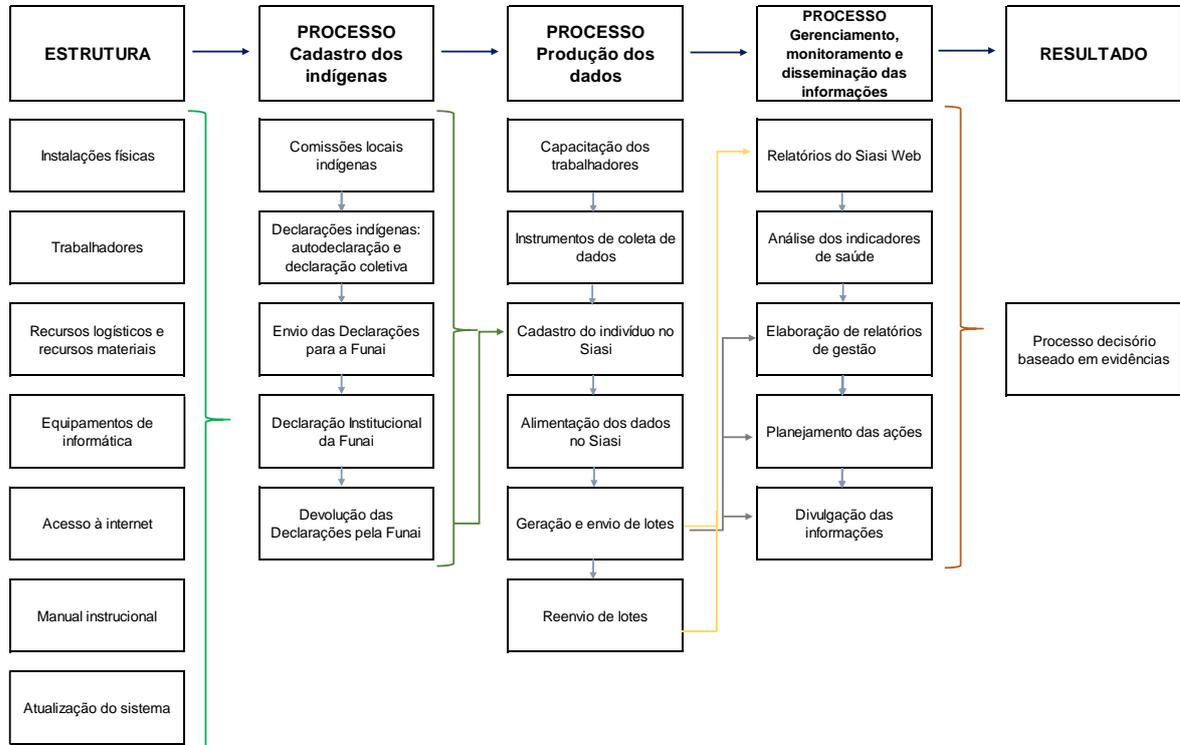


Figura 1 – Modelo lógico da implantação do Siasi no DSEI-BA, Bahia, Brasil.

Para conformar o painel de juízes que validariam a MAJ, foram estabelecidos os seguintes critérios de seleção dos participantes: ter conhecimento e experiência de trabalho com o Siasi (objeto do instrumento), compreender metodologicamente o processo de construção de critérios e/ou ter conhecimento ou experiência no campo de monitoramento e avaliação em saúde. Assim 05 trabalhadores da Saúde Indígena nos diferentes âmbitos de atuação do Subsistema formaram o painel de especialistas¹.

Uma vez validada, a MAJ final (quadro 1) contemplou 33 critérios: 11 relacionados à dimensão estrutura, 21 da dimensão processo e 01 de resultado. Além das três dimensões, a esses critérios estavam vinculados também os seguintes elementos: subdimensão (*instalações físicas* com 01 critério; *trabalhadores*, com 04 critérios; *recursos logísticos e recursos materiais*, com 06 critérios; *cadastro dos indígenas* com 06 critérios; *produção dos dados*, com 08 critérios; *gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações* com 07 critérios e *informação para ação* com 01 critério), componente do ML e parâmetro.

Dimensão Estrutura (11 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Instalações físicas	Instalações físicas	Existência de instalações físicas adequadas	Existência de 01 sala exclusiva para operação do Siasi, com mobiliário ergonômico e disponibilidade de energia elétrica = 1 Existência de 01 sala, mesmo que compartilhada, para o Siasi com mobiliário, ergonômico ou não e disponibilidade elétrica = 0,5
Trabalhadores	Trabalhadores	Número de trabalhadores digitadores suficiente para operar o sistema	Digitador(es) suficiente(s) = Um digitador a cada 2.000 indígenas ou menos Um digitador a cada 2.000 indígenas ou menos = 1 Um digitador a cada 2.001 a 3.000 indígenas = 0,5 Um digitador a cada mais de 3.000 indígenas = 0

Quadro 1 – Matriz de dimensões, subdimensões, componentes, critérios e parâmetros para a definição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA, Bahia, Brasil (continua)

¹ Não é a intenção desse artigo descrever esse processo. Maiores detalhes são apresentados no artigo intitulado “Validação de um instrumento para aferição do grau de implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – Siasi”, de autoria das pesquisadoras.

Dimensão Estrutura (11 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Trabalhadores	Trabalhadores	Número de trabalhadores digitadores do Siasi que são exclusivos para essa função	100% a 75% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 1 74% a 50% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 0,5 49% a 0% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 0
	Trabalhadores	Tipo de vínculo do(s) digitador(es)	100% a 75% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 1 74% a 50% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 0,5 49% a 0% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 0
	Referência técnica	Tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena	01 ano a 9 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 1 8 meses a 6 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 0,5 Menos de 6 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 0
Recursos logísticos e recursos materiais	Recursos logísticos e recursos materiais	Recursos materiais disponíveis e suficientes	Recursos materiais disponíveis e suficientes para coleta e arquivamento dos dados Kit de materiais disponíveis e suficientes: - 1 prancheta para cada profissional da EMSI; - 1 caneta, 1 lápis, 1 borracha e 1 apontador para cada profissional da EMSI; - Resmas de papel ofício para uso pelos profissionais da EMSI; - 1 impressora em funcionamento no Polo Base; - 1 classificador por profissional da EMSI; - Mobiliário com espaço suficiente para arquivar as fichas no Polo Base 100% a 75% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 1 74% a 50% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0,5 49% a 0% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0
	Equipamentos de informática	Existência de equipamentos de informática adequados para operar o sistema	Pelo menos 01 computador completo (CPU, monitor, mouse, teclado, caixas de som) por digitador em funcionamento adequado para operar o sistema e pelo menos uma impressora em funcionamento disponível no Polo Base para impressão das fichas = 1 Computador incompleto, e/ou compartilhado com outros trabalhadores (digitadores ou não) e/ou em mau funcionamento e/ou indisponibilidade de impressora em funcionamento = 0,5
	Acesso à internet	Existência de acesso regular à internet de qualidade	Acesso diário à internet de qualidade, que permite a alimentação regular dos dados = 1 Acesso à internet em dias alternados e/ou durante algumas horas do dia e/ou internet com qualidade ruim, interrompendo a alimentação dos dados = 0,5
	Acesso à internet	Disponibilidade de acesso à internet garantida pelo Ministério da Saúde	Acesso à internet e serviços de segurança do DATASUS disponibilizados pelo Ministério da Saúde = 1 Apenas o acesso à internet ou aos serviços de segurança do DATASUS disponibilizados pelo Ministério da Saúde = 0,5
Recursos logísticos e recursos materiais	Manual instrucional	Disponibilidade de manual instrucional do Siasi	Disponibilidade de manual instrucional do SIASI, impresso ou no formato digital.
	Atualização do sistema	Versão mais atualizada do sistema em uso	Versão mais atual do Siasi instalada e em uso

Quadro 1 – Matriz de dimensões, subdimensões, componentes, critérios e parâmetros para a definição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA, Bahia, Brasil (continuação)

Dimensão Processo (21 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Cadastro dos indígenas	Comissões locais indígenas	Comissão local indígena nas aldeias instituídas e atuantes	Todos os povos indígenas/aldeias com comissão local instituída e atuante no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 1 Alguns povos indígenas/aldeias com comissão local instituída e atuante no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 0,5 Comissão local instituída, porém não atuante = 0
	Declarações indígenas: autodeclaração e declaração coletiva	Preenchimento e assinatura adequadas das fichas de autodeclaração étnica	Fichas de autodeclaração étnica com todos os campos preenchidos e assinadas pelo(a) chefe da família ou preenchida pelo AIS em caso de analfabetismo, porém assinada pelo(a) chefe de família = 1 Fichas de autodeclaração étnica com os campos parcialmente preenchidos pelo(a) chefe da família ou preenchida pelo AIS em caso de analfabetismo = 0,5 Fichas de autodeclaração étnica preenchidas e não assinadas pelo(a) chefe da família = 0
	Declarações indígenas: autodeclaração e declaração coletiva	Emissão regular das fichas de declaração coletiva pelas comissões locais	Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas respeitando a periodicidade definida previamente = 1 Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas com periodicidade irregular pelos membros da comissão local indígena = 0,5 Fichas de declaração coletiva não enviadas = 0
Cadastro dos indígenas	Envio das Declarações para a Funai	Envio regular das declarações para a Funai	Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas, com regularidade previamente definida, para a Funai = 1 Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas com periodicidade irregular para a Funai = 0,5 Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva não enviadas = 0
	Declaração Institucional da Funai	Emissão regular da Declaração Institucional da Funai	Declaração Institucional emitida sempre que houver nascido vivo e/ou chegada de novo indígena/nova família = 1 Declaração Institucional emitida pela Funai de forma irregular = 0,5 Declaração Institucional não emitida = 0
Cadastro dos indígenas	Devolução das Declarações pela Funai	Regularidade da devolução das declarações pela Funai	Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai ao menos uma vez ao mês = 1 Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai em periodicidade irregular e/ou Devolução de algumas declarações pela Funai = 0,5 Não devolução das declarações = 0
Produção dos dados	Capacitação dos trabalhadores	Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para os trabalhadores	Realização de capacitação anual ou sempre que ocorra substituição de trabalhadores que operam o Siasi = 1 Realização de capacitação, sem regularidade sistematizada, para os trabalhadores que operam o Siasi = 0,5 Não realização de capacitações = 0
	Instrumentos de coleta de dados	Utilização de todas as fichas de transcrição para o Siasi	Uso de todas as fichas de transcrição para o Siasi = 1 Uso de algumas fichas de transcrição para o Siasi = 0,5
	Instrumentos de coleta de dados	Preenchimento completo das fichas de transcrição	Fichas do Siasi com mais de 2/3 dos dados preenchidas = 1 Fichas do Siasi com metade dos dados preenchidas = 0,5 Fichas do Siasi com menos da metade dos dados preenchidas = 0
	Cadastro do indivíduo no Siasi	Realização do cadastro individual no Siasi regularmente	Inserção sistemática do cadastro individual no Siasi sempre que exista demanda = 1 Inserção do cadastro individual quando há oportunidade = 0,5 Não inserção do cadastro individual no sistema = 0
	Alimentação dos dados no Siasi	Regularidade de inserção dos dados no Siasi	Inserção dos dados no Siasi realizada diariamente = 1 Inserção dos dados no Siasi realizada episodicamente = 0,5 Não inserção dos dados no Siasi = 0
	Geração e envio de lotes	Regularidade do envio de lotes gerados pelo Siasi Local.	Geração e envio de lotes do Siasi Local semanalmente = 1 Geração e envio de lotes do Siasi Local com outra periodicidade = 0,5 Não envio dos lotes gerados pelo Siasi local = 0
	Reenvio de lotes	Regularidade na correção de dados incorretos e/ou em branco regularmente	Correção de dados realizada conforme periodicidade definida = 1 Correção de dados realizada não respeitando-se a periodicidade definida = 0,5 Não é realizada a correção dos dados = 0
	Reenvio de lotes	Geração e reenvio dos lotes após correção de dados	Geração e reenvio dos lotes sempre que há correção de dados

Quadro 1 – Matriz de dimensões, subdimensões, componentes, critérios e parâmetros para a definição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA, Bahia, Brasil (continuação)

Dimensão Processo (21 pontos)			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Relatórios pelo Siasi Web	Geração de relatórios no Siasi Web que consolidam os dados inseridos no Siasi Local	O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de todos os dados inseridos no Siasi Local = 1 O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de alguns dados inseridos no Siasi Local = 0,5
	Análise dos indicadores de saúde	Cálculo e análise dos indicadores de saúde prioritários a partir de dados do Siasi	Cálculo e análise de todos os indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 1 Cálculo e análise de alguns dos indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 0,5
	Elaboração de relatórios de gestão	Alinhamento da elaboração dos relatórios de gestão com as informações geradas pelo Siasi	Relatórios de gestão elaborados alinhados com as informações geradas pelo Siasi = 1 Relatórios de gestão elaborados parcialmente alinhados com as informações do Siasi = 0,5 Relatórios de gestão elaborados sem alinhamento com as informações geradas pelo Siasi = 0
	Planejamento das ações	Alinhamento do planejamento do DSEI-Ba com as informações geradas pelo Siasi	Planejamento do DSEI-Ba alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 1 Planejamento do DSEI-BA parcialmente alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 0,5 Planejamento não alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 0
	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores	Divulgação das informações realizada para os trabalhadores por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais
	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população indígena	Divulgação das informações realizada para a população indígena por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais
	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população geral	Divulgação das informações realizada para a população geral por meio de boletins, informes, reuniões, oficinas, notícias e/ou outros documentos oficiais
Dimensão Resultado (1 pontos)			
Informação para ação	Processo decisório baseado em evidências	Alinhamento da tomada de decisão com o planejamento	Tomada de decisão pelo (s) gestor (es) é alinhada ao planejamento realizado com base nas informações geradas pelo Siasi (1,0); Tomada de decisão parcialmente alinhada (0,5); Tomada de decisão totalmente desalinhada com o planejamento (0)

Quadro 1 – Matriz de dimensões, subdimensões, componentes, critérios e parâmetros para a definição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA, Bahia, Brasil (conclusão)

O terceiro e último momento consistiu na coleta dos dados para medir os critérios e pontuá-los na MAJ de forma a obter o GI. A coleta dos dados se deu por aplicação de um questionário *online*, via formulário Google, aos trabalhadores do DSEI-BA em diferentes âmbitos de atuação: trabalhadores envolvidos diretamente com a inserção de dados no Siasi (digitadores), responsáveis pelo monitoramento e produção das informações (Responsáveis Técnicos da DIASI) e gestores locais (Coordenadores dos Polos Base).

Foram convidados 41 participantes para responder o questionário, dos quais 11 (cerca de 27%) atuam ou atuaram como Coordenador(a) Técnico de Polo Base;

18 (em torno de 44%) trabalham como digitador(a) do SIASI; e 12 (aproximadamente 29%) fazem parte da equipe de gestão da atenção da DIASI, incluindo a chefia responsável por esta unidade. Dentre estes, 20 (cerca de 50%) aceitaram o convite e enviaram respostas válidas. Foram consideradas todas as respostas válidas submetidas até abril de 2018.

No intuito de verificar se houve duplicidade nas respostas (ou seja, se a mesma pessoa respondeu mais de uma vez o questionário), foram cruzados os dados referentes à idade, ao sexo, ao local de trabalho no DSEI-Ba e ao grau de escolaridade.

Apenas 03 dos 11 participantes convidados (cerca de 27%) que desempenham a função de Coordenador(a) de Polo Base participaram da pesquisa. Entre os trabalhadores na função de digitador(a) do Siasi, 10 dos 18 convidados (55,5%) responderam à pesquisa, enquanto que os respondentes da equipe da DIASI foram 07 entre os 12 convidados (58%). O(a) trabalhador(a) na função de gestor(a) da DIASI não participou do estudo.

Após a somatória dos pontos obtidos na matriz, foi medida a proporção entre os pontos observados e os pontos esperados. Cada critério poderia obter a pontuação máxima = 1, quando a resposta à sua pergunta avaliativa fosse “sim”; 0,5 ponto quando a resposta fosse “parcial” e 0 para as respostas negativas. Assim, o GI foi determinado pela equação $GI = (\sum \text{ponto observado} / \sum \text{ponto estimado}) \times 100$ (OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015).

A dimensão processo contou com a maior pontuação (21 pontos), por abranger o maior número de critérios, seguida da dimensão estrutura, com 12 pontos. A dimensão resultado abarcou apenas um critério (01 ponto). Para classificar o GI obtido, as proporções foram categorizadas em quartis conforme a tabela 1 abaixo. Esses pontos de corte foram utilizados no estudo de implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil (OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015).

Tabela 1 - Parâmetros para a classificação dos casos conforme os graus de implantação

Pontos de corte	Grau de implantação
76% a 100%	Implantado
51% a 75%	Parcialmente implantado
26% a 50%	Baixo nível de implantação
Abaixo de 26%	Implantação incipiente

(OLIVEIRA, NATAL e CAMACHO, 2015)

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e receberam, assinaram e reenviaram, via e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido assegurado o seu sigilo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) conforme parecer nº 2.372.456, estando em concordância com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que trata dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A média de idade dos respondentes foi de 33 anos, sendo 14 (70%) mulheres e 06 (30%) homens. Em relação ao local de trabalho, a maioria desempenha suas atividades laborativas nos Polos Base (11 participantes, o equivalente a 55%), 07 respondentes trabalham na DIASI (35%) e apenas 02 trabalham em aldeia (10%). 13 (65%) participantes afirmaram possuir nível superior completo, sendo que 10 destes possuem, ainda, pós-graduação (09 com pós-graduação *lato sensu* e 01 *stricto sensu*). Cabe destacar que dentre os participantes com nível superior completo, 03 são digitadores(as) do Siasi e, entre estes, 02 são pós-graduados.

Quanto ao tempo de trabalho na Saúde Indígena, 60% dos respondentes (n=12) trabalham há mais de 5 anos na Saúde Indígena, sendo que destes, 02 trabalham há mais de uma década; 05 possuem entre 2 a 5 anos de trabalho na área e 02 pessoas trabalham há menos de 1 ano, sendo uma delas o(a) Responsável Técnico pelo Siasi, que afirmou estar há menos de 6 meses na Saúde Indígena. Dentre os 20 respondentes, apenas 03 possuem mais tempo de trabalho

na Saúde Indígena do que no DSEI-BA, o que demonstra que a maioria dos trabalhadores que participaram da pesquisa (85%) nunca trabalharam em outro contexto da Saúde Indígena que não no DSEI-BA.

Já em relação ao vínculo de trabalho, 18 dos 20 participantes (90%) são contratados via convênio com o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e apenas 02 profissionais (10%) pertencem ao quadro efetivo (servidores públicos). Nenhum dos participantes se caracterizou como contratado(a) por empresa terceirizada.

Entre os participantes que responderam sobre o tempo de trabalho com o Siasi (n = 18), a maioria (78%) trabalha há mais de 1 ano com o sistema. Dentre estes, o menor tempo de trabalho com o Siasi relatado foi de 18 meses (01 participante) e o maior de 10 a 15 anos (01 participante). 01 respondente, que pertence à equipe de gestão da atenção à Saúde Indígena – DIASI – afirmou que não trabalha com o Siasi; 02 participantes disseram trabalhar há menos de 1 ano com o sistema, sendo um deles o atual Responsável Técnico pelo Siasi, que afirmou trabalhar há apenas 1 mês com este sistema.

O quesito *trabalho exclusivo com o Siasi* foi direcionado apenas aos digitadores(as) do sistema. 03 respostas foram descartadas por terem sido marcadas por trabalhadores de outra categoria. Dentre os 10 digitadores(as) que responderam à pesquisa, 09 responderam à questão e a maioria (cerca de 78%) afirmou que trabalha exclusivamente na alimentação do sistema.

Observou-se que o Siasi possui baixo nível de implantação (41%) no DSEI-BA, com 49% dos pontos máximos obtidos na dimensão estrutura, 53% na dimensão de processo e 21% na dimensão resultado. A subdimensão *instalações físicas* foi a que obteve maior percentual (71%), enquanto que a subdimensão *trabalhadores*, obteve a menor (34%). Dos quatro critérios vinculados a essa última subdimensão, dois obtiveram pontuação zero, a saber: *tipo de vínculo do(s) digitador(es)* e *tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena*.

Já a dimensão processo apresentou o maior GI observado, qual seja, 53%. A subdimensão *produção dos dados* obteve um GI de 70%. A subdimensão *cadastro dos indígenas* alcançou um GI de 58%. As menores pontuações foram observadas nos três componentes que envolvem a participação da Funai, a saber: *envio regular das declarações para a Funai*; *emissão regular da Declaração Institucional da Funai*

e regularidade da devolução das declarações pela Funai. No tocante à subdimensão *gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações*, o GI obtido foi de 30%, o que representa um baixo nível de implantação. Houve grande variação na pontuação dos indicadores vinculados a essa subdimensão: de zero ponto para o indicador relacionado à divulgação das informações para a população geral a 0,57 ponto para o indicador referente aos relatórios do Siasi Web.

Por fim, a dimensão resultado, que abrangue a subdimensão *informação para ação* apresentou uma implantação incipiente, com um GI equivalente a 21% para o seu único critério, aferido pela percepção dos respondentes.

As pontuações dos 33 critérios e os GI aferidos por subdimensão e dimensão estão expostos no quadro 02 a seguir.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO OBTIDA	GI SUBDIMENSÃO	GI DIMENSÃO	GI SIASI NO DSEI-BA
Estrutura (máx. 11 pontos)	Instalações físicas (máx. 01 ponto)	Existência de instalações físicas adequadas (1 ponto)	0,71	71%	49%	41%
	Trabalhadores (máx. 04 pontos)	Número de trabalhadores digitadores suficiente para operar o sistema (1 ponto)	0,58	34%		
		Número de trabalhadores digitadores do Siasi que são exclusivos para essa função (1 ponto)	0,78			
		Tipo de vínculo do(s) digitador(es) (1 ponto)	0			
		Tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena (1 ponto)	0			
	Recursos logísticos e recursos materiais (máx. 06 pontos)	Recursos materiais disponíveis e suficientes (1 ponto)	0,41	56%		
		Existência de equipamentos de informática adequados para operar o sistema (1 ponto)	0,46			

Quadro 2 – Matriz de dimensões, subdimensões, componentes, indicadores, pontuações obtidas e grau de implantação por dimensão, subdimensão e resultado final da implantação do Siasi no DSEI-BA, Bahia, Brasil (continua)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO OBTIDA	GI SUBDIMENSÃO	GI DIMENSÃO	GI SIASI NO DSEI-BA
Estrutura (máx. 11 pontos)	Recursos logísticos e recursos materiais (máx. 06 pontos)	Existência de acesso regular à internet de qualidade (1 ponto)	0,46	56%	49%	41%
		Disponibilidade de acesso à internet garantida pelo Ministério da Saúde (1 ponto)	0,19			
		Disponibilidade de manual instrucional do Siasí (1 ponto)	0,92			
		Versão mais atualizada do sistema em uso (1 ponto)	0,92			
Processo (máx. 21 pontos)	Cadastro dos indígenas (máx. 06 pontos)	Comissão local indígena nas aldeias instituídas e atuantes (1 ponto)	0,62	58%	53%	
		Preenchimento e assinatura adequadas das fichas de autodeclaração étnica (1 ponto)	0,75			
		Emissão regular das fichas de declaração coletiva pelas comissões locais (1 ponto)	0,58			
		Envio regular das declarações para a Funai (1 ponto)	0,54			
		Emissão regular da Declaração Institucional da Funai (1 ponto)	0,50			
		Regularidade da devolução das declarações pela Funai (1 ponto)	0,50			
	Produção dos dados (máx. 08 pontos)	Realização de capacitação na operacionalização do Siasí para os trabalhadores (1 ponto)	0,29	70%		
		Utilização de todas as fichas de transcrição para o Siasí (1 ponto)	0,54			
		Preenchimento completo das fichas de transcrição (1 ponto)	0,69			
		Realização do cadastro individual no Siasí regularmente (1 ponto)	0,58			
		Regularidade de inserção dos dados no Siasí (1 ponto)	0,81			
		Regularidade do envio de lotes gerados pelo Siasí Local (1 ponto)	0,96			
		Regularidade na correção de dados incorretos e/ou em branco regularmente (1 ponto)	0,85			
		Geração e reenvio dos lotes após correção de dados (1 ponto)	0,92			

Quadro 2 – Matriz de dimensões, subdimensões, componentes, indicadores, pontuações obtidas e grau de implantação por dimensão, subdimensão e resultado final da implantação do Siasí no DSEI-BA, Bahia, Brasil (continuação)

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO OBTIDA	GI SUBDIMENSÃO	GI DIMENSÃO	GI SIASI NO DSEI-BA
Processo (máx. 21 pontos)	Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações (máx. 07 pontos)	Geração de relatórios no Siasi Web que consolidam os dados inseridos no Siasi Local (1 ponto)	0,57	30%	53%	41%
		Cálculo e análise dos indicadores de saúde prioritários a partir de dados do Siasi (1 ponto)	0,36			
		Alinhamento da elaboração dos relatórios de gestão com as informações geradas pelo Siasi (1 ponto)	0,43			
		Alinhamento do planejamento do DSEI-Ba com as informações geradas pelo Siasi (1 ponto)	0,21			
		Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores (1 ponto)	0,21			
		Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população indígena (1 ponto)	0,29			
		Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população geral (1 ponto)	0,00			
Resultado (máx. 01 ponto)	Informação para ação (máx. 01 ponto)	Alinhamento da tomada de decisão com o planejamento (1 ponto)	0,21	21%	21%	

Quadro 2 – Matriz de dimensões, subdimensões, componentes, indicadores, pontuações obtidas e grau de implantação por dimensão, subdimensão e resultado final da implantação do Siasi no DSEI-BA, Bahia, Brasil (conclusão)

DISCUSSÃO

A implantação do Siasi no DSEI-BA foi considerada baixa (41%), sendo observada uma variação no GI em cada uma de suas dimensões: para a estrutura, o GI aferido também foi baixo (49%), enquanto para a dimensão processo o GI foi parcialmente implantado (53%). Finalmente, para a dimensão resultado, a implantação foi julgada como incipiente (21%). Embora a pontuação obtida nesta última dimensão tenha sido determinante para influenciar o GI do Siasi, pondera-se que alguns itens referentes à estrutura e ao processo também contribuíram substancialmente para a medida final verificada devido às suas baixas pontuações. São eles: *tipo de vínculo do(s) digitador(es)*; *tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena* (componentes da subdimensão *trabalhadores*) e *alinhamento do planejamento do DSEI-Ba com as informações geradas pelo Siasi*;

divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores, para a população indígena e para a população geral (componentes da subdimensão gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações).

Uma pesquisa similar, que avaliou a implantação do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) em 132 municípios de Minas Gerais, também apontou que critérios referentes ao gerenciamento dos dados obtiveram piores pontuações em comparação àqueles vinculados à produção dos dados (GUIMARÃES et al., 2013). No entanto, diferentemente deste estudo, os autores citados observaram melhor avaliação dos aspectos relacionados à estrutura do que aqueles vinculados ao processo. Ressalta-se que a referida pesquisa não explorou os aspectos da dimensão resultado (GUIMARÃES et al., 2013).

No presente estudo os itens de estrutura mais bem avaliados foram relativos à função exclusiva dos trabalhadores na operação do Siasi e às instalações físicas, aspectos mal avaliados em outras pesquisas: Guimarães et al. (2013) não constataram o mesmo achado e Silva; Laprega (2005) evidenciaram que a sobrecarga dos trabalhadores prejudica o processo de produção de informação. Sobre as instalações físicas, alguns estudos demonstram que a precariedade da infraestrutura é um aspecto relevante para a não implantação de determinada intervenção (SILVA; LAPREGA, 2005; CHAZAN; PEREZ, 2008; OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015; GOMES; ESPERIDIÃO, 2017).

Salienta-se que os critérios com pontuação zero (tipo de vínculo dos digitadores e tempo de trabalho da referência técnica do Siasi), responsáveis pelo baixo nível de implantação da dimensão estrutura, foram utilizados como elementos de contexto em um estudo avaliativo que estimou o grau de implantação do Sistema de Informação do Programa HiperDia (SIS-HiperDia) (REZENDE; SOUZA, 2016). Na referida pesquisa, os resultados demonstraram que nos locais em que o sistema não estava implantado, foi maior a proporção de municípios nos quais ocorria a precarização dos vínculos empregatícios. Outros aspectos considerados como essenciais para a implantação do Siasi, mas adotados como elementos de contexto por Rezende; Souza (2016) foram: uso dos dados do sistema no planejamento e nas pactuações; realização de capacitações específicas para o sistema; disponibilidade de equipamentos de informática; regularidade de geração dos relatórios.

Embora o tipo de vínculo dos digitadores do sistema tenha sido mal avaliado por não garantir a estabilidade dos profissionais, o que poderia afetar a continuidade do serviço, isso não parece ocorrer, já que 70% dos participantes nessa função trabalham há mais de 5 anos no DSEI-BA e 90% há mais de 2 anos. Cabe ressaltar, no entanto, que em um estudo sobre a capacidade dos sistemas de monitoramento voltado para os indígenas, observou-se que a elevada rotatividade dos profissionais no DSEI-Xavante prejudicava, sobremaneira, a alimentação regular dos dados no Siasi (SHANKLAND et al., 2013). Neste contexto, o tempo de trabalho da referência técnica do Siasi parece afetar mais substancialmente a implantação do sistema no DSEI-BA do que o tipo de vínculo empregatício, o que indica uma necessidade de inclusão do critério *tempo de serviço*.

Ainda na dimensão estrutura, dentre os componentes relacionados aos *recursos logísticos e recursos materiais*, a atualização do sistema e a disponibilidade de manual instrucional foram os elementos mais bem avaliados de toda a intervenção. Em outras pesquisas, a disponibilidade e o uso de manuais tiveram baixas pontuações (GUIMARÃES et al., 2013; OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015). No entanto, os demais componentes desta subdimensão foram mal avaliados, destacando-se o acesso à internet, similarmente aos resultados de outros estudos (SILVA; LAPREGA, 2005; CHAZAN; PEREZ, 2008; SHANKLAND et al., 2013; REZENDE; SOUZA, 2016; GOMES; ESPERIDIÃO, 2017). Shankland et al. (2013), além de apontarem baixa qualidade da internet, referem problemas frequentes com os equipamentos de informática e ponderam que tais problemas são agravados pela dificuldade de acessibilidade do território, no caso, o DSEI-Xavante, no Mato Grosso.

Na dimensão processo, a subdimensão *produção dos dados* é a melhor avaliada, com GI de 70%. A ela estão vinculados os critérios referentes à capacitação dos trabalhadores, uso e completude das fichas do Siasi, cadastro do indivíduo no sistema, regularidade de inserção dos dados, geração e envio de lotes e correção dos dados, cujas pontuações foram satisfatórias ou parcialmente satisfatórias à exceção do primeiro critério.

Concorda-se com Shankland et al. (2013) quando afirmam que a atualização e alimentação frequente dos dados é elemento chave para o monitoramento, sobretudo entre os povos indígenas que apresentam altos níveis de mobilidade,

assim como as altas taxas de natalidade e mortalidade (SHANKLAND et al., 2013). Apesar dos itens relacionados à alimentação do Siasi terem sido bem pontuados, esses achados merecem ser vistos com cautela, uma vez que não foram confrontados com outras fontes de informação. Recomenda-se que outras estratégias metodológicas sejam aplicadas para uma melhor análise de tais resultados.

Como no presente estudo, a capacitação dos trabalhadores é um fator mal avaliado nas intervenções – seja por serem consideradas ausentes, insuficientes ou irregulares (SILVA; LAPREGA, 2005; CHAZAN; PEREZ, 2008; GUIMARÃES et al., 2013; OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015; REZENDE; SOUZA, 2016; GOMES; ESPERIDIÃO, 2017). Considera-se que assegurar regularidade de atividades educativas aos profissionais é essencial para a valorização do seu processo de trabalho e garantia de manutenção da qualidade do serviço.

Como observado, na subdimensão *gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações*, o critério referente ao alinhamento dos relatórios de gestão com as informações produzidas pelo Siasi obteve um baixo escore (0,43 ponto), porém representou a segunda melhor pontuação desta subdimensão. Compreende-se melhor tal resultado ao confrontá-lo com os achados de Guimarães et al. (2013), que sinalizaram que a disseminação das informações do Sinasc por meio da emissão de relatórios ocorre para atender a formalidades e responder a demandas político-gerenciais, o que parece também acontecer com o Siasi no DSEI-BA.

Destacam-se, ainda, nessa subdimensão, as baixas pontuações obtidas nos itens referentes à análise dos indicadores de saúde, planejamento das ações e divulgação das informações. Tais achados convergem com o relatado por Silva; Laprega (2005), que ao avaliarem o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) na região de Ribeirão Preto/SP, concluíram que o mesmo era pouco utilizado para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões. Já no estudo de Guimarães et al. (2013), o item de análise dos indicadores foi um dos mais bem avaliados, embora o uso das informações para o planejamento e ampla divulgação tenham obtido baixos escores. Os autores afirmam que é preciso o conhecimento das informações por todos os envolvidos, incluindo os profissionais responsáveis pela

coleta de dados, para a valorização da informação produzida (GUIMARÃES et al., 2013).

Nota-se, pois, um esvaziamento do propósito do Siasi, uma vez que sua função é possibilitar o conhecimento da situação de saúde e dos serviços para embasar o processo decisório e aprimorar ações (BRASIL, 2002; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; SHANKLAND et al., 2013), e que isso repercute negativamente na dimensão do resultado. Ademais, sabe-se que a transformação de um dado em informação implica, além da análise e de possíveis recomendações para a ação, a sua divulgação (CHAVES; SILVA; ROSSI, 2017). Os achados deste estudo mostram deficiência na disseminação das informações, o que prejudica sobremaneira o processo de planejamento e qualificação das ações em Saúde Indígena, tanto pelos gestores quanto pelo controle social, acentuando a invisibilidade dessas populações. Neste sentido, concorda-se com Guimarães et al. (2013) quando alegam que a apropriação do conhecimento assegura os direitos de prática da prestação de contas, de tomada de decisões e de realização de cobranças.

Silva; Laprega (2005) também identificaram ausência de repasse das informações para a comunidade pelas equipes de saúde estudadas, inexistindo, portanto, a participação comunitária no planejamento e nas decisões. Por sua vez, o estudo de Shankland et al. (2013) concluiu que fatores técnicos, administrativos, sociais e políticos comprometem o conhecimento das informações em saúde para garantir a efetiva participação da população indígena no planejamento e na prestação de contas. Os autores destacaram a necessidade de aprimoramento da comunicação intercultural, sugerindo a capacitação de gestores e de profissionais não indígenas em diferentes contextos culturais.

Importa, ainda, considerar que o uso da informação gerada por qualquer sistema é influenciado pelos vários fatores relacionados à sua implantação, sendo crucial a atenção constante a estes pois irão demarcar as decisões relativas às políticas públicas no SUS (REZENDE; SOUZA, 2016).

Nesse sentido, o presente estudo possibilitou evidenciar alguns fatores que influenciam na implantação do Siasi no DSEI-BA. Foi possível identificar alguns pontos de fragilidade na implantação do sistema tendo como base o ML da intervenção construído. Por conseguinte, o estudo proporciona o conhecimento dos

elementos a serem aprimorados no intuito de fortalecimento da implantação do sistema no DSEI-BA.

Ao observar que a dimensão resultado obteve o menor GI, faz-se imperioso resgatar a função primária do sistema, investindo não só na qualificação da informação, mas no seu uso como potencial ferramenta direcionadora de ações para melhoria das condições de saúde e de vida da população indígena.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como principais limitações deste trabalho, destaca-se seu próprio desenho metodológico, que não permite análise do contexto. Para tanto, mais estratégias metodológicas podem ser abordadas, de modo a estabelecer a influência do contexto na intervenção e possíveis obstáculos e facilidades que auxiliem a elucidar o grau de implantação observado. A baixa adesão de participação dos convidados na etapa de validação da MAJ é outro fator que pode ter limitado o estudo, pois uma maior variedade no painel de juízes possibilitaria mais contribuições ao instrumento.

Conclui-se que o Siasi no DSEI-BA apresenta um baixo grau de implantação e alguns pontos parecem revelar suas maiores fragilidades. Estes não se concentram apenas no efetivo uso do sistema (dimensão resultado) ou no manejo das informações (subdimensão *gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações*). Fatores relacionados aos trabalhadores, como capacitação, quantitativo e tempo de trabalho, além de insuficiência de recursos logísticos e materiais também influenciam o baixo nível de implantação identificado.

Com base nos resultados apresentados, recomenda-se, portanto, um investimento nos recursos materiais, incluindo o parque tecnológico do DSEI-BA, de forma que sejam adequados para o desempenho do sistema; a garantia de acesso regular à internet de qualidade pelo Ministério da Saúde nos pontos de digitação do Siasi, nos Polos Base e na sede do DSEI-BA; articulação com a Funai para efetivação das etapas de cadastro dos indígenas que envolvem essa instituição; capacitação sistemática dos trabalhadores e, finalmente, um investimento no uso efetivo do sistema como ferramenta potencial para direcionar ações a partir das análises de informações obtidas. Torna-se necessário investir continuamente nas pessoas, nos profissionais responsáveis por produzir e gerenciar as informações, de

modo que essas, cada vez mais, sejam utilizadas, divulgadas e alinhadas ao planejamento e à tomada de decisões, no intuito de melhorar a qualidade de vida dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

AHMADI, M.; DAMANABI, S.; SADOUGHI, F. A Comparative Study of the Proposed Models for the Components of the National Health Information System. **Acta Informatica Medica**, [S.l.], v. 22, n. 2, p.115-119, 2014.

AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 3, p. 205-207, jul. 2016.

BRASIL. Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei 8.080 de 19/09/1990, instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena. **Lei nº. 9.836 de 23 em setembro de 1999**. Brasília: Diário Oficial da União, 1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm. Acesso em 17 abr. 2017.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2ª Edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

CARDOSO, M.D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.860-866, abr. 2014.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set., 2009.

CARVALHO, A.O.; EDUARDO, M.B.P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. 117 p.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Organizadores. **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011a. p. 41-60.

_____. A Análise de Implantação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Organizadores. **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011b. p. 217-238.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, G. A. P.; ROSSI, T. R. A. Avaliabilidade do Projeto de Mobilização Social para Prevenção e Controle da Dengue no Estado da Bahia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 138-155, 2017.

CHAZAN, A.C.; PEREZ, E.A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v.11, n.1, p.10-16, jan/mar. 2008.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 3. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988.

GOMES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00132215, 2017.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2105-2118, out. 2013.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: Edufba, 2014. p. 41-63.

MORAES, I.H.S. et al. RIPSAs no Estado: Inovação na gestão da informação em saúde no Brasil? **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.1-18, ago. 2013.

SOUSA, M.C; SCATENA, J.H.G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

OLIVEIRA, L.G.D; NATAL, S.; CAMACHO, L.A.B. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 543-554, mar. 2015.

REZENDE, E.P.; DE SOUZA, L.E.P.F. Análise da implantação do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em municípios da Bahia – 2013. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.40, n.2, p.9-26, abr/jun. 2016.

SHANKLAND, A.; TOLEDO, M.E.; BITTENCOURT, M.F.; BARBOSA, A.M. Real Time Monitoring with Indigenous Peoples: Technical, Social and Political Challenges and Lessons from Brazil, **IDS Bulletin**, vol. 44 nº 2, p. 82-96, 2013.

SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São

Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, dez, 2005.

SOUSA, M.C; SCATENA, J.H.G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: Edufba, 2014. p. 15-39.

TOLEDO, M.E. et al. O olhar das representações indígenas sobre a sua saúde e a interface com o subsistema de saúde indígena. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, p.117-130, 2013.

6.3 Produção técnica - Matriz de Análise e Julgamento de implantação do Siasi para o DSEI-BA

Dimensão Estrutura			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Instalações físicas	Instalações físicas	Existência de instalações físicas adequadas	Existência de 01 sala exclusiva para operação do Siasi, com mobiliário ergonômico e disponibilidade de energia elétrica = 1 Existência de 01 sala, mesmo que compartilhada, para o Siasi com mobiliário, ergonômico ou não e disponibilidade elétrica = 0,5
Trabalhadores	Trabalhadores	Número de trabalhadores digitadores suficiente para operar o sistema	Digitador(es) suficiente(s) = Um digitador a cada 2.000 indígenas ou menos Um digitador a cada 2.000 indígenas ou menos = 1 Um digitador a cada 2.001 a 3.000 indígenas = 0,5 Um digitador a cada mais de 3.000 indígenas = 0
		Número de trabalhadores digitadores do Siasi que são exclusivos para essa função	100% a 75% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 1 74% a 50% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 0,5 49% a 0% de digitador(es) que atuam exclusivamente nessa função = 0
		Tipo de vínculo do(s) digitador(es)	100% a 75% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 1 74% a 50% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 0,5 49% a 0% de digitador(es) que possuem vínculo estatutário (concurado) = 0
	Referência técnica	Tempo de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena	01 ano a 9 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 1 8 meses a 6 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 0,5 Menos de 6 meses de trabalho da referência técnica do Siasi na Saúde Indígena = 0
Recursos logísticos e recursos materiais	Recursos logísticos e recursos materiais	Recursos materiais disponíveis e suficientes	Recursos materiais disponíveis e suficientes para coleta e arquivamento dos dados Kit de materiais disponíveis e suficientes: - 1 prancheta para cada profissional da EMSI; - 1 caneta, 1 lápis, 1 borracha e 1 apontador para cada profissional da EMSI; - Resmas de papel ofício para uso pelos profissionais da EMSI; - 1 impressora em funcionamento no Polo Base; - 1 classificador por profissional da EMSI; - Mobiliário com espaço suficiente para arquivar as fichas no Polo Base 100% a 75% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 1 74% a 50% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0,5 49% a 0% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0
	Equipamentos de informática	Existência de equipamentos de informática adequados para operar o sistema	Pelo menos 01 computador completo (CPU, monitor, mouse, teclado, caixas de som) por digitador em funcionamento adequado para operar o sistema e pelo menos uma impressora em funcionamento disponível no Polo Base para impressão das fichas = 1 Computador incompleto, e/ou compartilhado com outros trabalhadores (digitadores ou não) e/ou em mau funcionamento e/ou indisponibilidade de impressora em funcionamento = 0,5
	Acesso à internet	Existência de acesso regular à internet de qualidade	Acesso diário à internet de qualidade, que permite a alimentação regular dos dados = 1 Acesso à internet em dias alternados e/ou durante algumas horas do dia e/ou internet com qualidade ruim, interrompendo a alimentação dos dados = 0,5
Recursos logísticos e recursos materiais	Manual instrucional	Disponibilidade de manual instrucional do Siasi	Disponibilidade de manual instrucional do SIASI, impresso ou no formato digital.
		Atualização do sistema	Versão mais atualizada do sistema em uso

Quadro 1 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continua)

Dimensão Processo			
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO
Cadastro dos indígenas	Comissões locais indígenas	Comissão local indígena nas aldeias instituídas e atuantes	Todos os povos indígenas/aldeias com comissão local instituída e atuante no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 1 Alguns povos indígenas/aldeias com comissão local instituída e atuante no Polo Base para apreciação das fichas de cadastramento = 0,5 Comissão local instituída, porém não atuante = 0
	Declarações indígenas: autodeclaração e declaração coletiva	Preenchimento e assinatura adequadas das fichas de autodeclaração étnica	Fichas de autodeclaração étnica com todos os campos preenchidos e assinadas pelo(a) chefe da família ou preenchida pelo AIS em caso de analfabetismo, porém assinada pelo(a) chefe de família = 1 Fichas de autodeclaração étnica com os campos parcialmente preenchidos pelo(a) chefe da família ou preenchida pelo AIS em caso de analfabetismo = 0,5 Fichas de autodeclaração étnica preenchidas e não assinadas pelo(a) chefe da família = 0
		Emissão regular das fichas de declaração coletiva pelas comissões locais	Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas respeitando a periodicidade definida previamente = 1 Fichas de declaração coletiva assinadas e emitidas com periodicidade irregular pelos membros da comissão local indígena = 0,5 Fichas de declaração coletiva não enviadas = 0
	Envio das Declarações para a Funai	Envio regular das declarações para a Funai	Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas, com regularidade previamente definida, para a Funai = 1 Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva enviadas com periodicidade irregular para a Funai = 0,5 Fichas de autodeclaração étnica e declaração coletiva não enviadas = 0
	Declaração Institucional da Funai	Emissão regular da Declaração Institucional da Funai	Declaração Institucional emitida sempre que houver nascido vivo e/ou chegada de novo indígena/nova família = 1 Declaração Institucional emitida pela Funai de forma irregular = 0,5 Declaração Institucional não emitida = 0
Devolução das Declarações pela Funai	Regularidade da devolução das declarações pela Funai	Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai ao menos uma vez ao mês = 1 Devolução das declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) pela Funai em periodicidade irregular e/ou Devolução de algumas declarações pela Funai = 0,5 Não devolução das declarações = 0	
Produção dos dados	Capacitação dos trabalhadores	Realização de capacitação na operacionalização do Siasi para os trabalhadores	Realização de capacitação anual ou sempre que ocorra substituição de trabalhadores que operam o Siasi = 1 Realização de capacitação, sem regularidade sistematizada, para os trabalhadores que operam o Siasi = 0,5 Não realização de capacitações = 0
	Instrumentos de coleta de dados	Utilização de todas as fichas de transcrição para o Siasi	Uso de todas as fichas de transcrição para o Siasi = 1 Uso de algumas fichas de transcrição para o Siasi = 0,5
		Preenchimento completo das fichas de transcrição	Fichas do Siasi com mais de 2/3 dos dados preenchidas = 1 Fichas do Siasi com metade dos dados preenchidas = 0,5 Fichas do Siasi com menos da metade dos dados preenchidas = 0
	Cadastro do indivíduo no Siasi	Realização do cadastro individual no Siasi regularmente	Inserção sistemática do cadastro individual no Siasi sempre que exista demanda = 1 Inserção do cadastro individual quando há oportunidade = 0,5 Não inserção do cadastro individual no sistema = 0
	Alimentação dos dados no Siasi	Regularidade de inserção dos dados no Siasi	Inserção dos dados no Siasi realizada diariamente = 1 Inserção dos dados no Siasi realizada episodicamente = 0,5 Não inserção dos dados no Siasi = 0
	Geração e envio de lotes	Regularidade do envio de lotes gerados pelo Siasi Local.	Geração e envio de lotes do Siasi Local semanalmente = 1 Geração e envio de lotes do Siasi Local com outra periodicidade = 0,5 Não envio dos lotes gerados pelo Siasi local = 0
	Reenvio de lotes	Regularidade na correção de dados incorretos e/ou em branco regularmente	Correção de dados realizada conforme periodicidade definida = 1 Correção de dados realizada não respeitando-se a periodicidade definida = 0,5 Não é realizada a correção dos dados = 0
Geração e reenvio dos lotes após correção de dados		Geração e reenvio dos lotes sempre que há correção de dados	

Quadro 1 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (continuação)

Dimensão Processo				
SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	PARÂMETRO	
Gerenciamento, monitoramento e disseminação das informações	Relatórios pelo Siasi Web	Geração de relatórios no Siasi Web que consolidam os dados inseridos no Siasi Local	O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de todos os dados inseridos no Siasi Local = 1 O Siasi Web possibilita a geração de relatórios para consolidação de alguns dados inseridos no Siasi Local = 0,5	
	Análise dos indicadores de saúde	Cálculo e análise dos indicadores de saúde prioritários a partir de dados do Siasi	Cálculo e análise de todos os indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 1 Cálculo e análise de alguns dos indicadores de saúde prioritários a partir do Siasi = 0,5	
	Elaboração de relatórios de gestão	Alinhamento da elaboração dos relatórios de gestão com as informações geradas pelo Siasi	Relatórios de gestão elaborados alinhados com as informações geradas pelo Siasi = 1 Relatórios de gestão elaborados parcialmente alinhados com as informações do Siasi = 0,5 Relatórios de gestão elaborados sem alinhamento com as informações geradas pelo Siasi = 0	
	Planejamento das ações	Alinhamento do planejamento do DSEI-Ba com as informações geradas pelo Siasi	Planejamento do DSEI-Ba alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 1 Planejamento do DSEI-BA parcialmente alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 0,5 Planejamento não alinhado com as informações geradas pelo Siasi = 0	
	Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para os trabalhadores	Divulgação das informações realizada para os trabalhadores por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais
		Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população indígena	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população indígena	Divulgação das informações realizada para a população indígena por meio de relatórios, boletins, informes, reuniões, oficinas e/ou outros documentos oficiais
Divulgação das informações	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população geral	Divulgação das informações produzidas a partir do Siasi para a população geral	Divulgação das informações realizada para a população geral por meio de boletins, informes, reuniões, oficinas, notícias e/ou outros documentos oficiais	
Dimensão Resultado				
Informação para ação	Processo decisório baseado em evidências	Alinhamento da tomada de decisão com o planejamento	Tomada de decisão pelo (s) gestor (es) é alinhada ao planejamento realizado com base nas informações geradas pelo Siasi (1,0); Tomada de decisão parcialmente alinhada (0,5); Tomada de decisão totalmente desalinhada com o planejamento (0)	

Quadro 1 – MAJ para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA, Brasil (conclusão)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo consistiu na consecução da primeira etapa de uma análise de implantação cujo objetivo foi aferir o grau de implantação do Siasi no DSEI-BA, identificando seus principais avanços e fragilidades. Para tal, a pesquisa contribuiu com a elaboração de duas ferramentas (modelo lógico e matriz de análise e julgamento) que podem ser utilizadas tanto no âmbito da instituição onde a pesquisa foi realizada quanto em outros níveis do SASI-SUS, com as adequações necessárias.

A MAJ elaborada com base no modelo lógico da intervenção apresentou, em sua versão final, 33 critérios, dos quais 11 estão vinculados à dimensão estrutura, 21 à dimensão processo e 01 à dimensão resultado. O instrumento obteve TC e IVC acima de 80% em todos os itens avaliados. Os itens que isoladamente apresentaram a TC ou o IVC não válidos foram reformulados ou excluídos de acordo com os comentários dos juízes. Dessa forma, recomenda-se que uma nova análise do instrumento pelo painel de especialistas seja realizada, segundo os mesmos critérios, antes de utilização do instrumento em outros contextos. Não obstante, considera-se a MAJ válida e compatível à aferição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA.

O GI observado do Siasi foi considerado baixo, sendo que os principais aspectos relacionados a este resultado se concentram no manejo e no uso das informações geradas pelo sistema para subsidiar o planejamento, a tomada de decisões e a participação dos trabalhadores e dos indígenas nesse processo. Outros fatores relacionados aos trabalhadores e aos recursos materiais e logísticos também parecem influenciar o baixo nível de implantação evidenciado, demandando estratégias que possibilitem um melhor desempenho.

Outras estratégias metodológicas devem ser abordadas, de modo a estabelecer a influência do contexto no grau de implantação do Siasi no DSEI-BA. A baixa adesão de participação dos convidados na etapa de validação da MAJ é outro fator que pode ter limitado o estudo, pois uma maior variedade no painel de juízes possibilitaria mais contribuições ao instrumento.

Conclui-se que a construção de um instrumento para a aferição do grau de implantação do Siasi no DSEI-BA foi fundamental para constatar o atual cenário

dessa que é a principal ferramenta de informação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na Bahia. A pesquisa possibilitou a identificação de elementos relacionados à implantação do sistema, o que permite refletir em estratégias que potencializem o processo para mudança do quadro observado. Recomenda-se um investimento nos recursos materiais, incluindo o parque tecnológico do DSEI-BA, de forma que sejam adequados para o desempenho do sistema; garantia de acesso regular à internet de qualidade pelo Ministério da Saúde nos pontos de digitação do Siasi, nos Polos Base e na sede do DSEI-BA; articulação com a Funai para efetivação das etapas de cadastro dos indígenas que envolvem essa instituição; capacitação sistemática dos trabalhadores e, finalmente, um investimento no uso efetivo do sistema como ferramenta potencial para direcionar ações a partir das análises de informações obtidas.

Assim, é necessário investir continuamente nas pessoas, nos profissionais responsáveis por produzir e gerenciar as informações, de modo que essas, cada vez mais, sejam utilizadas, divulgadas e alinhadas ao planejamento e à tomada de decisões, no intuito de melhorar a qualidade de vida dos povos indígenas.

Recomenda-se, ainda, avaliar a pertinência de adequar os instrumentos elaborados nesta pesquisa para constituir um instrumento único, capaz de aferir o grau de implantação do Siasi em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Brasil e assim fortalecer o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

REFERÊNCIAS

- AHMADI, M.; DAMANABI, S.; SADOUGHI, F. A Comparative Study of the Proposed Models for the Components of the National Health Information System. **Acta Informatica Medica**, [S.l.], v. 22, n. 2, p.115-119, 2014.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, C.K.A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-108.
- AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 3, p. 205-207, jul. 2016.
- BASTA, P.C.; ORELLANA, J.D.Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. 22. ed. Brasília: Secadi, 2012. p. 60-107.
- BERWICK, D.; FOX, D.M. "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later. **Milbank Q**, v. 94, n.2, p.237-41, jun. 2016.
- BOCCOLINI, C.S.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal For Equity In Health**, [S.l.], v. 15, n. 1, p.1-8, 17 nov. 2016
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII. Da ordem social. Seção II - Da Saúde, Art. 196 a 200. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 17 abr. 2017
- _____. Lei Orgânica da Saúde nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8080**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 17 abr. 2017.
- _____. Lei nº. 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei 8.080 de 19/09/1990, instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena. **Lei nº. 9.836 de 23 em setembro de 1999**. Brasília: Diário Oficial da União, 1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em 17 abr. 2017.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2ª Edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás. **Asis – Análise de Situação de Saúde**. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. 1ª Edição. Brasília: Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde, 2016.

CARDOSO, A.M. et al. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Cap. 30. p. 911-932.

CARDOSO, M.D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.860-866, abr. 2014.

CARVALHO, A. L. B. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set., 2009.

CARVALHO, A.O.; EDUARDO, M.B.P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. 117 p.

CAVALCANTE, R.B.; PINHEIRO, M.M.K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão e Conhecimento**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p.91-104, jul./dez., 2011.

CHAMPAGNE, F. et al. A Análise de Implantação. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Organizadores. **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011a. p. 217-238.

_____. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Organizadores. **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011b. p. 41-60.

_____. Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Organizadores. **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011c. p. 61-74.

CHAVES, S.C.L.; SILVA, G.A.P.; ROSSI, T.R.A. Avaliabilidade do Projeto de Mobilização Social para Prevenção e Controle da Dengue no Estado da Bahia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 138-155, 2017.

CHAZAN, A.C.; PEREZ, E.A. Avaliação da implementação do sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (hiperdia) nos municípios do estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v.11, n.1, p.10-16, jan/mar. 2008.

COHEN, E.; FRANCO, R. Avaliação: conceito e especificidade. In: COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 72-84.

COLUCI, M. Z. O. ; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 218 p.

COIMBRA JR., C.E.A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.855-859, abr. 2014.

COIMBRA JR., C.E.A et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **Bmc Public Health**, [S.l.], v. 13, n. 1, p.1-19, 19 jan. 2013.

COIMBRA JR., C.E.A; SANTOS, R.V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Révue d'Epidemiologie et Santé Publique**, Paris, v. 48, p. 517-539, 2000.

DAVIS, L. L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 194-197, nov. 1992.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 3. p. 49-88.

DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J. Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. **univ.humanist.**, Bogotá, n. 80, p. 213-236, 2015.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. História da avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. **Avaliação em saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 19-39.

ENSP. **Informe ENSP**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37506>>. 2015. Acesso em 28 de abr. de 2017.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.1-13, 31 ago. 2012.

FERREIRA, A.A. et al. Nutritional status and growth of indigenous Xavante children, Central Brazil. **Nutrition Journal**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.1-9, 11 jan. 2012

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 1-14.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Secadi, 2012. p. 18-58.

GODLEE, F. et al. Can we achieve health information for all by 2015? **The Lancet**, London, v. 364, n. 9430, p.295-300, jul. 2004.

GOMES, S.C.; ESPERIDIÃO, M.A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00132215, 2017.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Focus on Quantitative Methods: Selection and Use of Content Experts for Instrument Development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, n. 3, p. 269-274, jun. 1997.

GUIMARÃES, E.A.A. **Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais**. 2011. 144 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2011.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2105-2118, out. 2013.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.341-353, 1999.

JORGE, M.H.P.M; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2010.

JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751-757, set./out. 2012.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1595-1601, out. 2005.

LYNN, M. R. Determination and Quantification of Content Validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-386, nov./dez. 1986.

MANOZZO, R. **Sistema de Informação da Saúde Indígena no RS**: Processo de Implantação e sua Situação Atual. 2006. 93 f. Monografia (Especialização) - Curso de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12323>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde**: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: Edufba, 2014. p. 41-63.

MORAES, I.H.S. et al. RIPSAs no Estado: Inovação na gestão da informação em saúde no Brasil? **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.1-18, ago. 2013.

MOTA, S.E.C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, Jan. 2018.

NASCIMENTO, E.S.; MAIA-HERZOG, M.; SABROZA, P.C. O acesso público da informação em saúde para as doenças negligenciadas no Brasil. **Reciis**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.1-10, 29 jun. 2012.

OLIVEIRA, L.G.D; NATAL, S.; CAMACHO, L.A.B. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 543-554, mar. 2015.

OLIVEIRA, M.M. et al. Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. **Rev. APS**, v.17, n.4, p.423-428, out/dez. 2014.

OLIVIERA, D.G. et al. Analysis of the implementation of the TeleHealth Program in Pernambuco State, Brazil: a case study. **Cad Saude Publica**, v.31, n.11, p.2379-89, nov. 2015.

PAIM, J.S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde**: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: Edufba, 2014. p. 9-10.

PEREIRA, C.C.B. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 1, p.39-49, mar. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, out. 2006.

REZENDE, E.P.; DE SOUZA, L.E.P.F. Análise da implantação do sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em municípios da Bahia – 2013. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.40, n.2, p.9-26, abr/jun. 2016.

RISI JUNIOR, J.B. Rede Interagencial de Informações para Saúde: RIPSA: alcance e perspectivas. In: MOYA, J. et al. Organizadores. **Salas de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2010. p. 73-76.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthopaedic Nursing**, v. 27, n. 1, p. 28-30, jan./fev. 2008.

SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M. Apresentação. In: SANTOS, E.M; CRUZ, M.M. Organizadoras. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática da Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 15-18.

SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M. Introdução. In: SANTOS, E.M; CRUZ, M.M. Organizadoras. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática da Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 19-32.

SANTOS, R.V; COIMBRA JR., C. E. A. Saúde Indígena. In: Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 130-132.

SANTOS, S.S.B.S. et al. Contextual determinants of decentralization of epidemiological surveillance for the family health team. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p.443-454, set. 2015.

SANTOS, S.S.B.S.; MELO, C.M.M.M. Aspectos metodológicos na utilização da análise de implantação em pesquisa avaliativa. In: MELO, C.M.M.M.; FAGUNDES, N.C.; SANTOS, T.A. Organizadoras. **Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação**. Salvador: Edufba, 2011. p. 127-153.

SEBASTIÁN, M. S.; HURTIG, A.K. Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. **Salud Pública de México**, [S.l.], v. 49, n. 4, p.316-320, ago. 2007.

SERAPIONI, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M.G.C. Avaliação em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 7ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 533-557.

SHANKLAND, A.; TOLEDO, M.E.; BITTENCOURT, M.F.; BARBOSA, A.M. Real Time Monitoring with Indigenous Peoples: Technical, Social and Political Challenges and Lessons from Brazil, **IDS Bulletin**, vol. 44 nº 2, p. 82-96, 2013.

SHEKELLE, P.G.; GOLDZWEIG, C.L. **Costs and benefits of health information: an update systematic review**. In: QQUIP. [S.I.], The Health Foundation, 2009.60 p.

SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, dez, 2005.

SILVA, T. O. **Validação do plano de indicadores para avaliação da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, p. 188. 2017.

SILVA, W.V.M. **Avaliação da atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil**. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

SOUSA, M.G.G.; SANTOS, E.M.; FRIAS, P.G. Avaliação do grau de implementação do Projeto Nascer - Maternidades relacionado à sífilis congênita em Pernambuco. In: SANTOS, E.M.; CRUZ, M.M. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática da Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 61-94.

SOUSA, M.C; SCATENA, J.H.G.; SANTOS, R.V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.

SOUZA, L.G. et al. Demography and health of the Xavante Indians of Central Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p.1891-1905, out. 2011.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em 23 abr. 2017.

TOLEDO, M.E. et al. O olhar das representações indígenas sobre a sua saúde e a interface com o subsistema de saúde indígena. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, p.117-130, 2013.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: Edufba, 2014. p. 15-39.

WELCH, J. R. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.851-854, abr. 2014.

WYND, C. A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, ago. 2003.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Análise da implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena da Bahia”, a qual objetiva avaliar o grau de implantação do Siasi no âmbito do DSEI-BA, buscando compreender os fatores de contexto envolvidos. O estudo faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da mestrandia Larissa de Faro Valverde, que tem como orientadora a professora Doutora Silvone Santa Bárbara da Silva. Na sua participação você deverá responder um questionário que contém perguntas fechadas e abertas sobre sua inserção no trabalho com o Siasi: tempo de trabalho na saúde indígena, tipo de vínculo empregatício, atribuições desempenhadas, conhecimento acerca do sistema, sua forma de funcionamento no DSEI-BA, dentre outras questões. O questionário será respondido *online* em local de sua preferência de forma a garantir o máximo de conforto e minimizar possíveis constrangimentos. O sigilo absoluto de sua identidade será garantido e em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Os documentos ficarão armazenados em sigilo em posse da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos, e, findo esse prazo, serão incinerados. Você não terá nenhum gasto e/ou ganho financeiro por participar da pesquisa e no caso de eventualmente você ter algum custo com ou prejuízo financeiro relacionados à sua participação, esses serão ressarcidos pela pesquisadora responsável. Os riscos de participação consistem em possíveis danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. Neste estudo, a possibilidade de risco refere-se a qualquer constrangimento ou desconforto ao responder as perguntas do questionário. Dessa maneira, convém informar que você não precisa responder a quaisquer perguntas que o faça se sentir incomodado(a). Na ocorrência, por ventura, de danos decorrentes da pesquisa, você será indenizado. Não há previsão de benefícios diretos aos colaboradores da pesquisa. Os benefícios e vantagens produzidos indiretamente pelo desenvolvimento do estudo estão direcionados ao aprimoramento das ações voltadas à atenção à saúde dos povos indígenas da Bahia e proposição de estratégias que contribuam para a qualificação da informação em saúde indígena. Você é livre para recusar sua participação na pesquisa ou poderá desistir de participar da mesma em qualquer momento, sem necessidade de explicar a sua desistência, bem como poderá pedir informações sobre a pesquisa se assim julgar necessário. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino. Sendo assim, se você concordar em participar do referido estudo, solicitamos que assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo uma cópia para a pesquisadora responsável e a outra ficará em sua posse. Qualquer dúvida ou esclarecimento necessário a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Larissa de Faro Valverde por correspondência endereçada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, localizado na Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, sala MT 67, módulo 6, Caixa Postal 252, CEP: 44036-900, Feira de Santana, Bahia. Telefone (75) 3161-8161, e-mail: mpscuefs@gmail.com. Em caso de dúvidas relacionados aos aspectos éticos da pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da referida Universidade poderá ser contatado por meio do telefone (75) 3161-8067 ou do e-mail: cep@uefs.br.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Larissa de Faro Valverde
Pesquisadora Responsável

Mestrado em Saúde Coletiva – UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana UEFS – Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte – Feira de Santana – BA
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, sala MT 67, módulo 6
Telefone: (75) 3161-8161. E-mail: mpscuefs@gmail.com

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Análise da implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena da Bahia”, a qual objetiva avaliar o grau de implantação do Siasi no âmbito do DSEI-BA, buscando compreender os fatores de contexto envolvidos. O estudo faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da mestrandia Larissa de Faro Valverde, que tem como orientadora a professora Doutora Silvone Santa Bárbara da Silva. Na sua participação você deverá analisar a matriz de análise e julgamento ao responder perguntas fechadas e emitir comentários acerca dos indicadores contidos na mesma. Tal análise será feita *online*, em local de sua preferência de forma a garantir o máximo de conforto e minimizar possíveis constrangimentos. O sigilo absoluto de sua identidade será garantido e em nenhum momento você será identificado (a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Os documentos ficarão armazenados em sigilo em posse da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos, e, findo esse prazo, serão incinerados. Você não terá nenhum gasto e/ou ganho financeiro por participar da pesquisa e no caso de eventualmente você ter algum custo ou prejuízo financeiro relacionados à sua participação, esses serão ressarcidos pela pesquisadora responsável. Os riscos de participação consistem em possíveis danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. Neste estudo, a possibilidade de risco refere-se a qualquer desconforto ao analisar a matriz. Dessa maneira, convém informar que você não precisa emitir juízo de valor para os itens que o faça se sentir incomodado(a). Na ocorrência, por ventura, de danos decorrentes da pesquisa, você será indenizado (a). Não há previsão de benefícios diretos aos colaboradores da pesquisa. Os benefícios e vantagens produzidos indiretamente pelo desenvolvimento do estudo estão direcionados ao aprimoramento das ações voltadas à atenção à saúde dos povos indígenas da Bahia e proposição de estratégias que contribuam para a qualificação da informação em saúde indígena. Você é livre para recusar sua participação na pesquisa ou poderá desistir de participar da mesma em qualquer momento, sem necessidade de explicar a sua desistência, bem como poderá pedir informações sobre a pesquisa se assim julgar necessário. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino. Sendo assim, se você concordar em participar do referido estudo, solicitamos que assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo uma cópia para a pesquisadora responsável e a outra ficará em sua posse. Qualquer dúvida ou esclarecimento necessário a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com Larissa de Faro Valverde por correspondência endereçada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, localizado na Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte, sala MT 67, módulo 6, Caixa Postal 252, CEP: 44036-900, Feira de Santana, Bahia. Telefone (75) 3161-8161, e-mail: mpscuefs@gmail.com. Em caso de dúvidas relacionados aos aspectos éticos da pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da referida Universidade poderá ser contatado por meio do telefone (75) 3161-8067 ou do e-mail: cep@uefs.br.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Larissa de Faro Valverde
Pesquisadora Responsável

Mestrado em Saúde Coletiva – UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana UEFS – Av.
Transnordestina, S/N – Novo Horizonte – Feira de Santana – BA
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, sala MT 67, módulo 6
Telefone: (75) 3161-8161. E-mail: mpscuefs@gmail.com

APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Prezado(a) Convidado(a),

Salvador, 27 de dezembro de 2017.

Sou discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e desenvolvo a pesquisa intitulada ***Análise da Implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena na Bahia***. O referido estudo objetiva avaliar o grau de implantação do Siasi no âmbito do DSEI-BA e é realizado sob a orientação da Prof^a Dr^a Silvone Santa Bárbara da Silva.

Por se tratar de uma pesquisa avaliativa, é necessário alinhar e validar os indicadores elencados na matriz de análise e julgamento proposta. Dessa forma, elegemos um grupo de especialistas para solicitar que apreciem a matriz construída e seus respectivos indicadores, com a finalidade de verificar se os mesmos possuem clareza para avaliar a implantação do Siasi no DSEI-BA.

A construção da matriz tomou como base o modelo lógico, formulado com base na literatura e em documentos institucionais, o qual possui três dimensões, conforme a tríade de Donabedian: estrutura, processo e resultado. Para cada dimensão foram construídos indicadores para a mensuração e análise do grau de implantação do Siasi na Bahia.

Considerando sua expertise acerca do tema, gostaríamos de solicitar a sua preciosa colaboração, a qual consistirá no julgamento das dimensões, subdimensões e indicadores que constam na matriz.

Havendo concordância em participar dessa apreciação, solicitamos que a realize em até 30 dias a partir do recebimento da matriz. Salientamos que estas informações serão mantidas em sigilo, uma vez que serão utilizadas posteriormente em publicações.

Por entender que esta tarefa lhe exigirá grande dedicação, desde já agradecemos imensamente a sua colaboração. Posteriormente, encaminharemos uma declaração relativa à sua contribuição ao trabalho como juíza na apreciação da matriz de análise e julgamento. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Larissa de Faro Valverde
Mestranda

Prof. Dra. Silvone S. B. da Silva
Orientadora

APÊNDICE D – ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MESTRADO
PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Orientações gerais e roteiro para validação da Matriz de Análise e Julgamento Análise da Implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia

A matriz de análise e julgamento (MAJ) está organizada em três dimensões de análise, a partir do modelo lógico elaborado (disponível em planilha ao lado, intitulada Modelo Lógico) e embasado na tríade de Donabedian, sendo essas dimensões:

A = estrutura
B = processo
C = resultado

A partir do modelo lógico, também foram definidas subdimensões e componentes que formam a matriz. Os indicadores elaborados a partir desses itens estão relacionados a uma pergunta avaliativa, um parâmetro, uma definição de pontuação e uma premissa.

Na MAJ também consta a fonte de todos os indicadores (questionário).

No total, a MAJ elenca 36 indicadores, relacionados com cada componente do modelo lógico, estando esses indicadores distribuídos da seguinte maneira, segundo as dimensões e subdimensões:

A dimensão A, de estrutura, possui 3 subdimensões e 12 indicadores (itens 1 a 12 na planilha MAJ A - Indicadores Estrutura).

A dimensão B, de processo, possui 3 subdimensões e 23 indicadores (itens 13 a 35 na planilha MAJ B - Indicadores Processo).

A dimensão C, de resultado, possui 1 subdimensão e 1 indicador (item 36 na planilha MAJ C - Indicador Resultado).

Você deverá iniciar sua análise a partir da planilha MAJ A - Indicadores Estrutura, passando depois para a MAJ B e finalmente para a MAJ C.

Para cada indicador será necessário avaliar **a abrangência da dimensão e da subdimensão** relacionada. Dessa maneira, nesses itens, você analisará se o indicador está adequadamente alocado na dimensão ou na subdimensão descrita ao escolher apenas uma das alternativas, assinalando com um X o campo correspondente:

1 = concordo
0 = não concordo

Para avaliação de conteúdo dos indicadores, será utilizado como critério a clareza. Como parâmetro conceitual, será considerada na avaliação da clareza: a redação do indicador, verificando se ele é bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir.

Nesse item deverá ser escolhida uma das alternativas na escala de 1 a 4, assinalando com um X o campo correspondente, sendo elas:

1 = não claro
2 = pouco claro
3 = claro
4 = muito claro

Para cada indicador será possível realizar comentários sobre suas respostas, bem como quaisquer outras sugestões ou orientações.

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO SIASI NO DSEI-BA									
MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO									
Nº	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	COMPONENTE	INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO	PREMISSA	FONTE
...

1.1 O indicador faz parte da abrangência da dimensão **estrutura**?

1 = concordo	
0 = não concordo	

1.2 O indicador faz parte da abrangência da subdimensão **instalações físicas**?

1 = concordo	
0 = não concordo	

1.3 O indicador apresenta **clareza**?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = claro	
4 = muito claro	

1.4 **Comentários, sugestões ou orientações:**

--

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DA BAHIA

Esse questionário tem por objetivo coletar dados para subsidiar a pesquisa de análise da implantação do Siasi no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia - DSEI-BA. O estudo faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da mestranda Larissa de Faro Valverde, que tem como orientadora a professora Doutora Silvone Santa Bárbara da Silva.

Sua participação é extremamente importante para o desenvolvimento dessa pesquisa, a qual pretende conhecer as condições estruturais e processuais acerca da implantação do sistema, permitindo assim revelar as principais dificuldades e os pontos fortes sobre tal processo. Dessa forma, será possível propor ações estratégicas que embasem cientificamente a tomada de decisões para aperfeiçoar o sistema e, dessa maneira, qualificar a atenção à Saúde Indígena, sobretudo na Bahia.

Orientações gerais:

Para as perguntas fechadas, assinale apenas uma alternativa. Quando as perguntas permitirem mais de uma opção de escolha, será descrito no seu enunciado.

Algumas perguntas possuem orientações específicas, com a determinação de conceitos postos no enunciado. Portanto, atenção ao respondê-las.

Desde já agradecemos sua participação!

Idade (em anos):

1. Sexo:

() Feminino

() Masculino

2. Há quanto tempo você trabalha na Saúde Indígena?

- 3 a 6 meses
- 6 a 9 meses
- 9 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 5 anos
- Mais de 5 anos

Outro:

3. Há quanto tempo atua no Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena da Bahia (DSEI-BA)?

- 3 a 6 meses
- 6 a 9 meses
- 9 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 5 anos
- Mais de 5 anos

Outro:

4. Onde você trabalha no DSEI-BA?

- Aldeia
- Polo Base
- DIASI

5. Qual a sua escolaridade/formação?

- Nível fundamental incompleto
- Nível fundamental
- Nível médio incompleto
- Nível médio
- Nível superior incompleto
- Nível superior

() Pós-graduação incompleta

() Pós-graduação

Outro:

6. Qual é o seu tipo de vínculo empregatício?

() Servidor(a) público(a)

() Profissional IMIP (conveniada)

() Contratado(a) por empresa terceirizada

7. Qual a sua função atualmente no DSEI-BA?

() Digitador(a) / Alimentador(a) do SIASI

() Coordenador(a) Técnico de Polo Base

() Responsável Técnico ou Membro da DIASI

8. Se você é Membro da DIASI, você está atualmente como Responsável Técnico do SIASI?

() Sim

() Não

9. Caso a sua função seja de alimentador(a) do SIASI, responda: você trabalha exclusivamente com essa função?

() Sim

() Não

10. Há quanto tempo trabalha com o SIASI?

() 3 a 6 meses

() 6 a 9 meses

() 2 a 5 anos

() 5 a 10 anos

() 10 a 15 anos

() Mais de 15 anos

Outro:

11. Você recebeu alguma capacitação para trabalhar com o SIASI?

- () Sim
() Não

12. São realizadas capacitações anuais ou sempre que ocorra substituição de trabalhadores que operam o Siasí?

- () Sim
() Parcialmente, pois são realizadas capacitações, mas sem regularidade sistematizada
() Não

As perguntas a seguir são voltadas APENAS para os(as) profissionais atuantes nos Polos Base e/ou aldeias. Caso você trabalhe na DIASI, pule para a pergunta 39 (seção 3).

Perguntas voltadas APENAS para os profissionais que trabalham nos Polos Base e/ou nas aldeias:

13. Nos últimos 12 meses, houve mudança de profissionais que trabalhavam com o SIASI no seu Polo Base?

- () Sim
() Não

14. As alternativas abaixo referem-se à disponibilidade de recursos para o funcionamento do Siasí. Leia as orientações abaixo e assinale a opção mais adequada. Onde você trabalha, o SIASI dispõe de:

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS: MOBILIÁRIO ERGONÔMICO = cadeira para trabalho com apoio para os braços, encosto e regulação de altura; mesa com altura e espaço adequados ao desenvolvimento do trabalho. PARCIAL = sala ou computador compartilhado; mobiliário existente, mas não ergonômico; dispõe de energia elétrica, porém com interrupções.

	Sim, exclusivo para o SIASI	Parcial	Não
Sala	()	()	()
Computador	()	()	()
Mobiliário ergonômico	()	()	()
Energia Elétrica	()	()	()

15. Em relação ao COMPUTADOR utilizado para o SIASI, ele está em funcionamento adequado?

() Sim

() Não

16. Ainda sobre o computador do SIASI, ele possui:

	Sim	Não
CPU	()	()
Monitor	()	()
Mouse	()	()
Teclado	()	()
Caixas de som	()	()

17. Os recursos materiais para operacionalização do SiasI estão disponíveis e são suficientes? Para responder, leia as orientações abaixo que especifica um KIT mínimo para o SiasI.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS: KIT DE MATERIAIS PARA O SIASI: 1 prancheta para cada profissional da EMSI; 1 estojo para cada profissional da EMSI (1 caneta, 1 lápis, 1 borracha e 1 apontador para cada profissional); Resmas de papel ofício para uso pelos profissionais da EMSI; 1 impressora em funcionamento no Polo Base; 1 classificador para cada profissional da EMSI; Mobiliário com espaço suficiente para arquivar as fichas no Polo Base.

	Sim	Não
1 Prancheta por profissional da EMSI	()	()
1 Estojo por profissional da EMSI	()	()
1 Classificador por profissional da EMSI	()	()
1 Impressora em funcionamento no Polo Base	()	()
Resmas de papel ofício para uso da EMSI	()	()
Mobiliário para arquivo no Polo Base	()	()

18. O manual de instruções do SIASI, seja no formato impresso ou no formato digital está disponível para uso e consulta?

- () Sim
() Não

19. A versão mais atual do sistema SIASI é a versão utilizada na sua operação (versão 4.0 do SIASI)?

- () Sim
() Não

20. O acesso à internet é garantido de forma regular e contínua?

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS: Considere como ACESSO À INTERNET REGULAR E CONTÍNUO: acesso diário à internet de qualidade, que permite a alimentação regular dos dados. PARCIAL: acesso à internet em dias alternados e/ou durante algumas horas do dia e/ou internet com qualidade ruim, interrompendo a alimentação dos dados.

- () Sim
() Parcial
() Não

21. O acesso à internet e serviços de segurança do DATASUS são disponibilizados pelo Ministério da Saúde? Para responder, leia e considere as orientações abaixo.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS: Serviços de segurança do DATASUS = suporte remoto (suporte e manutenção da rede e acessos a softwares originais); segurança da informação; garantia de continuidade dos serviços de informática. PARCIAL = quando o Ministério da Saúde só disponibiliza um dos dois serviços - ou o acesso à internet ou os serviços de segurança do DATASUS.

- () Sim
- () Parcial
- () Não

22. O número de profissionais que alimentam o SIASI é suficiente? Para responder, leia as orientações abaixo.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS: Responda SIM se existe um digitador a cada 2.000 indígenas ou menos; Responda PARCIAL se existe um digitador para mais de 2.000 indígenas, não ultrapassando um digitador a cada 3.000 indígenas; Responda NÃO se existe um digitador para mais de 3.000 indígenas.

- () Sim
- () Parcial
- () Não

23. Alguma vez o trabalho de inserção de dados no Siasi foi interrompido?

- () Sim
- () Não

24. Caso a resposta da pergunta anterior tenha sido SIM, por quanto tempo a inserção de dados no SIASI foi interrompida?

- () Menos de 7 dias
- () 1 a 2 semanas
- () 2 semanas a 1 mês
- () 1 a 3 meses
- () 3 a 6 meses
- () 6 meses ou mais

Outro:

25. Você conhece as etapas anteriores à inserção do cadastro indígena no SIASI no DSEI-BA (etapa conhecida como censo indígena)?

- () Sim
- () Não

26. Cada povo indígena/aldeia do seu Polo Base possui comissão atuante para a realização do censo indígena?

- () Sim, todos os povos/aldeias têm comissão instituída e atuante
- () Parcialmente, alguns povos/aldeias têm comissão instituída e atuante
- () Não, existem comissões, mas elas não são atuantes

27. No censo indígena, as fichas de autodeclaração étnica foram totalmente preenchidas pelas famílias indígenas ou pelo AIS, em caso de analfabetismo do(a) chefe de família e assinadas?

- () Sim, as fichas tiveram todos os campos preenchidos e foram assinadas pelos(as) chefes de família
- () Parcialmente, as fichas tiveram alguns campos preenchidos e foram assinadas pelos(as) chefes de família
- () Não, as fichas foram preenchidas, total ou parcialmente, mas não foram assinadas pelos(as) chefes de família

28. A comissão local indígena emite a declaração coletiva, respeitando a periodicidade de emissão definida previamente?

- () Sim, as declarações coletivas são emitidas periodicamente
- () Parcialmente, as declarações coletivas são emitidas em periodicidade irregular
- () Não, as declarações coletivas não são emitidas

29. As declarações (autodeclaração e declaração coletiva) são enviadas regularmente para a Funai, conforme periodicidade definida previamente?

- () Sim, as declarações são enviadas regularmente para a Funai
- () Parcialmente, as declarações são enviadas para a Funai sem regularidade
- () Não, as declarações não são enviadas para a Funai

30. A Declaração Institucional é emitida pela Funai com regularidade?

- Sim, a Funai emite a Declaração sempre que há chegada de novo indígena/nova família ou nascido vivo
- Parcialmente, pois a Funai emite a Declaração, mas de forma irregular (sem periodicidade)
- Não, a Funai não emite a Declaração Institucional

31. A Funai devolve regularmente as declarações (autodeclaração, declaração coletiva e declaração institucional) aos Polos Base?

- Sim, a Funai devolve as declarações enviadas pelo menos uma vez ao mês
- Parcialmente, pois a Funai devolve as declarações em periodicidade irregular OU só devolve algumas declarações
- Não, a Funai não devolve as declarações enviadas

32. As 31 (trinta e uma) fichas de transcrição para o Siasi são utilizadas?

- Sim, todas as 31 fichas de transcrição para o Siasi são utilizadas
- Parcialmente, pois apenas algumas fichas de transcrição para o Siasi são utilizadas
- Não, as fichas de transcrição para o Siasi não são utilizadas

33. As fichas de transcrição para o Siasi são preenchidas com o máximo de completude (preenchimento completo)?

- Sim, as fichas são preenchidas com mais de 2/3 (dois terços) dos dados completos
- Parcialmente, pois as fichas são preenchidas com cerca de metade dos dados completos
- Não, as fichas são preenchidas com menos da metade dos dados completos

34. O cadastro individual é realizado sistematicamente no Siasi sempre que existe demanda?

- Sim, sempre que há demanda o cadastro individual é realizado no Siasi
- Parcialmente, pois o cadastro individual é realizado no Siasi quando há oportunidade
- Não, o cadastro individual não é realizado no Siasi

35. A inserção dos dados no Siasi é realizada diariamente?

- Sim, há inserção dos dados no Siasi diariamente
- Parcialmente, pois a inserção de dados no Siasi é realizada com outra periodicidade
- Não, não é realizada a inserção de dados no Siasi

36. Os lotes gerados pelo Siasi local são enviados regularmente (semanalmente)?

- Sim, os lotes gerados são enviados semanalmente
- Parcialmente, pois os lotes gerados são enviados com outra periodicidade
- Não, os lotes gerados não são enviados

37. É realizada a correção de dados que tenham sido inseridos incorretamente ou estejam em branco, respeitando-se a periodicidade definida?

- Sim, é feita correção dos dados inseridos incorretamente ou em branco de acordo com periodicidade estabelecida
- Parcialmente, pois é feita correção dos dados inseridos incorretamente ou em branco SEM respeitar uma periodicidade
- Não é realizada a correção dos dados já inseridos

38. Ocorre nova geração e reenvio de lotes após a correção de dados?

- Sim, ocorre nova geração e reenvio de lotes depois que os dados são corrigidos
- Não, não há nova geração e reenvio de lotes

As perguntas a seguir são voltadas APENAS para os(as) profissionais atuantes na DIASI. Caso você trabalhe nos Polos Base e/ou aldeias, basta pular as questões a seguir e submeter suas respostas após a questão 39. Muito obrigada pela sua colaboração!

39. No Siasi Web é possível gerar relatórios que consolidem todos os dados inseridos no Siasi Local?

- Sim, o Siasi Web gera consolidados de todos os dados inseridos no Siasi Local
- Parcialmente, pois o Siasi Web gera consolidados de alguns dados inseridos no Siasi Local
- Não, o Siasi Web não gera consolidados

40. São realizados o cálculo e análise de todos os indicadores de saúde prioritários a partir dos dados inseridos no Siasi?

() Sim, o cálculo e a análise de todos os indicadores prioritários de saúde são realizados a partir dos dados do Siasi

() Parcialmente, o cálculo e a análise de apenas alguns dos indicadores prioritários de saúde são realizados a partir dos dados do Siasi

() Não, o cálculo e análise dos indicadores prioritários de saúde não são feitos a partir dos dados do Siasi

41. São elaborados relatórios de gestão alinhados com as informações geradas pelo Siasi?

() Sim, os relatórios de gestão são alinhados com as informações geradas pelo Siasi

() Parcialmente, os relatórios de gestão estão parcialmente alinhados com as informações geradas pelo Siasi

() Não, os relatórios de gestão não estão alinhados com as informações geradas pelo Siasi

42. O planejamento no DSEI-Ba é alinhado com as informações geradas pelo Siasi?

() Sim, o planejamento do DSEI-Ba é alinhado com as informações geradas pelo Siasi

() Parcialmente, pois o planejamento do DSEI-Ba está parcialmente alinhado com as informações geradas pelo Siasi

() Não, o planejamento do DSEI-Ba não está alinhado com as informações geradas pelo Siasi

43. As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para os trabalhadores?

() Sim

() Não

44. As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para a população indígena?

() Sim

() Não

45. As informações produzidas a partir do Siasi são divulgadas em algum meio para a população geral?

() Sim

() Não

46. A tomada de decisão pelo (s) gestor (es) é alinhada ao planejamento realizado com base nas informações geradas pelo Siasi?

() Sim, a tomada de decisão está alinhada ao planejamento feito com base nas informações do Siasi

() Parcialmente, a tomada de decisão está parcialmente alinhada ao planejamento feito com base nas informações do Siasi

() Não, a tomada de decisão não está alinhada ao planejamento feito com base nas informações do Siasi

DIMENSÃO ESTRUTURA																														
SUBDIMENSÃO RECURSOS LOGÍSTICOS E RECURSOS MATERIAIS																														
Nº	Q.	COMPONENTE	INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO OBTIDA POR PARTICIPANTE																				PONTUAÇÃO FINAL	GI SUB-DIMENSÃO	GI DIMENSÃO	GI SIASI NO DSEI-BA
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
7	17	Recursos materiais	Recursos materiais disponíveis e suficientes	Os recursos materiais para operacionalização do Siasí estão disponíveis e são suficientes?	<p>Recursos materiais disponíveis e suficientes para coleta e arquivamento dos dados</p> <p>Kit de materiais disponíveis e suficientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 prancheta para cada profissional da EMSI; - 1 caneta, 1 lápis, 1 borracha e 1 apontador para cada profissional da EMSI; - Resmas de papel ofício para uso pelos profissionais da EMSI; - 1 impressora em funcionamento no Polo Base; - 1 classificador por profissional da EMSI; - Mobiliário com espaço suficiente para arquivar as fichas no Polo Base <p>100% a 75% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 1</p> <p>74% a 50% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0,5</p> <p>49% a 0% dos itens do kit mínimo de materiais disponíveis e suficientes = 0</p>	<p>SIM = 1</p> <p>PARCIAL = 0,5</p> <p>NÃO = 0</p>	0,67	0,83	0,67	0,20	SR	0,33	0,17	0,33	0,33	0,33	0,50	0,00	0,50				0,41	56%	49%	41%				
14	15 e 16	Equipamentos de informática	Existência de equipamentos de informática adequados para operar o sistema	Existem equipamentos de informática adequados para operar o sistema?	<p>Pelo menos 01 computador completo (CPU, monitor, mouse, teclado, caixas de som) por digitador em funcionamento adequado para operar o sistema e pelo menos uma impressora em funcionamento disponível no Polo Base para impressão das fichas = 1</p> <p>Computador incompleto, e/ou compartilhado com outros trabalhadores (digitadores ou não) e/ou em mau funcionamento e/ou indisponibilidade de impressora em funcionamento = 0,5</p>	<p>SIM = 1</p> <p>PARCIAL = 0,5</p> <p>NÃO = 0</p>	0,93	0,93	0,60	0,60	1,00	0,93	0,67	0,93	1,00	1,00	0,93	0,60	0,90				0,46							
9	20	Acesso à internet	Existência de acesso regular à internet de qualidade	O acesso à internet é garantido de forma regular e contínua?	<p>Acesso diário à internet de qualidade, que permite a alimentação regular dos dados = 1</p> <p>Acesso à internet em dias alternados e/ou durante algumas horas do dia e/ou internet com qualidade ruim, interrompendo a alimentação dos dados = 0,5</p>	<p>SIM = 1</p> <p>PARCIAL = 0,5</p> <p>NÃO = 0</p>	1,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,50	0,50	0,50	1,00		0,50	0,50	0,50				0,46							
10	21	Acesso à internet	Disponibilidade de acesso à internet garantida pelo Ministério da Saúde	O acesso à internet e serviços de segurança do DATASUS são disponibilizados pelo Ministério da Saúde?	<p>Acesso à internet e serviços de segurança do DATASUS disponibilizados pelo Ministério da Saúde = 1</p> <p>Apenas o acesso à internet ou aos serviços de segurança do DATASUS disponibilizados pelo Ministério da Saúde = 0,5</p>	<p>SIM = 1</p> <p>PARCIAL = 0,5</p> <p>NÃO = 0</p>	0,50	0,00	0,00	0,00	SR	0,00	0,00	0,50	0,50	0,00		0,00	0,50	0,50							0,19			
11	18	Manual instrucional	Disponibilidade de manual instrucional do Siasí	O manual de instruções do SIASI, seja no formato impresso ou no formato digital está disponível para uso e consulta?	Disponibilidade de manual instrucional do SIASI, impresso ou no formato digital.	<p>SIM = 1</p> <p>NÃO = 0</p>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00		1,00	1,00	1,00				0,92							
12	19	Atualização do sistema	Versão mais atualizada do sistema em uso	A versão mais atual do sistema é a utilizada na sua operação (versão 4.0 do SIASI)?	Versão mais atual do Siasí instalada e em uso	<p>SIM = 1</p> <p>NÃO = 0</p>	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00	1,00							0,92			

APÊNDICE G – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia

DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Mônica Corrêa Marapara, Coordenadora do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia, estou ciente e autorizo a pesquisadora Larissa de Faro Valverde a desenvolver nesta Instituição o projeto de pesquisa intitulado “Análise da Implantação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia”, o qual será executado em consonância com as Normas e Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

Salvador, 06 de fevereiro de 2017


Mônica Corrêa Marapara
Coordenadora Distrital do DSEI-BA
DSEI-BA/SESAI/MS

ANEXO A – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise da implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena na Bahia

Pesquisador: LARISSA DE FARO VALVERDE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77363517.7.0000.0053

Instituição Proponente: ASSOCIACAO DE PAIS, MESTRES E AMIGOS DO CENTRO DE EDUCACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.497.915

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda do projeto de pesquisa "Análise da implantação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena na Bahia" CAAE: 77363517.7.0000.0053, que tem como pesquisadora responsável LARISSA DE FARO VALVERDE. Este projeto foi aprovado pelo CEP/UEFS em 9 de novembro de 2017, sob o parecer n.º 2.372.456. A pesquisadora solicita avaliação do TCLE que será encaminhado para os avaliadores que realizarão a validação do modelo lógico proposto.

A pesquisa "pretende medir o grau de implantação do Siasi no DSEI-BA por meio de uma análise de implantação, identificando os fatores facilitadores e as barreiras que possivelmente dificultam este processo. Estima-se que este estudo contribuirá para ampliar o escopo de produções científicas acerca do sistema, visto que atualmente existe apenas um artigo científico publicado cujo objeto de investigação é o Siasi" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02).

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Avaliar o grau de implantação do Siasi no âmbito do DSEI-BA" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 12).

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.497.915

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "Os riscos da pesquisa consistem em possíveis constrangimentos e/ou desconfortos provocados nos participantes ao responderem o questionário. Contudo, a metodologia de aplicação do questionário online, a ser respondido em local de escolha do participante pretende minimizar tais riscos" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03-04).

"Os riscos de participação consistem em possíveis danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente. Neste estudo, a possibilidade de risco refere-se a qualquer constrangimento ou desconforto ao responder as perguntas do questionário. Dessa maneira, convém informar que você não precisa responder a quaisquer perguntas que o faça se sentir incomodado(a)" (TCLE).

"Os riscos decorrentes da participação nesta pesquisa serão mínimos. Incluem eventuais desconfortos dos participantes ao responder as perguntas do questionário. Nesse sentido, destaca-se que o(a) convidado(a) pode se recusar a responder quaisquer perguntas. Incluem ainda riscos de repercussões ou resultados negativos ao uso da própria ferramenta Siasi no âmbito do DSEI-BA, por eventual subutilização, descredibilização" (Projeto completo, p.38).

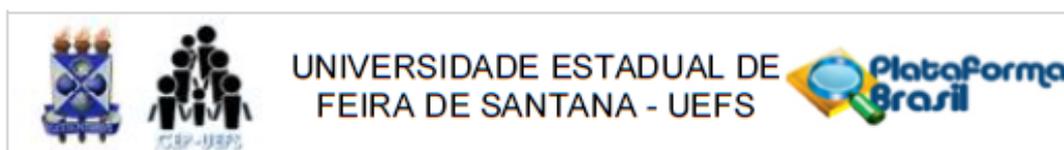
BENEFÍCIOS: "Exposição dos fatores limitantes ao adequado funcionamento do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena no DSEI-BA, permitindo o desenvolvimento de estratégias que visem a superá-los. Assim, com um sistema de informação mais efetivo, será possível aprimorar a organização dos serviços e dos processos de trabalho na saúde indígena da Bahia" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 04).

"Não há previsão de benefícios diretos aos colaboradores da pesquisa. Os benefícios e vantagens produzidos indiretamente pelo desenvolvimento do estudo estão direcionados ao aprimoramento das ações voltadas à atenção à saúde dos povos indígenas da Bahia e proposição de estratégias que contribuam para a qualificação da informação em saúde indígena" (TCLE).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda é justificada nas informações básicas pela pesquisadora da seguinte forma "Serão necessários dois tipos de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: um para os participantes que responderão o questionário online, cujo teor do documento já tinha sido submetido e

Endereço: Avenida Transnordesina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.497.915

aprovado pelo CEP e um outro (ora submetido) para a etapa prevista na metodologia em que alguns participantes realizarão a apreciação da matriz de análise e julgamento.”

A inclusão do novo TCLE é viável e condizente com a proposta metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta novo TCLE.

Recomendações:

Recomendamos incluir no TCLE a forma de retorno social aos participantes, e substituir a palavra cópia por via quando fala da entrega da via do TCLE ao participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

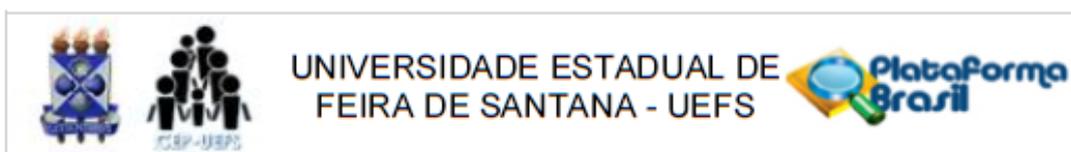
Tenho muita satisfação em informar-lhe que a EMENDA proposta ao projeto de Pesquisa foi Aprovada e satisfaz às exigências da Res. 466/12, 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, pode ser iniciada a coleta de dados com novos participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1030673_E1.pdf	08/01/2018 23:55:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_ETAPA_DE_APRECIACA_O_DA_MATRIZ.docx	08/01/2018 23:51:19	LARISSA DE FARO VALVERDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Larissa_de_Faro_Valverde.docx	09/11/2017 00:48:45	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
Orçamento	Orçamento_Larissa_de_Faro_Valverde_.docx	09/11/2017 00:48:24	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.497.915

Brochura Pesquisa	Projeto_pesquisa_Larissa_de_Faro_Valverde.doc	09/11/2017 00:45:43	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	21/09/2017 22:06:31	LARISSA DE FARO VALVERDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_Larissa_de_Faro_Valverde_Pos_Qualificacao.doc	21/09/2017 21:59:03	LARISSA DE FARO VALVERDE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoProfaDraSilvone.pdf	21/09/2017 21:58:29	LARISSA DE FARO VALVERDE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstitucional.pdf	21/09/2017 21:57:15	LARISSA DE FARO VALVERDE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Larissa_de_Faro_Valverde.PDF	21/09/2017 21:56:06	LARISSA DE FARO VALVERDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 17 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br