

UTILIZAÇÃO DOS DADOS EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE GERÊNCIA DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

USO DE DATOS DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR

USE OF HEALTH DATA AS A TOOL OF MANAGEMENT OF FAMILY HEALTH UNIT

Inês Leoneza de Souza: Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro; Brasil; Professora Assistente da UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro; telefone (24) 9821 2977; e-mail: inesleoneza@uol.com.br

Carlos Gonçalves Serra: Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Brasil; professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro; telefone: (21) 2234 8568; e-mail: carlosgser@gmail.com. Brasil.

Introdução

As Unidades Saúde da Família objetivam resgatar, na prática, nos seus territórios de abrangência, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e impactar a saúde da população cadastrada sob sua responsabilidade. Assim, o SUS deve ser entendido como uma política de construção da democracia, voltada, em última análise, para a conquista da cidadania.

Um ponto relevante dessa política é avançar na substituição progressiva do sistema de pagamento por produção de serviços por um sistema de orçamento global integrado, com alocação de recursos financeiros baseado nas necessidades de saúde da população e traduzido em metas, estabelecidas nos planos de saúde nacional, estaduais e municipais, considerando as informações

específicas de cada região e os indicadores de saúde existentes, construídos, principalmente, com os dados hoje produzidos pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). (MS, 2006).

As equipes Saúde da Família (EqSF), no âmbito do SUS, se posicionam na base organizacional, atuando como orientadoras de demandas e, a partir delas, estabelece-se uma hierarquia entre as demais unidades e serviços, por níveis de complexidade, permitindo o planejamento das ações de saúde e dos investimentos necessários para contemplar as necessidades e prioridades de cada município e de cada estado, numa lógica ascendente, ou seja, em perspectiva municipal e regional mais abrangente. (SAMPAIO e LIMA, 2004).

No campo de trabalho em saúde não ocorrem grandes “descobertas” administrativas, mas uma série de pequenas inovações, cujo mérito é justamente aprimorar o que já existe. Esta é uma questão pouco valorizada por políticos e demais gestores municipais e que dizem respeito à garantia da continuidade e à regularidade nos serviços prestados. Nesse sentido, torna-se importante a adoção de medidas que sirvam para indicar a situação de saúde de uma determinada população e planejar as ações para melhorar suas condições sanitárias. (RODRIGUES, 1993).

Construir exige determinação, compreensão da realidade e sensibilidade para perceber o que ocorre a nossa volta. Este trabalho é mais uma iniciativa entre várias já colocadas em prática por profissionais e pesquisadores voltados para a melhoria da qualidade de vida da nossa população brasileira e tem a pretensão de se constituir numa colaboração para a mudança de práticas na atenção primária de saúde, capaz de superar as distorções presentes no atual modelo de assistência, principalmente na base do sistema, a atenção primária de saúde.

A área da gestão dos serviços de saúde é, sem dúvida, a que melhor instrumentaliza o gestor na tomada de decisão, entretanto, sem que haja uma visão política adequada para a realidade local, provavelmente, serão cometidos mais erros do que acertos no campo da gestão.

Neste trabalho adotamos o conceito de organização regionalizada da assistência à saúde definida por Robayo (1997) como sendo a busca de uma melhor distribuição técnica espacial, científica e operacional das ações de saúde, distribuída em níveis de atenção e articuladas entre si com melhor eficiência, eficácia dos serviços e com impacto epidemiológico e social.

Na área de saúde, nas últimas décadas, diversos autores têm destacado a importância e o papel da informação para as atividades de planejamento, execução, controle e avaliação da política de saúde,

tanto em seus aspectos técnicos quanto gerenciais. Apesar disso, embora o setor produza um volume considerável de dados e informações, poucos acabam sendo utilizados para a gestão.

Assim, os estudos de utilização de serviços de saúde servem para embasar a formulação de políticas de organização, visando a adequação do acesso de grupo populacional aos cuidados de saúde. Torna-se, desta forma, importante a compreensão de situações onde podem estar ocorrendo problemas de qualidade traduzidos tanto pela utilização excessiva quanto pela repressão da demanda, de forma que as correções necessárias possam ser implementadas.

Resgatar a enorme dívida social acumulada no setor e, ao mesmo tempo, equalizar o acesso aos serviços do país é tarefa bastante complexa, como, também, reduzir desigualdades regionais entre grupos sociais exige certo equilíbrio na distribuição espacial dos serviços de saúde. (VIANNA, 2002).

Conforme afirmam Ribeiro e Santos (2005), a noção de descentralização, quando focada no município, tem como objetivo central e legitimador a proximidade entre o governo e os cidadãos, o que torna possível estabelecer uma relação direta e imediata da organização representativa com o território e a população e ao mesmo tempo em que a esfera local está muito mais sujeita ao controle público do que a federal e a estadual.

A questão da espacialização das condições de vida e adoecimento de uma população é especialmente relevante na implementação do PSF, sendo importante entender este espaço como um território-processo, pois se encontra, segundo Mendes (1995), em permanente construção, produto de uma dinâmica social que mantém sujeitos sociais postos na arena política submetidos à tensões constantes.

A análise de situação em saúde é importante para apoio à tomada de decisão e desenvolvimento de ações, como também definir prioridades baseadas nos dados produzidos pela equipe. Outro componente da análise de situação consiste na avaliação e monitoramento destas ações, possibilitando a retroalimentação ao processo de tomada de decisão.

Para uma melhor compreensão da utilização das tecnologias de Informação em Saúde, faz-se necessário conceituar Políticas Públicas e Política de Informação em Saúde, situando historicamente as origens da lógica que orienta até hoje a organização das informações governamentais em saúde no Brasil. Moraes e Santos (2001) afirmam que três conceitos são fundamentais para contextualizar a Informação em Saúde nas sociedades contemporâneas: o conceito de informação, o de tecnologia de informação em saúde e o da própria informação em saúde.

Partimos do pressuposto de que, se tivermos clareza do que é um Sistema de Informação em Saúde (SIS) e dos conceitos que fundamentam sua concepção, estaremos habilitados para problematizar, analisar, avaliar e buscar soluções para essa área tão importante para a sociedade.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS), com a finalidade de acompanhar e avaliar as atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), agregando e processando os dados advindos das visitas domiciliares, bem como do atendimento médico e de enfermagem realizado na unidade de saúde e nos domicílios. (BRASIL, 2000).

O SIAB é um sistema especial para gerenciamento das informações de saúde obtidas nas visitas às comunidades e produz relatórios que auxiliam as equipes de saúde da família, as Unidades Básicas de Saúde (as quais as equipes de família estão ligadas) e os gestores municipais a acompanhar o trabalho que realizam e avaliar a qualidade do mesmo. (BRASIL, 2001).

Este estudo descreve e analisa, na prática, a forma de utilização dos dados disponíveis no SIAB pela EqSF da Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada ao Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), um dos municípios do Estado do Rio de Janeiro e as estratégias de implementação das ações baseadas no planejamento local.

Objetivos

Descrever e analisar a forma de utilização dos dados disponíveis no SIAB pela ESF da unidade de saúde, vinculada ao Centro Universitário de Volta Redonda – RJ.

Identificar os instrumentos de planejamento e avaliação utilizados, na prática por esta equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

Metodologia

Para este trabalho optou-se por uma abordagem qualitativa, com delineamento de estudo de caso, e finalidade descritiva e exploratória. A escolha desta UBS para um estudo aprofundado do objeto desta pesquisa prendeu-se ao fato de ser uma unidade diferenciada da rede municipal de saúde, por estar funcionando dentro de um campus universitário em parceria com a prefeitura e vinculada a

Instituição de ensino universitário no Município de Volta Redonda e por ter na sua equipe a presença de acadêmicos e professores de Medicina, Serviço Social, Enfermagem e Nutrição.

Os dados primários foram obtidos através da aplicação de roteiros de entrevistas semiestruturados com os sujeitos selecionados para a pesquisa: profissionais da equipe do PSF, gerente da unidade e coordenação de Programas e Projetos da SMS-VR. Os dados secundários obtidos basicamente através do levantamento do SIAB no período de janeiro a agosto de 2008.

Cenário do estudo

O Município de Volta Redonda (VR) está localizado na região denominada de Médio Paraíba, área do Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, no trecho inferior do Médio Vale do Rio Paraíba do Sul, entre as serras do Mar e da Mantiqueira; possui uma população estimada (IBGE, 2000) em 255.653 habitantes e uma extensão territorial de 182 Km²; sendo sua condição de gestão a de Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOAS 2001.

O PSF foi implantado em VR em 1994 e contava com 10 equipes até 2004; até o período da pesquisa eram 56 equipes distribuídas em 32 UBS, sendo 35 com equipes de Saúde Bucal. A cobertura atinge 70 por cento da população.

A equipe desta Unidade UBS/PSF do Centro Universitário é composta de 01 médico; 01 enfermeira; 02 auxiliares de enfermagem; 02 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 auxiliar de serviços gerais. A implantação da equipe tem 2 anos e 3 meses e anteriormente funcionava como UBS e conta com a presença de acadêmicos do UniFOA e professores de Medicina, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição.

A população adscrita no seu território é de 3.483 habitantes e, de acordo com o SIAB estão cadastradas 1058 famílias em 04 microáreas do bairro Três Poços: micro área 1 com 298 Famílias - Parque Independência; micro área 2 com 243 Famílias – Colorado; Micro área 3 com 270 famílias - Parque Vitória e Micro área 4 com 242 Famílias - Três Poços.

Resultados e Discussão

A prática relata exatamente a união indissolúvel da teoria e da ação, porque, de acordo com Frigotto (2001, p.80), “a reflexão teórica sobre a realidade é uma reflexão em função da ação para transformar”.

A pesquisa identificou em relação ao gênero, que todos os membros da equipe são do sexo feminino, com tempo médio de formatura variando entre as categorias profissionais, sendo de 14,5 anos entre as profissionais de nível superior; 08 anos entre as auxiliares de enfermagem e apenas um ACS com 01 ano de capacitação.

Quanto à modalidade de contratação, apenas a enfermeira coordenadora da equipe é estatutária; as demais profissionais têm contratos precários pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) vinculados à Cruz Vermelha. Constatou-se também que apenas uma componente da equipe (ACS) passou por treinamento inicial, embora o introdutório seja obrigatório para a inserção do profissional no PSF.

Entre os membros da equipe, a enfermeira coordenadora tem pós-graduação na área de saúde pública; a médica é especialista em algumas doenças relacionadas à área clínica; uma auxiliar de enfermagem e as duas ACS possuem especializações fora do setor saúde e a outra auxiliar de enfermagem não possui nenhuma especialização.

Em relação aos pontos identificados pela equipe como positivos ou negativos do SIAB, os resultados ratificam que a equipe não **utiliza** o SIAB como ferramenta para o planejamento de ações e tomada de decisões, apenas o relaciona como fornecedor dos seus dados. Este fato não só chama a atenção por si só como sinaliza, provavelmente, para falhas, neste aspecto específico, na capacitação desses profissionais.

Ainda nesse sentido, os entrevistados informaram que os dados são consolidados manualmente em folha padronizada e encaminhados para o nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Distritos Sanitários mensalmente.

Entre os pontos positivos, embora as referências relacionadas ao monitoramento de usuários portadores de doenças e daqueles considerados em situação de risco e aos dados registrados permitam identificar, segundo os entrevistados, as necessidades da população coberta, prioridades e dados importantes, e visualizar a realidade local, permitindo um acompanhamento de rotina através dos dados do sistema, em nenhum momento foi explicitado que haviam sido utilizados para o planejamento de ações discutidas pela equipe.

Quanto aos negativos, as falas dos entrevistados mostram uma coerência em relação à percepção quanto à utilização do SIAB. Assim, referências como “produzimos um maior número de informações que não estão no SIAB”; “não mostra a real produtividade do PSF”; “acho desnecessário colocar o nº de crianças com diarreia” e “não vem para vacinar seus filhos e nós temos que ir atrás” demonstram e ratificam o desconhecimento do SIAB como ferramenta de planejamento de ações e de tomada de decisão diante dos indicadores construídos a partir dos dados do sistema.

Para fazermos uma interpretação crítica e mais aprofundada das informações colhidas seria necessário comparar os resultados obtidos com os resultados esperados ou disponíveis para o território, tendo como base às ações realizadas pela equipe.

Essa comparação é interessante para verificar se o território tem um perfil diferente, dentro do município no qual está inserido. É o que se pode chamar de olhar para dentro e pra fora da equipe, principalmente nas UBS do próprio Distrito Sanitário. A pactuação municipal de 2007 dá essa linha necessária para as unidades utilizarem como parâmetro, podendo, na medida do possível e da competência da ESF, serem alcançadas.

A análise das falas dos membros da equipe da Unidade PSF/UVR em relação às situações encontradas que dificultam o desenvolvimento do trabalho individual e em equipe no PSF deixa explícitos os seguintes pontos: desvalorização profissional, baixo incentivo salarial, descontinuidade na capacitação e comunicação com especialistas.

Quanto ao Programa Saúde da Família, a equipe ratificou sua importância para a população no que diz respeito à proposta de promoção, prevenção e sua capacidade operacional de reorganizar a atenção primária em saúde.

Conclusões

Sabemos que os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil vêm evoluindo e vários trabalhos na área apontam para esse aperfeiçoamento, não apenas do ponto de vista tecnológico, como também na intensificação de seu uso.

Este trabalho encontrou a equipe SF utilizando em sua rotina os dados do SIAB para acompanhamento das situações de saúde da população cadastrada, sem, entretanto, demonstrar qualquer conhecimento ou preocupação na análise crítica desses dados, tanto para o planejamento das

ações e monitoramento do impacto sobre a saúde da população como no aperfeiçoamento do processo de registro e consolidação dos dados e eventuais aprimoramentos no Sistema de Informação local.

Este fato, aliado ao envio dos mesmos para o nível central, reforça a necessidade dos dados serem disponibilizados nas unidades e, de preferência, também digitalizados para favorecer o planejamento e programação das ações na área e microáreas de abrangência das equipes. Isto permitiria a discussão dos dados registrados no SIAB e sua transformação em informações para o desenvolvimento das ações locais.

A consolidação dos dados em nível central e seu retorno mensal para a equipe são importantes, mas a irregularidade do retorno das informações produzidas dificulta uma reflexão crítica dos seus componentes sobre seu processo e produto de trabalho.

Pode-se considerar que as inconsistências existentes nos relatórios do SIAB estão relacionadas ao tratamento inadequado dos dados e à falta de qualificação e envolvimento dos profissionais com o processo de mudanças das práticas na atenção primária. Destacamos a dificuldade da equipe em trabalhar com o SIAB no planejamento das ações, não o identificando como a principal ferramenta de gestão da unidade.

A centralidade desse processo de consolidação dos dados do SIAB pode ser atribuída à permanência de uma cultura administrativa verticalizada com baixa inferência na comunidade local.

Quanto às dificuldades que os profissionais do PSF encontram para o desempenho do seu trabalho como a falta de capacitação, a desvalorização profissional, os baixos salários e, para alguns membros da equipe, a dificuldade do contato com os especialistas, pode-se considerar que as questões que podem encaminhadas e resolvidas no âmbito da equipe e da SMS de Volta Redonda.

Referências

BRASIL, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: 2001. Série A; Normas e Manuais Técnicos. Manual de Enfermagem.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica. Brasília, 2006.

FRIGOTTO, G., Educação e trabalho: bases para debater a Educação Profissional Emancipadora. Perspectiva, Florianópolis, v.19,nº1,p.71-87. Jan/ jun. 2001.

IBGE 2000

MENDES, E. V; Teixeira C.F; Araújo, E.C; Cardoso, M.R.L., Distritos Sanitários: Conceito-Chave. In: Mendes E.V, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo; Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de y SANTOS, Silvia Regina Fontoura Rangel dos., Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Inf. Epidemiol. Sus*, mar. 2001, vol.10, no.1, p.49-56. ISSN 0104-1673.

RIBEIRO, L. C. Q. y SANTOS Jr, Orlando Alves dos. Democracia e cidade: divisão social da cidade e cidadania na sociedade brasileira. *Análise Social*, abr. 2005, n.174, p.87-109. ISSN 0003-2573.

ROBAYO, J.C., Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO); v.XI. N.3: 195-205; 1977.

RODRIGUES, P. C., Bioestatística – 2ª edição – EDUFF – Editora Universitária- Niterói – RJ; 1993.

SAMPAIO, L.F. R. e LIMA, P.G. A; História do PSF no país e no RS – Edições de páginas- Saúde da Família. Disponível em: www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteúdo/index.php?p=p; acessado em: 08 de janeiro de 2004.

VIANNA, A. L. PIERANTONI, C. R. Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos: relatório síntese e relatório metodológico. Brasília, 2002.