



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM REGISTROS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

A ESF e os dados do SIAB: a promoção da integralidade

Charles Martins Hora

Rio de Janeiro

2008

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM REGISTROS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE

A ESF e os dados do SIAB: a promoção da integralidade

Charles Martins Hora

Trabalho de Conclusão de Curso Técnico em
Registros e Informações em Saúde da Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Orientadoras

Simone Cristina da Costa Ferreira

Elenice Machado da Cunha

DEDICATÒRIA

Dedico este trabalho àquela
pessoa que sempre lutou e que
luta junto de mim a fim de que
eu consiga sempre alcançar os
meus objetivos: Minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por tudo que conquistei até hoje, por tudo que sou e pelas pessoas que estão ao meu redor querendo o meu bem.

Agradeço a Natacha, aquela que ao longo de 12 anos de amizade me proporcionou alguns dos melhores momentos de minha vida e, por sempre disponibilizar o PC quando se fazia necessário.

Agradeço a Beatriz Lanziero, uma grande amiga que, desde que nos conhecemos, me ensinou a ver as coisas de uma maneira mais ampla. Muito obrigado por contribuir não apenas com meu crescimento intelectual, mas também com o pessoal.

Ao grande amigo Phelipe Luiz que desde sempre (os três anos de ensino médio) se apresentou como um dos melhores amigos que uma pessoa possa ter.

Aos amigos Bruno, Camila e Priscila, aqueles que do primeiro ao terceiro ano de EPSJV puderam me proporcionar os melhores momentos vividos nessa escola, e que sempre os levarei em e como sempre dizemos: “A amizade que ultrapassa os limites da escola”.

Aos amigos do Iserj (Carol, Dayane, Washington, Alexandre, Luiz Gustavo, Bianca e Bruno) e ao pessoal do G7 da EPSJV, pessoas que levarei sempre em meu coração.

A Angélica Fonseca, pessoa que me apóia desde que entrei nessa instituição.

A Simone Cristina, minha orientadora, pessoa que gosto muito e que ao longo de um ano e meio sempre esteve disponível para me ajudar. Desde o início sabíamos que não seria fácil, porém a Si nunca desanimou e não permitiu que eu desanimasse. Muito obrigado pelo ‘aceito ser sua orientadora’, e muito obrigado por junto de mim e da Elenice conseguir realizar esse trabalho, mesmo que corrido e espremido, tenha saído de uma maneira proveitosa.

A Elenice Cunha, minha outra orientadora, que apareceu em um ótimo momento e que fui de suma importância para que esse trabalho fosse concluído. Muito obrigado pelos puxões de orelha, que se faziam necessários, por sua extrema competência profissional e pelo seu carinho ao se dispor em colaborar.

As funcionárias do Lires que sempre estiveram dispostas a me ajudar e que ao longo de três anos constituíram a minha segunda família. E por fim, a todos aqueles que, embora não tenham seus nomes citados (várias pessoas) e que contribuíram em alguma que acrescentasse nesse trabalho, vai a eles o meu muito obrigado.

RESUMO

A integralidade é um dos princípios orientadores do SUS. Sob o ponto deste princípio, os serviços de saúde devem atender as necessidades de população em sua complexidade.

Esse trabalho levanta um questionamento referente às informações de Siab a sua relação com a busca da integralidade, buscando saber de que maneira as informações produzidas pela ESF contribuem para o gestor produzir a integralidade da atenção. Para realização desse trabalho utilizou-se como método a revisão de bibliografia, bem como a busca de dados do Siab no site do DATASUS.

Após a revisão bibliográfica, pode-se perceber que o Siab não dialoga com outros sistemas de informações, o que poderia acarretar em melhores medidas por parte dos gestores visando à integralidade da atenção.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
DISCUSSÃO DO OBJETO.....	4
1. Breve histórico da conformação do SUS.....	4
1.1. Princípios e Diretrizes do SUS.....	5
2. Integralidade.....	6
3. Atenção Primária à Saúde.....	8
4. O programa Saúde da Família.....	12
5. O Sistema de Informação de Atenção Básica.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como as informações produzidas pelo SIAB podem ajudar o gestor na integralidade do cuidado?.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	22

INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios do SUS. Logo deve ser considerada em termos do planejamento e da prática de todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção básica, que é considerada a organizadora e principal porta de entrada do sistema de saúde.

Os registros em saúde da atenção básica devem estar em consonância com o princípio da integralidade. Ressalta-se que o PSF é a estratégia escolhida para reorganizar a atenção básica, e os dados produzidos por esse programa devem seguir a mesma lógica. Os dados produzidos pela ESF são registrados no Siab (Sistema de informação da atenção básica).

A pergunta que orienta esse trabalho é: Como as informações produzidas pelo PSF subsidiam o gestor na promoção da integralidade? Devido às diversas interpretações da integralidade, este trabalho tem por objetivo revisar algumas dessas interpretações, bem como fazer uma breve discussão sobre os dados produzidos pela ESF e a sua relação com a promoção da integralidade.

Para que se possa falar da integralidade e da sua relação com o modelo assistencial faz-se necessária uma abordagem acerca da institucionalização do SUS, visto que a integralidade compõe o conjunto de princípios e diretrizes norteadores da política do SUS.

Para realização desse trabalho utilizou-se como método a revisão de bibliografia, bem como a busca de dados do Siab no site do DATASUS.

DISCUSSÃO DO OBJETO

O PSF faz parte do modelo assistencial que trabalha sob a lógica da atenção primária valorizando a promoção e prevenção de doenças e agravos. Esse modelo, que surgiu como resposta às críticas existentes ao modelo hospitalocêntrico anteriormente vigente, entende o indivíduo a partir de diversos fatores que influenciam em seu estado de saúde, focalizando também a sua situação familiar.

1. Breve histórico da conformação do SUS

Falar no SUS nos remete à idéia do acesso universal e gratuito, onde a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Porém, nem sempre as coisas foram assim. Antes da Constituição Federal de 1988, só tinham acesso àquelas pessoas que contribuíam com a previdência.

Até 1966 as praticas de saúde em sua maioria estavam sob responsabilidade dos IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões), e eram direcionadas para os trabalhadores de determinadas categorias profissionais e seus dependentes. Com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social os institutos foram unificados, mas o acesso à saúde permanecia vinculado ao vínculo empregatício.

A partir de meados da década de 70, quando se finalizou o ‘milagre econômico’, começou-se a pensar em medidas que visavam à manutenção do governo, dentre elas o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Este Plano significou: “A composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais” (Baptista, 2005: 23).

No campo da saúde, o PND significou um fortalecimento do ‘movimento sanitário’, que buscava reverter a lógica da assistência à saúde prestada no Brasil. Conforme aponta Baptista (2005), devido às pressões que visavam à reforma política da saúde, ainda nos anos 70 ocorreram transformações concretas como:

- A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974;
- A formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974;
- A instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974;
- A formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975;
- A promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976;

- A constituição do Sistema Nacional da Previdência e assistência Social (Sinpas) em 1977 e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Esse conjunto de medidas contribuiu com a formação de políticas mais universalistas, onde a perspectiva de reforma do setor foi fortalecida. Foi também nesse período que o setor médico-empresarial começou a se fortalecer institucionalmente.

A década de 1980 teve seu início inserido em um clima de redemocratização além da crise político, social e institucional do Estado Nacional. A previdência social passava por uma crise, onde medidas de racionalização e reestruturação do sistema eram constantes. Na saúde, juntamente com o movimento de reforma surgiam propostas de expansão da área da assistência médica.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde, onde foram convocados técnicos gestores e usuários pelo Ministério da Saúde, a fim de discutir reformas para o setor. Nessa Conferência houve a concepção do SUS. Em 1988, o SUS foi instituído através da Constituição Federal, tendo como base o relatório da VIII CNS e sua regulamentação foi feita através da lei 8.080, de 1990.

O SUS foi inserido no texto da seguridade social, que compreende um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência. Assim, foram previstas inovações como: o comprometimento do Estado na maior integração entre diversos setores, a construção de um sistema de saúde para todos igualitário, sob responsabilidade do Estado e, a construção de um sistema de saúde que fosse capaz de abranger as diferentes situações de saúde e suas resoluções, assim como medidas de prevenção e promoção. Para que essa proposta fosse garantida foram estabelecidos os ‘princípios e diretrizes’ do SUS.

1.1. Princípios e Diretrizes do SUS

1. ‘Universalização do acesso às ações e serviços de saúde’-Este é o princípio fundamental da reforma. Pressupõe que todos os cidadãos são iguais perante o sistema, sem restrições e, dessa forma, todos possuem o direito ao acesso dos serviços de saúde.
2. ‘Integralidade da atenção’-Advém da proposta de integração das ações de saúde pública e da medicina previdenciária. O acesso ao conjunto de serviços articulados e contínuos é garantido, onde o Estado compromete-se com qualquer tipo de atenção em saúde (da vacina ao transplante).

3. ‘Descentralização com direção única do sistema’ - Tem por objetivo a democratização do processo decisório na saúde. Sob essa concepção, foram criadas as ‘diretrizes’ do SUS (‘regionalização’ e ‘hierarquização’), para que se possa melhor direcionar esse princípio. Estados e municípios passam a ter responsabilidade no atendimento relacionado à saúde.
4. ‘Equidade’- Baseada no princípio da igualdade, a equidade garante aos usuários o direito equânime aos serviços de saúde, sem discriminações ou privilégios de qualquer ordem. Dessa forma, todos devem ser atendidos da mesma forma, de acordo com suas necessidades dentro dos limites oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

A ‘regionalização’ refere-se à estruturação da rede e oferta de serviços de acordo com as necessidades da população buscando não desperdiçar recursos. A ‘hierarquização’ segue a mesma lógica da ‘regionalização’, organizando a rede assistencial de acordo com a realidade local através de diferentes níveis de complexidade (primário, secundário, terciário). Nesse contexto, insere-se a referência e a contra-referência, que servem como um elo na rede.

5. ‘Participação popular’- Ao cidadão é possível participar do processo de formulação de políticas e do controle na execução das mesmas. Para isso é necessária a organização através de entidades representativas.

2. Integralidade

A integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS, que foram instituídas na Constituição de 1988. Devido as diferentes interpretações deste termo, faz-se necessário uma breve revisão acerca de definições relacionadas ao mesmo.

Para Silva Jr & Mascarenhas (2006) existe articulação entre a integralidade e outros conceitos. O primeiro conceito articulado seria o acolhimento, que os autores interpretam como o tratamento humanizado da demanda, alterando uma suposta relação impessoal existente nos serviços de saúde para um comportamento de escuta. Deve estar presente o compromisso, por parte dos funcionários, em dar respostas às necessidades dos usuários (Silva Jr & Mascarenhas, 2006). Sendo assim, o acolhimento estaria relacionado com o ato da escuta e com a transferência de experiências, tanto entre profissionais isoladamente, quanto entre profissionais e usuários.

Com a finalidade de complementar o conceito de acolhimento, Silva Jr & Mascarenhas (2006) incorporam a essa definição a idéia da acessibilidade, e a percebem como: “conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento” (Silva Jr.& Mascarenhas, 2006: 246). Representa as facilidades de acesso aos serviços de saúde de se obter atendimento esperado, estando ligado à disponibilidade de recursos relacionados à demanda adscrita.

A segunda abordagem refere-se ao vínculo/responsabilização. Com a finalidade de melhor definir o termo vínculo, Silva Jr & Mascarenhas (2006) recorreram ao dicionário Aurélio. Assim, sob esse ponto de vista, vínculo seria uma ligação moral; uma relação entre as pessoas. O vínculo diz respeito às relações profissional-usuário-unidade. Sob esta concepção, o vínculo ocorre quando as relações entre o profissional de saúde e o paciente ultrapassam a barreira de um simples atendimento de saúde. Ou seja, o profissional consegue entender melhor a realidade do paciente quando ele se insere em sua realidade, e quando o paciente o deixa inserir.

A inserção do profissional é feita através do diálogo com o usuário. Há transferência mútua de conhecimentos e experiências vividas. Uma característica importante no vínculo é o potencial do profissional se colocar na posição de ouvinte, demonstrando interesse pelos problemas apresentados pelo paciente.

O vínculo é caracterizado pela presença de afetividade, e pela relação terapêutica, que pressupõe a continuidade do tratamento. Na busca pela efetividade da resolução dos problemas a singularidade do paciente precisa ser respeitada.

O vínculo implica a responsabilização: “que é o profissional assumir a responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, não pode ser burocrática nem impessoal” (Silva Jr. & Mascarenhas, 2006). Dessa forma, cabe ao profissional o direcionamento dos procedimentos a serem ministrados visando à resolução do problema.

A princípio, quando se trabalha em equipe, o entendimento dos problemas do indivíduo torna-se mais fácil. Porém, quando cada profissional trabalha isoladamente a compreensão dos problemas do paciente fica mais difícil.

O terceiro conceito articulado à integralidade trabalhado por Silva Jr e Mascarenhas (2006) refere-se à qualidade da atenção, que é percebida a partir do atendimento das necessidades de saúde existentes ou potenciais, de forma otimizada

pelos serviços de saúde, dado o conhecimento científico atua. Levam-se em conta os componentes como a estrutura, o processo e os resultados.

A estrutura refere-se ao material e recursos humanos disponíveis utilizados e a organização da unidade. O processo refere-se ao conjunto de procedimentos empregados, o que cada profissional produziu. E por fim, os resultados, sendo estes vistos através da análise da mudança no estado de saúde, analisando o impacto causado após o contato com a unidade de saúde.

Já para Mattos, para podermos entender melhor a integralidade precisamos levar em consideração três sentidos que estariam ligados a esse princípio do SUS:

- O primeiro sentido estaria relacionado a uma indignação relacionada às práticas de saúde e a contextualização em que são inseridas. Seguindo esse pensamento, os profissionais deveriam estar não somente atentos aos problemas de saúde apresentados no momento de encontro com os pacientes, mas também, com fatores de risco de outros agravos de saúde (Mattos, 2001);
- O segundo estaria embasado em uma crítica à organização do sistema de saúde, onde o usuário, dependendo de seus problemas, não devesse dar entrada em mais de um ponto do sistema para que pudesse solucioná-los, e;
- O terceiro, ligado às políticas públicas organizadas para responder aos problemas de saúde da população, ou seja, as respostas governamentais para os agravos na saúde dos usuários.

Após essa abordagem acerca de alguns conceitos que possam melhor explicar a integralidade pode-se, então, abordar nesse trabalho um dos sentidos da integralidade.

Feitas abordagens acerca de algumas concepções sobre a integralidade, pode-se então falar da ESF e de como as informações produzidas por esse modelo de atenção à saúde e que alimentam o Siab, permitem o gestor promover a integralidade da atenção.

3. Atenção Primária à Saúde

A Atenção primária é considerada como primeiro nível de atenção à saúde É onde ocorre o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Apesar de necessitar de equipamento com menor grau de complexidade tecnológica, é de grande

importância para o sistema de saúde. É nesse nível de atenção que existe maior proximidade do profissional com o usuário, tendo ele a possibilidade de conhecer a realidade daquela pessoa que se apresenta a unidade de saúde, com o objetivo de resolver da melhor maneira esse problema.

A atenção primária é importante porque ações bem realizadas como as de prevenção, por exemplo, evitam doenças e/ou agravamento do quadro clínico do paciente, tornando desnecessária a intervenção cirúrgica ou de tratamentos mais complexos para a cura de um determinado problema de saúde. Dessa forma, a atenção primária além de ser importante para a saúde da população, torna-se um meio importante para o governo para evitar gastos com procedimentos cirúrgicos e/ou de reabilitação, que são geralmente mais caros. Além disso, a atenção primária possibilita a interlocução com outros setores, como por exemplo, a secretaria de educação.

Conforme afirmam Corbo e Morosini (2005), para que o sistema de saúde esteja organizado seguindo a lógica da atenção primária, quatro princípios precisam ser salientados: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção.

O primeiro contato refere-se a possibilidade da atenção primária ser a porta de entrada do sistema de saúde para praticamente todas as necessidades de saúde. A longitudinalidade além de estar relacionada ao atendimento continuado também está vinculada às relações pessoais entre profissionais e usuários. O usuário precisa encontrar na equipe, na unidade a real fonte de atenção aos seus problemas. A integralidade está relacionada com a capacidade de um sistema de saúde atender em sua totalidade aos problemas de saúde de uma determinada população. A integralidade refere-se ao conjunto de serviços assistenciais prestados por um determinado sistema de saúde que visam atender as necessidades mais comuns da população, buscando para essa equipe de saúde a responsabilização pela oferta de serviços.

Para Corbo & Morosini (2005) a abordagem acerca da coordenação da atenção está relacionada com a centralização e disponibilização de informações a um determinado serviço. Quando se possui a coordenação dos serviços, a oferta deles se torna organizada e dessa forma, a variedade de serviços tende a aumentar assim como os serviços de encaminhamento para outras unidades de atenção primária ou não.

A atenção primária pode ser vista sob dois pontos de vista. No primeiro, esta atenção estaria voltada para a população mais carente, que demandaria serviços de baixa complexidade tecnológica e de baixo custo. O Estado disponibilizaria mão-de-obra

pouco qualificada e não existiria articulação com outros níveis do sistema e nem com a continuidade de atenção.

O outro ponto de vista refere-se a criação de um modelo articulado com os todos os níveis de atenção, onde a atenção primária buscaria responder às necessidades da população. O sistema de saúde seria organizado através da atenção primária. Pelo fato de ser considerado a porta de entrada do sistema, e se responsabilizar pelo atendimento continuado de uma determinada população, um serviço de atenção primária à saúde é o nível de atenção que possui a melhor condição de contextualizar o problema de saúde e de identificar os diversos determinantes que contribuíram para a sua manifestação (Corbo e Morosini, 2005).

No âmbito do SUS, a denominação adotada para o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da atenção primária à saúde é a atenção básica (Corbo e Morosini, 2005), e esta designação tipicamente brasileira tem como intuito romper com a concepção redutora, construindo para si uma identidade constitucional própria (MS, 2003: 7 apud Corbo e Morosini, 2005). Porém, a atenção básica possui alguns desafios:

1. A expansão e estruturação de uma rede de unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família;
2. A contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço as estruturas gerenciais nos municípios e estados;
3. A elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais;
4. Ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados com vistas a: programação da atenção básica, supervisão de equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para tomada de decisões;
5. Revisão dos processos de formação, educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores;
6. A definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção;
7. A institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica;

8. Ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção. (DAB).

Quanto à gestão dos serviços, cabe ao DAB (Departamento de Atenção Básica), no âmbito federal, a institucionalização das operações relacionadas a política da atenção básica. Cabe também a ele, o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem o controle e avaliação das instâncias de governo, prestar cooperação técnica na implementação e organização do PSF. Quanto às responsabilidades, elas estão divididas nas três esferas de governo:

Cabe ao Governo Federal:

1. Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;
2. Co-financiar o sistema de atenção básica;
3. Ordenar a formação de recursos humanos;
4. Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;
5. Manter as bases de dados nacionais.

Cabe ao Governo Estadual:

1. Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;
2. Regular as relações intermunicipais;
3. Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;
4. Co-financiar as ações de atenção básica;
5. Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Cabe ao Governo Municipal:

1. Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
2. Contratualizar o trabalho em atenção básica;
3. Manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência);
4. Co-financiar as ações de atenção básica;
5. Alimentar os sistemas de informação;

Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão. (DAB)

4. O programa Saúde da Família

O PSF é um programa do Ministério da Saúde que possui o objetivo de reorganizar a atenção à saúde no Brasil, a partir da atenção básica.

A história do PSF começa com algumas ações de extensão da saúde no Brasil que foram criadas com objetivo de melhorar a cobertura de saúde.

Na época da Segunda Guerra Mundial, criou-se o Sesp (Serviço Especial de Saúde Pública) que tinha por objetivo implementar práticas de prevenção e cura de doenças em pessoas da região amazônica e do vale do rio doce, sendo essa região escolhida por ser uma área produtora de borracha e minério de ferro, matérias-primas para os Estados Unidos em sua guerra.

Foi neste programa que pela primeira vez houve a incorporação de pessoas que atuavam tanto nas comunidades quanto nas unidades de saúde, no caso as visitadoras sanitárias, que realizavam visitas domiciliares visando atividades de prevenção.

Em 1960 o Sesp foi transformado em Fundação Sesp, vinculado ao Ministério da Saúde e em 1990 juntamente com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) foi integrado a Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Alguns princípios que hoje ajudam a nortear o PSF foram aperfeiçoados na época da Fundação Sesp.

Em 1976 foi criado, a princípio apenas para o nordeste, o Programa de Interiorização das Ações de Saneamento e Saúde – Piass, que possuía o objetivo de implantar estruturas básicas de saúde nas comunidades de até 20mil habitantes, com a finalidade de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local. De acordo com Corbo e Morosini (2005) além do Piass, outras instituições desvinculadas do Estado também estimularam o desenvolvimento de projetos que contribuíram para a difusão do exercício deste tipo de prática no país, como por exemplo, a Pastoral da Saúde, Pastoral da criança, e o movimento nacional de agentes comunitários de saúde.

O Piass recrutou pessoas de nível auxiliar das próprias comunidades a serem beneficiadas com esse programa.

Em 1987 no Ceará foi criado o programa de agentes de saúde do ceará, que a princípio servia como um plano emergencial contra a seca e que depois se transformou em um programa de promoção da saúde. Foi uma experiência inédita; pela primeira vez estava-

se trabalhando em ampla escala com os ACS. Foram contratadas cerca de seis mil pessoas, preferencialmente as mais pobres, sendo a maioria mulher, e oriundos de 118 municípios do sertão cearense.

Num segundo momento, esse programa possuía o objetivo de manter empregadas mulheres dessas regiões, com a intenção de melhorar as condições de vida dessas pessoas.

Desde 2002 foram incorporados na Equipe de Saúde da Família os profissionais de saúde bucal. Isso ocorreu devido a comprovação da alta incidência de crianças e adolescentes com dentes cariados, perdidos ou obturados.

Segundo o MS o PSF apresenta os seguintes resultados referente ao ano de 2007:

Quanto às equipes de Saúde da Família:

Total de Equipes de Saúde da Família implantadas: 27.324;

Total de Municípios: 5.125;

Cobertura populacional: 46,6%, o que corresponde a cerca de 87,7 milhões de habitantes.

Quanto às equipes de Saúde Bucal:

Total de Equipes de Saúde Bucal implantadas: 15,7 mil

Total de Municípios: 4,3 mil

Cobertura populacional: 40,9%, o que corresponde a cerca de 77,0 milhões de pessoas.

Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde:

Total de Agentes Comunitários de Saúde: 211,0 mil

Total de Municípios: 5,3 mil

Cobertura populacional: 56,8%, o que corresponde a cerca de 107,0 milhões de pessoas.

Comparado com o ano de 2006, os investimentos aumentaram de R\$ 3.248,50 milhões para R\$ 4.064,00 milhões em 2007.

Agente Comunitário de Saúde

Em 1991 foi criado pelo MS o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde institucionalizando diversas experiências praticas em saúde de maneira isolada e focal tendo como objetivo atender a população com maior situação de risco. Em 1992, esse

programa foi transformado no Programa de Agentes Comunitários, nomenclatura que permanece até hoje.

A princípio, os ACS tinham como população alvo grupos materno-infantil, posteriormente expandindo sua abrangência para o apoio da organização da atenção básica de saúde.

Depois de um tempo, com a entrada da cólera no país, a função dos ACS estava voltada para medidas de controle e prevenção dessa doença.

O êxito e a necessidade de incorporar novos profissionais para que o programa não funcionasse de forma isolada fez o PACS ser compreendido atualmente como estratégia transitória para o PSF, onde a sua expansão está diretamente ligada ao PSF.

O sucesso do PACS pode ser visto através da alteração de indicadores clássicos referentes à saúde da população, como mortalidade infantil, por exemplo. Mais tarde o PACS foi vinculado ao PSF.

Juntos PACS e PSF compreendem a Estratégia Saúde da Família, que possui o objetivo de reorganizar a atenção de saúde através da atenção básica.

Em 1997, foram criadas normas e diretrizes do PACS e PSF, que tratavam da atuação dos ACS centralizada na prevenção e promoção de saúde vedando eles a prática de atividades típicas do serviço interno das unidades de saúde e em 2006 as mesmas foram atualizadas, autorizando os ACS a desenvolverem ações de saúde em unidades básicas, desde que com atribuições referidas na portaria.

Em um segundo momento os agentes comunitários eram eleitos pela própria comunidade, para que pudesse haver a participação popular.

Tanto no PSF quanto no PACS, o ACS é a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo o vínculo entre a população e o serviço de saúde.

Apesar de desempenhar um trabalho complexo relacionado à educação da população, na maioria das vezes, sua formação se caracteriza pela precariedade devido o fato de sua incorporação no PACS pelo MS, na qual se exige como critério de seleção apenas saber ler e escrever.

A baixa escolaridade que se exige de um ACS pode tornar essa função desvalorizada tanto socialmente quanto profissionalmente, fazendo com que sua remuneração seja baixa, indo contra a pauta política que busca sempre um melhor salário para o trabalhador da saúde. Além disso, a desvalorização do trabalho do ACS também pode estar relacionada à compreensão da inespecificidade e de sua baixa complexidade

fazendo com que fossem direcionados esses profissionais à funções que supostamente possam exigir pouca qualificação.

Foi elaborada uma proposta para a formação profissional do ACS pelo MS entre 1998 e 2002 na gestão de José Serra. Pode-se dizer que a lei criada em 2002 instituindo a profissionalização dos ACS, após diversos debates acerca de sua vinculação e da natureza de seu trabalho.

Em 2007 foi publicada uma cartilha que orienta e dá suporte aos municípios na implementação do curso técnico de ACS.

6. O Sistema de Informação de Atenção Básica

Com a expansão do PSF aumentou também a produção de dados. O desafio então era a utilização de forma adequada dos dados coletados. Por isso, a COSAC (Coordenação de Saúde da Comunidade) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde solicitou ao DATASUS um sistema especial que pudesse gerenciar essas informações produzidas, nas visitas feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde às comunidades atendidas pelo Programa Saúde da Família.

O Siab foi criado na década de 1990 em substituição do Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Sipacs). O objetivo era: favorecer o monitoramento e a avaliação das atividades do PSF, agilizar o processo de produção das informações e, ajudar os gestores do SUS no planejamento de ações e medidas para os serviços locais (MS).

Os relatórios produzidos por esse sistema foram criados com o objetivo de permitir conhecer melhor a realidade da população a fim de adequar os serviços de saúde às necessidades da população. Encontra-se estruturado a partir de:

- Microáreas - espaço geográfico caracterizado como a área de atuação de um ACS, onde residem cerca de 400 a 750 pessoas;
- Áreas – quanto ao PACS refere-se ao conjunto de microáreas sob a cobertura de no máximo 30 ACS; quanto ao PSF refere-se ao conjunto de microáreas na mesma adjacência que estão sob responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família, onde residem cerca de 2400 a 4500 pessoas e;
- Seguintos territoriais - é a divisão territorial que serve para a análise espacial dos dados de um determinado município.

Seguindo esta mesma lógica de hierarquização e inter-relação entre os níveis geográficos, o processo de produção das informações também é dividido por fichas e relatórios de acordo com o nível de cada instância.

São instrumentos de coleta de dados:

- Cadastramento das famílias - **Ficha A**;
- Acompanhamento de gestantes - **Ficha B-GES**;
- Acompanhamento de hipertensos - **Ficha B-HA**;
- Acompanhamento de diabéticos - **Ficha B-DIA**;
- Acompanhamento de pacientes com tuberculose - **Ficha B-TB**;
- Acompanhamento de pacientes com hanseníase - **Ficha B-HAN**;
- Acompanhamento de crianças - **Ficha C** (Cartão da Criança);
- Registro de atividades, procedimentos e notificações - **Ficha D**.

São instrumentos de consolidação de dados:

- .Relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas - **Relatórios A1, A2, A3 e A4**;
- .Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias - **Relatório SSA2 e SSA4**;
- **SSA4**;
- Relatórios de produção e marcadores para avaliação - **Relatório PMA2 e PMA4**.

Sobre o preenchimento das fichas:

- Ficha A: preenchida pelo ACS na primeira visita domiciliar;
- Ficha B: Ela é utilizada para o monitoramento de grupos prioritários e quem a preenche é o ACS;
- Ficha C: também quem a preenche é o ACS; assim como a ficha B, sua utilização é para o monitoramento das populações prioritárias;
- Ficha D: Ela é preenchida por todos os profissionais da equipe de saúde. O objetivo do preenchimento dessa ficha, é relatar as atividades diárias realizadas com a população. Ao término do mês cada profissional entrega a uma ficha D preenchida.

Os dados produzidos pela equipe de saúde da família que são compõe o relatório do Siab estão contemplados no quadro 1.

Quadro 1: Dados produzidos pelas equipes da ESF que compõe os relatórios do SIAB

Ficha A:
Famílias cadastradas
Ficha B – GEST
Nascidos vivos
Gestantes cadastradas
Gestantes < 20 cadastradas
Gestantes com vacina em dia
Gestantes com consulta de pré-natal no mês
Gestante com pré-natal iniciado no 1º trimestre
FICHA B – DIA-
Diabéticos cadastrados
Diabéticos acompanhados
FICHA B – TB-
Pessoas com tuberculose cadastradas
Pessoas com tuberculose acompanhadas
FICHA B – HAN-
Pessoas com hanseníase cadastradas
Pessoas com hanseníase acompanhadas
FICHA C –
Nascidos vivos pesados ao nascer
Nascidos vivos pesados ao nascer, com peso menor de 2.500 gramas
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento exclusivo
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento misto
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com as vacinas em dia
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com as vacinas em dia
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias desnutridas
FICHA D –
Visitas domiciliares
Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia
Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO
Crianças menores de 2 anos que tiveram IRA
Hospitalizações ocorridas no mês
Óbitos ocorridos no mês

Seguem alguns dados e indicadores disponibilizados pelo Siab:

Tabela 1: Número de famílias acompanhadas pela ESF por regiões e estados de 2006 a 2008.

Região/ UF	2006	2007	2008
Região Norte	2599618	2534484	2694113
Rondônia	271302	258855	269246
Acre	124214	125023	149918
Amazonas	453431	439412	507702
Roraima	70173	70067	72427
Pará	1224813	1174446	1214227
Amapá	114871	117666	118789
Tocantins	340814	349015	361804
Região Nordeste	11016480	11245082	11606470
Maranhão	1315789	1369228	1394324
Piauí	733138	739036	759748
Ceará	1701381	1753083	1823802
Rio Grande do Norte	661405	662565	672610
Paraíba	886695	905126	916347
Pernambuco	1930350	2006550	2070460
Alagoas	563357	569481	589349
Sergipe	498298	514653	521215
Bahia	2726067	2725360	2858615
Região Sudeste	8972897	9381030	9843855
Minas Gerais	3423686	3601948	3748161
Espírito Santo	686048	693938	707672
Rio de Janeiro	1279094	1279558	1352422
São Paulo	3584069	3805586	4035600
Região Sul	4352647	4537136	4720259
Paraná	1852220	1884045	1951890
Santa Catarina	1266372	1389639	1430379
Rio Grande do Sul	1234055	1263452	1337990
Região Centro-Oeste	2223291	2261051	2336609
Mato Grosso do Sul	500051	513047	525997
Mato Grosso	579406	601053	615667
Goiás	988357	990814	1037912
Distrito Federal	155477	156137	157033
Total	29164933	29958783	31201306

Fonte:www.datasus.gov.br. Acessado em 11 de setembro de 2009 às 15:16.

Tabela 2: Número de pessoas acompanhadas pela ESF por regiões e estados de 2006 a 2008.

Região/ UF	2006	2007	2008
Região Norte	10999269	10573936	11193504
Rondônia	1018773	955094	981546
Acre	496964	499987	586804

Amazonas	2112447	2028127	2374209
Roraima	292188	290843	300211
Pará	5338216	5025909	5145367
Amapá	515490	522663	526091
Tocantins	1225191	1251313	1279276
Região Nordeste	43296660	43435560	44311816
Maranhão	5488145	5656354	5687536
Piauí	2941861	2931566	2995279
Ceará	6696505	6781374	6972775
Rio Grande do Norte	2573535	2544274	2548183
Paraíba	3345747	3397084	3390294
Pernambuco	7466263	7587871	7833349
Alagoas	2317864	2251957	2353011
Sergipe	1936597	1980497	1933836
Bahia	10530143	10304583	10597553
Região Sudeste	31904826	32671022	33046436
Minas Gerais	12499118	12668988	12074337
Espírito Santo	2372820	2375268	2395446
Rio de Janeiro	4342029	4365002	4595384
São Paulo	12690859	13261764	13981269
Região Sul	14866144	15422323	15906544
Paraná	6368012	6517969	6687111
Santa Catarina	4379095	4719731	4817766
Rio Grande do Sul	4119037	4184623	4401667
Região Centro-Oeste	7769748	7831268	8021903
Mato Grosso do Sul	1714053	1740142	1762046
Mato Grosso	2098946	2134576	2161186
Goiás	3361797	3358926	3498830
Distrito Federal	594952	597624	599841
Total	108836647	109934109	112480203

Fonte:www.datasus.gov.br. Acessado em 11 de setembro de 2009 às 15:16.

Conforme afirmam Soares, Gomes & Moreno (2007), o Siab não se articula com outros sistemas, o que dificulta o processo de tomada de decisão a partir das informações produzidas pela equipe de Saúde da Família. Essas autoras utilizam como exemplo a relação das informações que o ACS produz com àquelas registradas pelo Agente Local de Vigilância em Saúde (Avisa). Sendo assim, cada profissional trabalha de forma isolada. Com a articulação entre as informações produzidas por esses dois profissionais, os gestores poderiam potencializar ações que visassem a resolução de problemas, assim como os profissionais da prática assistencial.

Devido a pouca cobertura e abrangência, o Siab ainda não retrata a realidade no que se refere à situação de saúde da população local, pois, contempla apenas alguns agravos e situação de domicílio.

Entretanto, os problemas não se encontram apenas nas limitações do Siab.

Devido à grande burocracia existente, a apropriação das informações por parte dos profissionais torna-se difícil (Camargo Jr., Coeli, Moreno, 2007). Dessa forma, para os profissionais torna-se difícil analisar o desempenho do trabalho prestado (o seu e de outros profissionais).

Conforme apontam Camargo Jr, Coeli, Moreno (2007), a função de um sistema de informações é disponibilizar informações de qualidade onde e quando necessárias. Para que isso ocorra, todas as partes desse sistema precisam ser bem desempenhadas (coleta, armazenamento, processamento de dados).

Fatores como a cobertura dos sistemas, a qualidade dos dados coletados, a falta de variáveis, dentre outros aspectos, ocasionam uma maior dificuldade no cruzamento de informações entre os sistemas de informações em saúde. Isso ocorre porque as bases de dados nacionais são caracterizadas como fonte de dados secundários, ou seja, esses dados não são colhidos para fins avaliativos.

Por serem caracterizadas como secundárias, as bases de dados nacionais encontram vários problemas, como por exemplo, nas bases epidemiológicas que, existe uma defasagem se forem comparadas às bases administrativas.

Podemos perceber que, embora o Siab não se articule com outros sistemas de informações, essa relação entre eles também é dificultada pela defasagem das bases de dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como as informações produzidas pelo SIAB podem ajudar o gestor na integralidade do cuidado?

A luta pela universalização do direito a saúde no Brasil é anterior a década de 1980, e foi fortalecida nessa época. Teve como ápice a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS possui diretrizes e princípios que são de suma importância e que visam antes o direito igualitário de qualquer pessoa ter acesso aos serviços de saúde.

O SUS, estar estruturado em níveis de atenção (primário, secundário e terciário) necessita de articulação dos mesmos. A integralidade, como um dos princípios do SUS, está relacionada com a articulação entre esses níveis. Mas há outras interpretações para

este termo. Para compreender melhor o SUS foi preciso fazer uma revisão bibliográfica das diferentes abordagens desse princípio.

A Estratégia de Saúde da Família aparece como medida de reestruturação da atenção básica. O Siab foi criado com o objetivo de contemplar todas as informações produzidas pelas equipes de PSF. Mas segundo a bibliografia consultada, o SIAB não dialoga com outros sistemas, o que dificulta a articulação entre os níveis de atenção. Se houvesse diálogo entre os sistemas de informação, melhores medidas poderiam ser tomadas.

Os agentes de saúde registram grande quantidade de dados. No que diz respeito a formação profissional dos ACS, há pouco tempo que eles foram considerados técnicos da saúde porém com algumas restrições

Este trabalho não conseguiu responder ao questionamento inicial em sua totalidade. Isto porque a leitura dos textos que se referem a esse tema é complexa e exigem conhecimentos prévios ainda não adquiridos pelo presente autor.

Por outro lado, essa experiência possibilitou um melhor conhecimento do funcionamento do SUS, em especial a atenção primária que é muito importante no sistema de saúde, além de entender como são produzidas as informações da atenção primária e como elas são utilizadas, visto que o autor cursa a habilitação técnica de registros e informações em saúde que trabalha com algumas dessas informações que foram estudadas nesse trabalho.

A partir da bibliografia consultada e da discussão com as orientadoras posso concluir que existe uma grande abrangência no termo integralidade . É uma nova visão de atendimento às necessidades de saúde da população, onde o paciente não deve ser visto como um objeto de trabalho dos profissionais, e sim como alguém que precisa ser respeitado em sua singularidade.

Os dados disponibilizados pelo Siab, por não dialogarem com outros sistemas, limitam as possibilidades de promoção da integralidade. Embora isso ocorra, as bases de dados nacionais contribuem para isso porque seus dados não são padronizados (principalmente na coleta, o que caracteriza as bases nacionais como bases secundárias).

BIBLIOGRAFIA

BAPTISTA, T.W.F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In EPSJV. Texto de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998.

CAMARAGO Jr, K.R., COELI, C.M., MORENO, A . B. Informação e Avaliação em Saúde In: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde/ Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

CORBO A.A., MOROSINI M.V.G.C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In EPSJV: Texto de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde/ Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

SILVA Jr A.G., MASCARENHAS M.T.M. Avaliação da Atenção Básica sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Cuidado: as fronteiras da Integralidade / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

SOARES, M.F., GOMES M.L., MORENO A. B. Sistema de Informação da Atenção Básica. In Modelos de atenção e a saúde da família / Organizado por Márcia Valéria G. C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.