

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROJETO VEREDAS DE MINAS**

**ANÁLISE DO PERFIL DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MINAS GERAIS**

ELISSAMA CIRIBELI

**Ouro Preto / MG
2010**

ELISSAMA CIRIBELI

**ANÁLISE DO PERFIL DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MINAS GERAIS**

Trabalho Final apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

**Ouro Preto / MG
2010**

DEDICATÓRIA

A Deus, por mais esta conquista.

A meus pais, João e Dalma, que me deram asas e raízes.

Às minhas amigas de república, Isadora e Patrícia, pelo incentivo e apoio durante todo o curso, compartilhando comigo os momentos de sufoco e também os de alegrias.

Ao meu irmão João Paulo, pelo apoio e disposição para me ajudar quando precisei.

Ao meu orientador Xico Lana, pelo apoio e incentivo.

Ao meu namorado, pela força e atenção.

AGRADECIMENTO

Agradeço a atenção e disponibilidade de meus familiares – em especial ao meu irmão –, que tanto souberam compreender a importância de meu esforço.

Aos professores, por sua valorosa contribuição para minha vida profissional.

Aos colegas de classe, pela amizade, pelo apoio e por tornar mais gostosa e alegre essa conquista.

Ao orientador Xico Lana, por tornar possível meu estudo.

Ao Waguiinho, do Centro de Processamento de Dados da Secretaria Municipal de Ouro Preto, pela atenção e ajuda na coleta dos dados.

E, acima de tudo, a Deus, pela proteção e a oportunidade de estar realizando mais um objetivo de vida.

RESUMO

Este estudo tem o objetivo de analisar o perfil de atendimento na Atenção Primária do Município de Ouro Preto-MG por meio do relatório PMA4 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Busca ainda verificar se – após um ano de implantação do PSF (Programa Saúde da Família) em Ouro Preto – o novo modelo assistencial realmente gerou novas práticas de saúde focando na demanda organizada, ou se ainda contempla o modelo tradicional hegemônico centrado no médico, na doença e na demanda espontânea. É um estudo de abordagem quantitativa que se insere no campo da avaliação de serviços de saúde e foi desenvolvido por meio de dados secundários coletados no Centro de Processamento de Dados – CPD da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto/MG, O período do estudo foi de janeiro a dezembro de 2009. Após a coleta dos dados, foi feita uma análise da ficha PMA4, observando-se as variáveis do estudo. A partir dos dados coletados, foi possível compreender que as atividades de maior ênfase nas ESFs são aquelas voltadas para o atendimento individual/curativo (consultas médicas, de enfermagem e de profissionais de nível superior individuais), em detrimento dos atendimentos que visam à prevenção e promoção da saúde da população no município. Conclui-se que o modelo de saúde implantado em Ouro Preto por meio das ESFs ainda está centrado na doença, na demanda espontânea e não na prevenção e na demanda organizada e programada como propõe o novo modelo de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Modelo assistencial.

ABSTRACT

This study aims at analyzing the profile of attendance in primary care in the city of Ouro Preto-MG through PMA4 Information System (SIAB) reports. It also seeks to verify whether – after a year of implementation of the FHP (Family Health Program) in Ouro Preto – the new assistance model actually generated new health practices focusing on organized demand, or still remains the traditional doctor-centered hegemonic method, focused in sickness and in spontaneous demand. This quantitative approach study is inserted in the field of evaluation of health services and was developed through secondary data collected in the Ouro Preto Health Department Data Processing Centre - DPC. The study was developed from January to December 2009. After collecting the data, the PMA4 files were analyzed and the variables were studied. The data revealed that the activities of greater emphasis on FHP are those related to individual care / dressing (medical consultations, nursing professionals and individual level) to the detriment of care aimed at prevention and health promotion. It was concluded that the health model implemented in Ouro Preto through FHP is focused on disease and spontaneous demand and not in the prevention or organized and scheduled demand as proposed by the new health model.

Keywords: primary health care, family health Strategy, assistive Model.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO.....	06
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	07
3.1 O PSF: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	07
3.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	10
4 METODOLOGIA.....	15
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	15
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	15
4.3 COLETA DE DADOS.....	17
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	17
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	18
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
7 REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO 1.....	31
ANEXO 2.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição percentual dos atendimentos das ESFs em Ouro Preto no ano de 2009.....	20
GRÁFICO 2: Distribuição das atividades das ESFs em 2009 no município de Ouro Preto/MG.....	22

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Mapa do município de Ouro Preto e seus distritos.....	15
--	----

1 INTRODUÇÃO

Antes da criação do SUS – Sistema Único de saúde – a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde que vigorava dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar pelo serviço de saúde privado; os que eram segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam qualquer direito. Assim, o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90, com finalidade de alterar essa situação de desigualdade na assistência a saúde da população, e se realiza por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2010).

Na maioria das vezes, conforme Paim (1999), a expressão “sistema de saúde” quer dizer sistema de assistência médico-hospitalar / sistemas de assistência a doentes ou de controle de doenças, não sendo considerado um sistema de assistência à saúde, já que a maior preocupação é com a doença. Nesse sentido, o autor considera que, com o conhecimento dos limites e possibilidades desse sistema e a construção de serviços de saúde que visem à integração de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, seria possível propor intervenções transetoriais capazes de promover a saúde da população e desenvolver um sistema de saúde verdadeiro, que cuide da saúde das pessoas.

Para o mesmo autor, o modelo médico-assistencial está voltado para a “demanda espontânea”, a qual atende os indivíduos que procuram por livre iniciativa os serviços de saúde e reforça a atitude do indivíduo de procurar o serviço de saúde quando se sente doente. Esse modelo, conseqüentemente, exclui os indivíduos ou

grupos populacionais que não perceberam a existência de algum problema de saúde ou que não estão em alerta para medidas de prevenção. Nesse modelo, é a pressão da demanda espontânea e desordenada que condiciona a organização de recursos para a oferta (PAIM,1999).

Dessa forma, o PSF (Programa de Saúde da Família) foi criado para contrapor os aspectos negativos do antigo sistema de saúde focado na doença. Visa à integralidade das ações de saúde e ao impacto positivo dos problemas de saúde não só do indivíduo, mas da comunidade, buscando concretizar os princípios e as diretrizes do SUS.

Esse novo modelo requer uma mudança na organização e no funcionamento dos serviços de saúde. Não se preocupa exclusivamente com a oferta de serviços para usuários que constituem a demanda espontânea, mas fundamentalmente com as necessidades de saúde da população num dado território, e o impacto sobre elas. Significa fornecer uma “oferta organizada” em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários, como gestantes, idosos e, conseqüentemente, uma reorientação da demanda (PAIM, 1999).

De acordo com Starfield (2002), o direcionamento do modelo da atenção primária médica convencional objetiva responder às necessidades da comunidade e dos indivíduos que buscam a atenção. No modelo convencional, o enfoque se dá na doença e na cura, e a responsabilidade é exclusiva do setor saúde. No novo modelo, focaliza-se a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a assistência, o trabalho em equipe, a participação da comunidade e a intersetorialidade.

Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de PSF, que incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular – criado para reverter o

modelo hospitalocêntrico, tendo como prioridade ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

O PSF deve atuar num território bem delimitado, realizar o cadastramento das famílias, ter ações dirigidas aos problemas de saúde daquela comunidade e realizar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. A Unidade Básica de Saúde da Família, local onde fica a Equipe de Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada de sua clientela adscrita ao sistema de saúde (BRASIL, 2009).

A ESF representa um eixo de estruturação da atenção primária à saúde a partir da organização do modelo de assistência. O enfoque da atenção passa a ser a família e o meio em que ela vive.

Assim, de acordo com Furtado e Santana (2003), a informação em saúde surge como uma das áreas de conhecimento da saúde coletiva por considerar as determinações sociais do processo saúde-doença. Atua, também, “como ferramenta analisadora de produção de ações de saúde, nas decisões da (re) construção do modelo assistencial, possibilitando aos sujeitos alcançarem a autonomia no desenvolvimento de seu trabalho em saúde” (PINTO, 2000, p. 03).

Nesse sentido, Pinto (2000) explica que a informação é fonte fundamental para o desenvolvimento do planejamento local, assim como sustentação para os integrantes da equipe buscarem alternativas de ações e atividades de acordo com as necessidades regionais.

O Ministério da Saúde afirma que os Sistemas de Informações em Saúde funcionam como um conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam de forma integrada e articulada, com o propósito de atender às demandas para as quais foram concebidos; isto é, trata-se de um conjunto de pessoas e máquinas, com vistas à obtenção e ao processamento de dados que

atendam à necessidade de informação da instituição que os utiliza, tanto para estruturas administrativas quanto para unidades de produção “[...] articuladas, com vistas à obtenção de dados mediante o seu registro, coleta, processamento, análise, transformação em informação e [...] divulgação” (BRASIL, 2005, p. 67).

Para Proietti (2003), esses sistemas de informação são capazes de produzir indicadores que podem e devem ser utilizados na organização da assistência, pois sua ausência implica a restrição de análise dos problemas, visto que dificulta a produção de indicadores das necessidades e cobertura/utilização dos serviços de saúde.

Com o processo de implantação do SUS, houve necessidade de melhorar a estrutura dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para que estes seguissem a lógica do acompanhamento integral preconizada pelo novo sistema de saúde, assegurando, assim, a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações executadas, fundamental para o acompanhamento, o controle e o repasse de recursos (SILVA e LAPREGA, 2005).

O SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – foi criado em 1998 pelo DATASUS a pedido da equipe do COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde para gerenciamento das informações obtidas nas visitas domiciliares. Ele produz relatórios que auxiliam as equipes e os gestores a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade. Os relatórios permitem conhecer a realidade da comunidade acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e melhorar a qualidade destes (BRASIL, 1998).

O SIAB foi criado para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes de PSF/PACS (Programa de Agentes

Comunitários de Saúde). É um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados pelos profissionais de saúde das equipes de saúde da família. Ele é o principal instrumento de monitoramento da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 1998). Estes dados são coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde e por todos os profissionais da equipe, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistêmico (BRASIL, 1998).

Trata-se de um *software* que contém algumas fichas (A, B, C, D) e relatórios (SSA-2, SSA-4, PMA-2, PMA-4 e A1 ao A4) em que cada um desses componentes possui utilização específica na determinação de dados sobre os trabalhos realizados pelas equipes de profissionais dentro do PSF, com o intuito de demonstrar a produtividade, o índice de nascimento e mortalidade, os tipos de doenças mais atendidas, os trabalhos de prevenção e de assistência domiciliar realizados nas unidades de saúde.

Assim, é de grande relevância saber se, após um ano de implantação dos PSFs em Ouro Preto, o novo modelo assistencial realmente gerou novas práticas de saúde, focando na demanda organizada, na prevenção, promoção de saúde da população ou se ainda contempla o modelo tradicional hegemônico centrado no médico, na doença e na demanda espontânea.

2 OBJETIVO

Analisar o perfil de atendimento na Atenção Primária do Município de Ouro Preto-MG por meio do relatório PMA4 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A ESF: Equipe de Saúde da Família

A partir do ano de 1988, quando foi promulgada a atual Constituição Brasileira, o país passou a contar com o Sistema Único de Saúde (SUS), que teve como princípios estabelecidos a equidade, universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade no processo de saúde do país, visando reduzir as distâncias entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira.

Nesse sentido, segundo o Ministério da Saúde, a ESF representa uma estratégia de reorganização da atenção básica, de modo que a saúde passa a ser uma preocupação centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, deixando de ser, assim, centralizada na assistência à doença instalada (BRASIL, 2002).

Dessa forma, a ESF estrutura-se na lógica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, ampliando o acesso de todos os benefícios tecnológicos, necessários aos usuários (BRASIL, 2002).

Para Canesqui e Oliveira (2002), a estratégia da ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial; assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, contínua e, acima de tudo,

resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades; e identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada.

Dessa forma, a ESF representa ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde, que engloba tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Para Escorel (2007), uma das principais estratégias da ESF é sua capacidade de propor alianças no sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras. Por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica a ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais.

Entende-se, assim, que um dos principais objetivos é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Porém, não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos (ESCOREL, 2007).

Entretanto, para que essa nova prática de saúde seja concretizada, é necessário que se coloque à disposição da ESF um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, capaz de atuar com criatividade e

senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Para tanto, deve realizar uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la nas atividades. E todas essas atribuições deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, pelo acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

Partindo dessa afirmativa, verifica-se que a ESF deve ter as seguintes atribuições básicas:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco a que a população está exposta;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;

- Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Para a ESF, de acordo com as informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo-se que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.

3.2 Sistema de informação em Saúde

Atualmente, o Ministério da Saúde voltou-se para as questões de informação na área da saúde e está propondo uma Política de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), considerando como pontos essenciais de sua formulação: a educação, a informação e a comunicação para consolidar o Sistema Único de Saúde.

O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) contempla o registro das informações coletadas pelas Equipes de Saúde da Família - ESF - que estão relacionadas ao cadastro das famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde e ainda produção e composição das equipes de saúde.

O Manual do SIAB (1998) descreve as fichas e relatórios que subsidiam a alimentação de sua base, da seguinte forma:

a) FICHA A – configura-se no formulário utilizado para o cadastramento das famílias, sendo preenchida logo nas primeiras visitas efetuadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). A recomendação do Manual do SIAB é que seja preenchida uma ficha por família e que tais fichas sejam constantemente atualizadas.

A FICHA A reúne informações sobre a composição familiar (endereço, faixa etária, nome completo, data de nascimento, idade, sexo, alfabetização, ocupação e doença ou condição referida pelos sujeitos), situação de moradia e saneamento (tipo de casa, destino do lixo, tratamento de água no domicílio, destino de fezes e urina) e outras informações (acesso a plano de saúde e número de pessoas atendidas pelo plano, instituições às quais o sujeito recorre no caso de doença, meios de comunicação e transporte que mais utiliza e participação em grupos comunitários); disponibiliza, ainda, o campo 'observações' para o registro das informações não contempladas nos campos anteriores.

b) FICHA B – As fichas do grupo B se dividem em: B-GES (Ficha para acompanhamento de gestantes); B-HA (Ficha para acompanhamento de hipertensos); B-DIA (Ficha para acompanhamento de diabéticos); B-TB (Ficha para acompanhamento de pessoas com tuberculose); B-HAN (Ficha para acompanhamento de pessoas com hanseníase).

- c) FICHA C – Ficha para acompanhamento da criança. É a cópia do Cartão da Criança que é utilizado nos serviços de saúde municipais. Há dois modelos, sendo um para o sexo feminino e outro para o sexo masculino. O cartão é obrigatório para todas as famílias que possuem crianças menores de cinco anos. A Ficha C permite registrar informações sobre a identificação da criança, tipo de parto e condições da criança ao nascer. O ACS é o responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento da criança e o incentivo ao aleitamento materno, e também se responsabiliza por aferir a curva de crescimento, tendo como referência o peso e a idade da criança.
- d) FICHA D – Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações. Deve ser utilizada por todos os profissionais da ESF para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de doenças que demandam acompanhamento sistemático. É importante ressaltar que alguns campos são específicos a determinadas categorias, ficando seu preenchimento restrito aos profissionais correspondentes.
- e) Relatório SSA2 – Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área. Trata da consolidação das informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada microárea. Tais informações são as constantes nas Fichas A, B, C e D.
- f) Relatório SSA4 – Relata a situação de saúde e acompanhamento das famílias no município. Trata da consolidação dos dados relacionados às áreas sob a jurisdição de um mesmo município (sejam dados do PACS ou do PSF nas zonas urbanas ou rurais). Os dados dos Relatórios SSA2 são utilizados para consolidar os dados do Relatório SSA4 e devem ser discutidos mensalmente entre as equipes de saúde e a coordenação municipal/secretaria municipal de saúde.

- g) Relatório PMA2 – Registra a produção de trabalho dos profissionais e marcadores, consolida a produção por área dos serviços e a ocorrência de eventos mórbidos ou situações indesejáveis, também chamadas de marcadoras. As Fichas D e os Relatórios SSA2 são usados para preencher os dados solicitados no Relatório PMA2.
- h) Relatório PMA4 – Registro de produção que integra a produção de trabalho dos profissionais e marcadores para avaliação por município, e consolida os dados do Relatório PMA2 nos municípios.
- i) Os Relatórios A1, A2, A3 e A4 integram a consolidação do cadastramento familiar por microárea, por área, por segmento e por município, respectivamente.

O Manual do SIAB (1998) não apresenta qualquer fluxograma com a descrição das atividades do seu processo como um todo, mas destaca-se a importância da avaliação contínua em todas as etapas do fluxo informacional do SIAB. Nos municípios cujas secretarias não estão informatizadas ou não são autônomas, os dados são enviados à Secretaria Estadual de Saúde para que esta possa efetuar o registro no sistema eletrônico, ou seja, os dados são coletados e enviados para digitação nas bases pelas secretarias estaduais.

O SIAB (2010) se diferencia dos demais Sistemas de Informação em Saúde por possuir características que permitiram avanços sólidos na área da Informação em Saúde. Dentre elas, destacam-se:

- a) Microespecialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções;
- b) Utilização mais ágil e oportuna da informação;
- c) Produção de indicadores capazes de consolidar todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas;

- d) Consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

Assim, todos os dados armazenados no SIAB são disponibilizados na internet via página do DATASUS. Trata-se de um importante instrumento de auxílio ao planejamento e a gestão dos serviços públicos de saúde, que deve ser constantemente alimentado e atualizado, visto que desde banco de dados depende o planejamento dos serviços e ações desenvolvidas junto à população.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

É um estudo de abordagem quantitativa que se insere no campo da avaliação de serviços de saúde, desenvolvido por meio de dados secundários coletados no Centro de Processamento de Dados – CPD da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto/MG. Utilizou-se o relatório PMA4 (Anexo 1) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Ouro Preto/MG, para conhecer o foco da atenção primária desse município, a prevenção e promoção da saúde com foco na demanda programada ou nos atendimentos individualizados/curativos cujo foco é a demanda espontânea.

4.2 Cenário do estudo

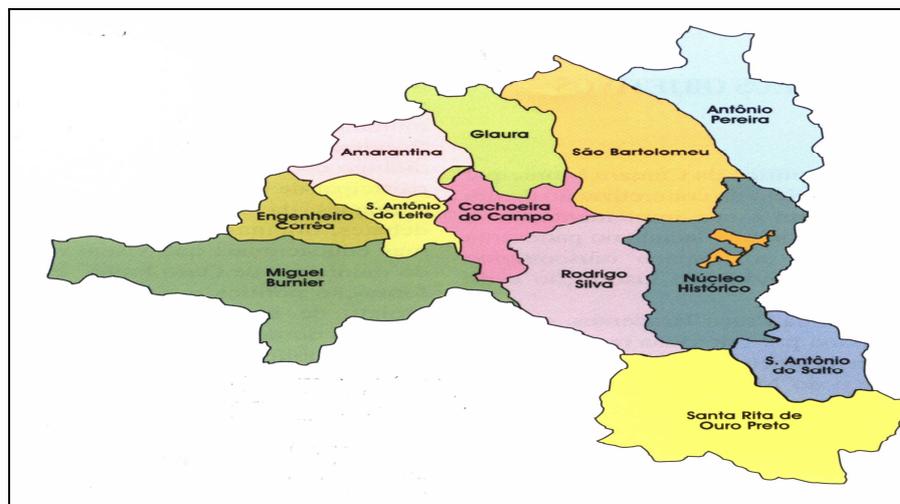


FIGURA 1: Mapa do município de Ouro Preto e seus distritos

Fonte: Relatório de Gestão da APS de Ouro Preto, 2009.

O município de Ouro Preto foi criado em 1.711 como Vila Rica e, em 1829, transformado na imperial cidade de Ouro Preto. Sua extensão territorial é de 1.248 km². Situa-se na região central de Minas Gerais, distante 89 km da capital, Belo Horizonte; 475 km do Rio de Janeiro; 675 km de São Paulo; e 840 km de Brasília. Tem limites com os municípios de Mariana, Itabirito, Congonhas, Santa Bárbara, Catas Altas da Noruega, Ouro Branco, Piranga, Moeda, Belo Vale e Itaverava.

Tem uma população estimada de 69.494 pessoas em julho de 2009 (IBGE, 2010), sendo 35.355 do sexo feminino; 34.139 do sexo masculino; 11.027 na faixa etária entre 0 e 9 anos; 11.701 na faixa etária entre 10 e 19 anos; 39.353 na faixa etária entre 20 e 59 anos; e 7233 com mais de 60 anos de idade.

Ainda de acordo com o IBGE (2010), 49,9% dessa população vivem nas zonas rurais distribuídas em 12 distritos, dos quais seguem os nomes e suas respectivas distâncias em km da sede: Amarantina (25); Antonio Pereira (16); Cachoeira do Campo (18); Engenheiro Correia (35), Glaura (26); Lavras Novas (13), Miguel Burnier (40); Rodrigo Silva (18); Santa Rita de Ouro Preto (30); Santo Antônio do Leite (25); Santo Antônio do Salto (35); São Bartolomeu (16).

Ouro Preto possui 19 PSFs, sendo 10 nos distritos e 9 na sede; 11 UAPS (Unidade de Atenção Primária a Saúde) na sede; 28 UAPS nos distritos (contando com pontos de apoio); 1 policlínica; 1 clínica de fisioterapia; Caps I, AD e i (Centro de Atenção Psicossocial Adulto, Álcool e Drogas e Infanto-Juvenil respectivamente); 5 clínicas particulares; 1 hospital; 10 laboratórios; 2 UPAs (uma 24h e uma 12h) e 1 SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Segundo o Relatório da Coordenação da Atenção Primária em Saúde, os PSFs foram implantados inicialmente na zona rural do município de Ouro Preto. Em

1997 o PSF Topázio e em 1998 o PSF de Antônio Pereira. Na sede funcionavam os PACSs, sendo iniciada a transição para PSFs em agosto de 2008.

O município possui 29 escolas estaduais; 41 escolas municipais, sendo 27 nos distritos e 14 na sede; 16 creches, sendo 10 na sede e 6 nos distritos; e 56 Associações de Bairro cadastradas.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio do relatório PMA4 do SIAB, adquiridos no CPD (Centro de Processamento de dados) da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto-MG. O período do estudo foi de janeiro a dezembro de 2009. O Relatório PMA4 destina-se à consolidação dos dados do relatório PMA2 de cada ESF, totalizando as informações referentes à produção de serviços e à ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras para o município (SIAB, 1998).

4.4 Variáveis do estudo

- Consulta médica individual: por procedência e faixa etária de residentes ou não da área de abrangência da equipe.
- Atendimento individual do enfermeiro: consultas ou atendimentos realizados pelo enfermeiro.
- Atendimento individual de outros profissionais de nível superior: consultas ou atendimentos individuais por profissional de nível superior (psicólogo,

terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, enfermeira obstetra e pedagoga em educação em saúde).

- Puericultura; pré-natal; prevenção de câncer cérvico-uterino; DST/AIDS; diabetes; hipertensão arterial; hanseníase; tuberculose: atendimentos médicos, de enfermagem e de outros profissionais de nível superior.
- Atendimento em grupo – educação em saúde: número de atendimentos em grupo para desenvolvimento de atividades de educação em saúde.
- Procedimentos coletivos: conjunto de procedimentos de promoção e prevenção, em saúde bucal de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados.

4.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram coletados no CPD (Centro de Processamento de Dados) da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto – MG; e foi feita uma análise da ficha PMA4, utilizando-se as variáveis do estudo. Os dados foram colocados em planilha Excel e em gráficos para melhor visualização dos resultados.

No Manual do SIAB não fica claro se as consultas programáticas – como puericultura, pré-natal, hipertensão e outras – devem ser registradas no campo das consultas médicas por faixa etária. Isso faz com que cada profissional preencha da maneira que achar melhor, colocando ou não a consulta de puericultura, por exemplo, no campo de consultas médicas por faixa etária. Da mesma forma, acontece em relação aos atendimentos individuais do enfermeiro e de outros profissionais de nível superior.

Sendo assim, considerou-se o atendimento individual do médico, de enfermagem e de outros profissionais de nível superior como atendimentos individuais/curativos/espontâneo, e os demais atendimentos como puericultura, pré-natal, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, prevenção de CA cérvico-uterino, atendimento em grupo e procedimentos coletivos como atendimentos coletivos/preventivos/programáticos.

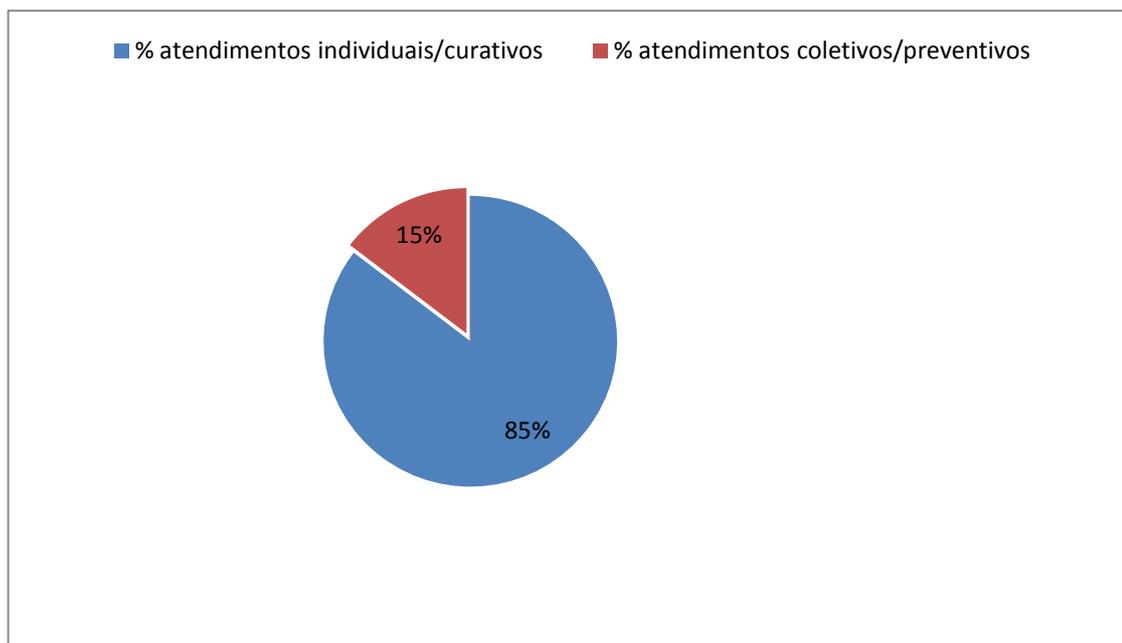
4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, conforme Anexo 2 (Termo de autorização da pesquisa). Trata-se de uma pesquisa que envolve exclusivamente dados secundários, não envolvendo diretamente seres humanos, portanto não oferece qualquer risco à população.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando o conteúdo do relatório PMA4 do Município de Ouro Preto/MG, observa-se que a maioria das atividades desenvolvidas pelas ESFs no município, no período de janeiro a dezembro de 2009, constituiu-se em consultas médicas, de enfermagem e de profissionais de nível superior.

GRÁFICO 1: Distribuição percentual dos atendimentos das ESFs em Ouro Preto no ano de 2009



Fonte: Relatório PMA4 de Ouro Preto/MG, 2009.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual dos atendimentos das ESFs em Ouro Preto/MG, onde se observa que 85% da população é atendida individualmente por meio de consultas médicas, de enfermagem e por outros profissionais de nível superior, e apenas 15% recebem atendimentos coletivos ou consultas que visam à prevenção. Esses dados evidenciam que o modelo de saúde

no município ainda está centrado na doença, na demanda espontânea, e não na prevenção e na demanda organizada, como propõe o novo modelo de saúde.

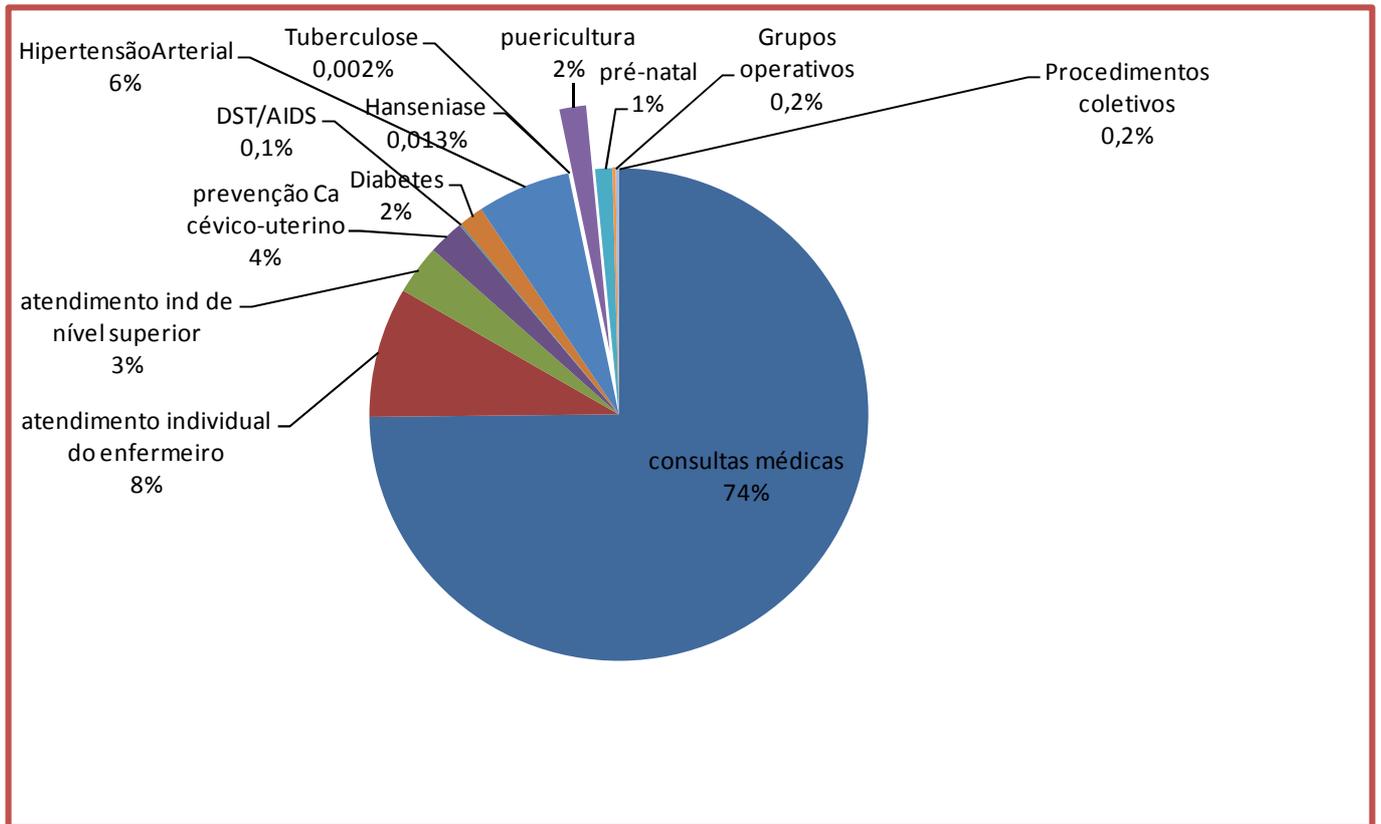
A respeito dessa situação, o Ministério da Saúde afirma que a atenção primária deve representar um esforço para que o sistema de saúde se consolide, tornando-se mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre os serviços de saúde e a população, e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência.

Nesse sentido, Freitas e Pinto (2005) afirmam que a estratégia de Saúde da Família deve propor novas práticas de saúde centradas nos princípios do SUS: equidade, descentralização, integridade e participação popular; e, conseqüentemente, repensar os conceitos de saúde, doença, população e práticas de saúde.

Entende-se que as práticas de saúde vão muito além de intervenções curativas, não somente para atender, mas para prevenir a doença e promover a saúde. A partir de ações junto à comunidade, com o desafio de promover a reorganização da prática assistencial, com uma visão de que a saúde é um conceito construído socialmente, em que a morbidade e a mortalidade dos grupos populacionais estão relacionadas às condições biológicas, econômicas, sociais e culturais (FREITAS; PINTO, 2005).

Para o Ministério da Saúde, a ESF é uma estratégia que deve eleger como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de saúde com a população, em conformidade com os princípios do SUS, tendo como base as necessidades e as prioridades da comunidade cadastrada (BRASIL, 2002).

GRÁFICO 2: Distribuição das Atividades das ESFs em 2009 no Município de Ouro Preto/MG.



Fonte: Relatório PMA4 de Ouro Preto/MG, 2009.

A análise do Gráfico 2 revela um atendimento individual do enfermeiro em torno de 8%; consultas médicas (74%) e atendimento individual de profissionais de nível superior (3%), totalizando 85% dos atendimentos nas ESFs; e ainda: casos de puericultura (2%); consulta de pré-natal (1%); procedimentos coletivos (0,2%); grupos operativos (0,2%); prevenção de câncer cévico-uterino (4%); diabetes (2%), hipertensão-arterial (6%); DSTs e/ou AIDS, Hanseníase e tuberculose de 0,1%, 0,013% e 0,002% respectivamente.

Verifica-se que há um grande percentual de procedimentos individuais e curativos para atendimento da demanda espontânea, em detrimento daqueles que visam a prevenção e promoção da saúde da população. Os números de

atendimentos abaixo de 1% para DST/AIDS, tuberculose e hanseníase pode ser justificado pelo fato dos portadores desses agravos serem referenciados para serviço especializado não sendo tratados nas ESFs. Os dados demonstram que as consultas e tratamentos de doenças estão centrados na consulta médica e na doença, e não na equipe multiprofissional como propõe o novo modelo de saúde.

Castro (2001) afirma que a ESF deve provocar mudanças no modelo assistencial, ou seja, na forma como os serviços de saúde estão organizados em um determinado território, com uma população definida. Ela deve priorizar ações de saúde de acordo com as necessidades da população, implementando atividades para alcançar melhores condições de saúde e qualidade de vida e focando as ações na demanda programada e não na demanda espontânea. Essas necessidades podem ser priorizadas por meio de estudos e investigação epidemiológica, demográfica e social. Segundo Bittar et al (2009) quanto maiores as informações disponíveis por uma ferramenta, mais completos e seguros se tornam o planejamento e a elaboração de estratégias para a educação e a promoção da saúde da população, visando diminuir as iniquidades.

O sistema de informação deve ter potencial para detectar desigualdades, problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente as informações. Deve significar uma possibilidade de uso de dados para planejar as ações e tomar decisões locais. Uma vez que sua finalidade é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, deve acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde (FREITAS e PINTO, 2005). Dessa forma, o SIAB foi criado para auxiliar o acompanhamento, a

produção de dados e a avaliação das atividades realizadas pela ESF e as condições socioeconômicas e de saúde da população de um território delimitado.

Silva e Laprega (2005) mostram que é importante salientar as limitações que o SIAB impõe ao planejamento e à avaliação do serviço. Falhas na identificação dos indivíduos e no número de doenças codificáveis podem distorcer a realidade da população adscrita. Além disso, há necessidade do Ministério da Saúde melhorar o manual do SIAB, enriquecendo-o com explicações mais detalhadas sobre o preenchimento das fichas, a operacionalização do *software* e reformulações para uma melhor organização do processo de trabalho das equipes do PSF.

A falta de supervisão e controle da qualidade dos dados produzidos pelas equipes do PSF pode comprometer a confiabilidade das informações geradas. Por outro lado a constatação de incompatibilidade da plataforma do SIAB com outros SIS (SIA/SUS, HYGIA, HIPERDIA) utilizados pelas equipes, pode resultar em duplicidade dos dados produzidos, ocasionando perda de tempo e de recursos financeiros. A análise do relatório PMA4 do Manual do SIAB realmente deixa dúvidas sobre seu preenchimento, podendo haver erros na análise dos dados e, conseqüentemente, no planejamento das atividades da ESF e no perfil da população adscrita.

Outras limitações apontadas por Silva e Laprega (2005) é a falta de adequado estímulo à participação da comunidade na geração e no uso das informações para a tomada de decisão. Portanto, tornar as informações em saúde transparentes para a população é parte fundamental do processo de democratização da tomada de decisões em nível local e parte importante da construção da cidadania.

O modelo assistencial baseado na oferta programada tende a superar a organização de ações de saúde ainda vigentes, como campanhas, programas especiais voltados exclusivamente para a demanda espontânea, o que requer que os órgãos centrais do sistema de saúde adotem novas metodologias. Em vez de conceber e administrar os programas verticais que nunca chegam eficientemente à ponta do serviço do modo em que foram idealizados, deveriam elaborar normas técnicas para grupos populacionais e agravos prioritários e descentralizar os níveis intermediários e locais do sistema de saúde, dando a eles autonomia relativa para realizarem o planejamento e o desenvolvimento de programas e/ou projetos, de acordo com a situação de saúde da população adscrita (PAIM, 1999).

Nesse sentido, Castro (2001) explica que, a partir da implantação da ESF, tentou-se romper com o modelo de atenção à saúde baseado na visão biológica e mecanicista e na atenção individual, tendo em vista, que o modelo biologista incorpora o processo saúde/doença como um fenômeno de caráter individual e não social, cuja responsabilidade e solução competem apenas ao indivíduo, e não à sociedade e ao Estado.

O novo modelo de saúde propõe a reorientação da assistência, redefinindo e reduzindo a demanda espontânea, mantendo na unidade de saúde relações funcionais e programáticas para a assistência individual e coletiva (PAIM, 1999).

Contudo, para avançar em transformações, o Programa de Saúde da família precisa, segundo PAIM (2001), aproveitar as oportunidades e contradições para refletir no plano estrutural de mudanças das instituições de ensino, promovendo alterações nos processos, nas relações e nos conteúdos de educação. Além disso, deve, a todo momento, mostrar que na realidade a maior parte dos recursos financeiros e assistenciais continua sendo destinada à assistência hospitalar e aos

procedimentos de alta e média complexidade, apesar do discurso da prioridade da atenção básica de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a organização dos sistemas de saúde é regida por princípios como a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços, buscando a qualidade da atenção básica que visa a promoção da saúde, a prevenção de agravos individuais e/ou coletivos, bem como a reabilitação e manutenção do bem-estar físico, mental e social.

A Saúde da Família é uma estratégia governamental implantada pelo Ministério da Saúde com o intuito de organizar a atenção básica, promovendo a reorientação das práticas e das ações de saúde de maneira integral e contínua, valorizando os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, a universalidade, integralidade e participação da comunidade.

A partir dos estudos realizados por meio do relatório PMA4 do SIAB no município de Ouro Preto/MG, foi possível compreender que as atividades de maior ênfase nas ESFs são aquelas voltadas para o atendimento individual/curativo (consultas médicas, de enfermagem e de profissionais de nível superior individuais), em detrimento dos atendimentos que visam à prevenção e promoção da saúde da população no município. Isso mostra que o modelo de saúde no município ainda está centrado na doença, na demanda espontânea e não na prevenção e na demanda organizada e programada como propõe o novo modelo de saúde.

Porém, é importante ressaltar que o SIAB, apesar de importante ferramenta para coleta e análise de dados, apresenta algumas limitações e necessidade de aprimoramento para que os dados possam ser confiáveis e a avaliação e o planejamento das atividades sejam condizentes com a realidade local.

Há necessidade do Ministério da Saúde melhorar o Manual do SIAB com explicações mais detalhadas sobre o preenchimento das fichas e a operacionalização do *software*. É preciso também melhorar as falhas na identificação de indivíduos e no número de doenças codificáveis, o que pode distorcer o retrato que ele fornece da população adscrita (SILVA; LAPREGA, 2005).

Verificou-se que os profissionais de saúde do município de Ouro Preto/MG recebam treinamento para o preenchimento das fichas e relatórios do SIAB, a fim de padronizar e diminuir falhas. É preciso ainda melhorar a supervisão e o controle da qualidade dos dados produzidos pelas ESFs, uma vez que, sem a devida supervisão e controle na qualidade, podem comprometer a soberania e a confiabilidade desses dados. Recomenda-se também que se estimule a participação da comunidade na geração e no uso das informações dos relatórios para tomada de decisão e planejamento de atividades que melhorem a saúde e a qualidade de vida da população. É necessário também a melhoria no sistema de informação e retorno das informações do SIAB para as ESFs, para o planejamento e avaliação de suas ações.

7 REFERÊNCIAS

- BITTAR, T. O. *et al.* **O sistema de Informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde.** RFO, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação – SIAB. Brasília: DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação em saúde e a vigilância epidemiológica. In: **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília: FUNASA; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília: DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília; 2001. 126p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: DF, 1998.
- CANESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F. **Saúde da família:** modelos internacionais e a estratégia brasileira. São Paulo: Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa, 2002.
- CASTRO, C. G. J. **Modelo e atenção:** gestão em serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: EDUSP, 2001.
- DATASUS. **Sistemas e aplicativos:** TABNET. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B373C8D477E4F373G17HIJd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=477> Acesso em: 24 jun. 2010.
- ESCOREL, S. *et al.* O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública,** Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, feb./mar. 2007.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Revista Latino-americana de enfermagem,** v. 13, n. 4. São Paulo: 2005.
- FURTADO, C. H. O., SANTANA, C. **A imagem na saúde:** uma visão setorial nos desenhos de profissionais que militam na saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 55 - 137. [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 6]

IBGE. **Contagem da população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.htm>> Acesso em: 02 fev. 2010.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed., Rio de Janeiro; MEDSI, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface – Comunicação, Saúde, educação**. V. 9, pag.143, 2001.

PINTO, I. C. Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto/SP. (Tese de Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2000.

PROIETTI, F. A. (coord). Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/OMS, 2003.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2010.

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

SIAB. Sistema de Informação em Saúde. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01> Acesso em: 24 jun. 2010.

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. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, 6. São Paulo: nov./dez, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

ANEXO 1: RELATÓRIO PMA4 DO SIAB

ANEXO 2: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA