

O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde

Primary Care Information System as a tool of the management in health

Telmo Oliveira Bittar*

Marcelo de Castro Meneghim**

Fábio Luiz Mialhe**

Antônio Carlos Pereira**

Denise Helena Fornazari***

Resumo

O objetivo do presente artigo é analisar o papel do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) como ferramenta utilizada para coletar informações para o diagnóstico local em saúde e o planejamento das ações de saúde no âmbito da Unidade Básica de Saúde, analisando sua capacidade de assinalar diferentes estados de saúde nas populações assistidas dentro de uma mesma comunidade, em determinada área de trabalho geograficamente definida pelos programas Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde. Sabe-se que, quanto maior a gama de informações disponíveis por uma ferramenta, mais fáceis, completos e seguros se tornam o planejamento e a elaboração de estratégias para a educação e a promoção da saúde, visando diminuir as iniquidades. Assim, este artigo questiona a necessidade de mudanças da ferramenta Siab e seu aprimoramento para criação de banco de dados para o melhor planejamento territorializado.

Palavras-chave: Sistemas de informação. Equidade em saúde. Educação em saúde. Promoção em saúde. Qualidade de vida.

Introdução

Muitas pesquisas têm sido feitas sobre a evolução e a metodologia das tecnologias em saúde, em especial a evolução dos sistemas de informação e suas questões operacionais. A evolução da ciência ligada às práticas médicas proporcionou maior agilidade, eficácia e eficiência ao processo de tomada de decisões, ao processo terapêutico e uma melhora sensível nos níveis de atenção às populações carentes quando se fala da área da saúde pública¹.

Estudos científicos apontam que as desigualdades sociais são acompanhadas de desigualdades em saúde, uma vez que a existência de diferentes níveis socioeconômicos dentro de uma mesma comunidade resulta em diferentes índices de saúde e de qualidade de vida². Partindo desse princípio, sanitaristas e estudiosos brasileiros voltaram a atenção para a análise situacional descentralizada, objetivando um novo modelo paradigmático de atenção à saúde em território definido, buscando analisar localmente os problemas existentes dentro de uma mesma sociedade de classes³.

Com a redemocratização do país e a promulgação da Constituição de 1988, tornou-se lei a prestação de serviços de saúde pelo Estado com equidade, universalidade e integralidade na atenção à saúde, direitos estes consolidados pela Lei Orgânica da Saúde 8.080 em todo o território nacional. Somando-se a esta lei, citam-se as mudanças nos paradigmas internacionais da saúde pública, expostas em

* Aluno do curso de mestrado em Saúde Coletiva pela FOP/Unicamp.

** Professores doutores do Departamento de Odontologia Social da FOP/Unicamp.

*** Aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

diversas conferências de promoção da saúde realizadas em países como Rússia, Canadá, Austrália, Suécia, Indonésia e México, criando um campo propício para a fomentação de programas da atenção básica à saúde, descritos na literatura mundial pela primeira vez na declaração de Alma-Ata.

É dentro dessa nova concepção, visando à consolidação desse novo paradigma de promoção e educação em saúde, que nasceram no Brasil dois programas voltados para a atenção básica em saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs, 1991) e o Programa Saúde da Família (PSF, 1994), ambos utilizando a Unidade Básica de Saúde (UBS) como locus de atuação. Esses programas têm como objetivo levar mais equidade em saúde às regiões assistidas, minimizando a desigualdade em saúde, trabalhando políticas de educação e promoção da saúde em níveis locais. Dentro deste arranjo, criou-se uma ferramenta para coletar dados locais para o planejamento dessas ações na UBS: o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

O presente trabalho tem por intuito analisar o papel do Siab como ferramenta da UBS para produção de dados utilizados no planejamento e direcionamento das ações em saúde nos programas PSF e Pacs com vistas à promoção e educação em saúde, objetivando analisar a necessidade de reestruturação de sua gama de informações.

Revisão da literatura

O Siab foi criado em 1998 como instrumento gerencial dos sistemas locais em saúde. Caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica, a situação de adoecimento e morte da população adscrita, avaliar os serviços e ações de saúde e contribuir para o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas, ou seja, possui características de função de vigilância epidemiológica em saúde⁴.

O Siab é uma ferramenta de planejamento e orientação para a gestão das equipes de saúde da família no PSF e de agentes comunitários de saúde (ACS) no Pacs, pois possui um elenco de indicadores que permitem a caracterização da situação socio sanitária, do perfil epidemiológico, a atenção aos grupos de risco e o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas localmente. Apresenta indicadores sociais que só estariam disponíveis em anos censitários, permitindo o monitoramento das condições sociodemográficas das áreas cobertas pelo programa, além de possibilitar a microlocalização de problemas e do desenvolvimento das desigualdades sociais e de saúde nos espaços das cidades, permitindo que a gestão em saúde local seja a mais equânime possível⁴.

Trata-se de um sistema de informação territorializado, cujos dados são coletados pelos ACS e consolidados por profissionais da equipe saúde da família (ESF). As informações são coletadas em âm-

bito domiciliar nas áreas cobertas pelo PSF e Pacs, e o fato de a coleta de dados se referir a populações bem delimitadas geograficamente possibilita a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência dos programas, as quais podem ser agregadas em diversos níveis: a micro-área do agente comunitário de saúde, que corresponde a um território onde residem de 100 a 150 famílias; a área da ESF respectiva à família, cuja população é de cerca de mil famílias; um ou vários segmentos territoriais de um município; um estado; uma região e, até mesmo, um país⁴.

Os principais instrumentos de coleta do Siab são:

- ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados socio sanitários, preenchidos pelo ACS no momento do cadastramento das famílias, sendo atualizada permanentemente;
- fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos ACS no momento de realização das visitas domiciliares;
- fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde.

Os dados gerados por meio das fichas de coleta são, em grande parte, agregados e alguns deles consolidados antes de serem lançados no programa informatizado. Após o processamento dos dados, são produzidos os relatórios de indicadores do Siab:⁴

- *cadastro familiar*: apresenta os indicadores demográficos e socio sanitários por micro-área, área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região;
- *relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias*: consolida mensalmente as informações sobre situação de saúde das famílias acompanhadas por área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região;
- *relatório de produção e marcadores para avaliação*: consolida mensalmente as informações sobre produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras por área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região.

A agregação dos dados confere grande agilidade ao sistema, gerando uma informação oportuna no processo de decisão em saúde. Aliada a essa característica, o grande nível de desagregação favorece sua utilização como instrumento de planejamento e gestão local. Quanto aos seus limites, estão relacionados, sobretudo, à realização de análises que requerem a individualização de dados e às restrições relacionadas ao fato de só abrangerem unidades básicas de saúde onde atuam equipes de saúde da família.

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá, ficou mundialmen-

te conhecida pela “Carta de Ottawa”, que definiu a visão e o conceito de promoção de saúde. Por esta carta, a saúde passou a ser conceituada não como o objetivo da existência humana, mas como fonte de riqueza da vida cotidiana⁵.

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorarem sua situação sanitária e exercerem maior controle sobre sua saúde. São considerados condições e requisitos para a saúde a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade. As estratégias para promover a saúde incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde (educação profissional em saúde) e o desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais (educação popular em saúde), de forma a promover possibilidades de escolhas e oportunidades para perseguir a saúde e o desenvolvimento⁵.

Acredita-se que intervenções nas áreas educacionais, nos hábitos, costumes, nutrição e estilo de vida são mais eficazes para coibir desigualdades em saúde, quando comparadas às intervenções diretas no próprio setor saúde, em virtude do impacto desses determinantes sociais⁶.

Programas e campanhas voltados para uma vida saudável, que encorajam a adoção de atividades físicas, alimentação saudável, comportamento preventivo diante de doenças crônicas e seus determinantes, representam importantes campos de intervenções para a promoção da saúde⁷. Baseado nesse pressuposto, a educação em saúde torna-se a ferramenta apropriada para a promoção da saúde, na medida em que hábitos adequados podem ser ensinados àqueles que não têm acesso às informações sobre saúde⁷.

Estudos comprovam que o nível de escolaridade de uma população e a sua cultura têm um impacto decisivo na saúde. As atividades culturais como ler e ouvir música influenciam positivamente na sobrevivência; a expressão verbal por meio da escrita e da fala melhora a saúde física, a função imunológica e está associada a um menor número de visitas ao médico. As alterações no estado de saúde diminuem à medida que a escolaridade aumenta, pois as pessoas com um nível educacional mais elevado são as que têm comportamento mais saudável⁶.

Para que as atividades de educação em saúde, vigilância epidemiológica e promoção da saúde possam ocorrer nas UBS, deve-se lançar mão de um conjunto articulado de técnicas ligadas à medicina, à epidemiologia, à educação em saúde e ao controle ambiental⁸.

No tocante ao uso de conhecimentos para formulação de estratégias em educação e promoção da saúde, Souza e Contandriopoulos⁹ (2004) acreditam que a complexidade dos sistemas de saúde implica que a sua gestão exija um domínio de disciplinas distintas, como a biologia, a estatística, a epidemio-

logia, a economia e a clínica. Contudo, os formuladores de conhecimento em saúde, em geral, não dominam esse conjunto de conhecimentos nas áreas citadas, além de não disporem de conhecimentos relativos a estas disciplinas para proceder ao planejamento correto em saúde.

Assim, podem-se apontar algumas falhas existentes no processo de planejamento em saúde: a falta de dados específicos, visão precária em relação à multissetorialidade e a ausência de uma visão interdisciplinar no processo saúde-doença, aliada à má interpretação dos dados colhidos pelos relatórios consolidados e pelas pesquisas científicas.

Discussão

Ao Siab cabe oferecer os dados da análise situacional para que o planejamento seja realizado de acordo com as necessidades de cada comunidade de maneira específica, descentralizada e territorializada, visando à produção de qualidade de vida em sua área geograficamente restrita. O Siab torna-se, portanto, a ferramenta padrão de coleta de informações da população adscrita à UBS, um requisito básico para a adequada organização das ações do PSF e Pacs, os quais possuem como princípios gerais o enfoque na participação comunitária e no controle social, promovendo ações de educação e promoção da saúde¹⁰.

A UBS apresenta-se como o centro administrativo que visa controlar e gerir as ações locais, o acesso e a satisfação dos usuários locais, o controle de doenças na população adscrita, a vigilância epidemiológica local, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o controle de meio ambiente. O objeto da intervenção passa a ser a família, não mais o indivíduo, como a pré-condição de orientar e adequar a organização do trabalho com o intuito de uma discriminação positiva de indivíduos e grupos potencialmente mais expostos aos agravos à saúde e com maior dificuldade de acesso aos serviços, seja no âmbito familiar, seja no individual⁸.

Nesse sentido, Sala et al.⁸ (2004) sugerem a adição de dados complementares ao Siab a fim de aumentar a gama de informações utilizadas no planejamento e na análise situacional (Quadro 1). Os seis indicadores propostos são tempo de moradia da família no bairro, número de pessoas por cômodo utilizado para dormir, renda familiar *per capita*, percentagem de crianças com idade menor que 12 anos, escolaridade entre 20 e 29 anos e percentagem de famílias com cobertura de convênio de saúde.

Com essas modificações, os autores buscam identificar subáreas da população expostas a piores condições de vida, locais onde a iniquidade sociocultural e econômica expõe mais intensamente os indivíduos a agravos de saúde, seja na comunidade, seja na família. Desse modo, poderão ser dadas respostas apropriadas para a diversidade de vida dentro de uma mesma área geograficamente restrita.

Quadro 1 - Dados provenientes do estudo de Sala et al.⁸ (2004) para modificação do Siab

Critérios adotados pelos autores	Critérios de avaliação
Tempo de moradia da família no bairro	O maior tempo de moradia no bairro é considerado indicador mais favorável
Número de pessoas por cômodo utilizado para dormir	Menor número de pessoas por quarto é considerado indicador mais favorável
Renda familiar <i>per capita</i> em salário mínimo	A maior renda familiar é considerada indicador mais favorável
Percentagem de crianças com idade maior de 12 anos	A menor percentagem de crianças é considerada indicador mais favorável
Escolaridade em anos de estudo entre 20 e 29 anos de idade	A maior escolaridade é considerada indicador mais favorável
Percentagem de famílias com cobertura de convênio de saúde	Maior cobertura de convênio é considerada indicador mais favorável

Giraldes⁶ (2001) identificou desigualdades sociais com impacto no setor saúde em países da União Europeia lançando mão do coeficiente de Gini, índice comumente utilizado para calcular a desigualdade na distribuição de renda entre habitantes de diferentes países (Quadro 2), pela avaliação dos indicadores educação e atividades culturais, estilo de

vida, nutrição, desemprego, utilização de serviços de saúde e despesas em saúde. A autora também afirma que a busca pela equidade em saúde implica a atenção fora do centro de saúde, com visitas domiciliares, promoção da saúde, educação para a saúde e intervenção direta na comunidade por meio do controle social, princípios estes compartilhados pela filosofia do PSF.

Quadro 2 - Dados adotados por Giraldes⁶ (2001) para avaliação de desigualdades sociais com impacto no setor saúde

Critérios adotados pela autora	Critérios de avaliação
Educação e atividade cultural	Considera população com ensino secundário elevado e despesas, em dólares, com atividades culturais
Estilo de vida	Considera o consumo de tabaco e álcool
Nutrição	Considera o consumo de açúcar, manteiga, gorduras e óleos de origem animal
Desemprego	Considera o número de desempregados
Utilização dos serviços de saúde	Considera as consultas médicas em ambulatório, número de dias de internação, consumo de embalagens de medicamentos
Despesas em saúde	Considera as despesas públicas em internação, despesas públicas em ambulatórios, totalidade das despesas em medicamentos, despesa total em saúde

Baseando-se nos exemplos citados, questiona-se a suficiência dos dados sociodemográficos disponíveis pela UBS presentes no Siab¹¹ (Quadro 3), uma vez que o trabalho da ESF com as famílias dentro da comunidade predispõe a ações que visam combater os determinantes sociais do processo saúde-doença, ter controle social e construir hábitos saudáveis. Assim, além do conhecimento da situação de saúde, sociocultural e econômica local, necessita-se de dados subjetivos, ausentes no Siab, tais como estilo

de vida, ausência ou presença de hábitos nocivos, além do modo de pensar e agir de cada grupo familiar em relação ao processo saúde-doença a fim de readequar as técnicas psicopedagógicas utilizadas na construção do saber coletivo. A educação para a saúde é a mola promotora do processo de promoção da saúde e deve ser realizada de modo descentralizado, de acordo com a percepção, necessidade e sensibilidade de cada unidade familiar.

Quadro 3 - Dados provenientes da ficha A do Siab abordando os critérios socioeconômicos

Critérios da ficha A do Siab	Dados avaliados pela equipe
Abastecimento de água no domicílio	Considera rede de serviço público, poço, nascente, outros
Tipo de tratamento da água no domicílio	Filtração, fervura, cloração, sem tratamento
Destino de fezes e urina	Esgoto, fossa, céu aberto
Número de pessoas na casa de acordo com a idade	Considera pessoas com mais de 15 anos de idade na casa, e pessoas de 0 a 14 anos
Destino do lixo	Coletado, queimado, enterrado ou céu aberto
Tipo de construção	Tijolo, taipa, madeira, outros; presença de energia elétrica

Portanto, dados significativos mencionados nesta discussão não estão incluídos no Siab, em especial aqueles referentes ao comportamento de risco, desemprego, nutrição, presença de planos de saúde suplementar, déficit habitacional, renda média familiar e outros ora aqui não citados, que influenciam na dinâmica da UBS.

No tocante à “ficha D” do Siab, referente ao registro de atividades, procedimentos e notificações, não há dados disponíveis sobre a saúde bucal da população adscrita que possam ser usados para o planejamento de ações em saúde no âmbito da UBS, ou mesmo para monitoramento da situação local de saúde; apenas constam os dados de óbitos, hospitalizações, visitas domiciliares dos ACS, informações sobre diarreia e infecções respiratórias agudas.

Assim, são apresentados neste trabalho modelos para uma nova proposta, com o intuito de reformular o leque de opções disponível nesta ferramenta, considerada simples e de fácil manuseio, com os dados sugeridos pelos trabalhos citados. Desse modo, confere-se mais precisão ao diagnóstico da situação de saúde local da comunidade a ser trabalhada, buscando otimizá-la segundo os novos conceitos de promoção e educação em saúde, por meio da fomentação de políticas públicas saudáveis, respeitando o processo de transição epidemiológica. Portanto, dados ainda não indexados ao Siab devem ter sua importância reavaliada pelo sistema, uma vez que são de fundamental importância para a programação e planejamento de ações educativas, de promoção da saúde e de políticas de inclusão social.

Questiona-se também a ausência de dados referentes às ações de saúde bucal, uma vez que ainda não fazem parte do escopo de informações do Siab, visto que a “ficha D” não possui índices de saúde bucal para criação e fomentação de políticas públicas de saúde na população adscrita.

Outro ponto de fundamental importância para a classe odontológica é o fato de que a equipe de saúde bucal ainda não se encontra legitimada efetivamente dentro do PSF, mas em caráter facultativo, o que dificulta a busca pela melhoria da qualidade de vida da comunidade local. Assim, é de fundamental importância que a presença destes profissionais da odontologia na UBS seja definitivamente legitimada e, conseqüentemente, crie-se um banco de dados local que auxilie no exercício de sua prática.

Considerações finais

Conclui-se, portanto, que há possibilidades de readequar a ferramenta atual de coleta de dados, o Siab, para que sua utilidade seja ampliada, vindo a agilizar as tomadas de decisão referentes aos processos de promoção e educação em saúde, bem como nos cuidados dispensados na atenção regionalizada. Assim, busca-se assessorar com este trabalho os tomadores de decisões na formulação de políticas públicas saudáveis, de modo que cumpram as metas propostas dentro de um planejamento viável, de acordo com a necessidade de intervenção de cada comunidade, respeitando suas peculiaridades culturais, socioeconômicas, crenças, hábitos e costumes.

Abstract

This objective of this paper is to analyze the Primary Care Information System (SIAB) as a tool of the management in health and its effectiveness on gathering information regarding the local community health status and its capability on diagnosing inequalities in health on the basic care assistance. By doing this, it is proposed to analyze the effectiveness of this tool for planning health actions in BCC – Basic Care Center – inside the well-defined work area of the F.H.P (Family Health Program) and the A.C.H.P (Agent Community Health Program). It is known that the greater the range of information available by a tool the easier, complete and safe the planning and elaboration become for education and health promotion, aiming to reduce the inequalities. Thus, this paper claims for the need of changing the tool SIAB and its improvement for the creation of a database for the best health services planning in a well-defined area.

Key words: Information systems. Equity in health. Health education. Health promotion. Quality of life.

Referências

1. Silva LK. Avaliação tecnológica em saúde: questões metodológicas e operacionais. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(2):199-207.
2. Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(3):431-42.
3. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. *Rev Saúde Públ* 2001; 35(3):303-11.
4. Brasil 2003. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Atenção Básica. Indicadores 2002. 5. ed. Brasília; 2002.
5. Finkelman J. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
6. Giraldes MR Equidade em áreas sócio-econômicas com impacto na saúde em países da União Européia. *Cad Saúde Públ* 2001; 17(3):533-44.
7. Pedrosa JIS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciênc Saúde Colet* 2004; 9(3):617-26.
8. Sala A, Simões O, Luppi C, Mazziere M. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condição de vida e saúde. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(6):1556-64.
9. Souza LEPP, Contandriopoulos AP. O uso de pesquisa na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad Saúde Públ* 2004; 20(2):546-54.
10. Freitas FP, Pinto IC. A percepção da equipe saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13(4):547-54.
11. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ* 2005; 21(6):1821-8.

Endereço para correspondência

Telmo Oliveira Bittar
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
FOP/Unicamp
Departamento de Odontologia Social, CP 52
Av. Limeira, 901
13414-903 Piracicaba - SP
Fone: (19) 8162-0836
E-mail: telmobittar@fop.unicamp.br

Recebido: 25/02/2008 Aceito: 10/06/2008