



ARTIGO DE PESQUISA

INDICADORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INDICATORS OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

INDICADORES DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ana Christina Ferreira Magalhães¹, Amanda Lúcia Ferreira¹, Larissa Pedrosa Corrêa¹, Marcela da Costa Rodrigues¹, Selma Maria da Fonseca Viegas²

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo de casos múltiplos que objetivou conhecer a compreensão dos profissionais de equipes Saúde da Família e das equipes de apoio sobre o uso de indicadores de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. No município, atualmente, são trabalhados 26 indicadores, que foram apresentados e discutidos nas Oficinas de Qualificação da APS, promovidas, em 2010, pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Constatou-se que conhecer a real situação de saúde de uma população torna-se imprescindível para o planejamento e implementação de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde. A partir da avaliação dos resultados dos indicadores, é possível o estabelecimento de metas, a comparação de padrões internos do serviço e externos à Instituição e o controle do desempenho das ações realizadas. Analisou-se que mensurar o nível de saúde e a qualidade de vida da população representa uma dificuldade para os profissionais da área. A maioria dos entrevistados conseguiu expressar uma noção da ferramenta e de sua importância para o serviço, entretanto, nem todos declaram a aplicabilidade dos mesmos. **Descritores:** Indicadores básicos de saúde; Programa saúde da família; Atenção primária à saúde; Qualidade de vida.

ABSTRACT

This is a multiple case qualitative study which aimed to identify the understanding of the professional staff of Family Health and support staff about using health indicators in Primary Health Care (PHC) in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Nowadays, there are 26 indicators in the borough which were presented and discussed in PHC Qualification workshops, promoted in 2010 by Municipal Town Hall of Belo Horizonte and the Health Public School of Minas Gerais. It was found that knowing about the real health situation of the population becomes essential to plan and implement the actions focused on the improving of health conditions. From the evaluation of the results of indicators it is possible to establish goals, to compare patterns of internal and external Service to the Institution and to control the performance of the actions. It was concluded that to measure the health level and the quality of the population's life is very difficult for the health professionals. The majority of the interviewees managed to express the sense of the tool and its importance to the Service. However, not all of them declare their applicability. **Descriptors:** Health status indicators; Family health program; Primary health care; Quality of life.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo de casos múltiples que tuvo como objetivo conocer la comprensión del personal profesional de la salud de la familia y personal de apoyo sobre el uso de indicadores de salud de Atención Primaria de Salud (APS), en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. En la ciudad, hoy en día son trabajados 26 indicadores que fueron presentados y discutidos en talleres de Capacitación de la APS, promovidos en 2010 por la Municipalidad de Belo Horizonte y la Escuela de Salud Pública de Minas Gerais. Se encontró que el conocimiento del estado real de salud de una población es imprescindible para la planificación y ejecución de acciones destinadas a mejorar las condiciones de salud. De la evaluación de los resultados de los indicadores, es posible establecer metas, comparar los patrones de servicio interno y externo a la institución y controlar la ejecución de las medidas adoptadas. Se analizó que medir el nivel de salud y calidad de vida representa una dificultad para los profesionales. La mayoría de los encuestados son capaces de expresar un sentido de herramienta y su importancia para el Servicio. Sin embargo, no todos ellos declaran su aplicabilidad. **Descritores:** Indicadores de salud; Programa de salud familiar; Atención primaria de salud; Calidad de vida.

¹Graduanda de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica Minas Gerais. ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunto III da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Email: selmamfv@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por profundas mudanças no perfil epidemiológico, demográfico e nutricional da sua população e, dentre essas transformações, destaca-se o quadro de morbimortalidade. Entretanto, essas alterações vêm ocorrendo de forma desigual devido às diferenças socioeconômicas do País, mostrando, por exemplo, desigualdades no acesso aos serviços de saúde⁽¹⁾.

Com o controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidades da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros⁽²⁾.

Para avaliar as condições de saúde da população brasileira, foram formulados os indicadores de saúde, correspondendo a uma ferramenta que quantifica e avalia a situação sanitária de determinado local. Para se pensar em indicadores de saúde, é necessário conhecer primeiro a dinâmica demográfica, o perfil epidemiológico e os determinantes sociais da população a ser avaliada. Através desses dados, é possível a identificação dos principais problemas e agravos que acometem as famílias brasileiras e que são prioridades nas ações de controle em âmbito nacional⁽¹⁾.

Indicadores de saúde representam uma ferramenta de avaliação que busca medir o estado de saúde da população para garantir o papel efetivo do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) e demais níveis de atenção. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), os indicadores proporcionam o estabelecimento de políticas públicas que fiquem mais bem adequadas às reais necessidades de saúde da população. Os

indicadores têm como objetivos refletir sobre a situação da assistência prestada na APS e qualificar o serviço de saúde⁽²⁾.

Trabalhar com indicadores de saúde garante ao usuário informações sobre saúde, assegurando a todos o direito e acesso às informações de qualquer espécie, reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 5º do capítulo I, inciso XIV⁽³⁾. De acordo com o Código de Defesa do Consumidor (1990), é obrigatório ao fornecedor transmitir toda informação, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos⁽⁴⁾. Nesse caso, é clara a identificação de que o usuário assume o papel de consumidor e o Sistema Único de Saúde (SUS), conseqüentemente, o de fornecedor de serviços de saúde e, como tal, tem a obrigação de garantir todo tipo de informações sobre este.

Os indicadores são ferramentas usadas para fornecer informações precisas dos serviços prestados pelo SUS; foram implantados nos serviços de saúde e, dessa forma, sentiu-se a necessidade de compreender seu uso para pré-visualizar os desafios a serem enfrentados no cotidiano da Saúde. Além da implantação dessa ferramenta, é necessário um processo de aceitação, adaptação e avaliação dos profissionais em prol da qualificação dos indicadores adotados e do serviço, visando à qualidade do atendimento e à satisfação do usuário.

A equipe é essencial na aplicabilidade dos indicadores de saúde; ela precisa conhecer suas fontes, os instrumentos e formas de registro, ter domínio da elaboração e aplicabilidade para vencer os desafios que são impostos à saúde pública no Brasil.

Diante disso, percebeu-se que, para

haver real efetividade no processo, é necessário que os profissionais tenham conhecimento sobre os indicadores de saúde a serem trabalhados no território adscrito. Portanto, apresentamos como questão norteadora: “Qual a compreensão dos profissionais da equipe de Saúde da Família sobre o uso de indicadores de saúde na APS?”

A pesquisa teve como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de apoio sobre o uso de indicadores de saúde na APS.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa delineada pela estratégia de estudo de casos múltiplos holísticos qualitativo. Por estabelecer mais de uma realidade como campo de pesquisa, pode fornecer base para uma convergência dos dados, a replicação literal, com possível generalização científica. Assim, as constatações dela decorrentes permitem inferência e comparações com situações similares⁽⁵⁾.

Foi realizado um estudo de caso individual em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em Belo Horizonte - MG, constituindo-se um estudo de casos múltiplos, com unidade única de análise. Cada caso em particular consistiu em um estudo “completo”, no qual se procuraram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso⁽⁵⁾.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS 196/96⁽⁶⁾. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, de acordo com o parecer nº CAAE 0152.0.213.000-11, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de

Saúde de Belo Horizonte, parecer nº 0015.0.410.213-11A. O acesso ao campo de pesquisa foi obtido por meio de autorização dos gerentes das UBS para conduzir o estudo, além do consentimento livre e informado dos participantes. O anonimato dos sujeitos foi garantido pela adoção de nomes das cores, à escolha dos participantes. Para manter o sigilo em relação às UBS inseridas no estudo, foram adotados os pseudônimos Beta e Gama.

Os cenários selecionados eram conhecidos pelas pesquisadoras, o que facilitou o contato com os profissionais dos Serviços. Os campos de pesquisa localizam-se em duas regionais distintas, Nordeste e Noroeste. Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e das equipes de apoio.

Como critério de inclusão, o profissional deveria ter participado das oficinas de qualificação realizadas pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) no ano de 2010 e foi estabelecida a participação de pelo menos um profissional de cada categoria das equipes selecionadas. A participação foi voluntária e o número de sujeitos da pesquisa não foi quantificado previamente. As entrevistas foram realizadas até a saturação dos dados. Utilizando-se dessa estratégia, foram realizadas 36 entrevistas individuais abertas, gravadas, com permissão prévia, para garantir a confiabilidade das informações, e foram transcritas na íntegra.

Para análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática⁽⁷⁾, segundo as fases: a) a transcrição das 36 entrevistas que constituem “o *corpus* da pesquisa, que foi submetido aos procedimentos analíticos”^(7:122); b) a leitura flutuante e globalizada dos dados; c) a exploração do material por meio da codificação, efetuada por “recorte do texto em suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação

do significado das partes em relação com o todo, permitindo atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão”^(7:129). Em seguida, pela categorização - que é uma operação de classificação de categorias, as quais reúnem um grupo de unidades de registro sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão das características comuns destes elementos⁽⁷⁾. Neste estudo, o critério de categorização foi o semântico, ou seja, a significação; d) o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação foram processados conforme o objetivo previsto e a discussão com a literatura existente. Após uma interpretação descritiva dos casos individuais, foram identificadas as linhas convergentes ou contrárias, ou seja, resultados similares ou contraditórios e, a partir dessas evidências, procedeu-se à análise dos casos múltiplos ou “comparativos”⁽⁵⁾, para considerações finais pertinentes, como “conclusão” do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conhecimento sobre a real situação de saúde de uma população torna-se imprescindível para o planejamento e a implementação de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde. Mediante essa necessidade, surgem os indicadores de saúde, que possibilitam quantificar e tornar compreensíveis os fenômenos ocorridos em vários níveis da sociedade⁽⁸⁾.

Diante da vivência no cotidiano dos serviços e os fenômenos ocorridos no dia-a-dia da população assistida, os informantes relatam suas noções sobre os indicadores de saúde: *“São números ou índices que vão ajudar pra planejar, organizar ações de saúde. De acordo com esses índices, você pode inferir como que ‘tá’ a saúde da população”* (Púrpura). *“Ele avalia a qualidade de vida daquela população e vai dar subsídio pra equipe, pra ela poder atuar. Então no que*

tiver pior é que tem que investir mais” (Azul-Petróleo).

Nesse mesmo sentido, os entrevistados exemplificam que são *“quantos hipertensos você tem numa área, quantos você tem que atender pra você conseguir fazer um programa em cima disso”* (Amarelo). *“Porque, com esses indicadores, esse levantamento que a gente faz, a gente pode entrar em contato com as pessoas da Saúde da Família e atender mais prontamente aquela pessoa necessitada”* (Marrom).

A equipe responder às necessidades das pessoas e da família implica conhecer proximamente as condições de vida e saúde das mesmas e que estas estejam vinculadas ao processo de trabalho dos profissionais.

Para que o planejamento aconteça concomitante ao vínculo usuário-equipe, foi lançando, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) para colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Esse incentivo produziu mudanças nos modos de gerir e cuidar e, a partir desse elo, é possível trabalhar de forma compartilhada os planos de ação para promover e disseminar saúde⁽⁹⁾. Dessa forma, podemos visualizar a importância do vínculo profissional/usuário e o conhecimento ativo da população para a construção de estratégias específicas e gerais para o desenvolvimento de ações na área de responsabilidade territorial da equipe.

Visando preparar os profissionais para trabalhar com indicadores de saúde, a PBH utilizou como método de ensino as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde para ampliar o uso dessa ferramenta na assistência da ESF.

A ESF foi desenvolvida para integralizar as ações em saúde, passando por desafios e transformando a prestação de assistência em um modelo que valorize as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção

integral às pessoas. As ações diárias vão dos procedimentos básicos em saúde e tratamento à prevenção de agravos e promoção da saúde, que devem estar comprometidas em atender à totalidade do sujeito, com o propósito de colocar em prática um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade e, por meio deste, buscar ações voltadas para a qualidade de vida das pessoas⁽¹⁰⁾. Inseridos na rotina da APS, esses profissionais da saúde acreditam que: *“A Saúde da Família veio meio que pra modificar, melhorar o que vinha sendo feito até o momento nos serviços de saúde, que é a assistência centrada na doença” (Turquesa).*

No entanto, outro ponto de vista é explicitado: *“A Saúde da Família, acho que ainda ‘tá’ muito deficiente, porque o nosso trabalho teria que ser de prevenção e eu acho que ainda ‘tá’ tratando só as doenças” (Prateado).*

Dando continuidade a essa ideia, a informante afirma que *“é difícilimo nós, profissionais de saúde, termos essa consciência para trabalhar isso, porque a demanda de doença, ela meio que engole a gente no dia a dia. Não é desculpa, mas a gente fica sem tempo pra outro tipo de ação” (Turquesa).*

Assim, “sem mudanças nos pressupostos e paradigmas a nortear o modelo assistencial brasileiro, não se pode esperar resposta satisfatória aos problemas que se apresentam no dia-a-dia da interação da população com os serviços de saúde”^(11:s.p.).

Porém, a entrevistada acredita que *“o grande caminho é o profissional aprender a trabalhar no novo paradigma, sendo que vai coexistir a doença e a saúde o tempo todo dentro do serviço de saúde. Um modelo não vai anular o outro, né, pelo contrário, eles vão coexistir, os dois são necessários, mas a gente precisa dar um salto de qualidade” (Turquesa).*

A Saúde da Família é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a atuação de equipes multiprofissionais. No contexto da APS, a ESF contribui para a quantificação e avaliação das informações relacionadas à situação sanitária de uma população⁽¹²⁾.

Na proposta do modelo assistencial usuário-centrado, as equipes devem atuar de forma interdisciplinar e com ações integrais visando à promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde da comunidade. A consolidação da ESF tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida pelas equipes Saúde da Família⁽¹⁰⁾.

Alguns profissionais de ambos os cenários deste estudo citam que, quando os indicadores de saúde são aplicados na atenção à saúde na ESF, ajudam na orientação ao usuário, prevenção e tratamento de doenças, avaliação da morbimortalidade, promovendo um acompanhamento direcionado à área de abrangência, que permite uma aproximação do usuário com as equipes de saúde, com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população. Esse fato é evidenciado por: *“É avaliada a situação de saúde daquela família, daquela população, doença, mortalidade, morbidade e tudo mais e é comparado com a média. Pra avaliar a saúde ou os indicadores de uma determinada população, de uma comunidade” (Azul-Escuro).* *“Por exemplo, na saúde da mulher, eu posso saber quantas mulheres que fazem preventivo, qual é a porcentagem de câncer de colo de útero, de câncer de mama, pra planejar mesmo” (Púrpura).*

A qualidade de vida consiste em um compromisso pessoal para o alcance de uma vida saudável pautada no bem-estar obtido através das condições de moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho e

autoestima. Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde prevê que “a organização da atenção e do cuidado à saúde deve envolver ações e serviços que operem sobre os determinantes do adoecer e que vão além dos muros das unidades de saúde e do próprio sistema de saúde. O objetivo dessa política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Tem como ações específicas: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável”⁽¹³⁾.

Pela conquista da qualidade de vida, os indivíduos estão aptos para desenvolver suas potencialidades, realizando suas atividades diárias com sucesso e autonomia⁽¹⁴⁾.

Dessa maneira, os indicadores relacionados à qualidade de vida são utilizados tanto na avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde⁽¹⁵⁾. A entrevistada refere a essa avaliação como ferramenta de vigilância: “A gente busca manter uma vigilância com cada grupo específico, para que melhore a saúde e para que evite os agravos” (Laranja).

A Vigilância em Saúde deve operar a partir da localização particularizada de problemas, e subsidiar o planejamento em saúde no nível local. Para tanto, o território constitui-se em elemento-chave, tratando-se

de espaço pleno de vida, de relações, de tensões, de interesses, de necessidades, de carecimentos⁽¹⁶⁾.

Assim, a qualidade de vida das pessoas refere-se a ações de vigilância à saúde, segundo o entrevistado. Portanto, essa vida com qualidade deve ser o foco da atenção e o objetivo para as programações interdisciplinares que buscam melhoria das condições de vida e saúde da população⁽¹⁰⁾. Assim, os indicadores de saúde “avaliam a qualidade de vida da população e vai dar subsídio pra equipe poder atuar. Então, no que tiver pior é que tem que investir mais” (Azul-Petróleo). “A forma que eu, profissional, acho... o caminho menos tortuoso pra trabalhar os indicadores de saúde é a partir de grupos, de trabalho com grupos. A gente tem um grupo de pessoas idosas, assim, que eu acho que nesse a gente consegue trabalhar com indicadores de saúde” (Turquesa).

“As visitas domiciliares, em geral, é pra gente ‘tar’ acompanhando o paciente, até antes ‘dele’ vir pro centro de saúde [...]. O tipo de doença que tem em uma casa, se ela está controlada ou não, o que a gente tem que fazer” (Bordô). Como enfatizam os profissionais, a partir dos indicadores de saúde, é possível fazer um plano para os atendimentos aos usuários, criando objetivos e metas e propondo intervenções para melhoria da situação de saúde da população, por meio de, por exemplo, grupos operativos, visita domiciliar e busca ativa.

O uso de indicadores possibilita aos profissionais monitorar e avaliar os eventos que acometem a população e refletir as condições de risco à saúde advindas de condições ambientais e sociais, tendo por consequência a qualidade da atuação dos profissionais de saúde e dos processos organizacionais que atendem às demandas desses usuários⁽¹⁷⁾. Referem, ainda, que a

aplicação dessa ferramenta deve ser para a *“organização do trabalho, é melhorar a condição de vida dos pacientes, a gente saber a realidade da situação”* (Violeta).

“Definir, quando você tem muitas pessoas dentro de uma microárea, vamos supor que eu tenha trezentas e cinquenta famílias e que dentro dessas famílias tem dois hipertensos e um diabético, então é um indicador [...]. Quando tem um acamado, a gente faz um acompanhamento mais de perto” (Verde). Para acontecer esse acompanhamento das famílias e uso dos indicadores, é fundamental conhecer o território, a organização e a dinâmica da população relacionada às condições econômicas, sociais e culturais e também a relação desta com seus meios, a fim de minimizar os problemas sanitários e agir sobre os fatores que determinam e condicionam a ocorrência de agravos⁽¹⁸⁾.

Porém, o número de pessoas cadastradas na ESF se apresenta elevado para o contingente de profissionais e, assim, o entrevistado questiona: *“a gente trabalha com uma população muito grande, a demanda de doença é muito grande e aí você não dá conta do controle. Como que você vai ampliar isso pra qualidade de vida da pessoa?”* (Turquesa).

Os indicadores devem disponibilizar vigilância das condições de vida revelando informações sobre as dimensões do estado de saúde e o desempenho do sistema. Dessa forma, os indicadores expressam o nexo entre a saúde e o ambiente e facilitam a interpretação de problemas e tomada de decisão efetiva e eficaz⁽²⁾.

Na sua aplicabilidade, os indicadores contribuem na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados ao ambiente, a estilos de vida e à predisposição

individual⁽²⁾. Nesse contexto, destaca-se o meio ambiente, devido à sua condição de proporcionar aos indivíduos danos imensuráveis à saúde de forma a contribuir negativamente com os indicadores, principalmente no que diz respeito ao saneamento básico relacionado a doenças infecciosas e parasitárias.

Desse modo, os indicadores são um instrumento de gestão e avaliação da situação de saúde, para documentar as desigualdades, determinar grupos com maiores necessidades, estratificando o risco epidemiológico e identificando áreas críticas. Constitui, então, matéria-prima para a análise de saúde, promovendo o monitoramento de objetivos e metas e gerando estímulo e capacidade de análise das equipes de saúde⁽²⁾. Assim também foi conceituado pelo informante: *“Eu acho que os indicadores, eles norteiam a nossa atuação. Eles ampliam nosso olhar em relação ao paciente”* (Branco).

Os indicadores também proporcionam ao profissional *“ver onde ‘tá’ mais deficitário, o que você trabalhou mais, ‘aonde’ você precisa atuar mais”* (Vermelho).

Nesse contexto, é complementada a ideia supracitada e, também, exemplificada. *“Indicadores de saúde são ferramentas que a gente tem para poder avaliar o estado de saúde de um determinado grupo de pessoas ou de uma população e que tem critérios que vão avaliar coisas muito pequenas ou vão avaliar coisas maiores”* (Rosa). *“A mortalidade infantil dentro de Belo Horizonte é um indicador de saúde mais macro. Agora, número de diabéticos bem-controlados de acordo com a glicohemoglobina, da equipe de abrangência do centro de saúde, é um indicador bem menor”* (Rosa).

Os indicadores de saúde foram formulados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), através da seleção de um conjunto de indicadores,

agrupados por categorias, que permitem traçar um panorama da situação da região com objetivo de divulgar informações em saúde. Mensurar a situação sanitária da população é prática antiga em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados “de mortalidade e de sobrevivência”⁽²⁾.

Assim, os dados afirmam que *“esses indicadores já existem há muito tempo, antes mesmo da Estratégia Saúde da Família, mas eles não eram repassados. Então, agora que eles estão sendo repassados, na verdade, vai começar a usar agora”* (Violeta).

Em contrapartida, a subinformação dos dados retarda o processo de registro das informações em saúde e retratam uma falsa ideia da realidade, através de falha dos próprios profissionais no momento de quantificar a produção mensal dos atendimentos e ações, como foi evidenciado: *“Muitas vezes a gente não anota o que fez, a gente atende tantas pessoas que, às vezes, não dá tempo de marcar. Então a gente tem o hábito de, às vezes, por excesso de trabalho, não anotar, não marcar e nem indicar, né?”* (Verde-Escuro). *“Muita coisa passa por causa disso: falta de registro. Aí, é o que eu te falei, às vezes, a gente tem no caderno o número e no computador é outro. E sempre o nosso caderno consta mais do que no computador”* (Salmão).

O fato de coletar e armazenar os dados a partir de instrumentos não formais, como os “cadernos” que ficam em posse do profissional, pode gerar um comprometimento no processo de análise das informações por parte da equipe de profissionais, pois os dados estarão centralizados no indivíduo que coletou. Coleta-se porque esta é a rotina de trabalho, não há crítica sobre o que se está coletando e qual poderá ser a aplicabilidade para a saúde da comunidade, da família ou do indivíduo em foco⁽¹⁹⁾.

Na Lei Orgânica de Saúde, o

aperfeiçoamento de informações para a saúde tem destaque por meio do estabelecimento de ação interinstitucional capaz de potencializar os recursos disponíveis e de aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização do sistema nacional de informação em saúde⁽²⁰⁾.

Os indicadores de saúde na implementação da ESF referem-se a um procedimento de avaliação e monitoramento da qualidade da atenção, principalmente do processo de trabalho das equipes na relação com as populações adscritas e, também, da integralidade em saúde, servindo de base para determinação de intervenções pontuais⁽²¹⁾.

Para que isso aconteça de forma completa, é necessário menor adscrição da clientela para alcance da aplicabilidade dos indicadores, sendo que *“pra gente conseguir uma melhor atuação da equipe de Saúde da Família, o número de famílias adscritas a uma equipe, ela tem que ser menor porque a gente não dá conta, não dá. É ilusão você achar que a gente dá conta desse número”* (Vermelho).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, uma equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes⁽²²⁾. Trabalhar com base nessa média é interessante, pois garante a possibilidade de uma assistência integral, humanizada e resolutiva.

Dados de 2005 revelam “número de profissionais de saúde (médico e enfermeiro) por mil habitantes” no Brasil com 1,7 médicos e 0,6 enfermeiros por 1000 habitantes e na região Sudeste essa proporção é de 2,3 médicos e 0,7 enfermeiros por 1000 habitantes. No Brasil, em 2008, as informações são de 1,8 médicos e 0,94 enfermeiros para 1000 habitantes e 2,43 médicos e 1 enfermeiro por 1000 habitantes na região Sudeste⁽²³⁾.

Portanto, é necessário que a cobertura populacional seja coerente com o número de profissionais que a assistem, para que os indicadores de saúde representem um instrumento facilitador em uma visão autocrítica e possam auxiliar a equipe de Saúde da Família a pensar no cotidiano do seu serviço, nas práticas e na relação com a população, possibilitando estímulos para implantação ou implementação de estratégias. É por meio dessa autoavaliação de resultados que se pode estudar a eficácia de determinados programas, ou seja, se os mesmos estão cumprindo, ou não, seus objetivos sobre a população-alvo⁽²¹⁾. Os indicadores de saúde são extremamente importantes, pois ajudam na definição de políticas de financiamento em saúde⁽²⁴⁾.

Inteirados com o assunto, os profissionais visualizam indicadores de saúde como um potencializador do serviço, a fim de basear e programar ações estratégicas no cotidiano da equipe de Saúde da Família, visto que *“indicadores de saúde é uma meta que o gestor, o prefeito, ‘tá’ usando pra ver como está o movimento de serviço no centro de saúde. As áreas, pediatria como que está funcionando, ginecologia e outras mais. Acho que através desses indicadores que ele vai ver se o serviço ‘tá’ fluindo, ou não, no centro de saúde, se o serviço público ‘tá’ atendendo à demanda” (Cinza)*.

A partir da avaliação dos resultados dos indicadores é possível o estabelecimento de metas, a comparação de padrões internos do serviço e externos à instituição e o controle do desempenho das ações realizadas⁽⁸⁾.

Para que haja a análise dos indicadores é necessária a utilização de parâmetros avaliativos, que são estabelecidos com os atores das ações, de forma participativa e pactuada⁽²⁵⁾.

Em Belo Horizonte, a construção dos indicadores utilizou como base a planilha do

Seminário sobre “Indicadores de saúde”, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde em 2002, em que foram elaborados 21 indicadores das mais diversas áreas da saúde⁽²⁵⁾.

Atualmente, esse município trabalha com 26 indicadores de saúde que foram apresentados nas Oficinas de Qualificação da APS, em Belo Horizonte, por meio de uma ficha dos indicadores do perfil epidemiológico e assistencial para o diagnóstico local, distrital e municipal⁽²⁶⁾.

Mensurar o nível de saúde e a qualidade de vida da população representa uma dificuldade para os profissionais da área da saúde. Sendo assim, esses trabalhadores necessitam reconhecer a importância dessa ferramenta na explicação da realidade sanitária, revelando a situação de saúde de um indivíduo/comunidade⁽²⁷⁾.

Essa dificuldade apresenta-se no cotidiano dos profissionais: *“É muito difícil com os recursos que a gente tem, com o pessoal que a gente tem, mas a gente sempre busca melhorar do jeito que dá. É difícil, mas a gente tenta fazer o melhor, né? A gente tenta fazer o nosso melhor pra conseguir chegar a obter algum resultado, mesmo que seja a longo prazo, mesmo que não seja o melhor [ênfase] resultado, mas o nosso melhor, a gente faz” (Laranja)*.

“A gente tenta fazer o nosso melhor”, nesse sentido significa que integrar a equipe “implica discutir ações a partir da realidade local; aprender a olhar o território e identificar prioridades assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população. Para isso, o ponto de partida é o processo de planejamento e programação conjunto, definindo prioridades, competências e atribuições a partir de uma situação atual reconhecida^(13:12)”, pelos profissionais, mensurando os indicadores de saúde, sob a ótica da qualidade de vida da população.

No cotidiano, os resultados deste estudo apresentam que a maioria dos profissionais de saúde da Atenção Primária possui um conhecimento a respeito dos indicadores de saúde e, muitas vezes, conseguem transmiti-lo por meio de exemplos da sua prática. Eles consideram que, além de monitorar e orientar ações, trabalhar com indicadores de saúde corresponde, também, à construção de vínculo com o usuário, à mudança de foco para a dimensão do sujeito, podendo, assim, assistir de maneira integral, visando a ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos, de tratamento e de reabilitação, e esses são passos primordiais para produção de saúde e qualidade de vida dos indivíduos, da família e da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indicadores correspondem a um instrumento básico para organização e programação de ações em saúde, por meio de dados válidos e confiáveis que possibilitam a análise objetiva da situação sanitária e disponibilização de informações em saúde.

Os dados apresentam-se ricos em informações que revelam a experiência da incipiente implantação dos indicadores de saúde na ESF. Nas falas dos sujeitos, pode-se identificar a perspectiva de trabalho destes profissionais ao incorporar essa nova prática ao seu cotidiano.

Percebemos que a maioria dos entrevistados conseguiu expressar uma noção da ferramenta e de sua importância para o serviço, visto que, de maneira geral, conseguem transmitir a ideia de que os indicadores de saúde contribuem no planejamento de ações e diretamente na assistência prestada.

A proposta desta reflexão foi conhecer a compreensão dos profissionais sobre o uso de indicadores de saúde na APS. Portanto, a

análise apresenta que é uma ferramenta incipiente no cotidiano desses serviços, dado convergente em ambos os cenários, confirmando uma replicação literal. Assim, aponta-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca do uso dos indicadores em realidades distintas para que novos estudos possam contribuir na compreensão e avaliação desse uso na APS.

REFERÊNCIAS

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. [internet]. [Acesso em: 15 mar 2012]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf.
- 2- Organização Panamericana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (DF): Rede Interagencial de Informação para a Saúde; 2008.
- 3- Constituição da República Federativa do Brasil (BR). Diário Oficial da União [periódico na internet]. 5 out 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
- 4- Lei n. 8.078 de 11 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 12 set 1990. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/13/1990/8078.htm>
- 5- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 3a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 6- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf

- 7- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
- 8- Kligerman DC, Vilela H, Cardoso TAO, Cohen SC, Sousa D, Rovere E. Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em instituições de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2007;12(1):199-211.
- 9- Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS Formação e intervenção. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- 10- Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais [tese de doutorado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
- 11- Viegas SMF, Penna CMM. Integrality and attention to the population's health care in brazilian district. A qualitative study. *Online braz. j. nurs.* 2009;8(2).
- 12- Silva MCLSR, Silva L, Bouso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. esc. enferm. USP* 2011;45(5):1250-55.
- 13- Ministério da Saúde (BR). Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- 14- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002;10(6):757-64.
- 15- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. saúde pública* 2004;20(2):580-88.
- 16- Faria LS, Bertolozzi MR. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP* 2010;44(3):789-95.
- 17- Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia NA, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev. gaúch. enferm.* 2009;30(3):542-6.
- 18- Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MU, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev. bras. Epidemiol.* 2005;8(1):83-95.
- 19- Cavalcante RB, Kerr-Pinheiro MM, Bernardes MFV, Cunha SGS, Santos CS. Fluxo informacional do sistema de informação da atenção básica: vigilância e centralização. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011;1(4): 520-32.
- 20- Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*. 20 set 1990. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>
- 21- Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2006;11(3):713-24.
- 22- Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União [periódico na internet]*. 21 out 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
- 23- Ministério da Saúde (BR). RIPSAs: Indicadores e Dados Básicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- 24- Filho, NA. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. bras. epidemiol.* 2000;3(1-3):4-20.

25- Hadad SC, Braga LC, Weber MGC, Reis GA, Medeiros EMNP, Ruas SMM, et al. O sistema gestão saúde em rede e o uso de indicadores para monitoramento de saúde. Belo Horizonte (MG): Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2008.

26- Escola de Saúde Pública (MG). Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina 5 - Análise da Atenção Primária à Saúde. Guia do participante. Belo Horizonte (MG): ESPMG; 2009.

27- Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, [20--].

Nota: Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentado à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Recebido em: 16/04/12

Versão final em: 25/05/12

Aprovação em: 31/05/12

Endereço de correspondência

Ana Christina Ferreira Magalhães
Rua Virgílio de Melo Franco, nº 602, Centro, Lagoa Santa, MG, CEP 33.400-000
E-mail: <ana.christina.16@hotmail.com>