



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - CNPq/UEFS

PROBIC

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) EM UMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE FEIRA  
DE SANTANA-BA**

**AUTORA – ANDRÉIA CARLA DOS SANTOS SILVA  
ORIENTADOR – Prof. Dr. ANDRÉ RENÊ BARBONI**

ABRIL-2004

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA -  
CNPq/UEFS**

**PROBIC**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)  
EM UMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE FEIRA DE SANTANA-BA**

Relatório Final sobre as atividades desenvolvidas como bolsista do PROBIC apresentado à coordenação do Programa, como parte dos requisitos exigidos na Resolução Normativa do CNPq RN - 006/96.

**AUTORA - ANDRÉIA CARLA DOS SANTOS SILVA  
ORIENTADOR –Prof. Dr. ANDRÉ RENÊ BARBONI**

Feira de Santana (BA), abril de 2004.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>04</b>
<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>06</b>
1-A questão da saúde.....	06
2. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.....	07
3. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).....	08
4. Sistemas de Informação em Saúde.....	09
<b>MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
4.1 Avaliação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS).....	17
4.2 Dificuldades encontradas pelo ACS para o cadastramento.....	18
4.3 Avaliação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).....	19
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>23</b>

## INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em conjunto com o Programa de Saúde da Família (PSF) são estratégias de reestruturação do modelo dominante de atenção saúde, baseado no atendimento à demanda espontânea dos serviços e que dá ênfase à doença e à cura, num processo de medicalização da saúde. Constitui numa possibilidade de efetivar os princípios da municipalização que é uma política descentralizadora em que os municípios passam a se responsabilizar pela saúde da população, com a participação dos outros níveis de governo, com o propósito de planejar e intervir nas ações a nível local, a fim de que se possa melhorar a qualidade de vida da comunidade. Assim, partindo-se da idéia de que o processo saúde-doença resulta da interação de diversos fatores que extrapolam o Campo da Saúde e que só é possível alterar este processo com a participação da comunidade de forma consciente e objetiva é que o PACS foi pensado como uma estratégia de Promoção da Saúde.

Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) atende uma população que pode variar entre 400 e 750 pessoas em uma área de abrangência (também chamada micro-área) próxima a sua residência. É um membro selecionado desta mesma comunidade, que em conjunto com outros ACS, recebe orientação de um enfermeiro instrutor/supervisor para realização e organização de ações básicas de saúde. Constitui-se no principal elo de ligação entre os serviços e a comunidade e até o presente momento pouco se conhece sobre a efetiva atuação deste agente.

O PACS existe desde o início dos anos 90 no Ceará e foi instituído efetivamente e regulamentado em 1997 juntamente com o começo do processo de descentralização da Saúde no âmbito dos recursos, como uma importante estratégia no aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da assistência domiciliar e ambulatorial (BRASIL 2001).

A necessidade de se avaliar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma área de abrangência de Feira de Santana – BA é de grande relevância, visto que o programa é muito recente, foi pouco estudado e que o sucesso da sua implantação depende de uma mudança de paradigma, o que leva tempo para as pessoas se adaptarem.

Tanto o processo de municipalização da saúde como a própria implantação do SUS requerem a utilização de Sistemas de Informação que possibilitem a análise da situação a nível local, de forma a tornar mais eficazes as ações sobre o processo saúde/doença. Por sua vez, o PACS faz uso do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) para gerenciar as informações advindas das populações assistidas durante as visitas domiciliares, tais como: cadastramento das famílias, dados sobre mortalidade e estado nutricional.

Uma decorrência do processo de municipalização da saúde é uma maior demanda por informação fidedigna e atualizada. Além do SIAB, estão disponíveis para o gestor municipal o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) criado pelo Ministério da Saúde em 1975, o

Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), implantado em 1990, entre outros. Esses dois sistemas são parte integrante do sistema de estatísticas vitais, o que torna possível obter a taxa de mortalidade e natalidade do município e avaliar em parte as suas condições de desenvolvimento.

Entretanto, apesar da coleta de dados, no Brasil, ser feita de forma sistemática e padronizada a mais de vinte anos, esses sistemas possuem problemas de sub-registro que ocorre, por exemplo, quando um óbito ou um nascimento deixa de ser registrado, ocorrendo especialmente nas populações mais carentes. Além disso, a grande maioria dos sistemas de informações foram criados entre a década de 70 e início de 80 sob forma centralizadora dificultando o seu acesso a nível local. Embora as diretrizes tenham mudado a forma de construir e implementar os sistemas pouco ou nada se modificaram.

Neste contexto, como um recurso tecnológico que pode resolver alguns dos problemas existentes com relação às informações de saúde sobre cada indivíduo, seria o “prontuário eletrônico do paciente” com a finalidade de registrar eletronicamente todas as atividades realizadas, seja preventiva ou curativa, sendo que essas atividades possam ser recuperadas a qualquer momento e independente da instituição, assim pode-se melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde (Ministério da Saúde, 2003).

Assim, chega-se aos seguintes questionamentos: Os dados do SIAB estão informando adequadamente a realidade? Como o SIAB poderia trabalhar de forma integrada com o SIM e o SINASC melhorando esses dois últimos sistemas?

Com isso os objetivos que nortearam o presente trabalho são:

**Avaliar** o SIAB em uma área de abrangência (micro-área) de Feira de Santana – BA;

**Caracterizar** a população dessa área de abrangência considerando as condições sócio-econômicas e os indicadores de saúde observados pelo SIAB;

**Apontar** vantagens e desvantagens do sistema e então propor as possíveis soluções.

## REVISÃO DE LITERATURA

### A questão da saúde

A saúde é vista, hoje, em seu sentido mais amplo como qualidade de vida. Constitui o acesso da população aos bens, serviços econômicos e sociais, e não meramente a ausência de doença. Para MENDES (1999), a saúde é o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população (entendida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, em um ambiente saudável, numa cidade saudável).

Neste contexto, cidade saudável é aquela em que todos os atores sociais – governo, organizações não-governamentais, famílias e indivíduos – orientam suas ações para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade com o propósito de melhorar a qualidade de vida da população. A saúde, como qualidade de vida, é colocada como objeto de todas as políticas públicas, inclusive as políticas de serviços de saúde (MENDES, 1999).

Seguindo esta tendência, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 assinala a saúde como um direito. Um ponto muito importante para a democratização do país, que levou a consagração da Constituição de 1988, que refere a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. A saúde passa a ser entendida como uma questão de cidadania, em que o Estado deve prover as condições necessárias ao atendimento da população para que esta possa ter uma vida digna e com qualidade.

A Conferência teve papel importante na construção do SUS, já que toda população independentemente do vínculo previdenciário formalmente passa a poder ser atendida pelos serviços do sistema público, contribuindo assim para que as pessoas tenham saúde, ao contrário do modelo hegemônico centrado na doença. Paralelamente aos avanços legais na Constituição Federal e a criação do SUS, visando à universalização do direito à saúde, entretanto gestou-se na sociedade uma outra dinâmica que reciclou o modelo médico-assistencial privatista, segmentou clientela e cristalizou desigualdades no ingresso aos serviços (GIOVANELLA et al. 1996).

Essa outra dinâmica é formada pelo paradigma Flexneriano, baseado no conceito de saúde como sendo apenas a ausência de doença e não como qualidade de vida. É constituído por alguns elementos, tais como; o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, o curativismo (MENDES 1999).

Para adotar uma visão contrária ao paradigma Flexneriano, é importante que ações de saúde sejam voltadas para coletividade visando à qualidade de vida. Segundo BARBONI (2002), não se pode falar em qualidade de vida sem pensar em equidade e, sobretudo, justiça social. Neste caso, a informação tem um papel fundamental, para a definição e orientação de ações que visem

desenvolver políticas públicas saudáveis, criar ambientes adequados, fortalecer a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde, com o propósito de assistir a toda população.

### **Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**

No Brasil, o movimento pela democratização da saúde, que tomou corpo durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica, em que teve a importância de se questionar a concepção da saúde restrita a dimensão biológica e individual e apontar relações entre a organização dos serviços e estrutura social (PAIM 1997).

É um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, institucional, e operativo, para atender a saúde dos cidadãos suportada por um SUS, construído através de uma base social, com participação da comunidade, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES 1994).

Os Modelos Assistenciais são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde (PAIM 1999).

O Brasil transitou pelo modelo médico assistencial sanitarista-campanhista, para o modelo médico assistencial privativista, e também pelo projeto neoliberal.

O modelo médico assistencial sanitarista-campanhista consiste em realizar o combate a doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social, a exemplo das campanhas (vacinação, combate às epidemias, entre outros). Uma forma de intervir que não contempla a totalidade das ações de saúde.

O modelo médico privativista, hegemônico no Brasil, é baseado na “demanda espontânea”, ou seja, as pessoas procuram o atendimento apenas quando “se sentem mal”. Assim não se trabalha com a prevenção das doenças e promoção da saúde.

Já o projeto neoliberal, que vai se constituir nos anos 80, como uma reciclagem da proposta conservadora do modelo assistencial privativista, mesmo com todo o processo da reforma sanitária. Esse modelo neoliberal baseia-se na privatização dos serviços, com a busca por um “Estado mínimo”, em que o estado passa a não mais regular as leis sociais, por uma atenção insuficiente as camadas mais pobres e conseqüentemente pouca participação comunitária.

No modelo de atenção, proposto pela Reforma Sanitária Brasileira, cabe destacar os conteúdos da Constituição Federal, Leis Orgânicas Municipais e legislação ordinária do SUS, reforçando os princípios de integralidade, priorizando as ações preventivas e promocionais; a universalização da assistência nos níveis ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, a experimentação de modelos assistenciais alternativos, a exemplo da distritalização, da vigilância em saúde; e a adoção do PACS e PSF como espaços potenciais de mudança das práticas de saúde (PAIM 1999).

### **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**

O PACS foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991, como uma reformulação do modelo assistencial vigente, propondo a melhoria da realidade sanitária. Esse programa surgiu para atender as necessidades de atenção primária, tendo como público alvo o grupo materno infantil.

O programa constitui uma importante estratégia na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. O PACS reafirma, pelo menos na teoria, os princípios do SUS (descentralização, hierarquização, resolutividade, universalidade, integralidade e participação comunitária), contribuindo com o processo de municipalização.

A implantação do PACS foi iniciada pela Região Nordeste. Com a epidemia de cólera no Brasil, motivou a implantação emergencial do programa também na Região Norte onde os agentes atuaram, principalmente em ações de controle e prevenção da doença (SOLLA; MEDINA; DANTAS, 1996).

O ACS trabalha com a prevenção de doenças e promoção da saúde, visto que atua com destaque nas comunidades mais carentes informando, para que esta colabore com as ações desenvolvidas. Portanto, o agente estabelece um elo de ligação entre a comunidade e os serviços, contribuindo para que a população aprenda a cuidar de sua própria saúde.

O agente é uma pessoa da própria comunidade, o que provavelmente facilita o acesso às famílias. Ele deverá atender uma população estimada entre 400 e 750 pessoas a depender das necessidades locais e das condições de acesso a esta população. Desenvolvendo suas atividades por meio das visitas domiciliares, priorizando a educação em saúde. Atua sob a supervisão de um enfermeiro instrutor/supervisor, que deverá qualificar o ACS para que garantir que o programa tenha um bom funcionamento. Cada enfermeiro é responsável no máximo por 30 ACS (BRASIL 2001).

Assim sendo, o enfermeiro exerce um papel de suma importância para organização dos serviços básicos de saúde. Constituindo um elemento de referência para o ACS no emprego



de suas funções, através de uma supervisão adequada e permanente possibilita o sucesso do programa, pois o agente passa a realizar um trabalho de melhor qualidade.

O ACS desempenha um papel central, orientando, encaminhando a população por ele assistida. Contudo, é preciso que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), estejam preparadas para atender a demanda, conferindo resolutividade e qualidade ao programa. Assim sendo, o PACS pode ser considerado uma possibilidade de efetivar os princípios da municipalização das ações e de integrar os diversos profissionais que atuam no campo da saúde.

São algumas das atribuições do ACS: cadastramento que é a primeira etapa junto à população, o mapeamento (registro em um mapa de localização das residenciais sob áreas de risco), realização de ações coletivas promovendo reuniões com grupos diferenciados (gestantes, hipertensos, idosos, entre outros). O trabalho do agente é desenvolvido de forma ampla, envolve educação, questões humanitárias e solidárias que possam interferir na melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Deste modo para a implantação do programa é preciso que o município esteja em uma das condições de gestão previstas pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) com a finalidade de conceder ao gestor municipal a atenção à saúde em seus municípios.

O município de Feira de Santana está habilitado como “gestor pleno da atenção básica” desde de julho de 1997, concordando com os princípios da NOB 96. O PACS foi implantado em 1992 com 286 agentes e 10 enfermeiros instrutores-supervisores, obedecendo às diretrizes gerais do Ministério da Saúde. Em outubro de 1998, este número caiu para 146 ACS e 7 instrutores, uma cobertura de 18%. Neste mesmo ano realizou-se uma seleção para ampliar a cobertura, contando em 1999 com 535 ACS e 20 instrutores-supervisores, com uma cobertura total de 60% das famílias estimadas para o município (RODRIGUES; ASSIS; SILVA, 1999).

Para se avaliar o trabalho dos ACS e o próprio PACS é preciso antes de mais nada avaliar a qualidade da informação gerada, é preciso saber se o sistema de informações utilizado dá conta de responder às necessidades dos seus usuários em tempo hábil e até que ponto estas informações são confiáveis.

### **Sistemas de Informação em Saúde**

A informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

A construção dos Sistemas de Informação vinha sendo voltada para uma racionalidade de centralização e verticalização, refletida na organização e disponibilidade de

dados nacionais, por consequência acumulava-se dados com pequena utilização para apoio à decisão e poucas informações integradas para dar conta da complexa situação de saúde nas diferentes regiões do país. Assim, com a implantação do SUS o Sistema de Informação em Saúde precisou ser diferente para que os indicadores refletissem a concepção de saúde que norteia o Sistema Único e possam subsidiar as análises necessárias ao seu desenvolvimento (FUNASA, 2002).

Deste modo, o trabalho do agente comunitário gera uma quantidade expressiva de dados, por essa razão a equipe da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, solicitou ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o desenvolvimento de um sistema para gerenciar as informações obtidas pelo agente nas visitas domiciliares (BRASIL, 2002).

O sistema então gerado (SIAB) produz relatórios baseados na realidade local que poderão auxiliar as equipes, as unidades de saúde que estão ligadas ao gestor municipal e este poderá acompanhar para que se possa a partir dos resultados planejar suas ações. Para tanto torna-se necessário que as pessoas que trabalham no sistema estejam qualificadas para que os relatórios estejam confirmando a realidade encontrada pelo ACS.

O SIAB utiliza “instrumentos de coleta de dados” que podem ser aproveitados por toda a equipe de saúde da unidade básica para acompanhar e viabilizar meios de suporte adequado, quando necessário, à população atendida pelo agente.

Esses instrumentos são as fichas de coleta e de consolidação dos dados. As fichas de coletas são compostas por: cadastramento de famílias, acompanhamento de gestantes, de hipertensos, diabéticos, pacientes com tuberculose, pacientes com hanseníase, crianças, registro de atividades, procedimentos e notificações. Os instrumentos de consolidação dos dados são feitos através dos relatórios consolidados anualmente das famílias cadastradas, relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias, além dos relatórios de produção e marcadores de avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O SIAB a partir do gerenciamento das informações permite as equipes, as unidades básicas de saúde, e ao gestor municipal, conhecerem a realidade social e sanitária da população, monitorar e avaliar as condições de saúde das pessoas assistidas pelo agente comunitário e, sobretudo adequar os serviços oferecidos com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Com isso é de extrema relevância que os dados captados pelo SIAB retratem a realidade existente na população considerada.

No município de Feira de Santana, em fevereiro de 1999, iniciou-se o registro dos informatizados na Divisão de Informações da Secretária Municipal de Saúde (SMS), com o objetivo de agilizar os relatórios gerenciais, já que existia uma grande quantidade de informações

registradas pelos ACS que não eram analisadas e consideradas nos processos decisórios, operando apenas como instrumento administrativo exigido pelo Ministério da Saúde (RODRIGUES; ASSIS; SILVA, 1999).

Neste contexto de sistema de informação, estão disponíveis para o gestor municipal o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), entre outros, que fazem parte do sistema de estatísticas vitais que representa uma contabilidade da população, pois são computados os indivíduos que morrem ou nascem permitindo avaliar em parte as condições de desenvolvimento da população.

O SIM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975, com o propósito de se trabalhar com eventos vitais no Brasil. Deste modo, foi implantado usando como instrumento de coleta de dados, com padronização nacional, a Declaração de Óbitos (DO). Foi concebido numa época em que todo o sistema de saúde era centralizado e verticalizado e que tinha com o um dos principais problemas para descentralizá-lo a dificuldade de codificar as causas básicas de óbito, o que exige profissionais treinados para isso (FUNASA, 2002).

O registro de óbitos é obrigatório, entretanto, a omissão em parcela significativa desses registros faz com que as estatísticas de mortalidade não representem com precisão a realidade, por apresentarem números inferiores ao real. As razões apontadas para o sub-registro incluem entre outras, o custo, a existência de cemitérios clandestinos e especialmente a falta de esclarecimento da população (PEREIRA, 1995).

A obrigatoriedade desse registro, inclusive para óbitos fetais, é dada pela Lei nº6.015/73, alterada pela Lei nº6.216/75 que determina que nenhum sepultamento seja feito no território nacional sem a certidão correspondente. Entretanto, sabe-se que um número estimado em 20% do total não é registrado, principalmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste (FUNASA, 2002).

O SINASC, implantado oficialmente em 1990 objetivando a partir de um documento básico, padronizado para todo o país, que deveria ser gerado nos hospitais em qualquer instituição de saúde onde realizavam partos e nos Cartórios de Registro Civil. O formulário utilizado para a entrada de dados padrão é a Declaração de Nascidos Vivos (DN), cuja emissão é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, preenchida por todos os nascidos vivos no país (FUNASA, 2002).

Assim como o SIM, o SINASC também possui a obrigatoriedade desse registro que é dada pela Lei nº6.015/73. Porém, sabe-se que um número estimado em até 60%, para algumas localidades, os nascimentos não são registrados, principalmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste (FUNASA, 2002).

O SINASC como parte integrante do sistema de estatísticas vitais informa o número de nascidos na população considerada e sua distribuição. A omissão faz com os registros de nascimento tenham um número diferente da realidade. Pode-se ressaltar que a maioria dos sub-registros acontece pelos seguintes motivos: falta de instrução dos pais, dificuldade de acesso aos cartórios e especialmente às populações mais carentes que por falta de informação ou mesmo por negligência deixam de registrar seus filhos, contribuindo para acentuar o índice de sub-registros de nascimentos.

Neste contexto, o papel do agente comunitário de saúde torna-se de extrema importância, pois ele está próximo das comunidades mais carentes realizando visitas domiciliares, identificando óbitos ocorridos, nascimentos, condições de saúde, além de retratar a realidade daquela comunidade. Assim sendo, o agente notifica estes eventos no banco de dados do SIAB, e a partir daí é possível melhorar a qualidade dos dados obtidos pelo SIM e pelo SINASC.

Para isso, é preciso que esses três sistemas trabalhem de forma integrada. O SIAB através do trabalho do ACS, que está inserido na comunidade, provavelmente tem mais facilidade de obter os dados necessários para que se possa avaliar as condições da população.

O agente comunitário identificando algum nascimento ou óbito, alimentaria o SIAB e notificaria o evento ao SINASC e/ou ao SIM que obteriam dados mais precisos da população considerada dando resolutividade aos sistemas. Todavia, é importante que essa prática não fique apenas nas atividades burocráticas, no preenchimento de fichas, digitação dos dados, mas que as informações de saúde encontradas sejam analisadas no nível municipal.

## MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo é caracterizado como **quantitativo do tipo descritivo** e tem o propósito de avaliar o PACS em uma área de abrangência de Feira de Santana.

Segundo LAKATOS e MARCONI (1996), uma pesquisa quantitativa consiste em investigação de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave.

Foi sorteada uma microárea para aplicação do instrumento de coleta de dados empregado pela aluna de iniciação científica (Bolsa PROBIC) – Andréia Carla dos Santos Silva. A ACS responsável pela microárea selecionada, localizada no bairro das Baraúnas, atua em oito ruas (Sutão das Matas, Aruanda, Nanã, Lírio dos Vales, Juremeira, Iansã, Baluaê e Av. Riachuelo a partir do nº 411).

O **local do estudo** foi, portanto, esta área de abrangência (microárea) atendida pelo ACS.

Como **instrumentos de coleta de dados** foi aplicado um formulário (ANEXO A) elaborado a partir da ficha A (cadastramento das famílias) utilizada pelo ACS na visita domiciliar, contemplando perguntas sobre óbitos e nascimentos. Além da ficha também foi utilizado dados do SIAB (fontes secundárias).

Para LAKATOS E MARCONI (1996), o formulário é um dos instrumentos essenciais para investigação social, cujo sistema de coletas de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado. Assim, caracteriza-se pelo contato face a face entre pesquisador e informante e o roteiro de perguntas ser preenchido pelo entrevistador, no momento da entrevista.

É importante ressaltar que as pessoas que participaram da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido que se encontra no ANEXO B em relação ao formulário que será respondido, contemplando justificativa, objetivos, entre outros. Seguindo-se à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que direciona e normaliza pesquisas envolvendo seres humanos.

A **coleta de dados** foi realizada em três etapas:

**Primeira etapa** foram utilizados os dados colhidos pelo ACS disponíveis na Secretaria de Saúde para aplicação das fichas do SIAB e verificar se os dados encontrados pelo ACS condizem com a realidade encontrada.

**Segunda etapa**, selecionado uma área de abrangência atendida por um ACS e aplicado a proposta do formulário contemplando perguntas que melhorem a qualidade dos dados do SIM e do SINASC a partir do SIAB.

**Na terceira etapa**, constituiu na análise de resultados.

A coleta foi realizada em quatro meses (junho-setembro) de 2003, em que foram entrevistados os residentes da microárea. Gerando um banco de dados para comparação com os dados das fichas cadastrais da ACS.

Na **análise de dados**, os dados foram tabulados e calculados em percentuais, utilizando-se gráficos, tabelas e quadros para representar os resultados. Para complementar as informações os dados secundários subsidiaram as discussões dos resultados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na microárea foram entrevistadas 170 famílias, 723 pessoas residentes, sendo 344 do sexo masculino e 379 do sexo feminino. Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), esta microárea tem um universo de 179 famílias. Entretanto, tem-se um total de pelo menos 229 domicílios contados nesta pesquisa, pois em alguns terrenos que comportariam apenas uma casa, encontra-se uma verdadeira vila de residências. Quando comparados os dados da coletora com os da ACS verificou-se que 284 pessoas não haviam sido cadastradas pela agente e que nas suas fichas existiam 145 pessoas que não haviam sido cadastradas pela coletora de dados da pesquisa. Foi totalizado um universo de 868 moradores (419 homens e 449 mulheres) somando-se os dados da agente e da bolsista.

A coleta de dados foi feita por uma única pessoa, aluna de iniciação científica (bolsa PROBIC), do quinto semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), durante a semana, dentro da carga horária dedicada às atividades do projeto, sendo esta extrapolada.

Apesar das diversas visitas ao local e o retorno por mais de duas vezes em algumas residências, não foi possível encontrar alguns moradores o que justifica plenamente os dados acima encontrados, mas mesmo assim, a bolsista conseguiu perfazer um universo maior do que a agente (723 contra 584) que reside na comunidade e trabalha em tempo integral nesta atividade.

Com relação à variável “data de nascimento”, de cada morador, 379 registros se mostraram iguais, 16 registros a agente conseguiu cadastrar a data e a bolsista não, 44 nem a agente nem a bolsista conseguiram obter a informação. Os demais registros (145 obtidos apenas pela agente e 284 obtidos apenas pela bolsista) apresentam datas válidas de nascimento. Todos os dados foram baseados em informações dadas por uma pessoa da casa que concordou com a pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (CEP-UEFS).

As 145 pessoas que não foram cadastradas pela bolsista, mas apenas pela agente, o foram pela dificuldade de encontra-las em casa, muitas trabalham sendo possível contactá-las apenas à noite ou aos finais de semana. Além disso, alguns residentes não quiseram participar da pesquisa, o que contribuiu para que não fosse feito todo o cadastro.

Quando se analisa a variável “grau de escolaridade” observa-se que das 723 pessoas, 78 são analfabetas, 373 com o primeiro grau incompleto, 22 com o primeiro grau completo, 81 com o segundo grau incompleto, 131 possuem segundo grau completo, 8 com o superior incompleto, 3 com o superior completo e 27 ignorados. Esse dado é de suma importância e mostra que a grande maioria da população possui um nível de escolaridade muito baixo,

evidenciado, por exemplo, quando se questiona sobre a própria data de nascimento e dos familiares, poucas pessoas conseguiram fornecer a informação, sendo algumas equivocadas.

Ao se avaliar a variável renda, 401 pessoas não tem rendimento algum, 30 recebem salário inferior ao salário mínimo (SM), 100 recebem um SM, 80 de um a três SM, 10 recebem entre três e cinco SM, 76 pessoas não tem renda fixa e 26 ignorados. As pessoas em sua grande maioria não têm renda, sobrevivem do trabalho informal ou não trabalham. A renda não ultrapassa o patamar de cinco salários mínimos.

Com o questionário também pode-se obter informações sobre as condições de moradia e saneamento da população. O tipo de casa é constituído de tijolo, adobe, bloco, ou uma mistura destes em 99,4% que equivalem a 169 residências e 0,6% é constituída de taipa revestida. Essas informações foram dadas pelos residentes. Dos 170 domicílios, apenas um não tem energia elétrica que equivale a 0,6%. Quanto ao destino do lixo em 100% são coletados. O abastecimento de água é feito pela rede publica em cerca de 165 domicílios, o que equivale a 97%, em 1,8% o abastecimento é feito através de poço ou nascente e em 1,2% é realizado de outra forma. O tratamento da água em 68,2% dos domicílios é através da filtração, 0,6% é utilizada a fervura, 1,2% o método é a cloração, em 11,2% não é realizado nenhum tratamento a água é consumida do jeito que vem da rede publica e em 18,8% é utilizada água mineral. Já o destino de fezes e urina em cerca de 94,7% é feito por sistema de esgoto, em 5,3% através de fossa.

Com relação à variável “plano de saúde”, das 170 famílias cadastradas, em 66,5% destas não possuem qualquer plano. Ou seja, a maioria da população faz uso do sistema público de saúde. Em caso de doença a procura por atendimento acontece da seguinte forma: 82,3% procuram o hospital, em 17,1% a procura é pela unidade de saúde e em 0,6% ocorre à procura por outra forma de atendimento. Esses dados permitiram analisar que grande parte da população estudada continua procurando o atendimento hospitalar como prioridade, reforçando o modelo “hospitalocêntrico”. Uma atenção que não atende integralmente a comunidade, já que procuram o serviço de saúde quando estão doentes, portanto não se trabalha com a prevenção das doenças e promoção da saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Os meios de comunicação mais utilizados são; em 30% das residências o rádio, em 69,4% é usada a televisão e em 0,6% é utilizado outro meio.

Quanto a variável participação em grupos comunitários, 58,2% dos residentes não participam de nenhuma atividade comunitária, em 1,2% participam de cooperativas, 40% fazem parte de grupos religiosos, 0,6% freqüentam associações.

Os meios de transporte são em 54,1% ônibus, 0,6% caminhão, 11,2% utilizam o carro, 34,1% utilizam outro meio de transporte.



No **quadro 1** estão descritos as causas de óbitos de 1979-2002 de familiares das pessoas residentes na microárea. As doenças que mais acometeram foram às circulatórias, cerca de 37,45% de um universo de 40. Os dados foram obtidos através de informações colhidas junto à população e classificadas conforme o CID.

**Quadro 1.** Causas de óbitos na microárea 25, localizada no Bairro Baraúnas em Feira de Santana-BA, 1979-2002.

CAUSAS DE ÓBITOS DE 1979-2002		
Capítulo I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2
Capítulo II	Neoplasias (tumores)	4
Capítulo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8
Capítulo IX	Doenças do aparelho circulatório	15
Capítulo X	Doenças do aparelho respiratório	1
Capítulo XI	Doenças do aparelho geniturinário	1
Capítulo XVIII	Não classificados em outra parte	2
Capítulo XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	7
	Total	40

Através do cadastramento, esses dados que foram obtidos permitiram caracterizar a população da microárea considerando situação de moradia e saneamento, além de outras informações que podem influenciar na qualidade de vida da comunidade.

#### 4.1 Avaliação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Através do formulário aplicado nas 170 residências da microárea, elaborado a partir da ficha A que a agente utiliza no cadastramento, foi possível conhecer de perto a realidade da comunidade e, sobretudo como funciona efetivamente o trabalho da ACS. Com isso, permitiu ter uma experiência prática, e não apenas a visão do Ministério da Saúde sobre o PACS que muitas vezes não condiz com a realidade.

À medida que eram aplicados os formulários foi tornando-se possível conhecer e se inserir na comunidade, identificando quais as suas principais necessidades. Como a coleta de dados foi baseada no trabalho da agente, pode-se então a partir das vistas domiciliares avaliar como vinha sendo desenvolvida algumas de suas funções junto à população, como por exemplo, o cadastramento.

Assim, através de informações fornecidas pelas pessoas entrevistadas, em sua grande maioria, sabem quem é a ACS, mas referem muito pouco seu trabalho. Alguns dizem que faz tempo que não recebe sua visita e conhecem pouco a respeito da função da agente na

comunidade ao qual está inserida. Muitas vezes, reconhecem o trabalho da ACS nos programas do governo porque vai de casa em casa cadastrando as possíveis famílias que serão beneficiadas.

Segundo a agente faz pouco tempo que atua nessa microárea, pertencia a outro agente e que a Secretária Municipal de Saúde não autorizou o recadastramento. Estão sendo priorizadas as famílias que necessitam de uma maior atenção, por exemplo, as que possuem crianças e gestantes, ou quando a própria pessoa solicita sua presença e as restantes foram visitadas apenas no primeiro cadastramento. Então, não há uma visita freqüente por parte da agente aos domicílios. Os cadastros estão desatualizados, a microárea não está totalmente cadastrada. Os dados quando foram comparados com os da agente em muitos casos não condizem com a realidade, já que ACS quando visita a família, coleta os dados envia as fichas para secretária de saúde para serem digitadas e quando retornam não é mais a mesma família. O cadastramento tem de ser feito de forma adequada, visto que como poderá se conhecer a realidade da comunidade para planejar e intervir nas situações encontradas, se a primeira etapa do trabalho não está sendo realizado de forma efetiva.

Com isso, resulta que a agente não está exercendo o seu papel de orientar sobre questões de higiene, hábitos de vida, dá sugestões, encaminhar para o serviço de saúde, buscando, na medida do possível, alternativas com a população para o enfretamento de situações e sim apenas preenchendo fichas.

#### **4.2 Dificuldades encontradas pelo ACS para o cadastramento**

Algumas questões dificultam o trabalho da agente para o cadastramento das famílias, mesmo residindo na microárea e tendo dentro do possível acesso mais fácil à comunidade, tais como: a microárea é relativamente grande o que requer um tempo maior para efetivar o cadastro. Ocorre uma rotatividade grande de famílias, então quando se retorna na casa não é mais a mesma família, impedindo o acompanhamento necessário, além de que num mesmo espaço são construídas mais de uma casa, algumas são vilas. A dificuldade de encontrar as pessoas, visto que trabalham e se encontram em suas residências à noite ou apenas aos finais de semana o que complica a efetivação do cadastro porque ultrapassa o horário e os dias, não sendo a profissional remunerada pelas horas extras. O nível de escolaridade que em sua grande maioria é baixo, faz com que perguntas simples como data de nascimento, nome completo da pessoa e de seus familiares, se tornem difíceis de serem respondidas, muitas vezes são equivocadas e as fichas de cadastros não são totalmente preenchidas, tendo em alguns casos que retornar ao domicílio para falar com outra pessoa da família com a finalidade de responder o restante do formulário.

Assim, são questões que podem contribuir para que o trabalho da ACS não esteja sendo exercido efetivamente. Essas dificuldades poderam ser identificadas à medida que a coleta

foi sendo realizada, devido ao contato direto com a comunidade e não utilizando apenas dados secundários.

### **4.3 Avaliação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**

Os dados do SIAB informam que na microárea tem-se um universo de 179 famílias, a coletora de dados cadastrou 170 famílias e a agente comunitária fez o cadastramento em 160. Entretanto, quando contados os domicílios na microárea tem-se um total de pelo menos 229, isso significa que nenhum dos três dados refletem a realidade da comunidade. O SIAB está atendendo apenas 78% da quantidade total de famílias, sendo assim uma parcela significativa da população não está sendo coberta pelo programa. Sendo assim, as informações contidas no sistema geram dúvidas com relação à credibilidade, já que não está dando conta de atender 100% da população. Deste modo os processos de intervenção e de planejamento se tornam ineficazes para a comunidade.

A ACS que tem a possibilidade de acesso maior as famílias, também não está com 100% da cobertura, já que não está cadastrando e atualizando toda sua microárea, as visitas domiciliares não estão sendo realizadas com a frequência exigida pelo Ministério da Saúde (no mínimo uma vez por mês), então não informam as condições reais de saúde da população.

A situação encontrada é que as fichas não estão sendo analisadas pela comunidade. A agente as envia ao SIAB para serem digitadas, com o intuito de produzir os relatórios, quando as fichas retornam às mãos da ACS não é mais a mesma família. Não há uma participação efetiva da população, portanto não existe controle social.

De qualquer maneira, os dados disponíveis a respeito da microárea estudada no Sistema de Informação de Atenção Básica não estão condizentes com a realidade, visto que a agente está com as fichas de cadastro desatualizadas. Assim, o sistema não está exercendo seu papel como um instrumento que serve para acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, servindo apenas para emissão de relatórios. O que pode ser um problema não apenas na microárea do estudo, mas que pode se estender em outras áreas de abrangência do município de Feira de Santana. Sendo assim, o SIAB não estaria atendendo aos objetivos propostos como um sistema de informação.

Com isso, é preciso haver uma rotina de cadastramento, em que o ACS possa atualizar as informações constantemente, que se tenha estabelecido critérios padronizados, como por exemplo, uma família que mora numa microárea e se muda para outra acabe sendo cadastradas nas duas microáreas, gerando dados irreais, sem credibilidade.

O sistema vem sendo apresentado de forma verticalizada, as fichas são consolidadas, pela enfermeira da unidade básica, encaminhadas a Secretaria Municipal de Saúde, os relatórios

são produzidos, enviados para a Secretaria do Estado e depois para o Ministério da Saúde para que se possa intervir. Assim, os princípios da municipalização, em que o município passa a se responsabilizar pela saúde da população, não estão sendo seguidos.

Além disso, como o sistema está estruturado não permite ao enfermeiro instrutor-supervisor acompanhar o trabalho do ACS. Esse profissional que tem como uma das principais funções, treinar e acompanhar as ações dos agentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados obtidos e analisados anteriormente se pretende criar um novo sistema de informação a nível local, que possa na medida do possível resolver os problemas existentes no SIAB, com a finalidade de proporcionar aos dados confiabilidade e que efetivamente mostrem a realidade de uma comunidade.

Então, seria implantado na Unidade Básica de Saúde (UBS) um sistema que incluiria um computador, que pudessem ser registrados todos os cadastros referentes a cada microárea pertencente à unidade, permitindo conhecer toda a situação de saúde da população e os relatórios emitidos seriam condizentes com a realidade.

A partir da estruturação do sistema seria possível concretizar a questão do “prontuário eletrônico” em que informações sobre o paciente, tais como; história clínica, serviços prestados, entre outras, poderiam ser obtidas, organizadas e constantemente atualizadas.

O enfermeiro seria o profissional escolhido para atualizar os dados porque é de sua competência ser o instrutor/supervisor do ACS, portanto ele poderia avaliar como esse agente está desenvolvendo seu trabalho, visto que como o SIAB está sendo desenvolvido não permite ao enfermeiro acompanhar o trabalho do agente, identificar situações de risco e quais seriam as intervenções necessárias, permitiria uma visão melhor da microárea, para que os planejamentos fossem mais eficazes, baseados em uma situação real.

Para efetivar a proposta do sistema o agente comunitário de saúde que está inserido em uma comunidade cadastraria inicialmente as famílias da microárea. Na UBS de referência teria o computador com o sistema, em que os dados seriam digitados, fazendo o registro das pessoas, e a partir daí a enfermeira da unidade faria as atualizações à medida que fossem acontecendo. A identidade do indivíduo seria preservada e os dados consolidados seriam enviados a Secretária Municipal de Saúde.

O sistema poderia contribuir para que as informações fossem mais organizadas e as ações descentralizadas, efetivando os princípios do Sistema Único de Saúde. O cliente passaria a ser acompanhado em todos os serviços de saúde, independente do nível de complexidade (hospitais, unidades básicas, entre outros), com dados considerados confiáveis que permitiriam a intervenção dos profissionais de saúde.

A implantação desse sistema requer investimento nas unidades e na capacitação da equipe, podendo trazer, assim, um retorno que beneficiaria tanto o município quanto à comunidade. Este sistema seria utilizado também pelas equipes de saúde da família, já que estão sendo implementadas com vistas para atingir todo o município.

Além dos dados serem mais confiáveis e dos serviços se tornarem mais eficientes, o sistema poderia servir como embasamento para pesquisas, monografias, teses, visto que as

informações serão de melhor qualidade. Então ao invés de coletar os dados, estes poderiam ser encontrados secundariamente através do sistema.

Portanto, o novo sistema ajudaria o município a ter um banco de dados condizente com a realidade da comunidade e facilitaria o trabalho na secretária municipal de saúde, porque descentralizaria as informações, permitiria a equipe acompanhar a situação de saúde da população e possibilitaria aos indivíduos terem mais acesso aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBONI AR. **O impacto de algumas causas básicas de morte na esperança e residentes em Salvador e São Paulo - 1996**. São Paulo; 2002. p.1-6. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: 2001. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br.htm>. Capturado em 20/08/02.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Área de Informação e Informática em Saúde. **A Construção da Política de Informação e Informática em Saúde do SUS**. Versão 1.3. Brasília: 2003. Disponível em URL: [http://www.saude.gov.br/politica\\_informacao](http://www.saude.gov.br/politica_informacao). Capturado em 12/03/04.
4. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Epidemiológica**. Brasil: 2002. Disponível em URL: <http://WWW.funasa.gov.br/pub/GVE/GVE0302.htm>. Capturado em 20/08/02.
5. GIOVANELLA L, Drummond J, SKABA MMF, OLIVEIRA RG de, SÁ VM de. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. 1996 Dez/95-Mar/96; 49/50: 13-22.
6. LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.
7. MENDES, E.V. (org.). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1994. p.19-92.
8. MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. **Uma agenda para a saúde**. 2ªed. São Paulo: Hucitec. 1999. p. 237-259.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Manual. Brasília: 1998.
10. PAIM JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistências. In: Maria ZR, Naomar AF, editores. **Epidemiologia e Saúde**. 5ªed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.473-486.
11. PAIM JS. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S, organizador. **Saúde e Democracia**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.11-24.
12. PEREIRA MG. **Epidemiologia: teoria e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan S.A 1995. p.117-118.
13. RODRIGUES, Valdenice de Queiroz Costa; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SILVA, Marta Macedo De Góes. **A supervisão como instrumento gerencial no PACS do município de Feira de Santana-Ba**. Feira de Santana, 1999, 15 p. (Digitado).

14. SOLLA JJSP, MEDINA MG, DANTAS, MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**. Junho/96; 51; 04-15.





## DECLARAÇÃO

Declaro que desenvolvi as atividades constantes do plano de trabalho do projeto Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma área do município de Feira de Santana-BA submetido ao PROBIC/UEFS cujos resultados parciais constam do presente relatório.

Local e Data 30 de abril de 2004

Assinatura

**Bolsista** Andréia Carla dos Santos Silva

## DECLARAÇÃO

Declaro que acompanhei as atividades da bolsista Andréia Carla dos Santos Silva do plano de trabalho do projeto Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em uma área de abrangência do município de Feira de Santana submetido ao PROBIC/UEFS cujos resultados parciais constam do presente relatório.

Local e data, 30 de abril de 2004.

Assinatura

**Orientador** Prof. Dr. André Renê Barboni