

A APLICABILIDADE DOS INDICADORES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Indicators of health and quality of life in the context of Primary Health Care

Amanda Lúcia Ferreira¹, Ana Christina Ferreira Magalhães²,
Larissa Pedrosa Corrêa³, Marcela da Costa Rodrigues⁴, Selma Maria da Fonseca Viegas⁵

RESUMO

A implantação dos indicadores de saúde é de grande relevância. Os indicadores, quando bem administrados, são ferramentas fundamentais para a gestão de programas e serviços bem como para avaliação do sistema de saúde. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, qualitativo, 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. Para se trabalhar com indicadores, é necessário que os profissionais envolvidos no processo sejam devidamente treinados a ponto de ter uma real compreensão sobre os mesmos. Os resultados demonstram que alguns profissionais apresentam um amplo conceito sobre os indicadores. Outros têm noções incipientes. De modo geral, é baixa a aplicabilidade dessa ferramenta. Isso se reflete nas ações, no desenvolvimento de programas e no alcance de metas, evidenciando que há obstáculos a serem enfrentados pelas equipes de Saúde da Família. Percebe-se a necessidade de uma educação permanente para os profissionais de saúde para que as equipes sejam cada vez mais capacitadas a trabalhar com efetividade os indicadores de saúde, visando à qualidade da assistência à saúde na Atenção Primária.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores Básicos de Saúde; Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Educação Profissional em Saúde Pública.

ABSTRACT

The implementation of health indicators is extremely important. The indicators, when properly administered, are an essential tool for managing programs and services, and for evaluating the health system. This is a qualitative, multiple-case study that aimed to learn from the knowledge of professionals of the Family Health teams and support teams about using health indicators in Primary Health Care (PHC) in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Currently, in the city, 26 indicators are employed, which were presented and discussed in the PHC Qualification Workshops, promoted in 2010 by the Municipal Government of Belo Horizonte and the Public Health School of Minas Gerais. To employ the indicators, it is necessary that the professionals involved in the process be duly trained until they have a real understanding of them. The results show that some professionals have a broad concept of the indicators. Others have rudimentary notions. In general, the applicability of this tool is low. This is reflected in the actions, in developing programs and achieving goals, showing that there are barriers to be faced by the Family Health teams. The need is clear for continuing education for health professionals so that the teams are increasingly well trained to effectively employ health indicators, focusing on the quality of health assistance in Primary Health Care.

KEYWORDS: Health Status Indicators; Family Health Program; Primary Health Care; Education; Public Health Professional.

¹ Amanda Lúcia Ferreira, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: amandalferreira@msn.com

² Ana Christina Ferreira Magalhães, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

³ Larissa Pedrosa Corrêa, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

⁴ Marcela da Costa Rodrigues, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

⁵ Selma Maria da Fonseca Viegas, Curso de Enfermagem - Saúde Coletiva, Universidade Federal de São João del-Rei

INTRODUÇÃO

A apreciação da situação sanitária passou a incorporar novas dimensões, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros.¹ Isso se dá num quadro de diminuição da incidência de doenças infecciosas e parasitárias, de diminuição das deficiências nutricionais, de aumento proporcional de doenças crônicas não-transmissíveis, de crescimento de agravos e violências e, ainda, de uma nova concepção da determinação social do processo saúde-doença. Essa transição levou a uma mudança no perfil de morbimortalidade, que vem se apresentando de forma desigual devido às diferenças socioeconômicas do País como, por exemplo, desigualdades no acesso aos serviços de saúde.²

Para avaliar as condições de saúde da população, foram formulados os indicadores de saúde que constituem uma ferramenta que quantifica e avalia a situação sanitária de um determinado local, sendo necessário, para isso, conhecer primeiro a dinâmica demográfica, o perfil epidemiológico e os determinantes sociais da população a ser avaliada, transformando esses dados na possibilidade de identificação dos principais problemas e agravos que acometem as famílias brasileiras e que são prioridades nas ações de controle em âmbito nacional.²

A fim de proporcionar um trabalho efetivo em se tratando de cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) e demais níveis de atenção, os indicadores são usados como um instrumento para avaliar dados que buscam medir o estado da saúde da população. Além disso, os indicadores proporcionam o estabelecimento de políticas públicas que melhor se adaptem às necessidades da população com o objetivo de ponderar sobre a situação da assistência prestada na APS e qualificar o Serviço de Saúde.¹

No contexto da APS, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) são essenciais na aplicabilidade dos indicadores de saúde. Precisam conhecer suas fontes e suas ferramentas, ter o domínio de sua elaboração e de sua aplicabilidade para vencer os desafios que são impostos à Saúde Pública no Brasil. Portanto é importante o desenvolvimento de mecanismos de qualificação desses profissionais.

A educação permanente, instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, visa transformar, qualificar e trabalhar as ações de saúde dos profissionais. Possibilita, também, a capacidade de análise do contexto de trabalho e a identificação dos problemas emergentes do serviço, permitindo a tomada de decisões fundamentais de maneira mais efetiva.³

Com esse intuito, a Prefeitura Municipal de Belo Hori-

zonte (PBH), juntamente com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), criou, em 2010, um programa de capacitação dos profissionais inseridos na APS, por meio da realização das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte que, em sua programação, previam a apresentação da nova ferramenta de trabalho que, a partir de então, faria parte do cotidiano desses profissionais.⁴

Com a implantação dos indicadores de saúde nos Serviços do SUS, sentiu-se a necessidade de compreender seu impacto para se preverem os desafios a serem enfrentados no cotidiano da saúde. Além da implantação desse instrumento, é necessário um processo de aceitação, adaptação e avaliação dos profissionais em prol do alcance de melhores índices para os indicadores adotados e do Serviço visando à qualidade do atendimento e à satisfação do usuário.

Diante disso, percebeu-se que, para haver a efetividade no processo, é necessário que os profissionais conheçam os indicadores de saúde a serem trabalhados no território adscrito. Nesse sentido, este estudo apresenta a seguinte 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 de equipes Saúde da Família e das equipes de apoio sobre o uso de indicadores de saúde na APS.

MATERIAL

Trata-se de uma pesquisa delineada pelo método de Estudo de Casos Múltiplos Holísticos qualitativo. A opção do presente estudo foi utilizar dois casos, com unidade única de análise, a partir de evidências resultantes de estudos de casos múltiplos que são consideradas mais convincentes e “os benefícios analíticos de ter dois ou mais casos podem ser substanciais.”⁵ Considera-se que, em um estudo de casos múltiplos, cada caso em particular consiste em um estudo completo, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o todo, o que possibilita a generalização científica.

Isso é possível ao se ter única unidade de análise que, para este estudo, foi “o uso de indicadores de saúde na APS” estabelecido em duas realidades distintas, o que também possibilitou a replicação literal, que permite inferência e comparações com situações similares, pois as “conclusões analíticas que independentemente surgiram dos dois casos foram mais contundentes do que aquelas que surgem de apenas um caso”^{5:76} e, sob circunstâncias variadas, pode-se chegar a “conclusões comuns a partir de ambos os casos, essas estenderam

de forma incomensurável a capacidade externa de generalização das descobertas no estudo.”^{5:76} Assim, os resultados apresentados, oriundos de cada realidade em estudo, mostram a convergência e as similaridades dos dados coletados.

Dessa forma, o cenário de estudo foi constituído por duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, Minas Gerais. Esses cenários selecionados eram conhecidos pelas pesquisadoras o que facilitou o contato com os profissionais dos Serviços. Os campos de pesquisa localizam-se em duas administrações 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 PBH e pela 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 essa estratégia, foram realizadas 36 entrevistas individuais abertas, gravadas, com permissão prévia, para se garantir a confiabilidade das informações. As entrevistas foram transcritas na íntegra.

Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática⁶ segundo as fases: a) transcrição das 36 entrevistas que constituem “o *corpus* da pesquisa que foi submetido aos procedimentos analíticos”^{6:122}; b) leitura flutuante e globalizada dos dados; c) 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”^{6:129} e, 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 efetuado em razão das características comuns desses elementos⁶ (neste estudo, o critério de categorização foi o semântico, ou seja, a significação); d) tratamento dos resultados obtidos e interpretação 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”^{5:76}, para considerações finais pertinentes, como “conclusão” do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, da Resolução CNS 196/96.⁷ A coleta de dados

iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 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 da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. O anonimato dos sujeitos foi garantido pela adoção de nomes de cores, à escolha dos participantes. Para se manter o sigilo em relação às UBS inseridas no estudo, foram adotados os pseudônimos Beta e Gama.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Estratégia Saúde da Família foi instituída, em 1994, como Programa Saúde da Família (PSF) cuja origem vem da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, seu precursor, mas ainda existente no Brasil. A ESF é tida como uma das principais estratégias de reorganização dos Serviços e de reorientação das práticas profissionais na APS.⁸ A ESF objetiva uma assistência centrada na família como foco privilegiado do cuidado, viabilizando a avaliação desse foco a partir de seu ambiente físico e social para a possibilidade de práticas de saúde que vão além das curativas.⁹ Isso pode viabilizar um processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente para um modelo centrado no usuário e que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.⁸

Esse novo modelo estabeleceu um processo de trabalho baseado na vigilância à saúde, efetivando a integralidade e a hierarquização, desenvolvendo seu trabalho em território de abrangência pré-definido, com uma equipe multiprofissional.⁹

Nessa reorganização, a APS desenvolve ações que garantem a integralidade dos sujeitos, das famílias e da comunidade, ou seja, abrangem a prevenção de agravos; a promoção, a proteção e a manutenção da saúde; o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Na APS, tais ações são executadas no primeiro nível de hierarquização do sistema de saúde e a APS articula-se com os outros níveis de atenção.¹⁰

A implantação dos indicadores de saúde assume uma grande relevância, pois, quando bem administrados, podem constituir uma ferramenta fundamental tanto para a gestão de programas e serviços como para a avaliação do sistema e da saúde da população como um todo.¹¹

Surge, dessa forma, a necessidade de que os profissionais envolvidos em tal processo sejam devidamente pre-

parados, que se tenha um programa de capacitação das equipes de saúde.

Como estratégia para capacitar os profissionais da APS, a PBH e a ESP-MG criaram, em 2010, um programa de capacitação com as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Foi por meio dessas oficinas que as equipes obtiveram conhecimento da ferramenta⁴, como confirma a declaração:

“a partir da oficina de qualificação é que o pessoal teve mais acesso a esses indicadores, porque isso ficava voltado muito pra gestão, só os gestores que tinham mais acesso.” (Vinho)

O termo indicador de saúde foi apresentado na Oficina 3, Territorialização e Diagnóstico Local, na qual os participantes distinguiram os conceitos de dado, informação, indicadores e diagnóstico, além de caracterizarem as fontes de dados, indicadores e processos necessários para a realização do diagnóstico local.⁴ De acordo com o conteúdo apresentado nessa oficina, indicadores de saúde foram relacionados à situação populacional por vários entrevistados, como se constata em:

“Indicadores de saúde são uma medida utilizada pra avaliar a situação de saúde de uma população, de uma comunidade.” (Azul escuro) e

“um mapeamento da situação da saúde de Belo Horizonte, por exemplo.” (Verde escuro)

Na Oficina 5, A Organização do Trabalho para a Atenção Programada, foi apresentada a ficha de qualificação dos indicadores do perfil epidemiológico e assistencial para o diagnóstico local, distrital e municipal. Essa ficha apresenta os 26 indicadores trabalhados, sua conceituação e interpretação, seu uso, suas limitações, suas fontes, seu cálculo, as categorias sugeridas para análise e alguns comentários a seu respeito.¹² Foi possível perceber que a apresentação dessa ferramenta representou uma novidade capaz de facilitar o serviço, como se observa em:

“nem todo mundo sabe trabalhar com indicador, a gente teve oficina, é um monte de indicador, tem indicador que eu nem lembrava, e quando você trabalha isso fica fácil, você conhece aquilo lá, você tem a visão da sua área.” (Vermelho)

A apostila da Oficina 6, A Agenda das Equipes de Saúde e os Contratos de Gestão, tem ,anexo, o artigo científico que apresentou ,como resultados de pesquisa, a planilha de indicadores de saúde que englobam todas as áreas de atuação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Ho-

rizonte (SMSA/BH), na qual as equipes se baseiam para trabalhar com essa ferramenta.¹³

Na capacitação das equipes locais, apostou-se na promoção do conhecimento e na interação entre os sujeitos a partir da resolução de problemas oriundos da prática diária dos técnicos.¹³

Considerando-se a importância dos indicadores de saúde na rotina e as dificuldades em sua aplicabilidade dos indicadores no serviço, julgou-se necessário rever a qualificação dos profissionais envolvidos nesse processo para potencializar o trabalho com a utilização dos indicadores. Os profissionais avaliaram essa iniciativa:

“a oficina é muito válida! Colocou um tanto de instrumentos que a gente não dominava, não sabia! Eu acho que ela é muito interessante mas eu acho que tem que ter uma programação, mais prática.” (Amarelo)

“(os profissionais são) muito pouco treinados para lidar com número, pra lidar com estatísticas.” (Rosa)

Porém os resultados apresentam que, para alguns, a educação implementada para alcançar a aplicabilidade dos indicadores de saúde no cotidiano dos serviços apresenta certa (in)eficácia e (in)eficiência.

Atualmente, a equipe conceitua indicadores de saúde como sendo:

“um levantamento, um número dos serviços que são oferecidos à população; é o conhecimento da população pra gente poder ter uma noção do que oferecer, do que trabalhar.” (Vinho)

É visto também como:

“um direcionamento de tarefa; indica metas; é o planejamento que a gente tem; é um facilitador da tarefa diária.” (Coral)

Apesar de alguns profissionais apresentarem um conceito mais amplo sobre indicadores, outros ainda têm uma incipiente definição sobre o assunto. Isso pode ser evidenciado em:

“indicadores de saúde são dados que a gente obtém para indicar como está a saúde da população. Esses dados são importantes porque eles vão nos indicar como está o andamento da saúde, se o pessoal está consultando direitinho, se está acompanhando a saúde direito.” (Verde limão)

Muitas vezes os indicadores de saúde são empregados de forma empírica, sem qualquer evidência científica. Mas é de extrema importância que essa ferramenta seja funda-

mentada em um referencial teórico e que os indicadores sejam acoplados a um norte, a uma meta que se deseja atingir¹⁴ como é citado em:

“os indicadores de saúde são o nosso norte. A partir do momento que você trabalha com indicadores de saúde, você vai ver onde tá mais deficitário, o que você trabalhou mais, onde você precisa atuar mais.” (Vermelho)

Para trabalhar com os indicadores, foi necessário que os profissionais passassem por uma qualificação que, no geral, obteve resultados satisfatórios. Porém as dificuldades começam a ser percebidas nas dificuldades de alguns profissionais para definir os indicadores de saúde. Mesmo com a expansão do uso dos indicadores de saúde na APS, os conceitos e princípios sobre os quais são fundamentados não parecem ser de conhecimento de muitas das pessoas que os utilizam.¹⁴ Como é exemplificado, pelas seguintes declarações:

“indicadores de saúde pra mim são as epidemias, as doenças crônicas, é envelhecimento; é dengue dentro da área.” (Verde)

“as prevenções que são feitas. Seguir os protocolos da prefeitura.” (Lilás)

“promoção da saúde, alguma coisa que a gente pode ajudar na área da saúde também.” (Verde água)

“o que a gente pode oferecer de melhor em questão de saúde pra tranquilizar, pra avaliar a questão da saúde do paciente, compreender o lado do paciente.” (Roxo)

“são esses cursos que a gente faz pra dar uma qualidade de vida boa (ênfase) para o nosso usuário, é uma qualidade que a gente adquire com a teoria.” (Grafite)

“são todas aquelas pessoas que chegam no centro de saúde para serem atendidas.” (Verde claro)

“são os pacientes que procuram a gente, é isso? São os nossos cadastrados [pessoas] porque é ali que a gente vai diagnosticar o tipo de doença, o perfil da área que a gente trabalha.” (Azul piscina)

Ao serem questionados, alguns profissionais apresentam dificuldades em expor suas noções sobre o termo indicadores de saúde, outros esclarecem:

“ai, deixa eu ver, nem sei, sabia?! Não sei explicar o que é indicador de saúde. Não, não lembro.” (Cobre)

Os depoimentos enfatizam que, apesar de os informantes terem participado das oficinas de qualificação, o processo educativo pode não ter alcançado a finalidade de ajudá-los a atuar mais efetivamente e eficazmente em sua vida profissional.

Nesse sentido, o ato educativo deve basear-se em um enfoque crítico, o que implica em romper com o modelo normatizador de ações educativas, propondo um movimento contínuo de diálogo e troca de experiências, no qual se articulem as dimensões individual e coletiva desse processo educativo para, assim, compartilhar conhecimento no apreender.^{15,16}

As dificuldades apresentadas para a estruturação de noções sobre os indicadores de saúde podem refletir em sua aplicabilidade no cotidiano dos serviços. Como evidenciado nos resultados, há vários obstáculos a serem enfrentados pelas equipes de saúde.

Sabe-se que os indicadores de saúde são ferramentas já conhecidas no contexto da saúde pública. Porém, além de sua baixa taxa de aplicação, ainda são um desafio na rotina do serviço, como se constata em:

“a gente é muito pouco treinada para lidar com número, pra lidar com estatísticas, e isso dificulta muito.” (Rosa)

“pra ser bem sincera no meu dia a dia nenhuma [aplicabilidade], a gente não trabalha aqui com indicadores de saúde, pelo menos até então. Na minha realidade isso ainda é muito pouco aplicado.” (Rosa)

Os profissionais mostram também que, apesar de essa ferramenta ter sido o assunto das oficinas, ainda há dificuldade em visualizá-la em seu dia a dia:

“na verdade a gente não tem muito acesso, não tem muito contato, assim com esses números. Passou a ter agora com as oficinas de qualificação, antes a maioria nunca tinha ouvido falar em indicadores.” (Vinho)

Mas os profissionais demonstram interesse em trabalhar com os indicadores e percebem sua importância para a atenção básica:

“esse assunto é meio novo pra gente, então eu quero realmente poder futuramente trabalhar com indicadores na prática.” (Coral)

“Ele de-veria (ênfase) ser utilizado em todas as ações de saúde da família, só que não é essa a realidade.” (Vermelho)

Esse profissional ainda relata os obstáculos enfren-

tados para a aplicação dos indicadores ao revelar que os profissionais:

“acabam sendo atropelados por todas as atividades, são tantas as discussões de casos que atrapalham você a trabalhar com indicadores de saúde, você precisa ter acesso a sistemas que você não consegue acessar, o número de computadores disponíveis é pequeno.” (Vermelho)

Com a utilização dos indicadores nos serviços de saúde, pode-se evidenciar também a dificuldade de obtenção de dados completos e fidedignos, que permitam acompanhar a real situação da saúde da população.¹⁷ Essa dificuldade deve-se, principalmente, ao fato de os profissionais não registrarem os dados referentes à população adscrita corretamente e é percebida quando os participantes do estudo relatam:

“No acompanhamento da gente agora fica muita coisa sem registrar também.” (Salmão)

“Por exemplo, chega no final de mês, o Centro de Saúde atendeu mil pessoas, mas não foram só mil, foram duas mil, mas ninguém marcou, então não indicou que foram atendidas duas mil.” (Verde-Escuro)

No atual panorama da APS, outro grande desafio das ESF é organizar o trabalho, conciliando a quantidade de atendimentos prestados com o cumprimento integral de todas as suas funções, gerando obstáculos na utilização dos indicadores de saúde¹⁸ e sobrecarregando os profissionais:

“Pois é, a demanda da gente é muito grande. Então, a gente está sempre trabalhando muito e tem muito pouco tempo pra você poder fazer esse tipo de serviço, esse trabalho, que é um trabalho importante!” (Amarelo)

Além disso, há escassez de recursos humanos:

“São poucos profissionais, e tá tendo uma demanda muito grande” (Verde),

“Precisa de mais profissionais, que não tem... falta no Centro de Saúde. Eu acho que a população é muito grande, a demanda é muito grande [...], aí faltam profissionais para dar conta do recado.” (Dourado)

Ao se referir à ESF, a questão de recursos humanos representa desafios e riscos para a sustentabilidade dessa Estratégia.¹⁹

Ainda é grande o número de famílias por equipes, bem acima do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), - máximo de 4.000 pessoas, sendo o indicado como ideal o máximo de 3.000 usuários – levando a uma sobrecarga de trabalho para os profissionais e a grandes reclamações por parte dos usuários, realidade enfrentada por várias ESF do país, principalmente nos grandes centros urbanos onde se concentra a maior parte da população brasileira.²⁰

A situação da saúde brasileira revela um alto número de atividades a serem desempenhadas no cotidiano da ESF. Esse pode ser um dos fatores de interferência no aperfeiçoamento do profissional, além de causar desgaste e estresse. Número insuficiente de recursos humanos sobrecarrega os profissionais no desempenho das funções na ESF e a inadequada composição das equipes, frente às demandas sociais e demográficas, compromete a resolutividade. Recursos humanos competentes e suficientes são primordiais para o alcance dos objetivos da ESF, pois são eles os responsáveis diretos pela qualidade da atenção à saúde.²¹

Na reorganização da APS, a equipe Saúde da Família é responsável por produzir serviços de saúde e atividades que envolvem a interpretação e a avaliação de indicadores de saúde da área de abrangência, como a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde e disponibilização de uma assistência integral. Os profissionais ficam sobrecarregados de tarefas com um alto grau de exigências e responsabilidades e isso só piora quando se tem déficits na organização do trabalho e no preparo para exercer seu papel. Agrava-se ainda mais a situação com as limitações internas e externas, expondo o profissional a riscos que podem desencadear o estresse. Fica claro, mais uma vez, que a organização, o planejamento dos serviços e o preparo profissional são prioridades na reestruturação da ESF. Porém nem sempre existe um ambiente de trabalho favorável e recursos humanos compatíveis com o desempenho de uma prática humanizada, competente e resolutiva.²¹

Os avanços que a saúde pública vem alcançando, com o objetivo final de integrar o sistema e as práticas de atenção à saúde, implicam em investimentos e custos. Dentre esses avanços, destacam-se a formação e a capacitação da equipe de trabalho. Mas de nada adianta qualificar os profissionais se não lhes são garantidas condições plenas para a execução de suas atividades. Portanto um ponto dificultador é a sobrecarga de trabalho profissional. Essa dificuldade está relacionada ao excesso de demanda, o que limita as práticas de saúde.²⁰

Não é novidade quando se fala da inexistência ou da pouca utilização de instrumentos de planejamento e pro-

gramação do serviço em saúde, mesmo com a inserção dos sistemas de informação e unidades informatizadas. Consolidar essas ferramentas de monitoramento e de avaliação, como os indicadores de saúde, ainda é um desafio a ser superado com prioridade. Faz-se necessário evidenciar que, além da falta de profissionais, faltam também capacitação e infraestrutura. Essa precariedade remete ao processo de trabalho voltado para atender a demanda espontânea em que predominam as práticas curativas individuais.²⁰

As primeiras avaliações e os primeiros resultados das Oficinas APS foram analisados de acordo com o objetivo dessas Oficinas, a fim de estabelecer se os mesmos estão sendo alcançados e também para avaliar os conteúdos propostos. Essa avaliação ocorreu em reuniões quinzenais do grupo de condução municipal nas quais foram feitos levantamentos dos fatores favoráveis, dificuldades e desafios, e os ajustes necessários.²²

Apesar de uma resposta positiva, ainda é cedo para uma avaliação fidedigna com base em resultados. Na realidade, muitas vezes um aglomerado de atividades gera também desmotivação por parte da equipe em relação às ferramentas gerenciais e fazem esses profissionais acreditarem que são desnecessárias e sem aplicabilidade, que não fazem sentido com o tempo que eles têm para realizar tanto serviço ou que também nem sabem como utilizar, de fato, esses instrumentos.

Um exemplo evidenciado nessa pesquisa foi que, apesar das oficinas de qualificação oferecidas pela PBH, sendo uma delas sobre os indicadores de saúde, os profissionais ainda não se sentem preparados para trabalhar com esses indicadores.

Diante das sabidas dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao utilizarem os indicadores de saúde em seu trabalho, a educação permanente, com o intuito de capacitar esses profissionais, é a grande aliada para a qualificação do serviço. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde conceitua essa prática como capaz de “efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, ampliar as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.”^{23:7}

A educação permanente em saúde não se resume basicamente em capacitações ou treinamentos, mas na construção de conhecimentos de uma maneira horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Nesse contexto, a relação entre ensino e aprendizagem deve ser movida pelo debate crítico e por discussões, tendo, como ponto de partida, os problemas apresentados nas práticas cotidianas.²⁴

Esse processo de qualificação valoriza a aprendizagem no trabalho. Portanto é necessária a articulação permanen-

te do quadrilátero do SUS, composto por trabalhadores, usuários, formadores e gestores, para que seja desenvolvida uma educação baseada na atuação crítica e reflexiva, visando a integralidade da atenção à saúde.²⁴

A educação permanente possibilita um espaço para a construção coletiva da reflexão e da avaliação de determinada situação, além de promover a atualização “das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis.”²⁵

A educação deve apresentar características essenciais para o alcance dos objetivos e a real eficácia das ações. Deve apresentar-se de forma crítica, problematizadora da realidade, por meio de um processo compartilhado, reflexivo, construído a partir de ações conjuntas como planejamento participativo, trabalho em grupo e pesquisas. Por sua vez, esses objetivos implicam em prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial dos seres humanos por um processo de duas vias, a intencional e a reacional.²⁶

O processo educacional promove estímulos a mudanças e à renovação relacionada à qualificação proporcionada aos profissionais, como se vê no relato:

“eu gostaria que essas oficinas que concluímos ao longo de dois anos, que elas realmente dessem certo, não ficassem só no papel, fosse uma coisa boa pra nós e pro usuário. As oficinas foram feitas pensando-se em conseguir algo de positivo, porque dois anos fazendo oficina não pode ter sido em vão, porque é cansativo, é uma oficina muito cansativa, requer muito pensamento da gente, elaboração de metas, então eu acredito que deve melhorar alguma coisa.” (Cinza)

Considerando a importância dos indicadores de saúde na rotina dos serviços e as dificuldades em sua aplicabilidade, é necessário rever a qualificação dos profissionais envolvidos nesse processo para potencializar o trabalho por meio de sua utilização. O profissional tem a visão de que:

“a oficina é muito válida! Colocou um tanto de instrumentos que a gente não dominava, não sabia! Eu acho que ela é muito interessante, mas eu acho que tem que ter uma programação mais prática.” (Amarelo)

As oficinas ofereceram a oportunidade de disseminar e coletivizar as diretrizes institucionais e um processo de trabalho padronizado, sendo que o que se vê atualmente é uma heterogeneidade dentro de um mesmo distrito sanitário, com processos muitas vezes díspares e isolados.²²

Fica evidente o quanto é importante que a qualificação, dentro dos serviços de saúde, seja sempre contínua, não

só para qualificar a assistência e capacitar os usuários, mas também para promover um ambiente de trabalho mais organizado e facilitador do serviço. Os processos educacionais passam a ser vistos cada vez mais como um componente necessário à melhoria dos serviços de saúde.²⁷

CONCLUSÃO

O estudo realizado propôs conhecer a compreensão dos profissionais da APS sobre a aplicabilidade dos indicadores de saúde em seu cotidiano de trabalho. Os resultados apontam que a maior parte dos entrevistados expressou uma concepção acerca do assunto ao se referirem à importância dessa ferramenta no serviço e ao quanto contribui para programar e organizar as ações em saúde.

Entretanto esse conhecimento ainda é incipiente. Há dificuldades no uso dos indicadores de saúde em prol da população por eles representada.

As Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde tiveram grande valia ao apresentar e discutir os indicadores de saúde. Todavia os profissionais necessitam aprofundar o conhecimento adquirido e aplicar o que foi estudado em sua prática para uma melhor visualização do que essa ferramenta objetiva.

Constatou-se que, por ser uma ferramenta recentemente implantada nos serviços, é relevante que os profissionais tenham outros treinamentos e capacitações no que se refere aos indicadores de saúde, para o alcance da qualificação desejada e da efetividade de seu uso.

Ressalta-se a importância de aprofundar os conhecimentos acerca da aplicabilidade dos indicadores na ESF para que novas pesquisas possam contribuir na compreensão e na avaliação de seu uso na APS em realidades distintas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: OPAS; 2008.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro; 2009. [Citado 2012 jan. 15]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosauade/2009/indicauade.pdf>.
3. Mandarola TR. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. Rev Espaço Saúde. 2009; 10(2): 53-60.

4. Belo Horizonte. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina 3 - territorialização e diagnóstico local. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
5. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
7. Brasil. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
8. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
9. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. 1999. [Citado 2012 abr. 17]. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>.
10. Brasília. O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
11. Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. Rev Adm Saúde. 2007; 9(34): 9-15.
12. Belo Horizonte. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina 5 – Análise da Atenção Primária à Saúde. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
13. Belo Horizonte. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina 6 – A Agenda das Equipes de Saúde e os Contratos de Gestão. Guia do participante. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
14. Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. Rev Adm Saúde. 2005; 7(27): 57-64.

15. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):117-21.
16. Mennin RHP. Educação continuada para o profissional de saúde. Departamento de Medicina Preventiva UNIFESP. I Congresso Nacional de Saúde da UFMG, Belo Horizonte; 2008.
17. Brito MJM, Evora YDM, Veridiano AG, Cavalcante RB. Sistema de informação em saúde e o cotidiano de trabalho de Profissionais de unidades de terapia intensiva de um hospital Privado de Belo Horizonte. *REME – Rev Min Enferm.* 2012; 13(4): 467-73.
18. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4): 567-73.
19. Ferreira MEV, Schimith MD, Cáceres NC. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(5): 2611-20.
20. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Supl.1):S69-S78.
21. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. *Rev Enferm UERJ.* 2007; 15(4):502-7.
22. Ferreira JM, Meireles AL, Andrade RMG, Santos MA, Tostes MLF, Rates SMM, et al. Relato da experiência vivenciada em Belo Horizonte com as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde. Belo Horizonte: Portal PBH; 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
24. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.
25. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(16).
26. Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo Saúde.* 2007; 31(3):320-8.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64 p.

Submissão: agosto/2012

Aprovação: novembro/2012
