



Geografia, Saúde e Informação: Estudos territoriais do Sistema de Informação da Atenção Básica em Natal, Rio Grande do Norte

Raphael Curioso¹

Aldo Dantas²

Trabalho de Monografia

Estágio: Em conclusão

Resumo

O SIAB responsabiliza-se pela produção e organização das informações geradas através do trabalho das equipes de saúde na atenção básica. Seu diferencial consiste em registrar e monitorar dados de saúde levando em consideração as áreas de abrangência da atenção básica, e a população nela contida. O objetivo do nosso trabalho é analisar se o processo de trabalho do SIAB, tal qual se encontra em Natal, nos ajuda a pensar *geograficamente* os problemas de saúde. Delimitamos o trabalho em duas linhas: No primeiro momento descrevemos a configuração da rede de atenção básica no município. Por fim, analisamos o processo de trabalho do SIAB, desde a produção de informação no lugar até a sua consolidação na secretaria municipal. Até o presente momento, verificamos que: 1) Em função da baixa cobertura da rede de atenção na cidade, existe uma população considerável fora do alcance do SIAB; 3) Existe constantes perdas de informação no processo de trabalho do SIAB, De forma que pouco da *realidade concreta* daquele lugar é apreendido.

Palavras Chaves: SIAB, Atenção Básica, Informação, Geografia

INTRODUÇÃO

O Sistema de informação em saúde (SIS) se constitui hoje por uma coleção de subsistemas de informação, onde cada um terá como papel a organização de dados referentes a uma atividade específica realizada pelo ministério da saúde. Os sistemas de informação em saúde passaram por uma transformação intensa ao longo dos anos, em função da transformação das políticas de saúde.

Hoje, a principal luta realizada pelos estudiosos da área é o enquadramento das políticas de informação em saúde para que sejam coerentes com os princípios básicos do SUS. Neste sentido, os ideais de integração e democratização da informação são as principais metas a serem alcançadas. De acordo com Maria Alice Branco (2006), a realidade encontrada neste setor exprime um conjunto de problemas a citar:

¹ Aluno concluinte do curso de Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. curiosolima@yahoo.com.br

² Professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. aldodantas@ufrnet.br



- A falta de integração entre as ações gestoras
- A proliferação de sistemas nem sempre adequados;
- A duplicidade e redundância de dados e informações;
- Carência infra-estrutural;
- Dificuldades de acesso.

Silva e Laprega (2005) elencam outras características negativas para o SIS nos dias atuais, como por exemplo:

- A ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos;
- A ênfase na coleta de dados médicas ou de doença;
- Ter como base de dados apenas a população assistida, o que contribui para a incompatibilidade das informações com a realidade local;
- Ausência da participação popular na geração e uso das informações.

É evidente que a maioria dos sistemas de informações que compõem o SIS enquadram em si a maioria das críticas reveladas por estes autores. Contudo, observamos que existem algumas tentativas válidas em elaborar um sistema de informação que seja coerente com a realidade concreta. Pensamos que elas também representam tentativas de realizar políticas e ações de saúde que sejam compatíveis com os princípios que sustentam o ideal do Sistema Único de Saúde. Uma destas tentativas, que será o objeto de nossa pesquisa, é o Sistema de Informação da Atenção Básica.

O Sistema de Informação da Atenção Básica é um sistema atrelado ao modelo de atenção básica do SUS, e o seu principal diferencial é que os dados que são incorporados ao sistema são bem definidos no que diz respeito à sua localização geográfica, tendo como escala menor de agregação de informação o domicílio.

Os dois principais modelos da atenção básica do SUS, a estratégia de agentes comunitários de saúde (EACS) e a estratégia Saúde da Família (ESF) se fundamentam a partir da metodologia de distribuir pelo território as unidades básicas de saúde, e para cada unidade, será delimitada uma área de abrangência, área esta que define a atuação de cada unidade básica no município. A população contida



nestas áreas, chamadas de território³, será beneficiada com a ação rotineira das equipes de saúde.

O SIAB foi implantado em 1997/1998 para atender a necessidade do Programa Saúde da Família (PSF) de consolidar, gerenciar e organizar os dados produzidos em seu processo de trabalho. Sua implantação deu-se para substituir o antigo SIPACS – Sistema de informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O SIAB é encarado como uma ferramenta para os sistemas locais de saúde, e um fator fundamental que o diferencia de outros sistemas é a incorporação dos conceitos-chave *território e responsabilidade sanitária*.

A definição de território em nosso trabalho carece de atenção especial. Adotamos o pensamento de que ele é representado e constituído por materialidade e por um sistema de relações sociais. Para sermos formais nesta formulação, assumiremos que o território se define por ser formado, “de um lado, pelo resultado material acumulado das ações humanas através do tempo, e, de outro lado, animado pelas ações atuais que hoje lhe atribuem um dinamismo e uma funcionalidade” (SANTOS, 2008a, p.106)

Este resultado material, que chamamos de *configuração territorial*, é o tecido material por onde a vida humana se realiza. Podemos considerar que a configuração territorial é o conjunto de todas as coisas, arranjadas em sistema. Estas coisas podem ser tanto caracterizadas como objetos naturais ou artificiais (SANTOS, 2008b). Embora não devamos ignorar a presença de objetos naturais, é importante frisar que esta configuração territorial é, em sua gênese, uma produção humana, já que a constituição desta materialidade se dá, irrevogavelmente, através do *fazer técnico*. E, na medida em que o homem encontra dificuldades materiais, ao mesmo tempo inventa um novo conjunto de possibilidades de realização de sua vida, novos fazeres técnicos se fazem presente, e, por conseguinte, mais *artificializado* torna-se a configuração territorial. Neste sentido, o processo histórico de transformação do território mostra que os objetos naturais se tornam cada vez mais recolhidos e cercados pelos objetos técnicos. SANTOS(2008a) evidencia este processo ao localizar historicamente o período atual como *técnico-científico-informacional*, já que no período atual conhecemos a união indissociável do fazer técnico à racionalidade científica.

³ É importante observar que o termo *território* utilizado nos estudos da saúde pública não possui a mesma conceituação do território que propomos como categoria de análise social. Desta maneira, preferimos nomear tais demarcações de atuação dos profissionais da atenção básica como *área*, e não como território, para não gerar incongruências teóricas.

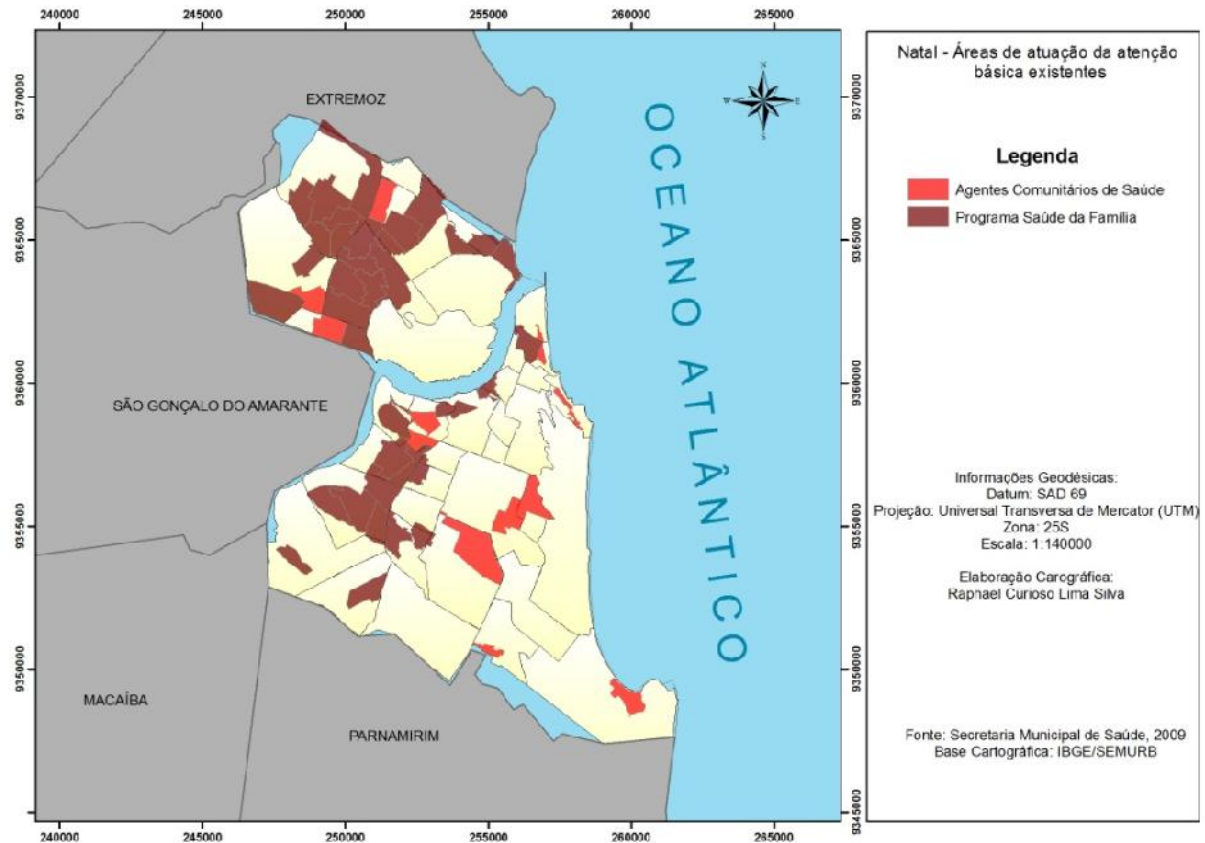


Já o conceito de responsabilidade sanitária faz referência ao comprometimento que os gestores dos serviços de saúde devem ter em conhecer o próprio território. O nível de responsabilidade *macrossanitária* diz respeito à responsabilidade que os gestores devem ter em suas gestões de assegurarem o direito a saúde da população de todo um município. Já o nível da responsabilidade *microssanitária* supõe que cada território de saúde é bem conhecido pelos profissionais que nele realizam seus trabalhos. Cabe a estes profissionais a responsabilidade de conhecimento do território e o estabelecimento de vínculo entre eles e a população adscrita nesta área.

O conceito acima, juntamente com o de *território*, se constitui em evidências de um esforço em inserir nas políticas de saúde a importância do *conhecimento geográfico*. Neste sentido, os dados levantados através dos elementos que constituem o SIAB possuem (fichas e relatórios), em maior ou menor grau, um sentido geográfico, uma característica que vincule este Sistema com a geografia.

A problemática de nosso trabalho surge através da observação de duas evidências encontradas em nossas pesquisas preliminares.

A primeira evidência é a respeito da cobertura populacional. Apenas observando o Mapa 01, observamos que as áreas de abrangência existentes no município natalense não cobrem a totalidade da população da cidade. De acordo com Luciana Feitosa (2010), a população coberta pelo ESF em 2010 era de apenas 45,7%. A cobertura populacional do EACS ainda não foi contabilizada, mas por estimativa esta cobertura não ultrapassa os 15%. Isto significa que existe uma grande porção da população do município de Natal que fica oculta aos “olhos” do Sistema de Informação da Atenção Básica.



Mapa 01. Demarcação das áreas de abrangência em Natal. Fonte: SMS/2009

A segunda evidência diz respeito ao processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, que tem como ferramenta um conjunto de oito fichas. Destas, sete fichas tem a função de acompanhar diferentes tipos de doentes, uma registra as atividades, procedimentos e notificações, e mais uma, a ficha A, tem o objetivo de realizar o cadastro das famílias cobertas.

Através de uma análise das fichas, observamos que, no que diz respeito ao *tipo de conhecimento* levantado, há uma predominância de dados médicos e epidemiológicos, tornando-se abstração estatística. De uma forma geral, as informações são agregadas na escala do *indivíduo*. Apenas a ficha A possui informações de conotação *espacial*, e ainda assim de forma bastante incipiente. Essa incipiência é analisada por Aranha (2010) da seguinte forma:

“Se questionarmos em que condições vivem essas pessoas [encontradas na área de abrangência do posto de saúde de nova cidade], porém, os dados quantitativos contidos nesse mesmo consolidado (do SIAB) são meras abstrações estatísticas, logo, nem os dados estatísticos de cunho preventista baseados em critérios demográficos, nem os dados sobre a situação de moradia e saneamento dos domicílios que abrigam as famílias cadastradas, são suficientes para sabermos a real condição dos lugares onde esses dados foram produzidos, pois enquanto médias estatísticas não traduzem as particularidades de cada área de abrangência das USF municipais.” (ARANHA, 2010, p. 64)



Tendo como premissa que a saúde, no sentido mais abrangente, significa na

“(...)resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (BRASIL, 1986).

Assumiremos que as ações que visam a melhoria da saúde da população poderiam ser afinadas e aperfeiçoadas se forem incorporadas em seus meios de análise o uso do *território* como categoria de análise.

Desta forma, para que o objetivo de conhecer na melhor forma possível o estado de saúde da população coberta pelo EACS e pelo ESF seja realizado, pode ser necessário que novos tipos de dados e novos instrumentos sejam inseridos em seu sistema.

Em resumo, a problemática que norteia o nosso trabalho apóia-se nas evidencias enumeradas acima, e aparta-se na seguinte pergunta: *Em que medida as características encontradas no SIAB da secretaria municipal de saúde de natal contribuem para o conhecimento do território, visto enquanto condicionante da situação de saúde das pessoas?*

OBJETIVOS E METODOLOGIA

O processo de construção de nossa pesquisa adotará estratégias específicas para que cada um dos nossos objetivos específicos sejam alcançados.

1. Inventariar a configuração da rede de atenção básica em Natal

Este objetivo será alcançado através da coleta de informações junto a secretaria municipal de saúde e seus distritos. As principais informações levantadas constam na Ficha “A” do SIAB. Através destes dados, poderemos realizar um inventário da atenção básica da cidade, identificando a população coberta, as equipes de saúde existentes em cada posto de saúde, a situação de moradia de em cada lugar, entre outras variáveis. Caso seja necessário também, faremos a atualização do banco de dados das áreas de abrangência, a partir dos croquis que foram disponibilizados para o trabalho de Feitosa (2010) pela secretaria de saúde de



Natal, e tendo esta informação em mãos, realizaremos o trabalho de vetorização e, por fim, a elaboração dos mapas.

2. Examinar o processo de produção, consolidação e uso das informações do SIAB, nas escalas da área de abrangência, do distrito sanitário e da secretaria municipal de saúde.

Realizaremos entrevistas nas três esferas administrativas que envolvem o SIAB: O posto de saúde, o distrito sanitário e a secretaria municipal, monitorando todo o processo de produção do conhecimento do SIAB, desde o trabalho de campo do Agente comunitário de saúde, até a consolidação dos dados na secretaria municipal. O uso das informações também será descoberto através da realização de entrevistas.

3. Estabelecer um diálogo entre os temas *geografia, saúde e informação*, em particular identificando se há uma congruência entre as políticas de saúde, as de informação em saúde e a geografia.

Neste momento mostramos a necessidade de se compreender os conceitos que embasam o nosso trabalho. O conceito de território, como categoria de análise social, é o ponto de partida para que possamos subsidiar nossa análise sobre as políticas de saúde e de informação em saúde. Em seguida, mostraremos como se dá a incorporação de tal conceito dentro das políticas de saúde, e da mesma forma, averiguaremos se esta incorporação também existe dentro das políticas de informação em saúde, uma vez que, para o nosso trabalho, torna-se alvo de preocupação a introdução do território no corpo das políticas de informação. Mas, antes de entrarmos na discussão sobre as políticas de informação em saúde, será necessário esclarecer tal conceito, onde será obrigatório evidenciar o seu papel fundamental na reconfiguração do território e dos lugares nos dias atuais. Ao fim do capítulo, mostraremos os princípios de funcionamento do SIAB, objeto de estudo de nossa pesquisa.



RESULTADOS

Até o presente momento da pesquisa, realizamos a análise das fichas que fazem parte do Sistema de Informação da Atenção Básica. Além disto, realizamos entrevistas que nos auxiliaram na compreensão de todo o processo de produção de informação pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, como veremos adiante.

O Sistema de informação se estabelece através de um processo cíclico mensal de quatro etapas de trabalho, iniciando-se com o preenchimento de fichas de informação e finalizando com a consolidação dos dados no DATASUS. A discriminação de todas as etapas é mostrada a seguir:

- Preenchimento das fichas
- Preenchimento dos relatórios
- Digitalização dos relatórios através do software do SIAB
- Consolidação dos dados e transmissão para o DATASUS

As etapas um e dois são realizadas na escala do posto de saúde e de suas áreas de atuação, enquanto que as duas seguintes são realizadas na secretaria municipal de saúde. A base de todo o SIAB, no que diz respeito à informação produzida, é o preenchimento das fichas. Através do preenchimento das Fichas A, B (e suas variantes), C o agente comunitário de saúde (ACS) realiza o seu trabalho diário, consultando todos os domicílios contidos na circunscrição do posto de saúde. A ficha D funciona como uma espécie de “diário de trabalho” de modo que os profissionais das equipes de saúde precisam preenchê-la e registrar todas as suas ações de trabalho.

A diferença entre a ficha e o relatório é que as fichas comportam todas as informações levantadas pelos agentes de saúde, e para cada nível de agregação de dados (Domicílio, no caso da ficha A e indivíduo, no caso das fichas B e C) existe uma ficha. Por outro lado, o relatório é o consolidado de um conjunto de dados de um tema. Em um relatório, agregam-se dados de várias fichas. Os principais relatórios são o SSA2 e o PMA2, já que neles se consolidam, respectivamente, todos os dados da população assistida e do trabalho produzido nos postos de saúde.



Outra diferença fundamental entre as fichas e os relatórios está justamente na dimensão do seu fluxo de informação: O conjunto das fichas é consolidado nos relatórios, e são os relatórios que alcançam os níveis superiores na hierarquia da rede de saúde. Apenas os relatórios “saem” das unidades básicas de saúde e alcançam hierarquias maiores. As fichas, mais numerosas e mais detalhadas, ficam em posse dos agentes de saúde, e se servirem para o planejamento e a gestão do serviço de saúde, isto ocorreria apenas em nível local.

O conjunto dos conteúdos das fichas e dos relatórios permite que se conheça um perfil profundo do indivíduo entrevistado, mês a mês. Podemos saber sua situação de moradia, possibilidades de transporte, dados pessoais (idade, sexo, ocupação), doenças e enfermidades.

Podemos afirmar, então, que uma área de atuação por onde os agentes comunitários de saúde atuam recebe um bombardeio de inquéritos, de modo que se permite o conhecimento profundo de dados epidemiológicos e demográficos daquele lugar. Esta característica só é possível graças à estrutura do SIAB, que ali é existente. Em outras palavras, tomando como referência o município de Natal, *as áreas da cidade onde o SIAB existe possuirá uma dinâmica informacional diferente daquelas áreas onde não há o Sistema de Informação*. Isto também significa dizer que, para que conheçamos o funcionamento do SIAB, precisamos, além de conhecer os seus mecanismos internos (as etapas enumeradas acima), também precisamos saber qual a configuração da atenção básica em Natal.

Outro importante dado que se faz ser notado é a imensa quantidade de dados especializados que são levantados. Para que os dados epidemiológicos sejam colhidos, faz-se necessário que o Agente Comunitário de Saúde, geralmente de baixa escolaridade, seja levado a conhecimentos específicos e complexos. A Ficha B, por exemplo, possui 5 variantes, uma para cada tipo de doença encontrada em um indivíduo. Somando todas as fichas, podemos detectar pelo menos dez variáveis de difícil entendimento para aqueles que não são especialistas da área da saúde.

É importante frisar que o PNAB compete ao município o dever de realizar o treinamento dos profissionais, mas nem sempre este treinamento é suficiente, em função da especialidade do dado colhido. Tendo como premissa que a saúde, no sentido mais abrangente, significa na

“(…)resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o



resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (BRASIL, 1986).

Assumiremos que as ações que visam a melhoria da saúde da população poderiam ser afinadas e aperfeiçoadas se forem incorporadas em seus meios de análise o uso do *território* como categoria de análise.

Desta forma, para que o objetivo de conhecer na melhor forma possível o estado de saúde da população coberta pelo EACS e pelo ESF seja realizado, pode ser necessário que novos tipos de dados e novos instrumentos sejam inseridos em seu sistema.

BIBLIOGRAFIA

ARANHA, Pablo Ruiz Madureira. Do mundo como norma ao lugar como forma: o uso do território pela estratégia da saúde da família. Natal: UFRN, 2010

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FEITOSA, Luciana da Costa. Território usado e sus: a política normativa e as formas geográficas da atenção básica em natal/RN. Natal:UFRN, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

SILVA, Anderson Soares da. LAPREGA, Milton Roberto. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de saúde pública. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(6):1821-1828, nov-dez, 2005.

SANTOS, Milton. A Natureza do Espaço. São Paulo: Editora EDUSP, 2008a.

_____. Metamorfoses do Espaço Habitado. São Paulo: Editora EDUSP, 2008b.