

PET SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PREENCHIMENTO DE CADASTROS NA ATENÇÃO BÁSICA

Helenice Yemi Nakamura¹
Stéfanie Melo Lima²
Maria Inês Rubo Nobre³
Núbia Garcia Vianna⁴
Sônia Maria Chadi de Paula Arruda⁵
Eliete Maria Silva⁶

RESUMO: O cadastro do usuário e do domicílio permite que com as informações obtidas viabilizem a realização das ações no âmbito individual e coletivo desenvolvidas nas áreas de abrangência dos serviços de saúde. Para que ações de saúde e vigilância possam ser desenvolvidas com base nas informações obtidas através do cadastro é importante que exista qualidade nas informações. Este estudo buscou analisar a completitude dos cadastros de usuários e domicílios de dez centros de saúde, participantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-SAÚDE), do município de Campinas. Dos 191 cadastros escolhidos para estudo apenas 71 foram encontrados nas unidades e apenas dois estavam completos. A incompletitude encontrada reforça a importância no cuidado da coleta e preenchimento dos dados para que estes possam subsidiar o planejamento na unidade de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Básica; Cadastro; Saúde da Família.

PET FAMILY HEALTH: QUALITY ASSESSMENT OF COMPLETION OF REGISTERS IN PRIMARY CARE

ABSTRACT: The user registration and residence permits with the information obtained allow the accomplishment of the actions at the individual and collective coverage developed in the areas of health services. For health and surveillance actions can be developed based on information obtained through the registration is important that there is quality in the information. This study sought to assess the completeness of registrations from users and households ten health centers, participants Program Education for Work (PET- Family Health), in Campinas. Of the 191 entries chosen for study were found in only 71 units and only two were complete. The incompleteness

1 Profª Drª do curso de Fonoaudiologia na Universidade Estadual de Campinas - FCM/Unicamp. E-mail: helenicenakamura@gmail.com.

2 Graduanda em Fonoaudiologia na FCM/UNICAMP.

3 Profª Drª do curso de Fonoaudiologia na FCM/Unicamp.

4 Profª Esp. do curso de Fonoaudiologia na FCM/Unicamp.

5 Profª Drª do curso de Fonoaudiologia na FCM/Unicamp.

6 Livre docente na Faculdade de Ciências Médicas da FCM/UNICAMP.

found reinforces the importance of the careful collection and completion of the data so that they can support planning at the health facility.

KEY WORDS: Primary Health Care; Census; Family Health.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em um cenário de mudanças onde o sistema de saúde vigente enfrentava várias dificuldades que levaram a diminuição da qualidade dos serviços prestados gerando insatisfação da população e dos próprios servidores.¹ Este sistema foi regulamentado na Constituição Federal de 1988, reconhecendo a saúde como um direito de todos a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2003).

O processo de implantação do SUS no Brasil trouxe o desafio de redirecionar as práticas de saúde para o atendimento integral à saúde da população brasileira.

As ações do SUS baseiam-se na promoção da saúde, que vão além de prevenir e tratar as doenças. Como definição, a saúde é o resultado de determinantes sociais, econômicos, políticos e psicológicos que se combinam de forma particular em diferentes sociedades, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Ações de promoção da saúde podem ser atividades dirigidas à transformação do comportamento do indivíduo, focando em seu estilo de vida e localizando-o no seio da família e no ambiente social e cultural. Essas ações também estão relacionadas ao coletivo, preocupando-se com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação, habitação e saneamento, oportunidades de educação, apoio social para famílias e indivíduos (BUSS, 2002)

Assim, para otimizar o trabalho do SUS, visando atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF)(HENRIQUE, CALVO, 2009), com objetivo de reorganizar a prática assistencial,

centrada no médico e no hospital, passando a focar o usuário (família em seu ambiente físico e social) e a equipe (ROSA, LABATE, 2005). O PSF teve como base o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com enfoque em profissionais com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, a família e a sociedade (BRASIL, 2004).

Posteriormente à criação do PSF, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de obter informações sobre os usuários, visando desenvolver um padrão para prontuários e acessos aos serviços de saúde. Assim, em 2000 iniciou-se o cadastramento dos usuários em todo o território, com a finalidade de ser o primeiro passo para a implantação do Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2001).

O cadastramento consiste no processo por meio do qual são identificados os usuários do SUS. Por meio do cadastro será possível [...] a vinculação de cada usuário ao município de residência, permitindo uma maior eficiência na realização das ações de natureza individual e coletiva desenvolvidas nas áreas de abrangência dos serviços de saúde (BRASIL, 2001, p.4).

O cadastro constitui-se como um importante meio para o conhecimento do território que está adscrito por cada Centro de Saúde, além de favorecer que o indivíduo seja visto em sua integralidade e que sejam criadas propostas de promoção à saúde tanto no âmbito coletivo quanto no individual. Permite ainda a construção de um banco de dados para diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde apontando para os locais onde a iniquidade sócio-cultural e econômica deve expor mais intensamente os indivíduos a agravos à saúde (SALA ET AL.,2004; ANDRADE, SOARES, 2001).

No SUS, os dados são utilizados na elaboração de informações relevantes para a gestão e planejamento de recursos humanos e financeiros em todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal). Para garantir que tais informações sejam fidedignas é necessário que a coleta e o uso dos dados sejam adequados.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS), utilizado para a organização e o armazenamento de dados, constitui-se em instrumento fundamental para o cumprimento das atribuições conferidas à direção municipal do SUS pela Lei 8080/90:

"Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde" (BRASIL, 1990).

Para que essas atribuições sejam cumpridas é necessário que exista qualidade nas informações inseridas no SIS que pode ser avaliada por meio da completitude. O conhecimento da qualidade da informação do sistema é fundamental para o conhecimento da potencialidade epidemiológica desse sistema, tanto do ponto de vista qualitativo que implica na fidedignidade das informações, quanto quantitativo, que analisa a cobertura total dos eventos e a completitude do preenchimento (ROMERO, CUNHA, 2007).

A incompletitude refere-se aos campos em branco, que resultam em informações incompletas, de cada variável. Contudo, em diversos sistemas, essa informação incompleta pode ser considerada como informação ignorada, o que estudiosos consideram um erro (LIMA ET AL., 2009).

No projeto Gestão do Cuidado e Promoção da Saúde no SUS Campinas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde da Família) realizado na Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Unicamp, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em que foram estudados os diversos SIS e suas fontes de informação, disponíveis em âmbito local. O PET tem como pressuposto a educação pelo trabalho, propondo-se a auxiliar grupos de aprendizado tutorial no contexto da Estratégia Saúde da Família. A perspectiva do PET é expor as necessidades do SUS por meio das informações utilizadas como fonte de produção, conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; HADDAD ET AL., 2009).

A presente pesquisa tem como objetivo avaliar a completitude das informações dos cadastros individual e domiciliar dos usuários que foram a óbito por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, no ano de 2009, na faixa etária de 20 a 59 anos, em dez Centros de Saúde, da cidade de Campinas/SP.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva descritiva de abordagem quantitativa, esse nível de pesquisa visa à descrição das características de determinada população ou fenômeno, sendo característica a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2008). A abordagem quantitativa considera informações e as traduz em números a fim de classificá-las e analisá-las (SILVA, MENEZES, 2005).

Esse trabalho está em conformidade com a Resolução 196/96 do CONEP e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM, número 1132/2010.

Para a coleta de dados foram utilizadas algumas informações dos cadastros domiciliares e individuais de usuários que foram a óbito pelas três principais causas de morte (doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas), no ano de 2009, na faixa etária de 20 a 59 anos, em dez Centros de Saúde (CS) da cidade de Campinas-SP.

As informações estudadas no cadastro individual foram: raça, escolaridade, situação familiar, utilização CS, se possui algum tipo de convênio e alguma atividade social. No estudo do cadastro domiciliar foram utilizados: tipo de domicílio, tratamento de água, abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia elétrica, destino do lixo, renda familiar e tempo de moradia

Os dez CS foram escolhidos, para participar do PET, por ser campo de estágio de dois ou mais cursos de graduação - enfermagem, fonoaudiologia e medicina da FCM / Unicamp. As unidades pertencem a três distritos de saúde (norte, leste e sudoeste) sendo Aeroporto, Boa Vista, Costa e Silva, DIC III, Santa Mônica, São Cristóvão, São Marcos, São Quirino, Sousas e Taquaral.

O termo completude refere-se ao grau de preenchimento de cada campo analisado, ou seja, é medida pela proporção de campos preenchidos ou ignorados. Os parâmetros utilizados para avaliação da completude foram: excelente (maior que 90%), regular (entre 70% e 89%) e ruim (abaixo de 70%) (GLATT, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 191 óbitos estudados, pelas três principais causas (doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas), no ano de 2009, na faixa etária de 20 a 59 anos, em dez CS da cidade de Campinas/SP não foram localizados a maioria (120 /62,8%) dos cadastros, seja individual ou domiciliar. Dos cadastros encontrados somente dois estavam completos. Serão considerados para este trabalho os 71 cadastros individuais e domiciliares encontrados.

Quadro 1– Preenchimento do cadastro individual

N=71

PREENCHIMENTO				
	Completeness (%)	Excelente	Regular	Ruim
Raça	68 (95,78%)	X		
Escolaridade	12 (16,9%)			X
Situação familiar	57(80,3%)		X	
Utilização CS	61(85,9%)		X	
Possui algum tipo de convênio	58(81,7%)		X	
Possui alguma atividade social	56 (78,9%)		X	
Diabetes	3 (4,2%)			X
AVC/derrame	1(1,4%)			X
Doença cardíaca	4 (5,6%)			X
Hipertensão Arterial	19 (26,7%)			X
Alcoolismo	6 (8,5%)			X
Tabagismo	21 (29,6%)			X
Doença respiratória crônica ou recorrente	5 (7%)			X

Excelente= >90%; Regular= 70% a 89% e Ruim= < 70%

O relato das condições de saúde (diabetes, AVC/derrame, doença cardíaca, hipertensão arterial, alcoolismo e tabagismo, doença respiratória crônica ou recorrente) que são fundamentais para o CS apresentou porcentagem de preenchimento entre 1,4% a 29,6% o que caracteriza um preenchimento ruim.

Os dados não preenchidos no cadastro individual devem ser observados com maior atenção, pois se trata de um documento de referência que poderia gerar informações para consultas da equipe e deveria ser utilizado para o planejamento das ações na unidade (MENDONÇA, DRUMOND, CARDOSO, 2010).

Dos cadastros analisados frente a revisão da literatura, pôde-se perceber que a completude desses documentos nos centros de saúde que participaram do Projeto é falha e que também ocorre em outras regiões do país (MENDONÇA, DRUMOND, CARDOSO, 2010).

A prática nos mostra que o histórico do município em ter utilizado primeiro o Cadastro de Campinas (CADCAMP), depois o Sistema de SIGA e somente em 2012 ter iniciado a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIGAB), sistemas que não tem interface entre si pode ter contribuído para a dificuldade em obtermos as informações mais completas.

A literatura aponta que o inadequado preenchimento de dados se relaciona com a falta de treinamento dos trabalhadores, no atraso ou na falta de atualização dos cadastros e nas dificuldades para o entendimento da finalidade deste sistema de informação. Uma outra questão observada pelos autores é a pouca utilização e envolvimento da ESF com os SIS evidenciando a falta de grupos estruturados para discussões e análises das informações presentes no sistema (FRIAS ET AL., 2012; FIGUEIREDO, 2009; SILVA, LAPREGA, 2005; FRANÇA, 2001; TASCA, 1999).

Há necessidade de melhorias na qualidade da informação de saúde, desde o preenchimento dos dados até o cadastramento dos mesmos nos sistemas de informações (MORAES, SANTOS, 2001). Outra fase importante é a disponibilização das informações para o planejamento de ações e gestão da unidade (MORAES, SANTOS, 2001; ANDRADE, SOARES, 2001).

Em relação ao ponto de vista da equipe de saúde frente ao preenchimento dos cadastros, existem contradições, problemas referidos pelo próprio Ministério da Saúde

(MS), que detectou que há pouca divulgação a gestores sobre a importância, capacidade e potencial do atual Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2002). Apesar do SIAB ser considerado claro, a opinião dos funcionários da rede básica, principalmente a dos agentes de saúde, contradiz isso, pois consideram de difícil interpretação e pouco utilizável nas ações locais, já que, alguns desconhecem sua importância (FREITAS, PINTO, 2005).

A alta rotatividade de agentes de saúde na Unidade Básica dificulta também a compreensão e orientação sobre preenchimento do cadastro (FREITAS, PINTO, 2005).

Quadro 2– Preenchimento do cadastro domiciliar

N=71

PREENCHIMENTO				
	Compleitude (%)	Excelente	Regular	Ruim
Tipo de domicílio	71 (100%)	X		
Tipo e tratamento de água	71 (100%)	X		
Abastecimento de água	71 (100%)	X		
Esgotamento sanitário	71(100%)	X		
Energia elétrica	71(100%)	X		
Destino do lixo	71 (100%)	X		
Renda familiar	67 (94,4%)	X		
Tempo de moradia	68 (95,8%)	X		

Excelente= >90%; Regular= 70% a 89% e Ruim= < 70%

Olhando para os nossos dados a excelente completitude dos resultados referentes ao cadastro domiciliar faz-nos questionar sobre a fonte dessas informações. Estas informações estarão disponíveis independente da entrevista com os usuários, pois os dados são preenchidos pelos agentes de saúde que são moradores e conhecem o território. Havendo pequena “falta” de informação sobre renda e tempo de moradia, que demandam a coleta de dados pela entrevista.

Em 2006, a Coordenadoria de Informação e Informática do município orienta o preenchimento dos cadastros por intermédio de um manual e reforça que os dados coletados são de fundamental importância para o planejamento das ações no SUS. São estas informações que serão utilizadas para dispensar os recursos necessários para atender as demandas da população integrando a assistência prestada na rede (CAMPINAS, 2006). Entretanto, a localização deste manual de preenchimento do cadastro em uma das unidades de saúde após várias buscas mostrou-se infrutífera. Na ocasião foram encontrados na internet dois manuais de preenchimento do cadastro com mais de cinco anos de sua publicação.

CONCLUSÃO

No cadastro individual observou-se que somente os dados sobre a raça apresentaram-se excelentes, os demais foram considerados entre regular e ruim. Nos cadastros domiciliares as variáveis analisadas estavam completas.

Dada a relevância dos cadastros para a geração de informações em saúde e planejamento de ações reforça-se a importância no cuidado da coleta e preenchimento dos dados.

REFERÊNCIAS

Andrade SM, Soares DA. Dados e informação em saúde: para que servem? In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L. (org.) Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL, Abrasco, 2001. p.161-183.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e Princípios. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Manual cadastramento nacional de usuários do SUS. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadastramento_sus.pdf. Acesso em: 02 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 1998-2002. Brasília: MS; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Saúde Básica. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica, 2004. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fProgramaSaudeDaFamiliaoficinaPP1.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital n° 18, de 16 de setembro de 2009; Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE. Diário Oficial da União, 17/09/2009. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-editalSet2009/edital-18-selecao2010-2011-de16set2009.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. Portal da Saúde: PET-SAÚDE. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso em: 18 nov. 2011.

Buss PM. Promoção da saúde da família. I Seminário Bras. de Saúde da Família. Rev. Programa de Saúde da Família, 2002; 50-63.

Campinas. CII – Manual de Cadastramento de Domicílios e Usuários. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional. Coordenadoria de Informação e Informática. Versão 2.1. Abril/2006. p-2

Figueiredo LA. Análise do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelos coordenadores da Atenção Primária à Saúde na tomada de decisão. Ribeirão Preto, 2009. Mestrado [Dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

França T. Sistema de informação em Atenção Básica: um estudo exploratório. Rio de Janeiro; 2001. Mestrado [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública/ Ensp-Fiocruz.

Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB. Rev Latino-Am Enfermagem 2005; 13(4) 547-554.

Frias PG, Cavalcanti MRBA, Mullachery PH, Damacena NG, Szwarcwald CL. Avaliação da notificação de óbitos de menores de um ano ao Sistema de

Informações da Atenção Básica (SIAB). Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2012; (12)1 15-25.

Gil, A. C.; Métodos e técnicas de pesquisa social. 6.ed. São Paulo. Editora Atlas, 2008; 28.

Glatt R. Análise da qualidade da base de dados de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Rio de Janeiro; 2005. Mestrado [Dissertação] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Haddad AE, Campos FE, Freitas MSBF, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. Cad ABEM. 2009;5:6-12.

Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva [on line].2009. 14 (1). 1359-1365. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a08v14s1.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

Lima CRA, Schramm, JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad. Saúde Pública [on line]. 2009. 25(10). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009001000002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 06 mar. 2012.

Mendonça FM, Drumond E, Cardoso AMP. Problemas no preenchimento da declaração de óbito: estudo exploratório. R. Bras. Estudos Populacionais 2010; 27(2) 285-295.

Moraes IHS, Santos SRFR. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. Inf. Epidemiol. Sus 2001; 10 (1) 49-56.

Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, 2002. Cad. Saúde Pública 2007; 23(3) 701-714.

Rosa, WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. 2005. 13 (6);1027-1034. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2011.

Sala A, Simoes O, Luppi CG, Mazziere MC. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. Cad. Saúde Pública [on line]. 2004. 20(6); 1556-1564. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600013&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 out. 2011.

Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [online].2005. 21(6) 1821-1828. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n6/21.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2012.

Silva EL, Menezes EM. Metodologia de Pesquisa e Elaboração da Dissertação. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.

Tasca R, Grego C, Vilarosa FN. Sistemas de Informação em Saúde para Distritos Sanitários. In: Mendes EV. Distrito Sanitário o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4.ed.São Paulo- Rio de Janeiro.Hucitec - Abrasco;1999. 267-310.