



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências da Saúde
Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF
Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste
Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF



LILIAN JOANE CAVALCANTI

CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE

NATAL/RN
2019

LILIAN JOANE CAVALCANTI

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. João Bosco Filho

**NATAL/RN
2019**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Cavalcanti, Lilian Joane.

Conhecimento e prática dos agentes comunitários de saúde sobre os indicadores de saúde / Lilian Joane Cavalcanti. - 2019. 50f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste. Natal, RN, 2019.

Orientador: João Bosco Filho.

1. Agente Comunitário de Saúde - Dissertação. 2. Indicadores Básicos de Saúde - Dissertação. 3. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. I. Bosco Filho, João. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 614.2

Lilian Joane Cavalcanti

Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os Indicadores de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

João Bosco Filho

Prof. Dr. João Bosco Filho - UFRN

(Orientador)

Maise Paulino Rodrigues

Profª. Dra. Maise Paulino Rodrigues - UFRN

(Membro Interno)

Isabel Cristina Amaral de S. R. Nelson

Profª. Dra. Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson - UERN

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 23 de outubro de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha filha, Ana Lívia Cavalcanti de Oliveira, minha pequena e grande incentivadora. Dedico ao amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre cuidar de mim, também da minha família, e me dá forças para superar todos os obstáculos.

Ao meu orientador, Professor Dr. João Bosco Filho, pelos ensinamentos e pela compreensão, mesmo nos momentos em que estive distante.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família /UFRN, queridos e admiráveis mestres.

Aos meus colegas que fizeram este momento mais valioso.

Aos Agentes Comunitários de Saúde de Catolé Do Rocha/PB: profissionais inspiradores e desafiadores. Agradeço pela disponibilidade.

À minha família, pelo apoio e carinho.

À minha amiga e comadre, NATHALY ELLEN, que esteve sempre comigo nesse processo e estendeu a mão sempre que precisei. Agradeço pela hospitalidade e irmandade durante esses dois anos.

À minha amiga EMANUELLE, “Lela”, que me fez acreditar nesse sonho. Agradeço pela cumplicidade durante o processo seletivo.

Ao meu esposo, ZILCLEYTON DANTAS DE OLIVEIRA, sempre companheiro, incentivador, pessoa na qual entendeu a importância dessa etapa para nós e que enfrentou comigo muitos desafios até aqui. Agradeço pela disposição em me esperar de madrugada nas voltas das viagens e por todas as outras renúncias que fez por mim.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde acerca dos indicadores de saúde do Sispacto. Estudo qualitativo e tem como base metodológica a Pesquisa Convergente Assistencial. Verificaram-se que o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde sobre os indicadores do Sispacto indicaram lacunas. Ao final, apontaram a necessidade de repensar o processo de trabalho e a importância dos indicadores de saúde como importante ferramenta de trabalho para avaliação e planejamento desses profissionais.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Indicadores Básicos de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the knowledge and the practice of the community health workers about the health indicators of Sispacto. Qualitative study and has as methodologic base the Convergent Care Method. It was verified that the knowledge and the practice of the community health workers over the indicators of Sispacto indicated gaps. At end, they pointed the necessity to rethink the work process and the health indicators importance as important tool of work for the evaluation and planning of those professionals.

Key words: Community Health Worker; Health Status Indicators; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PMAQ AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Programa Nacional de Agentes de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS	11
2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	11
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	13
2.3 INDICADORES DE SAÚDE	14
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	17
3.2 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	17
3.2.1 Fase de Concepção	18
3.2.2 Fase de Instrumentação	18
3.2.2.1 Cenário de Pesquisa	18
3.2.2.2 Sujeitos da Pesquisa	19
3.2.2.3 Negociação da Proposta	20
3.2.2.4 Técnicas de Coleta dos Dados	20
3.2.3 Fase de Perscrutação	21
3.2.4 Fase de Análise	21
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1 Artigo – Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os Indicadores de Saúde	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	39
ANEXOS	47

1. INTRODUÇÃO

Na reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), a equipe Saúde da Família é responsável por 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 da população e disponibilização de uma assistência integral. A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS), como membro de uma equipe multiprofissional.

Para atuarem nas equipes Saúde da Família, é exigido que os ACS possuam Ensino Fundamental e realizem um curso introdutório de formação. O ingresso do ACS no serviço se dá principalmente por meio de concurso público.

Trata-se de uma categoria predominantemente composta por mulheres, que residem na área em que atuam, com carga horária de trabalho de 40 horas semanais. A Visita Domiciliar (VD) segue como a atividade a qual os ACS conferem maior importância e que compõe a sua rotina de trabalho.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), os agentes têm assumido novas responsabilidades, além de cadastrar todas as pessoas da área de abrangência da unidade e manter os cadastros atualizados. Entre as atribuições específicas do ACS, é mencionado pelo Ministério da Saúde (MS) que este profissional atua como um elo entre a equipe de saúde e a comunidade, e que potencializa o trabalho educativo, à medida que atua como uma ponte entre o saber científico e o saber popular.

Dessa forma, o ACS possui papel relevante na equipe e constitui um elemento de aprimoramento e de consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois a grande maioria das ações de saúde se dão por meio destes profissionais.

Brasil (2009) enfatiza a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS), afirmando que este é o profissional que favorece as mudanças e sua ação transforma as situações-problema que afetam a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade. Para que isso aconteça, ele deve estar em permanente vigilância.

Estando, pois, os ACS inseridos no contexto que operacionaliza a Atenção Primária no Brasil, e, portanto, devem seguir as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para o alcance de uma saúde de qualidade, verificou-se a necessidade de uma maior proximidade desses profissionais com os indicadores de saúde apresentados no Sisacto, uma vez que, podendo cumprir metas pactuadas e fixadas pelo Plano Municipal de Saúde, o ACS pode interferir diretamente no resultado final da Atenção Primária.

Vale salientar que as fichas para coleta de dados, que geram os indicadores de saúde, são, na maioria das vezes, produzidas pelos ACS a partir de informações referidas na Visita Domiciliar (VD). Portanto, a educação em saúde, diante essa temática, apresenta-se como um recurso indispensável no fortalecimento da Atenção Primária, pois a expansão da ESF vem exigindo constante ampliação de conhecimento dos profissionais para o aperfeiçoamento de sua qualidade.

Observa-se que a análise clínica diante das ações, comumente existente nas pesquisas, enfatiza o conhecimento biomédico e deixa uma lacuna quanto ao planejamento e avaliação do próprio ACS em relação ao seu processo de trabalho. A exemplo, Lopes (2016) faz uma análise entre o saber do ACS e a efetividade do programa de prevenção do câncer do colo do útero, ficando apenas a gestão responsável pelo manejo dos dados.

Isso nos levou à questão norteadora desta investigação: sendo o indicador uma importante ferramenta de trabalho para avaliação e planejamento, de modo a permitir mudanças de ações e implicações no processo saúde-doença da população, é necessário o entendimento correto dos conceitos e importância de cada indicador por parte dos ACS, pois a ampliação do conhecimento dos ACS sobre os indicadores de saúde permite reflexos no processo de trabalho de toda a equipe.

Considerando, então, a amplitude do seu papel e a necessidade de atualização de conhecimentos e revisão da prática dos ACS, junto a importância dos indicadores de saúde na Atenção Primária, a relevância deste trabalho está na possibilidade de analisar o compromisso destes profissionais com a realidade local e instigá-los para responderem pelos indicadores pactuados, favorecendo o reconhecimento das necessidades da população e o planejamento das ações de saúde na promoção, prevenção, recuperação e vigilância.

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo geral: analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca dos indicadores de saúde do Sispecto.

E como objetivos específicos: identificar as concepções dos ACS sobre os indicadores de saúde; verificar a influência dos indicadores no planejamento e prática dos ACS e sensibilizar os ACS sobre a importância dos indicadores para promover a integralidade no Sistema de Saúde.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No Brasil, as primeiras experiências com o ACS aconteceram em 1987, no Ceará. O êxito dessa iniciativa para a população levou ao surgimento do Programa Nacional de Agentes de Saúde (PNAS) que, posteriormente, se ampliou para assegurar a efetivação dos princípios do SUS (MENDES, 2012). Em 1991, o MS oficializa o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas regiões do Norte e Nordeste e, anos depois, a lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002).

Em 1991, priorizava-se a assistência básica à população sem acesso a condutas médicas; por isso, realizava-se desde o cadastramento da população até ações de promoção e proteção da saúde da criança e da mulher, focando os casos mais vulneráveis (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A atuação abrangente do ACS gerou uma demanda por serviços de saúde com tecnologia de maior densidade. Por isso, juntaram-se aos ACS médicos e enfermeiros generalistas, compondo equipes responsáveis por uma população adscrita territorialmente e organizada por famílias. Constituiu-se, assim, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como política oficial da APS no Brasil (MENDES, 2012).

Em 2006, pela Portaria nº 648/GM, de março de 2006, lançou-se a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e para o PACS, e o ACS passou a ter uma posição singular dentro da equipe, pois sua proximidade com a comunidade o estimula à criação de vínculos, gerando a possibilidade de intervenções para o cuidado em saúde, tendo em vista que sua atuação objetiva ofertar qualidade de vida às pessoas (BRASIL, 2009).

Na primeira década de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), a exigência de escolaridade restringiu-se a ‘saber ler e escrever’. A partir da Lei nº 10.507/2002, passou-se a exigir o ensino fundamental. Dados da pesquisa de Pinto, Medina e Pereira *et al* (2015) conformam um quadro com 70,97% dos agentes com o Ensino Médio completo e 12,71%, com o Ensino Superior completo (MOROSINI; FONSECA, 2018).

A literatura destaca que existem lacunas na formação do ACS e que a necessidade de contratação imediata de profissionais, para suprir as demandas dos serviços, tem feito com que a exigência da realização do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004, nem sempre seja atendida (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O Referencial Curricular da formação específica do ACS propõe acompanhar famílias e grupos em seus domicílios; Identificar e intervir nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade; Realizar mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde; Desenvolver suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde e promover comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade (BRASIL, 2002).

No serviço, ao que se refere à formação do ACS, esses têm um maior acesso ao saber biomédico através de educação permanente e capacitações. Porém, o conhecimento característico do ACS é o saber popular em saúde. Ursine *et al* (2010) questiona, portanto, sobre o risco de o profissional ter uma “participação passiva” na interação com a comunidade, à medida que assimilam o discurso dos técnicos de fora e o reproduzam de forma mecânica. É interrogado ainda sobre a consciência dos ACS com relação à importância destes conhecimentos para a sua atuação.

Conforme Ferreira *et al* (2009), verifica-se que no exercício de sua prática cotidiana o ACS tem se revelado um ator instigante no que se refere às relações de trocas estabelecidas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos pela posição que ocupa de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde. No entanto, a existência de poucos espaços de escuta e diálogo na equipe não tem permitido a participação do ACS nos processos decisórios relacionados à gestão do cuidado, a organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Ferreira *et al* (2009, p.889), ao analisar o modo de produção do cuidado do ACS, cita: “ele trabalha sob a tensão de dois pólos: a primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas nas necessidades do usuário e prioriza as tecnologias relacionais.”.

Ursine *et al* (2010) define o ACS como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas que extrapolam o campo da saúde e que exigem uma atuação intersetorial. Dessa forma, os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, apontando também ao fato destes conhecimentos transcenderem o campo da saúde.

A maioria das atribuições dos ACS, mencionadas pela PNAB, são compostas por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde. Ainda que se mencione a necessidade de promover ações coletivas, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e que fazem parte do e-SUS AB detalham pouco este tipo

de trabalho. A ênfase é feita sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

As discussões em torno dos modelos de saúde culminaram na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, e desde o final dos anos 70, até os dias atuais, foram diversas as interpretações. Bárbara Starfield (2004) sintetiza a interpretação da Atenção Primária a Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, compreendendo-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema, para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população.

Os conceitos de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, com base na literatura existente e na PNAB vigente, apontam que os dois termos são usados como sinônimos. Dessa forma, a Atenção Básica é definida como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, sendo, esta, desenvolvida pelas práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, direcionadas a um território delimitado, com responsabilidade sanitária e considerando a dinâmica do território (PNAB, 2011, p. 19)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como importante e atual instrumento de gestão do SUS, tem, na Saúde da Família, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção primária. A primeira versão da PNAB foi publicada em 2006, por meio da Portaria Ministerial nº 648. Suas diretrizes foram revisadas pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e por meio da versão vigente da política que fora publicada pela portaria nº 2.436, em 21 de setembro de 2017.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Primária no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida, em todos os níveis de governo, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho e ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Nesse contexto, há definição de responsabilidades entre a equipe, assim como a necessidade de conhecer a realidade da população e com isto estabelecer o vínculo sanitário com os usuários (LOPES, 2013).

As diretrizes que a PNAB traz seguem as diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais e compreende ter território adstrito, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização, coordenar a integralidade em seus vários aspectos e estimular a participação dos usuários.

Portanto, a Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

2.3 INDICADORES DE SAÚDE

Conforme Maciel Filho (1999), o indicador é uma expressão, definido como um valor agregado a partir de dados e estatísticas, transformado em informação para o uso direto, e pode contribuir para aprimorar a implementação de políticas.

Os indicadores de saúde são instrumentos importantes para o desempenho das ações e serviços de saúde, estabelecendo parâmetros condicionantes para o controle contínuo de desempenho. São constituídos de informações que são fundamentais para compor medidas que são acompanhadas pelo processo de monitorar e avaliar a situação de saúde (BRASIL, 2008).

A construção e a utilização dos indicadores de monitoramento e avaliação compõem as adversidades que surgem de realizar ações de saúde complementares para atender as necessidades dos usuários (BRASIL, 1990).

Os indicadores são fundamentais ao planejamento e controle dos processos das organizações, proporcionando a instauração de metas quantificadas e o seu desenvolvimento na composição do controle dos indicadores, pois as análises dos resultados condensam o desempenho da gestão, decorrente de relevantes delineamentos sobre constantes deliberações em saúde (BRASIL, 2008).

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus

determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Em termos gerais, os indicadores são medidas que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, ao regulamentar aspectos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no tocante ao planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação Inter federativa e a regionalização, entre outros aspectos, aprimora os processos e práticas inerentes a uma nova organização no Sistema Único de Saúde (SUS).

Pode-se apontar, entre os avanços alcançados, o processo de descentralização da gestão e os novos paradigmas sobre sua organização e funcionamento na busca de atender a atual realidade social e política do País, fato que tornou necessária a proposição de novos elementos institucionais.

Espera-se que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do seu território, as necessidades de saúde da sua população, a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados mediante ações e serviços programados pelos entes federados, a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população.

Nessa perspectiva, a elaboração dos Planos de Saúde ocorre mediante interação entre as esferas de governo, contemplando as realidades e demandas municipais, regionais e estaduais, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população e a organização das ações e dos serviços de saúde, em cada jurisdição administrativa e nas regiões de saúde.

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas.

Na Programação Anual de Saúde é definida a totalidade das ações e serviços de saúde, nos seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre diferentes gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução.

O Relatório de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes.

O Pacto de Indicadores foi instituído em 1998, por meio da Portaria GM/ MS nº 3.925, e aprovou o Manual para a Organização da Atenção Básica. Durante o período em que vigorou, foram publicadas anualmente portarias específicas que aprovavam a relação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e estabeleceram fluxos, prazos e orientações acerca do instrumento.

Os indicadores que compunham o pacto da Atenção Básica estavam classificados como principais, ou seja, de pactuação obrigatória por todos os estados e municípios, e complementares, que, apesar de ser de pactuação opcional, também deviam ser monitorados pelos gestores.

Para facilitar e agilizar essa pactuação em âmbito nacional, o Ministério da Saúde disponibilizou, no ano de 2002, um aplicativo informatizado denominado Sispecto para registro de resultados e metas por parte dos estados e municípios com diferentes funcionalidades para cada esfera de gestão.

O Sispecto é formado por um conjunto de indicadores de base epidemiológica e busca monitorar e avaliar as ações das equipes de Atenção Básica nas diversas áreas estratégicas de atuação: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores relativos a aspectos mais gerais.

Com o advento do Pacto pela Saúde, em 2006, novas formas de negociação entre gestores foram instituídas. Dentro das mudanças geradas, houve a unificação dos processos de pactuação de indicadores. Atualmente, os indicadores da Atenção Básica são pactuados por meio desse novo Pacto.

Nesse contexto, os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas. Para o período 2013 – 2015 foi definido um rol de 67 indicadores a serem pactuados pelos entes federados.

Os indicadores universais expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente. Os indicadores específicos expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema, sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território.

Conforme previsto em resolução, os indicadores pactuados são submetidos a ajuste anual, quando necessário, sendo apurados e avaliados e os resultados comporá o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Sade que serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo se insere no campo da investigação qualitativa e tem como base metodológica a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A abordagem da PCA foi eleita, pois se preocupa em aliar a prática da pesquisa científica à atuação em saúde e permite direcionar o pesquisador para a resolução de problemas, buscando transformações, esclarecimentos e superação das dificuldades em um trabalho em equipe (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Trentini; Paim; Silva (2014) mencionam entre os principais indicadores de identidades da PCA: o tema da pesquisa deverá emergir das necessidades da prática reconhecidas pelos profissionais e ou pelos usuários do campo da pesquisa; o pesquisador assume compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado; a PCA deve ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática; os pesquisadores deverão estar dispostos a inserirem-se nas ações das práticas de

saúde no contexto da pesquisa durante seu processo; a PCA permite a incorporação das ações de prática assistencial e ou outras práticas relacionadas à saúde no processo de pesquisa e vice-versa.

Outra especificidade da PCA é o aceite de diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados, desde que sejam usados de forma a preservar os principais indicadores de identidade do método. O processo operacional da PCA abrangeu suas fases descritas a seguir.

3.2.1 FASE DE CONCEPÇÃO

A fase inicial envolve a seleção da área de interesse e a escolha da temática da pesquisa, que na PCA deve emergir do cotidiano da prática profissional do pesquisador, a partir de questionamentos sobre seu processo assistencial, problemas enfrentados, as modificações que podem ser introduzidas no contexto da prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2.2 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

A fase de instrumentação tem como objetivo direcionar os pesquisadores durante as tomadas de decisões metodológicas, como a escolha do cenário de pesquisa, dos participantes e das técnicas para o alcance das informações. A dinamicidade é inerente à parceria que deve ser estabelecida entre a prática assistencial e a pesquisa, refletida por movimentos de aproximação, convergência e distanciamento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para tanto, esta fase foi conduzida no mesmo espaço físico e temporal da prática assistencial.

3.2.2.1 CENÁRIO DE PESQUISA

A pesquisa ocorreu na cidade de Catolé do Rocha/PB, no bairro Tancredo Neves. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o censo demográfico de 2010 apresenta uma população residente estimada em 28.759 habitantes no município. Catolé do Rocha passa por um processo de industrialização, com diversas empresas de pequeno porte nas áreas têxtil, calçadista e de alumínio. Recebeu o título de cidade mais verde da Paraíba, considerada uma das cidades polos mais importante do Sertão Paraibano.

O sistema local de saúde de Catolé do Rocha possui, em seu cadastro, 45 estabelecimentos de saúde ao todo. Sendo de natureza pública, uma Vigilância Sanitária, dez Unidades Básicas de Saúde, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com suporte avançado, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com suporte básico, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Hospital Regional, um Hospital Municipal Infantil, um Hemonúcleo, um Centro de Especialidade, um Centro Especializado de Reabilitação, uma Central de Dispensação de Distribuição de Medicamento e Insumos, um Centro de Atenção Psicossocial e uma Academia de Saúde.

A Unidade de Saúde da Família Tancredo Neves está localizada na zona urbana, no bairro Tancredo Neves, e acomoda-se num espaço amplo, onde atuam duas equipes e exerce uma cobertura populacional em torno de mais de 5.000 pessoas. Cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de serviços gerais, um diretor e, como apoio, conta com uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma assistente social, um psicólogo e uma fonoaudióloga, profissionais do NASF que também atendem na unidade. O horário de funcionamento é das 07h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00.

3.2.2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A população do estudo foram os doze agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam na estratégia saúde da família (ESF), sendo que dois foram excluídos por estarem em afastamento do trabalho. Portanto, dez participantes compuseram a amostra da pesquisa.

A amostra dos participantes foi selecionada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) pelos ACS das equipes Tancredo Neves I e Tancredo Neves II. Para participação na pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser ACS e exercer suas atividades na ESF. Os critérios de exclusão compreendiam: ACS que se encontra de férias e/ou licença.

3.2.2.3 NEGOCIAÇÃO DA PROPOSTA

Nessa pesquisa, a escolha do tema foi negociada inicialmente com a coordenadora de Atenção Básica de Catolé do Rocha, que demonstrou apoio e interesse na construção da pesquisa decorrente contratualização do município ao PMAQ – AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica), uma vez que o programa utiliza indicadores para avaliar as equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família.

Logo, a problemática também foi apresentada ao grupo de ACS, que no período sondava uma reorganização em seu processo de trabalho junto às equipes, pois havia recebido os informes sobre o quantitativo mínimo de visitas domiciliares/dia, embasado na resolução nº 01 do Conselho Municipal de Saúde (CMS), e sobre a contratualização e normatização do incentivo financeiro PMAQ – AB.

3.2.2.4 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas individuais, mediante roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), com perguntas abertas e sensibilização com exposição de texto introdutório, para que os participantes apresentassem o feedback de conhecimento sobre a temática.

Utilizou-se os indicadores mencionados no Sispecto (APÊNDICE D), uma vez que corresponde a um dos métodos que permitem a avaliação, o monitoramento e o controle da Atenção Básica por meio da pactuação e acompanhamento de indicadores, objetivos, diretrizes e metas, e entende-se que, à medida que é ampliado, o conhecimento do ACS e este aproxima-se dessas informações, norteadoras das ações em saúde, permite-se refletir o processo de trabalho desse profissional no resultado final dos indicadores, promovendo o fortalecimento da Atenção Básica.

Para fins de registro de informações, os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos na íntegra.

A entrevista foi orientada por questões norteadoras com foco no perfil dos ACS, conhecimento prévio destes profissionais sobre os indicadores de saúde, processo de trabalho, planejamento com a equipe e aplicabilidade dos indicadores no serviço. Agendadas previamente, as entrevistas foram realizadas em dia e horário pactuado com os participantes da pesquisa, na unidade de saúde em que os profissionais estavam lotados, e teve duração média de 30 minutos.

3.2.3 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

Nesta etapa, são definidas as estratégias para obtenção das informações, possibilitando a aproximação da pesquisa para a assistência. Essas estratégias emergem da criatividade, experiência e conhecimento do pesquisador em relação ao assunto associado ao cunho investigativo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2.4 FASE DE ANÁLISE

Na PCA, a fase de análise acontece de forma articulada e, às vezes, simultaneamente a Perscrutação, pois na aplicação do estudo se analisa os próprios dados coletados. Dessa forma, os dados coletados nas entrevistas foram organizados, facilitando a identificação de dificuldades e lacunas ao longo do processo investigativo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo descrito por Bardin (2009). Assim, após a leitura sistemática das entrevistas, foi realizada uma pré-análise (leitura flutuante); exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e posterior interpretação dos dados obtidos.

3.3 ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da UFRN, seguindo todas as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (Parecer n. 3.232.752 e CAAE: 08897819.8.0000.5292).

Foram asseguradas as identidades em sigilo e as informações relacionadas com privacidade em caráter confidencial. Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por números, sendo representados da seguinte forma: ACS 1, ACS 2, ACS 3, ACS 4, ACS 5, ACS 6, ACS 7, ACS 8, ACS 9 e ACS 10. Aos participantes do estudo, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e as formas da coleta dos dados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o Termo de Autorização para gravação de voz (APÊNDICE C).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão estão apresentados na forma do artigo científico intitulado “Conhecimento e prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os indicadores de saúde”, enviado para revista "Ciência e Saúde Coletiva". Por esta razão, suas referências estão nas normas estilo Vancouver.

4.1 ARTIGO - CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE

Autor(es): Lilian Joane Cavalcanti

João Bosco Filho

RESUMO

O agente comunitário de saúde, como membro da equipe multiprofissional que compõe a Estratégia Saúde da Família, representa importante elemento na interpretação de indicadores de saúde da área de abrangência. Nesse sentido, considera-se que a atuação adequada deste profissional pressupõe o sucesso da gestão de informações sobre os indicadores na atenção primária. O objetivo desta pesquisa foi analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde acerca dos indicadores de saúde do Sispacto. Estudo qualitativo e tem como base metodológica a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). O cenário do estudo foi às dependências de uma Unidade Saúde da Família. Participaram do estudo 10 agentes comunitários de saúde. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e, para tratamento dos dados, a Técnica da Análise de Conteúdo Temática, com a categorização dos resultados. Verificaram-se que o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde sobre os indicadores do Sispacto indicaram lacunas. Ao final, apontaram a necessidade de repensar o processo de trabalho e a importância dos indicadores de saúde como importante ferramenta de trabalho para avaliação e planejamento desses profissionais.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Indicadores Básicos de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The community health worker, as a member of the multi-professional who compounds the Family Health Strategy, represents an important element in the interpretation of health indicators in the scope area. In this sense, its considerable that the adequate actuation of this professional presuppose the success of the information management over the indicators at the primary attention. The objective of

this research was to analyze the knowledge and the practice of the community health workers about the health indicators of Sispecto. Qualitative study and has as methodologic base the Convergent Care Method (PCA). The study scenario was the dependencies of a Family Health Unity. Ten community health workers participated in the study. It was used as data collection technic the half-structured interview and for the data processing, the Thematic Content Analysis Technique, with the results categorization. It was verified that the knowledge and the practice of the community health workers over the indicators of Sispecto indicated gaps. At end, they pointed the necessity to rethink the work process and the health indicators importance as important tool of work for the evaluation and planning of those professionals.

Key words: Community Health Worker; Health Status Indicators; Primary Health Care.

Introdução

Na reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), a equipe Saúde da Família é responsável por 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 da população e disponibilização de uma assistência integral. [1-2-3]. A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional. [4].

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) [5], os agentes têm assumido papel relevante na equipe e constitui um elemento de aprimoramento e de consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre as atribuições específicas do ACS, é mencionando pelo Ministério da Saúde (MS) que este profissional atua como um elo entre a equipe de saúde e a comunidade. [5].

É enfatizado a importância do ACS ao afirmar que este é o profissional que favorece as mudanças e sua ação transforma as situações-problema que afetam a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade. E para que isso aconteça, ele deve estar em permanente vigilância. [6-9].

Estando, pois, os ACS inseridos no contexto que operacionaliza a Atenção Primária no Brasil, e portanto devem seguir a diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para o alcance de uma saúde de qualidade [7-8], verificou-se a necessidade de uma maior proximidade desses profissionais com os indicadores de saúde apresentados no Sispecto, uma vez que, podendo cumprir metas pactuadas e fixadas pelo plano Municipal de Saúde, o ACS pode interferir diretamente no resultado final da Atenção Primária.

Em termos gerais, os indicadores são dados que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Para facilitar e agilizar a pactuação em âmbito nacional, o Ministério da Saúde disponibilizou, no ano de 2002, um aplicativo informatizado, denominado Sispecto, para registro de resultados e metas por parte dos estados e municípios, com diferentes funcionalidades para cada esfera de gestão. [10].

O Sispecto é formado por um conjunto de indicadores de base epidemiológica e busca monitorar e avaliar as ações das equipes de Atenção Básica nas diversas áreas estratégicas de atuação: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores relativos a aspectos mais gerais [10- 11].

Vale salientar que as fichas para coleta de dados, que geram os indicadores de saúde, são, na maioria das vezes, produzidas pelos ACS a partir de informações referidas na Visita Domiciliar (VD). Portanto, a educação em saúde, diante essa temática, apresenta-se como um recurso indispensável no fortalecimento da Atenção Primária, pois a expansão da ESF vem exigindo constante ampliação de conhecimento dos profissionais para o aperfeiçoamento de sua qualidade. [6].

Contudo, sendo o indicador uma importante ferramenta de trabalho para avaliação e planejamento, de modo a permitir mudanças de ações e implicações no processo saúde-doença da população, é necessário o entendimento correto dos conceitos e importância de cada indicador por parte dos ACS, pois a ampliação do conhecimento dos ACS sobre os indicadores de saúde permite reflexos no processo de trabalho de toda a equipe. Nesse sentido o estudo teve como objetivo analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca dos indicadores de saúde do Sispecto.

Métodos

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, ancorada no referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). A PCA preconiza o compartilhamento do espaço físico/temporal da ação investigativa e científica com a prática assistencial, objetivando provocar mudanças que qualifiquem a assistência prestada. Na PCA, o tema da pesquisa deverá emergir das necessidades da prática reconhecidas pelos profissionais e ou pelos usuários do campo da pesquisa. [12].

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde, onde atuam duas equipes de ESF, em um município ao Nordeste do Brasil. Os critérios de inclusão para este estudo foram: ser ACS e estar atuante na ESF. Os critérios de exclusão compreendiam: ACS que se encontra de férias e/ou licença. A população do estudo foram os 12 ACS, sendo que dois foram excluídos por estarem em afastamento do trabalho. Portanto, 10 participantes compuseram a amostra da pesquisa. O contato com os participantes e convite para participação na pesquisa foram realizados presencialmente pela pesquisadora principal em seus locais de trabalho e os 10 ACS aceitaram participar do estudo.

No contexto da PCA, dividiu-se o processo de pesquisa nas fases investigativa e assistencial, todas conduzidas pela autora principal deste estudo. Na fase investigativa, realizaram-se entrevistas semiestruturadas individuais, conduzidas com o auxílio de um roteiro semiestruturado que investigava o perfil dos ACS, conhecimento prévio destes profissionais sobre os indicadores de saúde, processo de trabalho, planejamento com a equipe e aplicabilidade dos indicadores no serviço. O número de dez entrevistas foi considerado suficiente mediante o critério de saturação de dados. [13]. Agendadas previamente, as entrevistas foram realizadas em dia e horário pactuado com os participantes da pesquisa, na unidade de saúde em que os profissionais estavam lotados, e teve duração média de 30 minutos.

Destaca-se que a condução da pesquisa envolveu uma imersão gradativa do pesquisador no cotidiano laboral dos ACS, sendo que cada passo dava subsídios para novas reflexões, estabelecendo movimentos de reflexão/ação/reflexão.

Por se tratar de uma PCA, a fase de produção de dados abarcou também a supervisão de enfermagem ao trabalho dos ACS, [12] por meio dos quais se desenvolveram a produção de dados, o processo crítico-reflexivo, a experimentação de propostas de mudanças no cotidiano e a avaliação coletiva dos resultados da experiência, na qual os ACS foram convidados a realizar uma reflexão crítica sobre suas práticas de trabalho e, a partir disso, construir estratégias que interferissem na interpretação e avaliação de indicadores de saúde da área de abrangência.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, os depoimentos foram transcritos em um editor de textos, compondo o corpus da pesquisa. A análise se deu pelo método de análise de conteúdo descrito por Bardin [14], que neste estudo seguiu os seguintes passos: leitura flutuante; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e posterior interpretação dos dados obtidos.

A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa local sob Parecer n. 3.232.752 e CAAE: 08897819.8.0000.5292. Esteve em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por números.

Resultados e discussão

Participaram da pesquisa dez agentes comunitários de saúde (ACS), sendo nove do sexo feminino e um do sexo masculino. Neste estudo evidencia uma predominância do gênero feminino na profissão, de modo que os resultados deste estudo corroboram com os de outros autores. [9].

Na caracterização sociodemográfica dos participantes, a faixa etária está entre vinte e sete e cinquenta anos. O Ministério da Saúde preconiza idade acima de 18 anos, mas não estabelece um limite máximo. [15].

Com relação à escolarização, todos os ACS possuem Nível Médio completo, sendo dois com Nível Superior incompleto e um possui Nível Superior completo. A Lei que regulamenta a profissão de ACS exige, para o exercício da função, o Ensino Fundamental completo, portanto, o grau de escolaridade encontrado é superior a essa exigência legal. [16].

E o tempo de atuação na ESF variou entre sete e vinte anos, com baixa rotatividade destes profissionais. Esse fato é considerado favorável para o fortalecimento do vínculo e do entendimento do papel do agente de saúde na prática.

Os discursos dos ACS durante a entrevista possibilitaram a análise e a estruturação dos resultados. Desse modo, buscou-se, com a aplicação da análise de conteúdo temática [14], identificar o conhecimento e a prática dos ACS sobre os indicadores de saúde, representado por duas categorias: (A) Indicadores de saúde: um conhecimento a ser conquistado pelos ACS e (B) Perspectivas do ACS sobre os indicadores de saúde na prática, conforme descritas a seguir.

Indicadores de saúde: um conhecimento a ser conquistado pelos ACS

Ao serem questionados sobre o que é um indicador de saúde, alguns ACS apresentaram uma compreensão superficial sobre o termo e conceituaram os indicadores de saúde como sendo:

“Dados a serem buscados, pensados e planejados como uma forma de resolução”. “A quantidade de hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, etc.” (ACS 10).

“Uma forma de orientação para a equipe de atenção básica de como se encontra a sua área de atuação em relação a agravos negligenciados. Exemplos de indicadores: casos de dengue na área, mulheres que fizeram exame Papanicolau, crianças menores de 2 anos vacinadas, hipertensos e diabéticos da área” (ACS 9).

“Indicador de saúde são as informações recolhidas em determinadas áreas. Exemplo: número de gestantes, diabéticos, hipertensos, óbitos em idade fértil” (ACS 6).

No que concerne ao conhecimento dos ACS, nota-se que os indicadores mais mencionados são o número de pessoas com hipertensão, diabetes, o número de crianças com vacinação em dia, o número de exames de Papanicolau e o número de gestantes que foram acompanhadas.

Essa seleção de indicadores reflete as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 648, de 28 de março de 2006, que definiu como áreas estratégicas para operacionalização da atenção básica em todo o território nacional. [17].

De fato, são indicadores relevantes para o planejamento das ações, porém, o fato de que apenas estes indicadores tenham sido reconhecidos pelos ACS, pode ser interpretado como sinal de que eles são cobrados para produzirem resultados relativos a essas informações.

Os depoimentos também constatarem que o termo indicador de saúde é apresentado sem distinção aos conceitos de dado, informação e diagnóstico, além de fontes de dados e sistemas de informações:

“São informações de uma determinada população. Exemplo: SIAB, SISMAMA, DATASUS” (ACS 8).

O dado é a base para gerar a informação, que pode ser entendida como o dado contextualizado, ao qual se atribui algum significado. Enquanto tal, a informação é mediadora de conhecimento e um importante recurso de apoio ao processo de tomada de decisão. [18].

Alguns associam os indicadores a uma meta que se deseja atingir:

“Entendo que são as metas que a gente tem que cumprir. como por exemplo, o acompanhamento de hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes e etc.” (ACS 1).

E outros têm dificuldades para definir e expor suas compreensões sobre o termo, evidenciado em:

“São dados quantitativos relacionados às visitas na área atuante” (ACS 2).

“São medidas que contém informações relevantes sobre determinados atributos de estado de saúde e saneamento básico” (ACS 7).

“Combate à mortalidade e melhora a qualidade de vida” (ACS 5).

“São estratégias planejadas pela equipe de saúde para lidar com os problemas da área de atuação. Exemplos: números de hipertensos, diabéticos, e casos de diarreias e números de gestantes” (ACS 4).

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. [1].

A prática cotidiana tem mostrado que a utilização dos indicadores na saúde tem se dado por iniciativas individuais, o que é insignificante para mudar uma realidade. Uma equipe de saúde que utilizasse os indicadores como apoio no planejamento e na tomada de decisão estaria mais pautadas na realidade das condições de seus usuários, no perfil epidemiológico e nas necessidades de saúde. [19].

Também foi possível perceber que, apesar do Sispacto ser uma ferramenta importante para o monitoramento e avaliação da atenção básica, os ACS evidenciaram distanciamento na sua utilização e o mencionou de forma pontual e incerta:

“É um pacto de indicadores de saúde” (ACS 10).

“Acredito que seja um pacto com base em indicadores pré-estabelecidos” (ACS 9).

“São as metas pactuadas com o propósito de resolutividade de problemas” (ACS 6).

“Não lembro sobre o Sispacto” (ACS 5).

“Imagino que seja um pacto de saúde feito com estratégias de resolver os problemas dentro da área e atingir determinada meta alcançada pelo programa” (ACS 4).

Dessa forma, percebe-se que é relevante que os ACS tenham treinamentos e capacitações no que se refere aos indicadores de saúde/Sispacto, para o alcance da qualificação desejada e da efetividade de seu uso.

Perspectivas do ACS sobre os indicadores de saúde na prática

Considerando-se ainda a importância dos indicadores de saúde e sua aplicabilidade na APS, julgou-se necessário rever a experiência profissional dos ACS nesse processo para potencializar o trabalho com a utilização dos indicadores.

De acordo com o conteúdo apresentado nas entrevistas, constata-se que a aplicabilidade dos indicadores de saúde é relacionada à busca ativa e ao cumprimento de metas:

“Minha experiência é com a busca ativa das informações, coletadas na área de abrangência” (ACS 10).

“Busca ativa na área para buscar atingir as vacinas em dia nas crianças e adolescentes, mulheres com citológico em dia” (ACS 6).

“Conhecer as metas e cumpri-las, um trabalho diário com a busca de atingir metas como gestantes com pré-natal em dia, crianças menores de dois anos com vacinas em dia” (ACS 4).

“Através desses indicadores podemos traçar metas de trabalho e produtividade” (ACS 8).

As informações providas pelos indicadores de saúde fornecem o embasamento necessário ao planejamento, à execução e à avaliação das ações realizadas, na medida em que propiciam o conhecimento sobre aspectos relevantes da população, reduzem o grau de incerteza sobre sua situação de saúde e apoiam a busca de possíveis soluções e providências. [18].

E para alguns ACS, a compreensão sobre a aplicabilidade dos indicadores de saúde em seu cotidiano de trabalho apresenta ineficiência, classificando a experiência profissional com os indicadores de saúde/Sispacto como *“insuficiente” (ACS 5)*, *“precária” (ACS 2)* e *“nenhuma” (ACS 1)*.

Outros estudos mostram que nem todas as informações geradas pelos serviços de saúde são utilizadas para a análise da situação de saúde, para a definição de prioridades ou para a reorientação de práticas. [19].

Sobre o planejamento da equipe, os ACS referiram ser realizado com frequência mensal, mas não apontaram a tomada de decisão para o enfrentamento dos problemas com análise dos indicadores de saúde.

Apenas dois ACS citaram o planejamento para realização de estratégias e a necessidade do alcance das metas, mas não apresentaram a avaliação do seu processo de trabalho.

“Sim, com frequência mensal. Planejamento como consultas à noite para atrair um público que não tem como vir a UBS durante o dia e estratégias para atrair adolescentes para a UBS para ser feito as vacinas atrasadas como HPV e outras mais” (ACS 4).

“Ocorrem reuniões mensais para planejamento de estratégias de atuação na comunidade” (ACS 5).

Vale destacar ainda que, para a equipe que fez adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), além das reuniões mensais citadas, acontece reunião de equipe junto ao apoio matricial (Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF) mensalmente para acompanhar o processo de trabalho. Porém, as

declarações apresentam dificuldades de compreensão sobre os indicadores de saúde, evidenciando deficiência em sua aplicabilidade no cotidiano do serviço.

Mesmo não contemplando todos os indicadores do Sispecto, os indicadores elucidados nesse acompanhamento poderiam oportunizar importantes discussões para as equipes. O instrumento utilizado para o acompanhamento compreende uma planilha com dez indicadores, entre eles alguns são específicos para cada profissional e outros são comuns a todos da equipe.

Contudo, ferramentas gerenciais nem sempre suscitam interesse e reflexões por parte dos ACS, pois alguns profissionais não conseguem visualizar a aplicabilidade, tornando o processo desinteressante e sem sentido quando comparado às outras atividades realizadas por eles e, por conseguinte, os ACS ainda não se apresentam preparados para trabalhar com os indicadores. [1].

A utilização das ferramentas de monitoramento e de avaliação, como os indicadores de saúde, ainda é um desafio a ser superado com prioridade na Atenção Primária. [1]. E é percebida quando os participantes do estudo relatam:

“Excelente, e sua aplicação é feita todos os dias, mesmo que alguns não identifiquem” (ACS 8) e “Bem atuante. Certo que com as dificuldades que o município possui, mas mesmo assim bem atuante.” (ACS 7).

Foi observado que, muitas vezes, as ações de saúde são planejadas em função exclusivamente da demanda espontânea dos usuários. Foi também observado que os ACS têm reduzido conhecimento sobre os sistemas de informação e como podem ser usados.

Em estudo, gestores apontaram que os sistemas de informações em saúde configuram um instrumento técnico-burocrático, cuja única interação com suas unidades é representada pelo esforço em alimentar os dados solicitados. [19].

Todavia, é evidente a facilidade dos ACS na obtenção de dados que permitem o acompanhamento real da saúde da população. Essa facilidade deve-se, principalmente, ao fato de os profissionais realizarem visitas domiciliares e registrarem os dados referentes à população, tornando-se o elo principal entre a comunidade e a equipe de saúde. [2-3]:

“Esses indicadores são de grande importância porque através dos dados coletados toda a equipe da unidade pode desenvolver um bom trabalho” (ACS 10).

“De forma muito positiva, primeiro porque gosto de trabalhar com dados e planejamento e os indicadores potencializam as nossas visitas de ACS na área, pois podemos priorizar o que de mais proveitoso e relevante temos na área e que pessoas mais necessitam de nossa visita e atenção.” (ACS 9).

“Na minha equipe, fazemos buscas de mulheres para realização de citológicos, mamografias, crianças e adolescentes para vacinação, gestantes para comparecer ao pré-natal, ações de combate à dengue” (ACS 5).

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

“Conhecer e atuar na área trazendo os casos de cada situação para debater nas reuniões e junto com a equipe vê cada situação” (ACS 4).

“A importância disso é que o agente de saúde de que saber quantas pessoas existem na sua área em nomes e números” (ACS 3).

“Fundamental. Pois através das informações prestadas é que podemos fazer o bom trabalho” (ACS 2).

“De suma importância, pois através dos indicadores posso potencializar meu trabalho prestando assistência a quem mais necessita” (ACS 9).

“Quanto mais conhecimento, eu, como profissional da saúde adquirir, sem dúvida, poderei ajudar a comunidade e as famílias na qual sou responsável pelo acompanhamento e desenvolvimento das mesmas, melhorando assim a saúde e a vida, e bem-estar da população” (ACS 7).

A maioria dos ACS afirmou usar pouco este recurso para orientar suas ações. Porém, os ACS entrevistados atribuíram importância efetiva para essa ferramenta de planejamento e reconhecem limitações para implementar o seu uso.

Por fim, percebe-se a necessidade de uma educação permanente para os ACS, para que esses profissionais sejam cada vez mais capacitados a trabalhar com efetividade os indicadores de saúde, visando à qualidade da assistência à saúde na Atenção Primária, pois, recursos humanos competentes são primordiais para o alcance dos objetivos da ESF, sendo eles os responsáveis diretos pela qualidade da atenção à saúde.

Considerações Finais

Com base na premissa de que os indicadores de saúde podem contribuir de modo relevante nos processos de planejamento e controle dos serviços de saúde, e considerando a importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família, este estudo teve a pretensão de analisar o conhecimento e a prática dos ACS sobre os indicadores de saúde.

O estudo possibilitou uma aproximação com a prática do ACS e permitiu compreender que esses profissionais apresentam dificuldades para identificar os indicadores de saúde.

Verificou-se que a maioria dos entrevistados possui conhecimento fundamentado apenas na vivência, evidenciando saberes empíricos e práticas não integradas. Os demais desconhecem o assunto.

Constatou-se que as ações destinadas à implementação dos indicadores do Sispecto na prática desses profissionais acontecem por meio de reuniões de equipe com baixo impacto nas ações de saúde.

Uma das limitações do estudo foi ter sido desenvolvido em apenas duas equipes de saúde do município, o que se configura com uma limitação para a generalização dos resultados. Nesse sentido, o estudo visa propiciar elementos para uma reflexão sobre o objeto de estudo.

Outra limitação encontrada foi que a literatura faz referência à importância dos indicadores de saúde, no entanto, poucos estudos têm analisado especificamente a utilização efetiva desses instrumentos no âmbito das unidades de saúde e na perspectiva da aplicabilidade no contexto da atenção primária.

Contudo, sugere-se a necessidade de repensar o processo de trabalho do ACS e o surgimento de elementos que promovam a discussão de modo que avance em suas práticas como membro da equipe, nos quais os mesmos possam planejar ou pactuar juntos as ações de saúde embasadas em indicadores de saúde da área de abrangência.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira, AL, Magalhães, ACF, Corrêa, LP, Rodrigues, MC e Viegas, SMF. A aplicabilidade dos indicadores de saúde no contexto da atenção primária à saúde. Rev. APS [periódico na Internet]. 2014 [Acessado em 2019 Jun 13]; 17(2): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15261>.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 29 jun. 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília;1998.

5. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 22 out.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília; 2009.
7. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB e Merhy, EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2009 Abr [Acessado em 2019 junho 24]; 25(4): [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000400021&lng=en.
8. Morosini MVGC. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990 a 2016: a precarização para além dos vínculos. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana]. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da UERJ; 2018.
9. Musse JO, Santos SC, Marques RS, Lopes FRL e Monteiro KS. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet 2015; Fev [Acessado em 2019 Ago 10]; 20(2):[cerca de 11 p.] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000200525&lng=en.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema. Brasília; 2012.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Brasília; 2008.

12. Trentini M, Paim L e Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças. Porto Alegre: Moirá; 2014.
13. Fontanellas BJB, Ricas J e Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 [Acessado em 2019 Mai 30]; 24 (1): [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Dez anos de saúde da família no Brasil. Brasília; 2004.
16. Brasil. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão e dá outras providências. Diário Oficial da União 10 jul 2002;
17. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília; 2001.
19. Lima KWS de, Antunes JLF, Silva ZP da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. Saúde e Sociedade. 2015; 24(1): 61-71.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final, identificamos as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre os indicadores de saúde, constatando-se que os conhecimentos desses profissionais sobre o assunto apresentaram lacunas. A maioria dos entrevistados possui conhecimento fundamentado apenas na vivência, evidenciando saberes empíricos e práticas não integradas. Os demais desconhecem o assunto.

Verificou-se, quanto à influência dos indicadores no planejamento e prática dos ACS, que as ações destinadas à implementação dos indicadores do Sispacto na prática desses profissionais acontecem por meio de reuniões de equipe com baixo impacto nas ações de saúde.

A sensibilização dos profissionais foi efetivada, uma vez que os entrevistados atribuíram importância para essa ferramenta de planejamento e reconheceram limitações para implementar o seu uso. Acredita-se que este estudo possibilitará avanço em relação às ações realizadas pelos ACS, considerando que esses profissionais impliquem a importância dos indicadores de saúde em sua prática.

A partir do estudo, sugere-se a necessidade de repensar o processo de trabalho do ACS e o surgimento de elementos que promovam a discussão de modo que avance em suas práticas como membro da equipe, nos quais esses possam planejar ou pactuar juntos as ações de saúde embasadas em indicadores de saúde da área de abrangência.

E pretende-se, como continuidade da pesquisa e contribuição ao serviço, elaborar um projeto de educação permanente para qualificação dos agentes comunitários de saúde, em atribuições da equipe na ESF, com base na percepção dos próprios sujeitos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. DOU de 29 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Disponível em:** <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>. Acesso em: 38 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a **organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União 31 dez 2010; seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 jul. 2002.**

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.**

FERREIRA, V. S. C. et al. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva.** Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.4, pp.898-906. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400021>.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde.** In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 625p. 2008.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica** - 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2011.

LOPES, E. A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais.** Brasília, 2013. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, 2013.

LOPES, K. F. A. L. **Desvelando saberes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre a prevenção do câncer de colo uterino.** Dissertação Mestrado – Rede Nordeste em Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão. São Luis, 2016.

MACIEL FILHO, A. A. et al. **Indicadores de Vigilância Ambiental em Saúde.** Inf. Epidemiol. Sus [online].1999, vol. 8, n.3, pp. 59-66. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010416731999000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731999000300004>.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512p. 2012.

MOROSINI, M.V.G.C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990 a 2016: a precarização para além dos vínculos** [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação; 2018.

PINTO, I.C.M. et al. **Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil** [relatório de Pesquisa]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2015. 430 p.

STARFIELD, B. **A avaliação da atenção primária: uma visão da população.** In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p. 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

_____.; PAIM, L; SILVA, D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial - PCA:** delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Mória, 2014. 176 p.

_____.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem.** Uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999. 162 p.

URSINE, B. L. et al. **O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida.** Rev. Bras. Saúde Ocupacional [online]. 2010, vol.35, n.122, pp. 327-339.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 1) Qual a sua idade? _____
- 2) Qual a sua escolaridade?
 - () Nível Fundamental Incompleto () Nível Fundamental Completo
 - () Nível Médio Incompleto () Nível Médio Completo
 - () Nível Superior Completo () Nível Superior Incompleto
 - () Pós-graduação Incompleta () Pós- graduação Completa
- 3) Sexo
 - () Masculino () Feminino
- 4) Quanto tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde?
- 5) O que você entende por Indicador de Saúde? Quais você conhece?
- 6) Você conhece o Sispecto?
- 7) Qual a sua experiência profissional com os indicadores de saúde/Sispecto?
- 8) É feito algum planejamento na unidade de saúde em que você trabalha? Se sim, qual a frequência?
- 9) Como você vê a aplicação dos indicadores na Estratégia Saúde da Família, na sua equipe e na sua prática?
- 10) Na sua opinião, qual a importância destes conhecimentos para a sua atuação?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os Indicadores de Saúde” que tem como pesquisador responsável Lilian Joane Cavalcanti. Esta pesquisa pretende contribuir com o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) através da ampliação do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre os indicadores de saúde de modo que possam repensar seu processo de trabalho. O objetivo do estudo é analisar o conhecimento e a prática dos ACS, do município de Catolé do Rocha-PB, acerca dos indicadores de saúde do Sispacto.

Caso decida participar, você deverá responder a um questionário contendo perguntas sobre sua prática profissional e será utilizado o recurso de gravação digital de áudio para a captura da fala do participante, como também um roteiro para o registro dos dados. Durante a realização você será questionado sobre sua atuação na ESF e a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Pode acontecer um desconforto ao ser questionado sobre sua atuação profissional que será minimizado pelo entrevistador ao agir eticamente mantendo essas informações em sigilo e você terá como benefício à disponibilização de informações ao final da pesquisa que trará maior conhecimento sobre o tema abordado ajudando no planejamento ações de saúde na atenção básica.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pelo pesquisador responsável por essa pesquisa que estará disponível através do contato abaixo. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Lilian Joane Cavalcanti, telefone (84)99645-1814. Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br. Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Lilian Joane Cavalcanti.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os Indicadores

de Saúde” e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Catolé do Rocha, PB, ____ de _____ de 201__.



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os Indicadores de Saúde”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Catolé do Rocha, PB, ____ de _____ de 201__.

Lilian Joane Cavalcanti
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os Indicadores de Saúde” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Lilian Joane Cavalcanti a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso do pesquisador acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 05 (cinco) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Lilian Joane Cavalcanti, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Catolé do Rocha-PB, ___ de _____ de 201_.

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE D - PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017 – 2021 – INDICADORES

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017 – 2021 – INDICADORES

Indicador 1 - UNIVERSAL	MORTALIDADE PREMATURA
Indicador 2 - ESPECÍFICO	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS) INVESTIGADOS
Indicador 3 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA
Indicador 4 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE
Indicador 5 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE DNCI ENCERRADAS ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO
Indicador 6 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES
Indicador 7 - ESPECÍFICO	NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA
Indicador 8 - UNIVERSAL	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE
Indicador 9 - UNIVERSAL	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDAS EM MENORES DE 5 ANOS
Indicador 10 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ
Indicador 11 - UNIVERSAL	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE

	DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA
Indicador 12 - UNIVERSAL	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA
Indicador 13 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NA SAÚDE SUPLEMNTAR
Indicador 14 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE GRÁVIDAS NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 19 ANOS
Indicador 15 - UNIVERSAL	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL
Indicador 16 - UNIVERSAL	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA
Indicador 17 - UNIVERSAL	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA
Indicador 18 - UNIVERSAL	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
Indicador 19 - UNIVERSAL	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA
Indicador 20 - UNIVERSAL	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS NO ANO
Indicador 21 - ESPECÍFICO	AÇÕES DE MATRICIAMENTO SISTEMÁTICOREALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO

	BÁSICA
Indicador 22 - UNIVERSAL	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE
Indicador 23 - UNIVERSAL	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO “OCUPAÇÃO” NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

FONTE: RESOLUÇÃO Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016 DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE.

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE

Pesquisador: Lilian Joane Cavalcanti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08897819.8.0000.5292

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.232.752

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado que visa analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca dos indicadores de saúde do Sispacto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conhecimento e a prática dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca dos indicadores de saúde do Sispacto.

Objetivo Secundário:

- Identificar as concepções dos ACS sobre os indicadores de saúde;
- Verificar a influência dos indicadores no planejamento e prática dos ACS;
- Ampliar o conhecimento dos ACS sobre a importância dos indicadores para promover a integralidade no Sistema de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode acontecer um desconforto ao ser questionado sobre a atuação profissional que será minimizado pelo entrevistador ao agir eticamente mantendo essas informações em sigilo.

Benefícios:

Como benefício tem-se a disponibilização de informações ao final da pesquisa que trará maior

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 3.232.752

conhecimento sobre o tema abordado podendo ser usado como auxílio no planejamento ações de saúde na atenção básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

presentes adequadamente.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291702.pdf	01/03/2019 10:28:09		Aceito
Outros	pesquisador.docx	01/03/2019 10:26:57	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.232.752

Outros	20190301074637925.pdf	01/03/2019 10:26:33	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
Outros	termo.docx	01/03/2019 10:25:38	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/03/2019 10:25:22	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pro_jeto.docx	24/02/2019 15:09:45	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
Outros	Indicadores.docx	24/02/2019 14:55:31	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
Outros	roteiro.docx	24/02/2019 14:54:55	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	24/02/2019 14:54:10	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	24/02/2019 14:53:57	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito
Folha de Rosto	20190220142301989.pdf	24/02/2019 14:52:00	Lilian Joane Cavalcanti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 29 de Março de 2019

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br