

# Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família

*Tools for the communitarian diagnosis of health in the consolidation of the strategy health of the family*

*Herramientas para el diagnóstico de salud de la comunidad en la consolidación de la estrategia de salud de la familia*

Polyana da Costa Ribeiro<sup>1</sup>

José Ivo dos Santos Pedrosa<sup>2</sup>

Lídy Tolstenko Nogueira<sup>3</sup>

Maria Fátima de Sousa<sup>4</sup>

## RESUMO:

A Atenção Básica configura-se como eixo estruturante da Estratégia Saúde da Família. Pressupõe integralidade entre ações de promoção, prevenção e atenção à saúde; articulação intersetorial; coerência com o complexo industrial da saúde, para garantir oferta satisfatória à demanda; melhorias na

força de trabalho, mediante a qualificação profissional e capacitação dos gestores, no sentido da eficácia, eficiência e efetividade das ações, para enfrentar os determinantes da saúde da população. Para essa finalidade preconiza a utilização do diagnóstico comunitário como etapa e ferramenta fundamental no processo de planejamento e implantação das equipes multiprofissionais. Neste ensaio teórico apontam-se problemas concernentes a esse processo, identificando-se os recursos disponíveis que atuam no suporte técnico-gestional necessário ao diagnóstico, como forma de suprir as lacunas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

**Descritores:** Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Diagnóstico da situação em saúde; Planejamento estratégico situacional.

## ABSTRACT:

Primary Care is configured as a structural axis of the Family Health Strategy. Implies integration between health promotion,

1 Mestre em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Teresina. Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestrado em Ciências e Saúde. polycostaribeiro@yahoo.com.br

2 Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestrado em Ciências e Saúde.

3 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestrado em Ciências e Saúde.

4 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Universidade de Brasília, Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UnB). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

prevention and health care, intersectoral coordination, coherence with the health-industrial complex, to ensure satisfactory supply to demand, improvements in work force, through the qualification and training of managers, in terms of efficient, efficiency and effectiveness of actions to address the determinants of population health. For this purpose recommends the use of community diagnosis as a stage and crucial tool in the planning process and implementation of multidisciplinary teams. In this theoretical paper it was pointed out problems concerning this process, identifying resources available that work in technical and managerial support necessary for diagnosis, as a way to address the shortcomings of the Information System (SIAB).

**Descriptors:** Primary health care; Family health program; Diagnosis of health situation; Situational strategic planning.

## RESUMEN:

Atención Primaria se configura como un eje estructural de la Estrategia de Salud de la Familia. Implica la integración entre la promoción de la salud, la prevención y atención de la salud, la coordinación intersectorial, la coherencia con el complejo industrial de la salud, para garantizar un abastecimiento satisfactorio de la demanda, las mejoras en la fuerza de trabajo, a través de la cualificación y formación de los administradores, en términos de eficiencia, La eficiencia y eficacia de las medidas para abordar los determinantes de la salud de la población. Para este propósito se recomienda el uso del diagnóstico de la comunidad como una etapa y una herramienta crucial en el proceso de planificación e implementación de equipos

multidisciplinarios. En este trabajo teórico se señaló los problemas relacionados con este proceso, la identificación recursos disponibles que trabajan en apoyo técnico y administrativo necesario para el diagnóstico como una manera de abordar las deficiencias del sistema de información (SIAB).

**Descritores:** Atención primaria de salud; Programa de salud familiar; Diagnóstico de la situación de salud; Planificación estratégica situacional.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a Atenção Primária como modelo para organização dos serviços de saúde. Essa (re) estruturação tem a finalidade de reduzir a lacuna entre o estado de saúde dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, por meio de tecnologias adequadas ao alcance universal da população. Constitui-se o primeiro nível de atenção dos Sistemas Nacionais de Saúde (SNS), e inclui ações como educação, saneamento básico, imunização, distribuição de alimentos e medicamentos, cuidados materno-infantil, prevenção, controle e tratamento de doenças endêmicas. A OMS sugeriu aos países membros a necessidade de congregar o diagnóstico comunitário ao planejamento local, para melhor formular as políticas nacionais de saúde, ferramentas essenciais para racionalizar custos e aumentar a eficiência das políticas públicas<sup>1</sup>.

No Brasil a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, resultado da luta do Movimento Sanitário Brasileiro pelo direito universal à saúde,

considera a Atenção Básica, como estratégia necessária para reorientação do modelo hospitalocêntrico, abrangendo conjunto de ações: promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde por meio de práticas gerenciais e sanitárias, nos âmbitos individual e coletivo, integrando o sistema por meio de programas governamentais como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 <sup>2</sup>.

Caracterizado como estratégia inovadora, o PSF tem abrangência territorial, trabalha com conceitos de áreas, microáreas, equipe multiprofissional, demanda organizada e exige em sua implantação a realização do diagnóstico comunitário como alicerce para o planejamento e programação das ações <sup>3</sup>.

Em 1998 ocorreu a expansão do PSF pelo território brasileiro, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte<sup>2</sup>, ao tempo que sucediam acúmulos teóricos e metodológicos no planejamento em saúde, que passa a ser (re) significado não apenas como instrumento técnico para operacionalizar os gastos públicos, mas também ferramenta política originando o planejamento estratégico e suas derivações<sup>4</sup>.

Para subsidiar a expansão, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em 1998, com a missão de monitorar as atividades desenvolvidas pelas equipes PACS/PSF, constituindo-se em ferramenta auxiliar para o planejamento das ações de promoção da saúde do usuário em seu contexto familiar, apontadas no diagnóstico comunitário, como a base orientadora do processo decisório <sup>5</sup>.

O SIAB tem potencial para detectar desigualdades, iniquidades e localizar problemas de forma minuciosa. Compõe-se de três módulos (cadastramento das famílias; situação de saúde e acompanhamento de grupos de risco; notificação de agravos e registros de produção) que contem informações necessárias para a produção de relatórios, que permitem o conhecimento da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, além de avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos visando a melhorias de qualidade <sup>5</sup>.

Entretanto, apresenta algumas limitações: falta de informatização; ausência de atualizações permanentes do banco de dados; inconsistências dos relatórios; complexidade e dificuldade de manuseio, seja pela falta de conhecimento/ treinamento, seja pela quantidade excessiva de formulários; duplicidade de informações, falhas no processo de coleta, periodicidade e fluxo dos dados, além de não contemplar marcadores/ indicadores que refletem às peculiaridades loco - regionais, configurando-se ainda como sistema de informação verticalizado <sup>6,7</sup>.

Nesse contexto e reiterando a necessidade do diagnóstico comunitário como fundamento para o planejamento das ações, identifica-se ferramentas gerenciais e estratégicas utilizadas para subsidiar a construção do planejamento local, no âmbito da Atenção Básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como pressuposto que o diagnóstico comunitário representa a tecnologia necessária para organizar o processo de trabalho de equipes multiprofissionais, que enfrentam problemas mal-estruturados, complexos, heterogêneos, com necessidades diferentes e perfis de extrema vulnerabilidade

social.

Com base nas contribuições teóricas e metodológicas do planejamento em saúde, resgata-se o sentido do diagnóstico comunitário para as equipes da ESF apontando a utilização de ferramentas e estratégias que potencialmente qualificam-no como elemento fundamental na intermediação entre necessidades de saúde e organização dos serviços.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico<sup>8</sup> - descritivo de revisão bibliográfica, sobre a interface do diagnóstico comunitário de saúde com o planejamento no Contexto da Atenção Primária e as ferramentas de suporte, especificamente o SIAB. O artigo baseou-se na busca a três modalidades de publicações: 1) Textos de autores latino-americanos renomados na área de planejamento e gestão em saúde, como Matus<sup>13</sup>, Testa<sup>16</sup>, Rivera<sup>14</sup>, Merhy<sup>10</sup>, Artmann<sup>12</sup>, Campos<sup>4</sup> e Cecílio<sup>18</sup>; 2) Manuais do Ministério da Saúde e Fiocruz que discutem a fundamentação/operacionalização do saúde da família, disponibilizados na internet e 3) Artigos de periódicos nacionais indexados no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*).

A estratégia de busca dos artigos consistiu na utilização do “formulário básico”, empregando como palavras-chaves: “planejamento estratégico”, “diagnóstico da situação em saúde”, “SIAB”, expressões cadastradas no DeCS (Descritores em Ciências e Saúde). O operador booleano foi “OR” e no campo aplicou-se “palavras do título” / “todos os

índices”, conforme as opções disponíveis em cada base. Estabeleceu-se previamente como critério de inclusão: artigos publicados em português, com acesso livre, gratuitos e recentes. Após a busca automática, procedeu-se com a pré-análise observando título e resumo, com o intuito de identificar os pertinentes ao propósito da pesquisa. Elegeram-se aqueles publicados entre Julho de 2005 a Fevereiro de 2011, com exceção de dois estudos que datam de 1998 e 2003. Recorreu-se também às referências (citações) dos autores dos artigos analisados.—

Utilizou-se o Método de Leitura Científica<sup>9</sup> (seleção, análise-reflexiva e interpretação) em todas as modalidades de publicações, a fim de organizar as seções da discussão em tópicos dedutivos, a saber: novos aportes do planejamento para a atenção básica em saúde, diagnóstico comunitário de saúde e tecnologias para a construção do diagnóstico de saúde.

## NOVOS APORTES DO PLANEJAMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A primeira proposta sistematizada para o planejamento em saúde na América Latina foi a Programação em Saúde – Método CENDES/OPAS (Centro de Estudos do Desenvolvimento/Organização Pan-Americana de Saúde), no início da década de 60, que trabalharam três conceitos fundamentais: dano, instrumento e região sanitária, com os quais estruturou o diagnóstico<sup>10</sup>.

Nessa perspectiva o *dano* se expressa na caracterização das doenças, problemas de saúde e fatores de risco e *instrumento* é o conjunto

de atividades e recursos que permite realizar o processo de trabalho em saúde com capacidade de intervenção no dano. *Região sanitária* significa um território com determinado padrão jurídico-político, epidemiológico, populacional, sócio-econômico e de serviços passível de leitura diagnóstica de indicadores epidemiológicos e de ação instrumental planejada, tornando-se o lugar a partir do qual se constrói a política nacional de saúde, em movimento ascendente do planejamento loco - regional ao global <sup>10</sup>.

Em 1963, a OPAS definiu a sua função de assessoria aos países na elaboração do planejamento sistemático, integrado por etapas seqüenciais: diagnóstico, determinação de alternativas factíveis na área local programática e formulação dos planos regional e nacional priorizando magnitude, transcendência e vulnerabilidade de danos à população, além da análise de custos da prevenção. Como resultado, a partir de 1980, as etapas do Processo de Gestão para Desenvolvimento Nacional da Saúde foram sintetizadas em orientações que contemplavam: formulação de políticas nacionais, programação geral, orçamento por programas, plano geral de ação, programação detalhada, execução, avaliação, reprogramação e informação que alimenta todo o processo <sup>11</sup>.

Esta visão tecnocrática é questionada na perspectiva do Planejamento Estratégico Situacional (PES) definido como uma espécie de cálculo que precede e preside a ação, dos atores que planejam, os quais se qualificam pela apresentação de base organizativa, projeto definido e governabilidade. Matus considera quatro momentos no PES: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional,

atribuindo maior flexibilidade ao planejamento e diagnóstico<sup>12</sup>.

No momento explicativo, os atores apontam problemas, explicam causas e identificam ‘nós - críticos’, hierarquizando-os em ordem de importância no fluxograma situacional, composto por três níveis de produção social, inseridos em três espaços, geral (governo central), particular (estadual e regional) e singular (local e distrital). No plano das leis básicas se encontram as restrições ao funcionamento do sistema de saúde, no plano das acumulações/ fenoestruturas valorizam-se as características de poder dos atores sociais, capacidades físicas, financeiras, de recursos humanos, capacidade de gestão e ideologias e o plano dos fatos/ fenoprodução referem-se à produção de serviços, ocorrências demográficas, biológicas, epidemiológicas, indicadores e variabilidade de comportamentos sociais <sup>13, 14</sup>.

No normativo define-se a situação-objetivo, que expressa o projeto societário dos atores e grupos, a missão e visão institucional, além de realizar análise de pontos fortes e fraquezas do sistema, assim como oportunidades e ameaças do contexto <sup>13</sup>.

No estratégico mede-se a factibilidade, viabilidade e negociação do plano que são influenciados pelas variáveis: a) *Atores* que dinamizam o ‘jogo’ com os seus interesses; b) *Motivação e peso dos atores*, que dependem, por sua vez, do apoio/ recusa/ indiferença que os sujeitos assumem perante a operação que outros buscam realizar e, da importância que as pessoas atribuem às ações; c) *Estratégias*, maneiras de atuar diante de outros agentes em relação às ações (‘jogadas’), convém



destacar: *Imposição* (consiste no uso da autoridade); *Persuasão* (compreende uma ação de convencimento em relação a outro ator na busca de seu apoio e adesão); *Negociação cooperativa* (existem interesses distintos, porém ambos os lados deverão fazer concessões, a fim de que o resultado traga ganhos positivos para os participantes); *Negociação conflitiva* (há interesses opostos e o resultado trará perda para um militante e ganho para outro); *Confrontação* (há medição de forças entre os ativistas envolvidos) e d) *Trajétórias* (maneiras de utilizar o tempo e as seqüências das ações para provocar as conseqüências desejadas) <sup>12,13,14</sup>.

No tático-operacional ocorre a execução do plano e sua permanente adaptação a novas situações. Para que o plano produza impactos reais são necessárias formas adequadas no gerenciar e monitorar os Sistemas de Informação, importante em todo o processo de planejamento, podendo funcionar como recurso estratégico <sup>13</sup>.

## **DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

O diagnóstico constitui o elemento ‘chave’ de reflexão sobre o cotidiano do serviço. Objetiva identificar problemas; estabelecer prioridades; observar fatores que limitam o desenvolvimento das atividades; instituir diretrizes para a definição de ações a serem implementadas e, sobretudo tornar clara a realidade da instituição de forma a possibilitar que o planejamento seja adequado <sup>15</sup>.

Apresenta como vantagens o fortalecimento do vínculo entre usuários e a Unidade Básica

de Saúde (UBS); organização da oferta dos serviços de acordo com as reais necessidades da demanda; melhorias na qualidade dos atendimentos, pelo acesso a informações dos clientes; subsidiar a vigilância a repensar os fatores de risco, situações de vulnerabilidade e avaliar a situação de saúde quanto aos aspectos satisfatoriedade e mutabilidade, além de permitir o acompanhamento permanente da realidade local, com intuito de averiguar a efetividade dos serviços (cumprimento de metas) <sup>3</sup>.

O diagnóstico de saúde idealizado desde a concepção da ESF compreende sua construção e avaliação periódica pela equipe multiprofissional, de forma participativa, com informantes-chaves da comunidade local. Quanto ao período de realização, deve ocorrer de preferência na pré-implantação da equipe ou em até três meses pós-implantação, podendo vir a coincidir com cursos de treinamento como o Treinamento Introdutório, que é a estratégia pedagógica de formação de equipes para implantação das ações. As ferramentas e metodologias disponíveis são diversas, o que permite sua adequação a diferentes realidades. O processo de trabalho voltado para metas e resultados, exige o conhecimento dos indicadores pactuados pelo município, para que possa monitorar os efeitos sob a atenção à saúde. Além disso, é importante que as ações sejam documentadas mediante registro de informações, tais como: mapeamento/ territorialização, dados sócio-econômico-demográfico-sanitário-ambiental e estado de saúde da população para subsidiar o planejamento <sup>3</sup>.

O diagnóstico permite analisar a área de circunscrição como um todo e cada território

específico pertencente à ESF, no que se refere a aspectos epidemiológicos, além de pontuar questões do serviço em si (consultas, tipos de atendimentos realizados - puericultura, pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose, entre outros processos assistidos - solicitação de exames complementares, encaminhamentos, internação hospitalar, procedimentos, visitas domiciliares, etc) <sup>15</sup>.

Na perspectiva do pensamento estratégico em saúde, Testa considera três tipos de diagnóstico: ideológico, administrativo e estratégico, cujos propósitos são respectivamente legitimidade, produtividade e mudança <sup>16</sup>.

O diagnóstico ideológico diz respeito a compreensões e ideologias dos grupos sociais sobre a saúde e suas práticas. O diagnóstico administrativo inclui caracterização dos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros dos serviços de saúde. O enfoque estratégico do planejamento em saúde pode ser entendido como formulações dos atores sociais para romper normas verticais impostas sobre a realidade, além de favorecer o (des) acúmulo de poder <sup>16</sup>.

Os diagnósticos (administrativo e estratégico) são estudados em quatro categorias: o estado de saúde, a situação epidemiológica, os serviços e o setor. No diagnóstico administrativo, o estado de saúde consiste na caracterização tradicional da epidemiologia descritiva; a situação epidemiológica enfoca a análise de risco; nos serviços prioriza-se a análise de produção, do impacto sobre o nível de saúde, da relação recursos/população, buscando eficiência e eficácia; setorialmente faz-se uma análise da

organização e da cobertura das modalidades assistenciais <sup>16</sup>.

No diagnóstico estratégico tenta-se reformular as taxas/indicadores tradicionais no sentido de abranger grupos sociais homogêneos para explicar as desigualdades sociais; a situação epidemiológica baseia-se em perfis de classe, estudos históricos e formas de transição demográficas; nos serviços busca-se discernir os micro-poderes organizacionais de maior peso e as alianças que se estabelecem entre os grupos e setorialmente objetiva-se a constituição histórica das modalidades assistenciais, políticas específicas e fluxos sociais do funcionamento. Após a caracterização pormenorizada da realidade, através dos três diagnósticos, realiza-se a síntese diagnóstica: um momento integrador que reconstrói a conjuntura de saúde analisada <sup>16</sup>.

Matus considera que o diagnóstico situacional apresenta vários atributos: é *auto-referencial*, pois cada ator explica a realidade de maneira diferente; *dinâmico*, o que sugere a análise do passado, presente e futuro; *policêntrico*, já que considera a opinião do ator-eixo e a dos oponentes; *totalizante* e *operativo* por abranger várias dimensões da realidade e por trabalhar com recortes da mesma; *rigoroso*, *ativo* e perfeitamente *adaptável* para os níveis regionais e locais <sup>13,14</sup>.

O diagnóstico comunitário é central no planejamento realizado pelas equipes saúde da família - influenciado pelas idéias de Carlos Matus e Mário Testa - a partir de meados da década de 90, por meio dos treinamentos introdutórios para os profissionais, instrumentalizando-os a desenhar o diagnóstico

nas dimensões: administrativa, ideológica, estratégico-situacional, de forma a contemplar as necessidades da população <sup>4</sup>.

Nos cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além de temas gerais pertinentes à política de saúde e organização de serviços são apresentadas ferramentas que utilizam o método do PES, com adaptações e simplificações de forma a viabilizar a operação nos níveis intermediário e local/popular, respectivamente pela metodologia ZOOMP (sigla alemã, que significa planificação de projetos orientados a objetivos) e o MAPP (Método Altadir de Planejamento Popular), constituindo-se na trilogia matusiana <sup>12,17</sup>.

O método ZOOMP utiliza a técnica “tempestade de idéias” para construir uma primeira listagem de problemas, que depois de agrupados por afinidade passarão por protocolo de seleção, que servirá para confirmar ou não sua importância estratégica. O formulário inclui como critérios de avaliação: o valor do problema para o ator principal, para os outros militantes/ oponentes e para a população; o custo econômico das soluções; o custo político do enfrentamento ou postergação dos obstáculos a serem vencidos; a eficácia da intervenção, dentre outros <sup>12</sup>.

Já o MAPP prioriza os seguintes elementos: utilização do problema em si, explicação dos seus descritores e distribuição das causas em dois espaços – um que apresenta governabilidade por parte do ator e o outro destituído dessa característica <sup>12</sup>.

Há outros recursos como a Estimativa Rápida Participativa (ERP), método que apóia

as necessidades baseadas nas avaliações da comunidade. Como ferramenta para o planejamento participativo, seu objetivo é envolver os que são menos favorecidos nas áreas urbanas na identificação das suas próprias precisões em conjunto com os planejadores <sup>12</sup>.

De maneira geral em quaisquer das metodologias utilizadas ressalta-se como fundamental assimilar e analisar os problemas que afetam as pessoas e as comunidades, ou seja, os obstáculos que dificultam a mudança da situação existente para a condição desejada. Tais problemas podem ser bem-estruturados e quase-estruturados. No primeiro tipo, as regras para o seu enfrentamento são precisas, invariáveis e pré-determinadas, as variáveis envolvidas são conhecidas, sua abordagem é objetiva e a solução não gera outros entraves, daí as condutas serem normativo-prescritivas. Diferentemente, os quase-estruturados (que representam os problemas de saúde de uma comunidade) são extremamente mutáveis e exigem posturas estratégicas <sup>14</sup>.

Existem ainda os problemas finais, intermediários, atuais e potenciais. Os finais referem-se à missão institucional, envolve dificuldades vividas pela clientela e que justifica a existência da organização. Os intermediários são problemas-meio que não se relacionam diretamente ao produto final, mas seu enfrentamento é necessário para viabilizar a missão das organizações e dele depende a qualidade dos produtos finais. Os atuais são aqueles que se manifestam no presente e os potenciais se referem a processos tendenciais que levariam a expressão de problemas no futuro e para os quais urge uma atuação preventiva <sup>14</sup>.



Outra alternativa que surge em decorrência da missão maior do diagnóstico comunitário é a concepção de problema inerente às necessidades de saúde. Neste aspecto é possível resgatar a integralidade considerando a taxonomia das necessidades de saúde organizada em quatro conjuntos: 1) Boas condições de vida; 2) Acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; 3) Vínculo com profissional e/ ou equipe de saúde e 4) Autonomia na construção do sujeito<sup>18</sup>.

## TECNOLOGIAS PARA A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Na organização das práticas de vigilância em saúde, é fundamental *reconhecer o território* para identificar, interpretar a organização e dinâmica populacional, condições de vida e situações ambientais. *Imagens fotográficas* permitem registrar a panorâmica territorial, espaços construídos e/ou em edificação e que as pessoas frequentam, locais de interesse para a vigilância (sucatas, ferros-velhos, borracharias, terrenos baldios, água parada, depósitos de lixo, etc), habitação, infra-estrutura urbana e lugares de hábitos sócio-culturais. *A confecção de mapas interativos* produzidos pelas equipes com a participação de moradores e técnicos da prefeitura é útil, pois avalia a cobertura da ESF, ajuda aperfeiçoar o processo de trabalho, uma vez que proporciona (re) divisão da área, além de permitir identificar sobreposição de atividades ou vazios (áreas desamparadas pela ESF)<sup>19</sup>.

Existem também *mapas de risco* de maior complexidade gerados pelo *Sistema de*

*Informação Geográfica (SIG)*, tecnologia que associa variáveis sócio-ambientais e a saúde, auxiliando o processo de entendimento da ocorrência de eventos, predição, tendência, simulação de situações, planejamento e definição de estratégias no campo da vigilância<sup>20</sup>.

Para mensurar o ‘nível de vida’ das populações empregam-se vários *indicadores*, onde os principais dados de interesse podem ser obtidos de forma primária – inquéritos – e de forma secundária – através de setores como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) ou as Secretarias de Saúde por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), dos quais se destacam: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação em Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), SIAB, dentre outros<sup>19</sup>.

Os SIS têm o propósito de selecionar dados pertinentes aos serviços e transformá-los em informação para o processo de decisões, que é próprio das organizações que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços de saúde<sup>21</sup>.

Entretanto tem-se observado fatores que interferem na atualização dos dados/informações: 1) Orientação técnica deficitária; 2) Falta de clareza nos formulários do SIAB; 3) Pacientes omitem dados durante Visitas

Domiciliares, seja por desconhecer seu estado de saúde ou dificuldades em estabelecer vínculos com o serviço; 4) Falta de tempo para preencher burocracias; 5) Sobrecarga de atividades para os profissionais; 6) Constante rotatividade dos funcionários nos serviços<sup>22</sup>; 7) Falta de uniformidade no uso dos formulários aliada a ausência de supervisão sistematizada e controle de qualidade dos dados, reforça ausência de credibilidade no SIAB, já que não há compatibilidade entre as informações demandadas pelos gerentes e as fornecidas pelos SIS<sup>23, 24</sup>; 8) Falta de coordenação, persistência e motivação dos profissionais em adequar e inserir novas tecnologias na otimização dos processos de trabalho e 9) Estágio de maturidade institucional (cultura avaliativa das ações)<sup>25</sup>.

Outro elemento digno de nota é que os dados produzidos nas unidades de saúde são subutilizados como matéria prima para o planejamento da assistência à saúde da população, sendo privilegiados os relatórios que apresentam a produção fixa e mensal, o que representa o trabalho profissional em detrimento das condições de saúde, qualidade do atendimento ofertado, resolutividade e integralidade<sup>21</sup>.

Além dos SIS, podem subsidiar a elaboração do diagnóstico, formulários auto-avaliativos que permitem os atores (gestores, coordenadores, gerentes e profissionais do PSF) identificarem-se em determinado estágio de desenvolvimento, o que orienta a elaboração do plano de intervenção, a partir de um modelo padrão pré-estabelecido. A Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) apresenta cinco fases: estágio E (Elementar – aborda as ações mais básicas);

estágio D (Em Desenvolvimento – aborda elementos organizacionais e aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho); estágio C (Consolidado – avaliações de cobertura e resultados das ações); estágio B (Bom – ações de maior complexidade no cuidado e resultados duradouros) e estágio A (Avançado – representa a excelência em estrutura/processo e resultado)<sup>26</sup>. A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) versão atualizada da AMQ, diferencia-se na simplificação, conteúdo das perguntas, que evolui da dicotomia para avaliação baseada em escores, reduzindo a subjetividade e está vinculada ao repasse de recursos financeiros aos municípios que aderirem a proposta<sup>27</sup>.

Outra perspectiva fundamental para a construção do diagnóstico é a *participação popular* na definição coletiva do tema-problema a ser enfrentado e a elaboração das ações resolutivas. Processo esse mediado por metodologias problematizadoras que utilizam várias *técnicas pedagógicas*: *sócio-drama, interpretativismo, grupos focais, mapas falantes, 'tempestade de idéias', oficinas, foros comunitários, observação participante, aplicação de questionários, dentre outros*<sup>28</sup>. A adoção do planejamento participativo no SUS constitui a essência para o desenvolvimento de grupos e sujeitos críticos, além da (re) construção de saberes e práticas. É imprescindível aliar a dimensão comunicativa à racionalidade técnico-estratégica do processo de trabalho, como forma de estabelecer uma relação educativa entre equipes e população local, o que certamente fortalecerá os sistemas de saúde, tornando-os mais democráticos, legítimos e solidários<sup>29</sup>. Frente ao exposto, os gestores do nível local devem lutar por

mais autonomia e aprimoramentos para que o planejar torne-se ascendente, comunicativo e estratégico em contextos com nuances diversas, seja na metodologia, enfoque, posturas ou condutas <sup>30</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico comunitário constitui tecnologia política e gerencial imprescindível para qualificar as políticas, programas e ações de saúde pública em relação às demandas e necessidades de saúde da população, particularmente ações de âmbito territorial como a Estratégia Saúde da Família.

Para que a consolidação e institucionalização do diagnóstico comunitário aconteçam urge romper a verticalidade das intervenções e adotar posturas pró-ativa na busca do planejamento coerente política e culturalmente com o território, além de interações com os sujeitos que circulam neste espaço: profissionais, usuários e gestores.

As distorções do processo de implantação da ESF no país têm resultado no negligenciamento da ferramenta diagnóstico comunitário como base para a programação das ações, reduzindo sua potencialidade em mediar a relação necessidades de saúde e respostas dos serviços em mera tarefa burocrática administrativa, o que contribui para que a Informatização da Informação, Planejamento, Monitoramento e Avaliação das ações sejam fragmentadas, distantes das normas preconizadas pela Política Nacional da Atenção Básica e, principalmente, alheias às necessidades comunitárias.

Explorar o labirinto do planejamento

exige reflexão sobre o contexto histórico-organizacional da Instituição (com foco na missão e no modelo lógico de operacionalização do saúde da família), a abrangência (país, estado, município, regional de saúde, base territorial local – área, microárea ou segmento), a perspectiva de abordagem dos problemas (setorial, intersetorial ou ambos) e planejadores em saúde (com destaque para a posição que assumem no ‘jogo’ de negociações – ativos, passivos ou neutros).

É preciso considerar a subjetividade como dimensão modeladora da questão saúde/doença, por parte dos usuários e trabalhadores. A adoção dessa postura poderá enriquecer os estudos situacionais no sentido de contemplar indicadores quanti-qualitativos para aperfeiçoar os sistemas de informação em saúde. Isso propiciará a leitura reflexiva dos dados e a discussão da complexidade dos problemas com os atores envolvidos no processo.

Finalmente se espera contribuir para o debate sobre a interface diagnóstico/sistemas de informação/planejamento das ações sob a perspectiva dos profissionais da ESF, que buscam equilibrar as mediações entre as orientações/determinações da gestão e as necessidades locais da população adstrita. A identificação dos consensos, diferenças, limites e possibilidades no modo de realizar o diagnóstico, trarão como reflexo a sutil disputa de hegemonias no âmbito das políticas pública e profissional, no que diz respeito a competências, autoridades técnicas, poderes particulares, ideologias e valores éticos dos diferentes atores, o que apontará desigualdades de forças no julgamento e decisão do projeto assistencial comum (programação/ plano de ação).

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção básica. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Campos RO. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
6. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6): 1821-1828.
7. 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.
8. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 5th ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
9. Cervo AI, Bervian PA. *Metodologia científica*. 5th ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
10. Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E (org). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995: 117-194.
11. González MML. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. *Rev C S Col* 2009; 14 (Suppl 1): 1587-1597.
12. Artmann E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social/Desenvolvimento Local* 2000; 3: 98-119.
13. Matus C. O plano como aposta. *São Paulo Perspec* 1991; 5(4): 28-42.
14. Rivera FJU. A Teoria do planejamento estratégico no setor social e da saúde à luz do agir comunicativo: o contexto latino-americano. In: Rivera FJU (org). *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995: 149-210.
15. Ribeiro LCC, Ribeiro M, Dias KS, Matos KA, Ferreira TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm* 2008; 13(3): 448-452.

16. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995.
17. Costa Neto MM (org). *Treinamento Introdotório*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.
18. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma Taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Matos RA. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, UERJ, Educus; 2006: 37-50.
19. Moken M, Barcellos C. O Território na promoção e vigilância em saúde. In: Fonseca AF, Corbo AMDA. *O Território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz; 2007: 177-224.
20. Barcellos C, Ramalho WM, Gracie R, Magalhães MAFM, Fontes MP, Skaba D. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2008; 17(1): 59-70.
21. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS et al. Produção, fluxo e análise de dados do Sistema de Informação em Saúde: um caso exemplar. *Texto Contexto Enferm* 2009; 3(18): 466-74.
22. Campos AG. Planejamento estratégico situacional na atenção básica: solucionando problemas e reinventando ações. *RBPS* 2009; 22(3): 151-156.
23. Marcolino JS, Scochi MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31(2): 314-320.
24. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos. *Rev. Saúde Públ* 2011; 45(1): 24-30.
25. Soto MJDCM. Planejamento institucional: capacidade de conduzir ações. *São Paulo Perspec*. 2003; 17(3-4): 198-204.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
28. Mello DA, Rouquayrol MZ, Araújo D, Amadrei M, Souza J, Bento LF, et al. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(3): 583-95.
29. Raupp B. Planejamento participativo em serviços de atenção primária à saúde – estudo comparativo de duas experiências: Porto Alegre e Montevidéu. *Revista APS* 2007; 10(2): 169-178.
30. Cubas MR. Planejamento local: a fala do gerente da Unidade Básica de Saúde. *Rev.*



*bras enferm* 2005; 58(3): 278-283.

Recebido em: 17/12/2012

Aprovado em: 28/12/2012

Publicado em: 31/12/2012