

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ORIENTAÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DO PROJETO
TELESSAÚDE RS: ESTUDO DE LINHA DE BASE**

JOÃO HENRIQUE GODINHO KOLLING

Orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM

Porto Alegre, Dezembro de 2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ORIENTAÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DO PROJETO TELESSAÚDE RS:
ESTUDO DE LINHA DE BASE**

JOÃO HENRIQUE GODINHO KOLLING

Orientador: Prof.Dr. ERNO HARZHEIM

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil
2008

K81o Kolling, João Henrique Godinho

Orientação à atenção primária à saúde das equipes de Saúde da Família nos municípios do projeto Telessaúde RS : estudo de linha de base / João Henrique Godinho Kolling ; orient. Erno Harzheim. – 2008.

144 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2008.

1. Avaliação de Serviços de Saúde 2. Atenção Primária à Saúde 3. Programa Saúde da Família 4. Projeto Telessaúde I. Harzheim, Erno III. Título.

NLM: W 20

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eleonor Minho Conill, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Prof. Dr. Álvaro Vigo, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de saúde que exemplificam o ideal da equidade no dia-a-dia de cuidado aos outros.

À querida Patrícia Thomas.

À família sempre presente em meus pensamentos:
João e Iara, Maurício e Guilherme.

À estimada Vovó Iolanda que viu o início desta trajetória em grande dificuldade e agora acompanha-nos sempre laboriosa em outro plano.

AGRADECIMENTOS

Cronologicamente, pelo afeto, estímulo e ensinamentos:

aos integrantes do Centro Acadêmico Sarmento Leite das Gestões de 1999 a 2002;

aos professores do Departamento de Medicina Social;

à equipe da UBS Santa Cecília/HCPA e aos colegas e preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade;

aos amigos do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre e do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS;

à toda equipe do Projeto Telessaúde RS,
aos profissionais de saúde e gestores dos municípios participantes do projeto,

em especial aos amigos Mônica Maria Celestina de Oliveira,
Eno Dias de Castro Filho e Gisele Alsina Nader
e grupo de muitos amigos estagiários e bolsistas de iniciação científica;

ao irmão de mestrado e parceiro de muitas “duplas”- científicas e quase musicais,
Paulo Vinícius Nascimento Fontanive,

e ao orientador, companheiro de ideais, de time, de amizade, Erno Harzheim,

Muito Obrigado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

AMQ: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS: Atenção Primária à Saúde

DAB: Departamento de Atenção Básica

ESF: Estratégia Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da América

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool: *Primary Care Assessment Tool*

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNAS: Projeto Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

PSF: Programa Saúde da Família

RS: Rio Grande do Sul

SSC-GHC: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

SUS: Sistema Único de Saúde

Unasus: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

USF: Unidades de Saúde da Família

RESUMO

A efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) está demonstrada em grandes municípios quanto ao processo de cuidado e impacto em saúde, mas pouco se estudou sobre sua qualidade em pequenos municípios ou como ela é influenciada pela presença de hospitais ou de equipes com modelo de Atenção Básica (AB) tradicional em conjunto com a ESF no mesmo local. O presente estudo avaliou a percepção de médicos e enfermeiros de 100 equipes da ESF sobre a qualidade do processo de cuidado e as características de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 32 municípios do interior do Rio Grande do Sul participantes do Projeto Telessaúde RS. A análise das 77 UBS onde se localizavam as 100 equipes da ESF mostrou mediana de 2800 habitantes e média de 1,7 médicos por equipe da ESF, presença de profissionais de outras áreas da saúde de nível superior em 71% das UBS e AB tradicional ou hospitais junto a 20% das unidades. A partir do instrumento PCATool-Brasil foram construídos escores de orientação do cuidado aos atributos da Atenção Primária à Saúde. Entre os 195 profissionais, 71% atribuíram aos seus serviços um alto escore de APS ($\geq 6,6/10$). A percepção de capacitação nas habilidades específicas da APS incluindo trabalho multidisciplinar, visita domiciliar, abordagem familiar e comunitária estiveram estatisticamente associados com alto escore de orientação para APS ($p < 0,05$). A disponibilização e avaliação de programas de treinamento em habilidades específicas da APS podem ser úteis para atingir-se maior orientação de profissionais ao padrão-ouro de cuidado em APS.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) effectiveness was already demonstrated in large municipalities in Brazil and both health processes and impacts were tested. Nevertheless, there are few studies that focus on the quality of FHS teams in small municipalities and the way they are affected by the presence of the “Basic Attention” traditional model of care or hospitals. This study focus on the perceptions of 195 FHS physicians and nurses from the countryside of Rio Grande do Sul state about their Primary Health Care (PHC) services organization and performance in 32 municipalities participating in Telehealth RS Project. Looking at the 77 PHC services (total of 100 FHS teams), it was found the median of 2.800 people and the mean of 1.7 physicians per ESF team. There were other graduated health professionals besides physicians, nurses and dentists in 71% of the FHS teams. The Basic Attention traditional services or hospitals were in the same place as the FHS team in 20% of the PHC services. The Primary Care Assessment Tool-Brazil was applied to physicians and nurses. According to these professionals, 72% of PHC services obtained scores higher than 6.6/10. Their self perception of their ability to work in teams with different professionals, to do home visits, to work with educational or therapeutic groups, to work with familiar and community approaches were statistically associated with higher Primary Care Assessment Tool score. The availability and assessment of training programs regarding PHC specific abilities may be useful for the FHS workers to reach the golden standard level of PHC.

Key-words: Health Services Research, Primary Health Care, Family Health Program.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	11
REVISÃO DA LITERATURA	14
1. Estratégia de Busca	14
2. Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Mundo.....	15
3. Evolução da Estratégia Saúde da Família	17
4. Avaliação da Estratégia Saúde da Família.....	18
5. Saúde da Família nos grandes e pequenos municípios.....	21
6. Qualificação da Saúde da Família	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
OBJETIVOS	31
Objetivo Geral	31
Objetivos Específicos	31
ARTIGO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
ANEXOS	73
Anexo 1. Projeto de Pesquisa	73
Anexo 2. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	93
Anexo 3. Termo de Consentimento Informado	94
Anexo 4. Questionários/Formulários	95
4.1 Linha de Base de Enfermeiros e Médicos	95
4.2 PCATool-Brasil	119
4.3 Caracterização da unidade e de outros profissionais	131
Anexo 5. Portaria GM N° 35	133
Anexo 6. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite N° 100	135

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Orientação à Atenção Primária à Saúde das Equipes de Saúde da Família nos Municípios do Projeto TelessaúdeRS: Estudo de Linha de Base”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 8 de dezembro de 2008. O trabalho é apresentado em 4 partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Considerações Finais.
4. Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, Termos de Aprovação do Comitê de Ética em Saúde, Termo de Consentimento Livre Esclarecido da pesquisa, os instrumento de coleta- PCATool-Brasil, formulários de Linha de Base de Médicos e Enfermeiros, questionário de avaliação da presença de outros profissionais na ESF, portaria e resolução que instituem o Telessaúde e estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

O ano de 2008 marca o aniversário de diversos avanços da saúde no Mundo e especialmente no Brasil. Há 30 anos a Atenção Primária à Saúde (APS) foi defendida como modelo para atingir-se saúde para todos no ano 2000, na Conferência da Organização Mundial da Saúde de 1978 em Alma Ata. O Brasil iniciou uma real aproximação desta meta com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), há 20 anos, contemplado na então nova Constituição de 1988. A garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado estava devidamente resguardada na lei, que previa universalidade, integralidade, igualdade da saúde, entre outras características. No entanto, os avanços concretos foram lentos diante da falta de um financiamento adequado, de regulamentações que definissem vínculo empregatício sólido e, principalmente, da persistência do modelo de saúde centrado no hospital.

O outro marco histórico refere-se à história da Atenção Primária à Saúde no Brasil, modificando o paradigma do cuidado à saúde centrado no hospital: há 15 anos iniciavam as primeiras experiências do Programa Saúde da Família (PSF). Desde então, os substanciais avanços na cobertura populacional fizeram que a Saúde da Família se tornasse estratégia nacional e o SUS um dos maiores sistemas de serviço de saúde baseados em Atenção Primária no mundo.

Uma vez estabelecida como estratégia e com financiamento definido, a Saúde da Família teve grande crescimento de cobertura da população em pequenos municípios e, mais recentemente, em grandes centros urbanos. No entanto, ainda permanecem desafios na concretização desse modelo, mesmo em relação ao acesso e, principalmente, quanto à

qualificação de recursos humanos e do processo de trabalho, para avançar-se na situação de saúde e promover maior equidade às pessoas sob seu cuidado.

Na investigação sobre serviços de saúde, a literatura vem demonstrando de forma consistente, conforme será detalhado abaixo, que sistemas de serviços de saúde orientados para Atenção Primária à Saúde obtêm melhores resultados de saúde. Da mesma forma, é invariável nos estudos que enfocam tanto o impacto (ex. mortalidade infantil) quanto à orientação aos atributos da Atenção Primária que a Saúde da Família tem resultados superiores aos serviços tradicionais de Atenção Básica. No Brasil, este estágio de conhecimento permite que as avaliações da ESF passem do impacto ou dos “desfechos duros” de mortalidade, morbidade, qualidade de vida, para desfechos de processo, como a cobertura e a adequação de seus serviços ao modelo proposto. No entanto, ainda não há semelhante avaliação da orientação aos atributos de Atenção Primária à Saúde em municípios menores de 100 mil habitantes.

Neste momento de gradual substituição dos serviços existentes pelo modelo Saúde da Família, a coexistência dos diferentes modelos pode influenciar o processo de trabalho das equipes e conseqüentemente seus resultados em saúde. Este e outros fatores como o perfil dos profissionais que trabalham em APS, as características estruturais das unidades, a agregação de equipes em uma unidade, as características de gestão local precisam ter sua influência mensurada, a fim de nortear regulamentações que garantam qualidade maior e mais homogênea.

No presente estudo, procuramos entender estas interações sobre a qualidade do cuidado ofertado, quanto à sua estrutura e processo, a partir do instrumento PCATool Brasil, previamente validado com usuários em Porto Alegre, agora sob a perspectiva dos

profissionais do interior do Rio Grande do Sul. Este estudo faz parte da avaliação de Linha de Base do Projeto Telessaúde no núcleo do Rio Grande do Sul, no contexto de municípios de pequeno porte populacional, grande cobertura da ESF e baixa rotatividade de profissionais médicos e enfermeiras.

REVISÃO DE LITERATURA

O objetivo da presente revisão da literatura é levantar as informações que fundamentem a análise e interpretação de resultados sobre a avaliação de serviços da Estratégia Saúde da Família quanto a seus atributos de Atenção Primária à Saúde. Esta é uma revisão não sistemática, no entanto abaixo descrevemos alguns passos utilizados para buscar as referências utilizadas nesta revisão.

1. Estratégia de Busca

Foi pesquisada a base de artigos Medline através do portal PubMed(1) até 07 de setembro de 2008. A estratégia utilizada baseou-se na proposta de levantar toda literatura publicada que tivesse como descritor a Atenção Primária à Saúde realizada no Brasil. Além disso, para aumentar a sensibilidade da estratégia, foram acrescentadas palavras que pudessem fazer referência a Atenção Básica e Saúde da Família.

A estratégia **((("Brazil"[mesh])) AND (((((((("primary health care"[Mesh])) OR ("family health program"[tw])) OR ("p.s.f."[tw])) OR ("PSF"[tw])) OR ("saude da familia"[tw])) OR ("atencao basica"[tw]))))** chegou a 322 artigos. Todos foram avaliados em seus resumos, sendo selecionados aqueles cuja metodologia enfocasse avaliação global da qualidade da APS e ESF quanto a resultados em saúde e quanto à orientação aos atributos definidos por Starfield(2).

Revisão nas bases Lilacs e Scielo foi realizada a partir da lista de referências dos artigos previamente selecionados, possibilitando a identificação de publicações de interesse não indexadas no Medline.

2. Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Mundo

A discussão de Atenção Primária à Saúde (APS) surge na reforma do Sistema de Saúde brasileiro em uma polêmica de conceitos, propostas e nomenclaturas. Internacionalmente utiliza-se o termo APS para definir uma forma de cuidado integral, já defendido como modelo para atingir-se maior equidade em saúde na conferência da Organização Mundial da Saúde de 1978, em Alma Ata (3):

“Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.”

O conceito de Alma Ata também é reconhecido como Atenção Primária à Saúde Abrangente, pois define a APS no sistema de serviços de saúde e também na promoção de desenvolvimento integral, atuando de forma colaborativa com outros setores da sociedade e com a participação direta das comunidades (3).

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.”

Em boa parte, este conceito também está previsto na Constituição Brasileira de 1988 (4) e nas normas operacionais que a complementam, ao tomar como diretrizes

do SUS a integralidade, universalidade, equidade, descentralização, participação popular, hierarquização. No entanto, no Brasil o termo APS foi erroneamente associado à proposta de pacotes mínimos de serviços do Banco Mundial (5), a serviços de saúde de caráter assistencialista, com rol limitado de ações, nos moldes da “medicina para pobres” observada nos Estados Unidos na década de 60. Em oposição a esta proposta, foi cunhado um novo termo, “Atenção Básica” (AB), para definir o primeiro nível do sistema de saúde.

A compreensão de diferenças entre APS e AB é até hoje muito confusa no Brasil, mesmo no meio acadêmico (6). A falta de clareza de um modelo de APS (5) faz com que a AB permaneça associada à idéia de postos de saúde com estrutura precária, cuidado de problemas simples, ações programáticas restritas, prevenção em detrimento de assistência. O que se observou na prática foi a implementação da Atenção Básica em diversos formatos, de qualidade duvidosa e aproximando-se do temido modelo restritivo e seletivo. Mais recentemente, o termo Atenção Primária à Saúde voltou a ser usado com conotação de APS abrangente em eventos e na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica (7). Sampaio, em debate acerca do tema, utiliza AB e APS como sinônimos, mantendo-se o nome Atenção Básica em relação à estrutura, regulamentações do Ministério da Saúde- MS - (8), embora já se discuta a criação de uma Secretaria de Atenção Primária e Promoção à Saúde no MS (9).

Em contrapartida, muitos países desenvolvidos já vinham fortalecendo seus sistemas universais de saúde baseados na APS, seguindo as recomendações de Alma-Ata ou mesmo dando continuidade à reforma sanitária previamente iniciada. Este é o caso de Inglaterra e Espanha (5;10;11), enquanto outros países com padrões de desenvolvimento sócio-econômico semelhantes, como Estados Unidos (12), não buscaram fortalecer a APS da mesma forma. As diferentes trajetórias de saúde destes países foram avaliadas por comparações internacionais que demonstraram o desempenho superior de sistemas baseados numa forte APS sobre indicadores de saúde populacionais (13). Este desempenho foi replicado nas avaliações de serviços, reforçando que aqueles com forte presença de atributos da APS tinham melhor qualidade do cuidado, menores custos e maior satisfação dos pacientes, mesmo na presença de iniquidades sociais (14-18). Estes estudos dão substrato empírico para releitura de Alma-Ata feita por Starfield e aqui utilizada na definição de APS como

nível do sistema de saúde responsável pelo cuidado integral do paciente, pelo seu acesso de primeiro contato, mantendo-se o vínculo pessoal ao longo do tempo e gerenciando os atendimentos necessários ao paciente em outros níveis do sistema. Esse contato se dá com forte enfoque familiar e orientação comunitárias, levando em conta diversidades culturais (12).

3. Evolução da Estratégia Saúde da Família

No Brasil, experiências exitosas locais se aproximaram da definição de APS de Starfield. As experiências de Carlile Lavor foram as precursoras entre as que se tem conhecimento, inicialmente em 1967 em Sobradinho e posteriormente em 1974 em Planaltina, no Distrito Federal (19). Na segunda metade da década de 70, Lavor adaptava sua experiência para o Sertão Nordestino, enquanto outras duas experiências iniciaram em Porto Alegre, o projeto do Centro de Saúde-Escola Murialdo(20) e posteriormente o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (21). Em 1987, após seca intensa no Nordeste Brasileiro, Lavor desenvolve com apoio do estado do Ceará programa para empregar mulheres atuando como agentes comunitárias de saúde obtendo grande sucesso na redução da mortalidade infantil (22). Diante do sucesso o programa cresce em cobertura e em outros estados. Entretanto, foi apenas com o surgimento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS e posteriormente PACS) em 1991, seguido pelo Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que se iniciou a construção de uma proposta nacional de APS. A abordagem comunitária característica, as ações de vigilância em saúde e a marcante redução nos indicadores de mortalidade infantil (22-24) respaldaram este programa perante os gestores, a despeito da crítica de muitos teóricos da academia, que ainda o confundiam com o modelo restritivo do Banco Mundial. Com a evolução da cobertura e o maior tempo de implementação do PSF, resultados mais consistentes têm modificado posturas críticas renitentes (25).

Em 1998, o MS redefiniu o Programa Saúde da Família como Estratégia responsável pela orientação da APS no SUS (26). Hoje, a Estratégia Saúde da Família (ESF) já é responsável pelo cuidado à saúde de mais de 90 milhões de pessoas, estando presente em todos estados e em 94% dos municípios(27). Observam-se ainda dificuldades para implantação da ESF em maior escala nos grandes centros urbanos .

O crescimento do acesso à saúde é considerado um dos principais benefícios trazidos pela ESF até agora. Anteriormente, a universalização e municipalização do SUS abriram espaço para essa mudança, mas continuavam limitadas diante de serviços com estrutura física inadequada, de desproporção entre profissionais de saúde e população atendida, de falta de uma área geográfica definida para sua atuação além da manutenção do cuidado com enfoque hospitalar. Com a ESF, os pré-requisitos necessários para cadastramento de unidades de saúde exigem que a população coberta não ultrapasse 4 mil pessoas por equipe, o que pode ainda estar além do ideal, mas permite maior proximidade da comunidade e responsabilização pelo acesso desta aos serviços.

Inicialmente a implantação da ESF aconteceu principalmente nos municípios de menor porte populacional. Os incentivos financeiros existentes cresciam conforme o percentual da população municipal coberta pelo programa e nestes municípios cobertura igual a 100% da população poderiam ser facilmente atingidas com poucas equipes. Isso favoreceu a implantação de equipes nas comunidades rurais afastadas, antes desatendidas ou atendidas pelos pequenos ambulatórios (alguns “hospitais”) e postos de saúde localizados no centro urbano destes municípios. Só em 2003 foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, o PROESF, que previa um incentivo especial para estimular o crescimento da cobertura em capitais e cidades com mais de 100 mil habitantes. Além disso, houve mudança no financiamento quanto a sua parte variável, ou seja, os incentivos deixaram de ser proporcionais à faixa de cobertura populacional relativa no município e passaram a ter valor pleno independente da cobertura(28). No entanto, mesmo com esta grande evolução, o acesso continua sendo problemático, como visto nas avaliações abaixo descritas.

4. Avaliação da Estratégia Saúde da Família

Uma das formas de avaliação da ESF é a construção de um escore de atributos da APS, seguindo o referencial de Starfield, que permite também comparações com os serviços tradicionais. Esse escore é avaliado através do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) (14;29) validado e aplicado em Porto Alegre(17;30;31). Macinko utilizou o PCATool em outra adaptação em Petrópolis (RJ)(15;32), replicada em São Paulo(33) e municípios de Goiás e Mato Grosso do

Sul(34). Este questionário avalia os atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação) e seus atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) a partir de uma lista de questões sobre os serviços respondidas por usuários ou profissionais ou gestores. Podem ser construídos escores por atributo, escore dos atributos essenciais, dos derivados e escore geral de APS. No processo de validação do instrumento, diferentes aspectos de um atributo podem ser separados, como a “acessibilidade” e “utilização” no caso do atributo “acesso”. Isso reflete os componentes “estrutura” e “processo” utilizado por Starfield seguindo o referencial de Donabedian(12), na definição e avaliação de cada atributo dos serviços de saúde.

Nos estudos acima citados, foi demonstrado que o acesso (especialmente a “acessibilidade”) é ainda o atributo com pior desempenho. No estudo de Porto Alegre, Oliveira et al descreveram que apenas 40% da população amostrada na área de adscrição da ESF referiu utilizar como serviço preferencial aquele ao qual era adscrita (17). Já em estudo qualitativo sobre a implementação do PSF em Florianópolis, em 2002, observou-se que a proporção entre famílias atendidas e equipes de PSF não era respeitada e o acesso continuava um problema(35). Em outro estudo, Escorel et al avaliaram a implementação da ESF em 10 grandes centros urbanos sob a ótica dos profissionais e gestores e em 8 deles, avaliou também a opinião de usuários amostrados aleatoriamente(36). O acesso foi descrito pelos usuários como problemático: entre 30 e 67% dos portadores de doenças crônicas relataram não receber qualquer tipo de atendimento, de 12 a 20% dos que se relatavam hipertensos e ente 16 e 33% das crianças até dois anos não eram acompanhados. Dificuldades com os profissionais também foram relatadas pela população. Ainda assim, os usuários que haviam recebido atendimento avaliaram positivamente tanto os profissionais como o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Mais de 90% dos moradores dos domicílios amostrados conheciam seus ACS e relatavam já ter sido visitados.

Quanto à integralidade, no estudo de Florianópolis, Conill destaca que outro aspecto positivo da implementação da ESF foi a incorporação de atividades preventivas junto às curativas(35). Metodologias comparativas entre a ESF e serviços tradicionais encontraram resultados variáveis no atributo integralidade, avaliado o rol de serviços ofertados com o PCATool. Nos estudos com usuários, Oliveira et al(17), Macinko et

al(32), van Stralen et al(34) não observaram diferenças quanto a este atributo entre a ESF e serviços tradicionais. No estudo de Macinko et al, algumas questões que compõem o atributo, como realização de pré-natal, tratamento de tuberculose e aconselhamento quanto à violência domiciliar foram superiores na ESF ($p < 0,05$), e a abordagem ao álcool e ao tabaco e educação em saúde também foram superiores (se considerada probabilidade de $p = 0,06$). Já Harzheim et al(16), em versão do questionário voltada ao cuidado de crianças, encontrou escore da ESF superior no atributo “integralidade-serviços básicos”, mas outras dimensões da integralidade (serviços complementares e ações de prevenção e promoção) não foram diferentes na ESF e UBS tradicionais na região sul de Porto Alegre. Elias et al(33) fizeram comparações em 3 estratos de exclusão social, sob perspectiva do usuário, profissional e gestor. Foi observada diferença apenas no estrato intermediário e sob a perspectiva do usuário, tendo a ESF maior escore. Avaliação dos profissionais de Cunha et al(37) e Macinko et al(15) mostraram escores de integralidade semelhantes entre ESF e serviços tradicionais.

Os demais atributos da APS também foram avaliados na ESF e comparados com serviços tradicionais nos estudos supracitados. Em Porto Alegre também foi comparado com outras experiências de APS locais, como o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), com as unidades de Saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo e com plano privado com modelo semelhante à ESF. Observou-se de modo geral que o desempenho da ESF foi superior às UBS tradicionais em todos estes trabalhos, seja nos escores gerais ou de alguns atributos, tanto na visão dos usuários como dos profissionais(15-17;23;33;34;37). Ainda importante foi a verificação de variabilidade da qualidade entre as diferentes unidades da ESF. Mesmo que num país continental como o Brasil seja esperada uma diversidade dos serviços, conforme o perfil epidemiológico local, chama atenção a significativa diferença na extensão dos atributos da APS dentro de um mesmo município. Diferenças na qualidade e perfil de serviços foram atribuídas a várias razões: tempo de implantação(15;35;36); falta de supervisão adequada pela coordenação municipal e infrequente utilização do Sistema de Informações de Atenção Básica(15;38); diferentes objetivos dos gestores na implementação da ESF- como conversão da rede rápida com vistas a receber financiamento imediato versus projeto de expansão da rede e conversão ao modelo homogêneo da ESF(36). Dessa forma, em muitos centros urbanos, co-existem o modelo da ESF e serviços de Atenção Básica tradicionais (este último sem um modelo claro).

Naqueles locais onde a conversão se deu sem adequado planejamento e monitoramento, alguns serviços recebem o nome de ESF, mas não se adequam ao modelo proposto e seus profissionais mantêm as mesmas práticas(35;36).

Outro fator que pode influenciar a superioridade da ESF em relação aos serviços tradicionais e mesmo sua variável qualidade é o perfil de formação dos profissionais. Macinko em seu trabalho de Petrópolis observa que os profissionais que trabalham na ESF mais frequentemente têm treinamento para entender a diversidade cultural de suas comunidades e que mais médicos da ESF receberam treinamento especializado para trabalhar em APS do que os médicos das UBS (15). Ainda assim, avaliação normativa nacional da ESF em 2001/2002 mostra que 19% dos médicos não atendem alguma faixa etária ou gênero da população, e uma minoria tem residência em Medicina de Família e Comunidade (39), formação padrão-ouro para trabalho na APS(40). Além de comprometer a integralidade do cuidado, diversos autores levantam a hipótese que a falta deste treinamento influencie diretamente os demais atributos, como longitudinalidade, coordenação, enfoque familiar, comunitário e competência cultural(15-17;37). De fato, em Porto Alegre, o serviço com melhor escore geral de APS, superior às UBS em todos os atributos (exceto acessibilidade) e superior à ESF no escore geral foi o Serviço de Saúde Comunitária do GHC, cujas 12 unidades têm suas equipes formadas por médicos de família e comunidade e enfermeiras com residência em APS (17), embora esta associação direta ainda necessite de análises controladas por outros serviços e número de profissionais- estudo em andamento (31).

5. Saúde da Família nos Grandes e Pequenos Municípios

O número de publicações sobre APS no Brasil vem crescendo extraordinariamente desde a criação da ESF, como demonstrado em revisão sistemática(41). No entanto, esta revisão demonstrou que apenas 15% das publicações analisadas consistiam em estudos analíticos, predominando os relatos de caso e estudos qualitativos (40%). Embora o impacto positivo do aumento da cobertura da ESF já esteja demonstrado em estudos que avaliam a mortalidade infantil(23;24) e por estudos que avaliam o processo de trabalho(15-17;32-35;37), ainda não há uma conclusão clara quanto a melhor forma de promover o aumento da cobertura em grandes municípios e da conversão da rede. Para tanto o MS criou o PROESF, com vistas a incentivar este

processo nos grandes municípios. Estudos de linha de base desse projeto adotaram metodologias heterogêneas, e geralmente focaram aspectos específicos da gestão ou de ações programáticas, impedindo uma comparabilidade de experiências entre diferentes regiões. O estudo de Piccini et al, no entanto, compara a estrutura, oferta e utilização de serviços a idosos na região sul e Nordeste do país, observando superioridade estatisticamente significativa da ESF em relação aos serviços tradicionais, nos dois contextos, ainda que esta diferença seja pequena e variável em relação ao critério(42).

No outro extremo, diante da variabilidade do cuidado observado em grandes centros, imagina-se que tal variabilidade seja ainda maior em pequenos municípios. As análises ecológicas de Macinko incluíram todos os municípios do Brasil, agregados em microrregionais (24) ou em estados (23), não permitindo análise isolada destes municípios de menor porte. Exceto por experiências focando ações programáticas específicas, experiências de implementação e pela experiência de alguns municípios que espontaneamente aderiram ao projeto ministerial de “Avaliação para Melhoria da Qualidade” (AMQ)- de resultados até agora não publicados-, não há pesquisas com metodologia mais rigorosa para avaliação da APS em municípios com menos de 100 mil habitantes. Considerando que 46% da população brasileira residem em municípios com este porte populacional, faz-se necessário avaliar a qualidade da APS oferecida através de metodologia reprodutível e validada, que abranja todos os atributos da APS.

6. Qualificação da Saúde da Família

Uma iniciativa para aumentar a integralidade e resolutividade do cuidado da ESF, tanto em pequenos quanto grandes municípios, foi a criação dos NASF, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (43). São previstas equipes matriciais com composição multiprofissional (médicos psiquiatras, pediatras, ginecologistas, homeopatas e acupunturistas; assistentes sociais, profissionais de educação física, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas), com principal foco na supervisão das equipes da ESF e em atividades comunitárias de educação em saúde. Embora a ênfase não seja no atendimento pelos profissionais do NASF, o texto de regulamentação abre possibilidades para essa atividade acontecer sem o filtro da equipe da ESF e a variabilidade de interpretações é previsível, diante da variabilidade já observada quanto à própria ESF.

O atendimento de pacientes diretamente pelos médicos especialistas focais ou por outros profissionais, sem o filtro do médico da ESF, pode resultar no enfraquecimento dos atributos de APS, especialmente a longitudinalidade e coordenação do cuidado. Ao considerarmos que a presença dos especialistas focais pode reduzir o número de especialistas da APS no contexto de recursos limitados e de gestores não comprometidos com a APS, a possibilidade de um resultado negativo advém. Estudo de Shi et al mostrou a influência benéfica linear de uma maior relação de médicos com formação em APS por habitante sobre a mortalidade total nos EUA(44). Estudo semelhante que avaliou a relação de médicos especialistas focais por habitante em relação à mortalidade total não trouxe este benefício(45).

A experiência do SSC-GHC, cujos escores de APS foram os maiores no estudo de Oliveira et al(17), mostra-se bastante positiva ao incorporar outras profissões no cuidado, como psicologia, assistência social, odontologia, farmácia. Neste modelo os outros profissionais acima citados fazem parte da equipe básica e médicos especialistas focais, como internistas, só auxiliam de forma matricial, discutindo casos com os médicos de família, que mantém o primeiro contato com o paciente diante de novos problemas. A presença de outros profissionais não-médicos na ESF ou de serviços com modelos distintos num mesmo local (ESF junto à UBS tradicionais) ainda não foram avaliados. Mesmo que o MS insista no caráter substitutivo da expansão da ESF e na conversão do modelo de atendimento dos serviços existentes, essa situação se repete(36). Sua avaliação pode antecipar os riscos de um NASF desarticulado da ESF, em que os profissionais médicos da equipe matricial atendam sem filtro.

Da mesma forma, a presença de equipes no mesmo local que pronto-atendimentos e hospitais merece especial atenção, embora não encontramos análises a este respeito na vasta literatura descritiva. Alguns estudos permitem-nos levantar hipóteses de um efeito negativo da mistura de modelos e de níveis de atenção, como com hospitais. Em análise ecológica dos municípios participantes do Telessaúde no Rio Grande do Sul, Fontanive et al observaram que a presença de leitos hospitalares se associou com o aumento da proporção de internações evitáveis pelos cuidados de APS(46). Neste estudo não se avaliou a questão hospital e ESF na mesma localização (mesmo prédio), mas por tratar-se de pequenos municípios com até 15 mil habitantes em sua maioria (o maior com 35 mil habitantes) e com cobertura da ESF superior a 70%

da população, a presença de um hospital pode ser muito impactante e desarticular os serviços de APS. Se por um lado essa pode ser apenas uma manifestação da “lei de Roemer”, conhecida na economia da saúde como a oferta criando sua própria demanda(47), por outro lado, essa pode ser uma manifestação da desarticulação da ESF nestes locais onde o hospital passa a ser um serviço buscado preferencialmente.

Outro exemplo da literatura que nos permite questionamentos está no estudo já citado de Macinko quanto à mortalidade infantil(24). Além do aumento da cobertura da ESF reduzir as taxas de mortalidade infantil, Macinko observa que a maior disponibilidade de leitos, ao contrário do que se imaginava, se associou com aumento da taxa de mortalidade infantil. O autor levanta como explicação, a baixa qualidade de hospitais no Brasil. Parece-nos, no entanto, necessário uma verificação da hipótese de desarticulação da ESF pela presença de hospitais e por profissionais de nível de atenção secundária que podem estar dividindo suas atribuições entre hospital e a ESF, enfraquecendo a qualidade da APS. Embora atualmente no Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde não recomende a instalação de ESF junto a hospitais, os municípios argumentam com os custos da construção de outra área física. Assim, estudo que aborde esta questão pode ajudar a estabelecer norma em contrário, caso se confirme esta hipótese.

Outra iniciativa para apoiar a ESF de pequenos municípios é o Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio a Atenção Primárias à Saúde, atualmente em fase piloto em 9 estados do Brasil(48). Este projeto pretende qualificar os profissionais da ESF por estratégias de teleeducação e aumentar sua resolutividade por meio da teleassistência. No Rio Grande do Sul foram disponibilizados kits de informática e realizado treinamento na utilização de tecnologias como webconferências, uso de emails e de portal virtual(49). Mediante a solicitação do profissional da ESF, são agendadas discussões de caso de pacientes que permitam seu melhor manejo no serviço de APS do pequeno município. Posteriormente e de forma anônima, as respostas de dúvidas práticas das equipes da ESF e revisões de literatura, seguindo princípios da saúde baseada em evidências, são publicadas no site do Projeto para consulta por outras equipes.

O projeto TelessaúdeRS visa também impactar sobre processos de trabalho, aperfeiçoando os atributos da APS. Além de aumentar o rol situações e problemas de

saúde cuidados na ESF e qualificar o cuidado do paciente no próprio município (integralidade), evita-se sua referência para centros secundários, o que fortalece o vínculo do paciente com o profissional (longitudinalidade). Fortalece-se também a função de coordenação do cuidado do profissional, quando este discute o caso com a equipe de suporte do projeto, auxiliando o profissional a decidir com mais segurança a melhor conduta para seu paciente, no seu contexto de saúde-doença. Nesse sentido torna-se importante o papel do médico regulador do projeto, profissional com residência em Medicina de Família e Comunidade, que avalia as dúvidas e as repassa para resposta por consultores da Medicina de Família e Comunidade, Dentistas e Enfermeiros com formação em APS ou para especialistas focais do projeto. Com isso, prevê-se a redução da lista de espera, facilitando o acesso a centros especializados para aqueles pacientes que realmente precisam do encaminhamento.

A avaliação dos impactos do uso de Telessaúde no Rio Grande do Sul parte de uma linha de base, na qual são avaliadas características dos profissionais, o perfil dos atributos da APS das unidades de saúde da família e características estruturais e de Gestão. Posteriormente, ao fim de 2 anos do período piloto, serão reavaliadas estas características, a utilização e satisfação com a Telessaúde.

Esta pesquisa faz parte da avaliação de linha de base do Projeto de Telessaúde, com a proposta de contribuir na avaliação da qualidade da APS em municípios de pequeno porte populacional. Outra proposta desta pesquisa está relacionada à influência na qualidade da ESF exercida pela presença de outros tipos de serviço atuando concorrentemente no mesmo espaço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) U.S.National Library of Medicine. PubMed. 2008.
- (2) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
- (3) Fendall NR. Declaration of Alma-Ata. Lancet 1978. 16;2(8103):1308.
- (4) Constituição da República Federativa do Brasil, Art 196 a 200, Brasil.
- (5) Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica 2008;24(S1):S7-S16.
- (6) Gil CR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saude Publica 2006. 22(6):1171-81.
- (7) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>
- (8) Sampaio LFR. Debate sobre artigo Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil de Eleonor Minho Conill. Cad Saúde Pública 2008; 24 (Sup 1):S19-S20.
- (9) Brasil.Poder Executivo. PROJETO DE LEI 3958 de 2008. Câmara dos Deputados Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=408401
- (10) Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saude Publica 2006; 22(5):951-63.
- (11) Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. Aten Primaria 1999; 15;24(8):468-74.
- (12) Starfield B. Sistemas de Atenção Primária em nações industrializadas. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. pg 565-596. Brasília, UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

- (13) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health Milbank Q 2005;83(3):457-502.
- (14) Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 1;50(2):161-75.
- (15) Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. Int J Health Plann Manage 2004;19(4):303-17.
- (16) Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família em la região sur de Porto Alegre, Brasil. Tese de Doutorado. Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante; 2004.
- (17) Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária á Saúde nos Serviços de Atenção Primária de Porto Alegre: Uma Análise Agregada. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007.
- (18) Starfield B. Primary Care: is it essential? Lancet 1994;344:1129-33.
- (19) Lavor C. Simpósio Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Mundo: Papel da Pesquisa, da Advocacia e da Mobilização Social. XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia 2008; Porto Alegre 2008.
- (20) Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. Boletim da Saúde 2008;16(2):105-15. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_10muraldo.pdf
- (21) Haynes A. Health Care in Brazil. BMJ 1993;20;306:503-6.
- (22) Svitone E.C., Garfield R., Vasconcelos M.I., Craveiro V.A. Primary health care lessons form the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. Rev Panam Salud Pública 2000 Jul 1;7(5):293-302.
- (23) Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health 2006;60(1):13-9.
- (24) Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc Sci Med 2007;65(10):2070-80.

- (25) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados : 1998-2004. 2006.
- (26) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde.Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família : uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 1997.
- (27) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2008 Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>
- (28) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2006.
- (29) Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care Pediatrics 2000;105(4 Pt 2):998-1003.
- (30) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, varez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saude Publica 2006;22(8):1649-59.
- (31) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res 2006;6:156.
- (32) Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan 2007 May;22(3):167-77.
- (33) Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivao Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cienc Saúde Coletiva 2006;11(3):663-41.
- (34) van Stralen CJ, Belisario SA, de Sousa van Stralen TB, de Lima AM, Massote AW, di Lorenzo OC. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil . Cad Saude Publica 2008;24 Suppl 1:S148-S158.

- (35) Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002;18 Suppl:191-202.
- (36) Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2005.
- (37) Cunha CH. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.
- (38) Medina CAB, Lermen JI, Maraskin T, Estma C, Takeda S. Avaliação do "Programa de Saúde da Família" (PSF) no Rio Grande do Sul (RS). A utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para assistência em hipertensão arterial sistêmica 2002. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva- ABRASCO 2003 .
- (39) Felisberto E, Aquino R. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família- 2001/2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2004.
- (40) Harzheim E. (Coordenador), Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina. 2008.
- (41) Harzheim E, Stein AT, Dardet CA, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista AMRIGS* 2005;49(4):248-52.
- (42) Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cienc Saúde Coletiva* 2006;11(3):657-67.
- (43) Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF, Brasil. Ministério da Saúde, 2008.
- (44) Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985-1995. *Stroke* 2003;34(8):1958-64.

- (45) Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States *Int J Health Serv* 2007;37(1):111-26.
- (46) Fontanive PVN, Kolling JHG, Filho EDC, Mengue SS, Harzheim E. Avaliação de internações por condição sensível à atenção primária, seus determinantes e desafios no projeto Telessaúde RS. Apresentado na III Mostra Nacional de Saúde da Família. Brasília 2008.
- (47) Zucchi P, Nero CD, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade* 2000;9(1/2):127-50.
- (48) Brasil.Ministério da Saúde. Portaria N° 35 de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. 2007.
- (49) Projeto TelessaúdeRS. Conheça o Projeto TelessaúdeRS. Projeto TelessaúdeRS 2008 Available from: URL: www.ufrgs.br/telessauders

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade assistencial das unidades de Saúde da Família existentes nos municípios participantes do projeto Telessaúde RS (municípios com menos de 40 mil habitantes e cobertura de saúde da família superior a 70% da população), através dos escores dos atributos da APS obtidos a partir da percepção de médicos e enfermeiros destas unidades.

Objetivos Específicos

1. Comparar os escores de APS das unidades de Saúde da Família situadas junto à (1) à hospital, (2) à Unidades Básicas tradicionais e (3) com outros profissionais não-médicos que não estão previstos na equipe mínima da ESF (ESF com equipe Expandida) e (4) Unidades de Saúde da Família com equipe mínima sem outros serviços justapostos nos municípios participantes do projeto Telessaúde RS.
2. Identificar características da população adscrita, dos profissionais de saúde, de estrutura física e da gestão municipal destes serviços que favorecem o alto escore de APS (escore geral $\geq 6,6/10$).

ARTIGO

EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PROJETO TELESSAÚDE RS E SEUS DETERMINANTES DE QUALIDADE

João Henrique Godinho Kolling 1

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive1

Eno Dias de Castro Filho1

Erno Harzheim 2

1 – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

2- Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

João Henrique Godinho Kolling

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Avenida General Barreto Viana, 1175/907. Porto Alegre - Rio Grande do Sul.

CEP 91.330-630

jhkolling@yahoo.com

* Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública

RESUMO

Este estudo avaliou a percepção de 195 médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o seu processo de trabalho e descreveu suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 32 municípios do interior do Rio Grande do Sul, participantes do Projeto TelessaúdeRS. A análise das 77 UBS (100 equipes de ESF) mostrou média de 1,7 médicos por equipe da ESF, 71% com composição multiprofissional além das profissões previstas na equipe mínima da ESF e presença de Atenção Básica Tradicional ou hospitais junto a 20% das unidades. A partir do instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil, 71% dos profissionais atribuíram aos seus serviços um Alto Escore Geral de Atenção Primária à Saúde (APS)- $\geq 6,6/10$. A percepção de capacidade em habilidades específicas da APS, incluindo trabalho multidisciplinar, visita domiciliar, abordagem familiar e comunitária, foi estatisticamente associada com Alto Escore Geral de APS ($p < 0,05$). A disponibilização de programas de treinamento em habilidades específicas pode ser útil para atingir-se maior orientação de profissionais ao padrão-ouro de cuidado em APS.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study focuses on the perceptions of 195 Family Health Strategy (FHS) physicians and nurses from the countryside of Rio Grande do Sul state in 32 municipalities participating in Telehealth RS Project about their Primary Health Care (PHC) services organization and performance. Looking at the 77 PHC Services (total 100 FHS teams), it was found the mean of 1.7 physician per FHS team. There were other graduated health professionals besides physicians, nurses and dentists in 71% of the FHS teams. The “Basic Attention” traditional services or hospitals were in the same place as the FHS team in 20% of the PHC Services. FHS physicians and nurses answered the Primary Care Assessment Tool-Brazil wherein 72% of PHC Services obtained scores higher than 6.6/10. Their self perception of their ability to work in teams with different professionals, to do home visits, to work with educational or therapeutic groups, to work with familiar and community approaches were statistically associated with higher Primary Care Assessment Tool score. The availability of training programs regarding PHC specific abilities may be useful for the FHS workers to reach the golden standard level of PHC.

Key-words: Health Services Research, Primary Health Care, Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Comparações internacionais entre países com diversos modelos assistenciais demonstram que sistemas e serviços de saúde com maior orientação para os atributos definidores da Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam populações com melhores desfechos de saúde e maior satisfação com cuidado recebido, mesmo em contexto de iniquidades(1-3). Em 1998 o Ministério da Saúde (MS) do Brasil redefiniu o Programa Saúde da Família como Estratégia responsável pela reorientação da Atenção Primária à Saúde nacionalmente(4). Em 2008 a Estratégia Saúde da Família (ESF) já era responsável pelo cuidado à saúde de mais de 90 milhões de pessoas, estando presente em todos estados e em 94 % dos municípios(5), fazendo do Sistema Único de Saúde (SUS), seguramente, um dos maiores sistemas de saúde orientados para Atenção Primária à Saúde no mundo.

Seguindo o crescimento de cobertura populacional da ESF, o número de estudos avaliando a APS no Brasil vem crescendo extraordinariamente, embora apenas 15% das publicações encontradas em revisão sistemática de 2005 consistiam em estudos analíticos(6). Mais recentemente estudos de boa qualidade metodológica demonstraram o impacto positivo do aumento da cobertura da ESF sobre a mortalidade infantil(7;8). Estas evidências, junto às avaliações normativas do MS que enfocaram outros aspectos do cuidado integral(9), afastam estigmas de uma suposta APS seletiva ou de “medicina para pobres” inicialmente atribuídos à ESF.

Avaliações abrangentes da estrutura e processo de trabalho por instrumentos validados tornam-se importantes para reconhecer os caminhos que levam ao impacto observado nos estudos ecológicos e para orientar a qualificação da ESF. Um exemplo

desse tipo de avaliação pode ser observado nos estudos de grandes centros urbanos que utilizaram o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) desenvolvido por Starfield et al(10;11). Este questionário avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da APS- essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural)- a partir de respostas de usuários adultos ou de cuidadores (no caso de crianças) ou ainda de profissionais/gestores de saúde. No Brasil, este instrumento foi validado e aplicado em amostra de base populacional em Porto Alegre (12-18) avaliando, de forma representativa, os diversos serviços de APS da cidade. Em outra versão, o instrumento foi adaptado e aplicado em usuários amostrados nas rede de serviços de Petrópolis-RJ(19-21). Nestes estudos, a ESF foi comparada aos serviços com Atenção Básica (AB) Tradicional e observou-se, de modo geral, que o desempenho da ESF foi superior em todos eles, seja nos escores gerais ou em alguns atributos, tanto na visão dos usuários como na dos profissionais. Estudos da Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) vem replicando a metodologia de Macinko et al (19-21) e chegaram a resultados semelhantes em municípios com mais de 100 mil habitantes nos estados de São Paulo(22-24), Goiás e Mato Grosso do Sul(25).

Mesmo que o MS insista no caráter substitutivo da expansão da ESF, as avaliações de redes municipais de APS têm mostrado que as equipes de AB tradicional ainda são prevalentes, em muitos casos coexistindo com a ESF numa mesma Unidade Básica de Saúde- UBS(26;27). As análises comparativas que avaliaram os atributos da APS não estudaram o efeito da co-existência de modelos

sobre o desempenho da ESF e em pelo menos um estudo as “unidades mistas” – ESF + Unidades Básicas Tradicionais - foram deliberadamente excluídas(23). Por outro lado, um achado importante nestes estudos foi a grande variabilidade de qualidade entre as diferentes unidades da ESF dentro de um mesmo município(17;21), o que pode significar uma variabilidade ainda maior nas unidades mistas. Estas diferenças também foram observadas em estudos com outras metodologias(26-28) e atribuídas ao tempo de implantação, falta de supervisão adequada pela coordenação municipal e infreqüente monitoramento do Sistema de Informações de Atenção Básica(20;29). Foram observados diferentes objetivos dos gestores na implementação da ESF, desde uma rápida conversão da rede com vistas a receber financiamento imediato, independente da mudança real do modelo, até projetos de expansão da rede de APS e real conversão ao modelo da ESF de forma homogênea entre as unidades(26). Naqueles locais onde a conversão se deu sem adequado planejamento e monitoramento, alguns serviços receberam o nome de ESF, mas não se adequaram ao modelo proposto e seus profissionais pareciam manter o mesmo processo de trabalho e as mesmas práticas anteriores(26;28).

Faltam na literatura avaliações semelhantes que abordem os atributos de APS em municípios de pequeno porte populacional, ainda que 46% da população brasileira seja residente em municípios com menos de 100 mil habitantes. A avaliação de peculiaridades destes municípios- como a presença de hospitais de pequeno porte(30) e a prevalência de Internações por Condições Sensíveis a APS – ICSAPS- (30;31) pode auxiliar a compreensão da interação de diferentes modelos assistenciais e seus efeitos em saúde sobre pequenas populações expostas. As análises ecológicas de Macinko sobre a mortalidade infantil incluíram todos os

municípios do Brasil, agregados em microrregionais(8) ou em estados(7), não permitindo análise isolada destes municípios de menor porte. Em um destes estudos, observou-se que a maior disponibilidade de leitos hospitalares, ao contrário do que se imaginava, se associou com aumento da taxa de mortalidade infantil. O autor levanta como possível explicação a redução de acessibilidade e qualidade dos hospitais no Brasil. No entanto, faz-se necessário verificar outras hipóteses, por exemplo, a desarticulação da ESF pela presença de hospitais. Nesta hipótese, hospitais de pequenos municípios assumem o papel de fonte preferencial de cuidados de saúde pela população e profissionais de nível de atenção secundária dividem suas atribuições entre hospitais e ESF, enfraquecendo a qualidade da APS, e especificamente, o efeito da ESF sobre a mortalidade infantil.

Evidências apontam que o perfil de formação dos médicos tem papel importante sobre resultados em saúde na população(32). Estudo de Shi et al mostrou a influência benéfica linear de uma maior relação de médicos com formação em APS por habitante sobre a mortalidade total nos EUA(33), mesmo controlando para o efeito de iniquidade, enquanto outro estudo que avaliou a relação de médicos especialistas focais por habitante, não mostrou este benefício(34). No Brasil, em Petrópolis, Macinko observa que maior proporção de profissionais da ESF tiveram treinamento para entender a diversidade cultural de suas comunidades e receberam treinamento especializado para trabalhar em APS do que os médicos da AB tradicional(20). Ainda assim, avaliação normativa nacional em 2001/2002 mostrou que 19% dos médicos da ESF não atendiam pacientes de alguma faixa etária ou sexo, e uma minoria tinha residência em Medicina de Família e Comunidade (35), a formação padrão-ouro para o trabalho na APS(36). No estudo da rede de APS de

Porto Alegre, o Serviço de Saúde Comunitária do GHC obteve o melhor escore geral de APS, superior às unidades com AB tradicional em todos os atributos (exceto acessibilidade) e superior a ESF no escore geral. Uma das principais características deste serviço é o perfil de seus profissionais: as 12 unidades têm suas equipes formadas por médicos de família e comunidade (MFC) e enfermeiras com residência em APS(17).

Uma iniciativa para fortalecer a ESF de pequenos municípios é o Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio a Atenção Primária à Saúde, atualmente em fase piloto em 9 estados do Brasil(37). Este projeto pretende qualificar os profissionais da ESF por estratégias de teleeducação e aumentar sua resolutividade por teleassistência. Nesse projeto, dúvidas dos profissionais da ESF do interior do Rio Grande do Sul são avaliadas por um regulador médico de família e comunidade que as direciona para serem respondidas em texto ou discutidas em webconferência entre a equipe da ESF e profissionais do núcleo de Telessaúde com residência em APS ou especialistas de áreas focais médica, de enfermagem ou de odontologia. O presente estudo está inserido na avaliação de linha de base do projeto Telessaúde RS, tendo como objetivos avaliar a percepção de médicos e enfermeiras da ESF em relação aos atributos da APS nos municípios participantes e caracterizar o perfil destes profissionais e de seus serviços de saúde quanto à presença de outros modelos de atenção.

MÉTODOS

Critérios de Seleção

Estudo transversal, incluindo os médicos e enfermeiros de todas as equipes de Saúde da Família dos municípios participantes do Projeto Telessaúde RS do interior do Rio Grande do Sul. Os critérios de seleção para os municípios participarem do projeto seguiram portaria da Comissão Intergestores Bipartite(38): municípios com menos de 100 mil habitantes, cobertura da ESF maior ou igual a 70% da população residente, segundo número de equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e estimativa de população do IBGE, e baixa rotatividade de médicos e enfermeiras (até 2 trocas/ano no triênio de 2005 a 2007). Entre os municípios que preenchiam estes critérios, foram selecionados até a segunda fase do projeto 32 municípios do interior, que apresentavam maior número de equipes por município, seguido pela maior densidade média de equipes por ponto (número de equipes por número de unidades), maior cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e menor rotatividade de profissionais. Para caracterizar os municípios participantes, dados de gastos em financiamento da saúde, indicadores demográficos e de saúde foram coletados no site do DATASUS referentes ao período de 2003 a 2007, comparados a valores nacionais e regionais, utilizando o aplicativo TABNET e consultado o Atlas de Desenvolvimento Humano quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano e de GINI do ano de 2000. Maiores informações sobre o Projeto Telessaúde RS estão no site www.ufrgs.br/telessauders.

Os municípios selecionados e todas unidades da ESF foram visitados. Entre as equipes selecionadas para o projeto Telessaúde RS foram incluídos todos os médicos e enfermeiros das equipes da ESF, caracterizando o censo destes

profissionais. Os profissionais foram então treinados em Porto Alegre para participação no Projeto Telessaúde RS quando foram aplicados os instrumentos de avaliação de linha de base entre novembro de 2007 e maio de 2008.

Instrumentos

Foram utilizados 3 instrumentos para coleta de dados: dois questionários auto-aplicados e respondidos individualmente pelos profissionais e um questionário respondido posteriormente por telefone pelos coordenadores de equipe.

O primeiro questionário, que abordava o perfil dos profissionais, foi construído pelo Grupo de Trabalho de Avaliação do Projeto Nacional de Telessaúde, com participação de representantes de diversos núcleos estaduais e da coordenação nacional do projeto ao longo do ano de 2007. Este questionário continha informações de características sócio-demográficas, formação profissional, conhecimentos de informática e língua inglesa, demandas de capacitação em educação permanente, percepção de capacitação em temas prioritários na ESF e em habilidades para ações características da APS dos médicos e enfermeiros.

O segundo instrumento foi o *Primary Care Assesment Tool-Brasil* (PCATool), que avalia a orientação dos serviços para APS e em sua versão para profissionais contém as questões em espelho do questionário para usuários, validado para o português em pesquisas de base populacional com adultos e cuidadores de crianças em Porto Alegre(15;16). Nos estudos prévios com usuários, questões sobre o atributo Competência Cultural não tiveram validação, não sendo igualmente aqui incluídas. Na versão dos profissionais não é avaliado o sub-atributo “primeiro contato- utilização”, apenas a acessibilidade. Este questionário inclui 71 questões sobre o funcionamento do serviço, quanto ao acesso de primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade- separada em 2 dimensões: serviços disponíveis e serviços prestados-, coordenação, orientação comunitária e orientação familiar respondidas com base em escala likert de 1 a 4: “com certeza não” , “provavelmente não”, “provavelmente sim”, “com certeza sim”. Ainda há a opção de resposta “não sei/não lembro” que, seguindo a orientação de validação do instrumento, é convertida como “provavelmente não”. Os escores são construídos para cada atributo a partir da média aritmética das respostas e então padronizados numa escala de 0-10, a partir da seguinte expressão:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - \text{escore mínimo}) \times 10}{(\text{Escore máximo} - \text{escore mínimo})} \quad \text{OU} \quad \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{(4 - 1)}.$$

A média dos escores por atributo fornece um escore geral da orientação do serviço para APS. Este escore foi classificado como alto escore se maior ou igual a 6,6 ou baixo escore se menor com base no referencial teórico: se todas respostas do instrumento fossem “Provavelmente Sim” o escore médio absoluto seria 3 e padronizado de 6,6. Também foram construídos escores de APS por unidade, a partir da média aritmética dos escores de seus profissionais da ESF e foram igualmente classificados em baixo ou alto escore da unidade, com mesmo ponto de corte .

O terceiro instrumento respondido pelos coordenadores de equipe enfocava características das unidades: número de equipes da ESF na mesma unidade, número de profissionais de nível superior por profissão, número total de profissionais, localização da unidade, estrutura física, presença de outros modelos de atendimento e presença da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) junto à unidade da ESF. A partir deste questionário e da visita de campo, as unidades foram classificadas quanto aos

modelos de atendimento presentes: (1) ESF exclusivo, (2) ESF + Hospital na mesma área física, (3) ESF + AB tradicional.

A categorização das unidades quanto à presença de equipe com AB tradicional junto a ESF se baseou no acesso de primeiro contato. Ou seja, nestas unidades, o paciente adscrito à ESF com novo problema de saúde não é avaliado preferencialmente pelo médico da ESF e pode ser atendido diretamente por qualquer outro médico da unidade. Como nestes municípios nem sempre estava claro o papel de outros profissionais não vinculados à ESF e sua presença na unidade tinha carga horária variável, utilizamos o seguinte critério: “presença de outros médicos atendendo por um total mínimo de 20 horas ou 4 turnos semanais na mesma unidade sem necessidade de primeiro contato do paciente com o médico da ESF” .

Análise dos Dados

O estudo teve duas unidades de análise. A primeira era com base individual nos médicos e enfermeiros da ESF e avaliou a distribuição de alto e baixo escore segundo características sócio-demográficas dos profissionais, perfil de formação, tempo e padrões de trabalho na ESF, satisfação com diversos aspectos, percepção de capacitação em habilidades específicas da APS.

A segunda unidade de análise consistia nas UBS, e avaliava o escore de APS segundo as características das unidades. Com isso pretendeu-se evitar a repetição de observações de uma unidade tantas vezes quanto o número de profissionais respondentes, aumentando a influência de unidades com mais de uma equipe ou onde houve mudança de profissional durante a o período de estudo com mais de duas observações por equipe.

A análise dos resultados foi avaliada de duas formas. Na primeira, com o censo de todos médicos, enfermeiros e unidades da ESF dos municípios participantes do Telessaúde RS, comparou-se as diferenças absolutas refletindo a realidade desses municípios. Na outra forma de análise, a partir de testes estatísticos, buscou-se avaliar algum grau de inferência para municípios com perfil semelhante aos estudados e suas principais comparações tiveram poder calculado a posteriori a partir da diferença observada com o pacote estatístico Stata 9.0. Foram utilizadas nas análises univariáveis estatísticas X^2 de Pearson com correção de continuidade de Yates ou teste Exato de Fisher na comparação de proporções e teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para variáveis contínuas (sem distribuição normal) ou teste T de Student, e análise de variância para comparação de vários grupos, com nível de significância menor ou igual a 0,05 através do pacote estatístico SPSS 13.

RESULTADOS

Caracterização dos municípios

Todos os 32 municípios participantes são de pequeno porte populacional, sendo que os 2 municípios com maior população têm 33 e 32 mil habitantes, 10 municípios têm população entre 10 e 30 mil habitantes e outros 20 municípios têm população inferior a 10 mil habitantes. Estes municípios localizam-se predominantemente na região norte e nordeste do estado do Rio Grande do Sul, onde a implantação da ESF atingiu maior cobertura.. Chama atenção que, apesar do pequeno porte, apenas 4 municípios (12,5%) não possuem hospital próprio. Metade dos municípios têm hospitais com até 34 leitos, 4 municípios têm 2 hospitais e há um hospital com mais de 100 leitos em município com 14 mil habitantes. Junto a este

quadro foi observada uma alta taxa de ICSAPS, com mediana de 48% nos 5 anos anteriores. Destaca-se ainda que todos os municípios que não têm hospital têm seu pronto-atendimento junto às equipes da ESF, em um deles onde antes funcionava um hospital, agora “ambulatório”.

Observou-se que a população média por equipe da ESF foi de 2,800 habitantes, número menor que o utilizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS para cálculo da cobertura populacional, de 3450 habitantes por equipe. Assim a cobertura por este critério foi superior a 100% enquanto a cobertura calculada segundo o cadastro SIAB de usuários destes municípios foi próxima a 85% da população. Outras características observadas incluem o índice de Gini (0,52) e o IDH (0,79) do ano 2000, ambos com valores semelhantes a média do RS, mas com melhor perfil em relação aos valores nacionais. Em 2007 estes municípios tiveram gastos públicos em saúde totais (R\$ 259) e com recursos próprios do município (R\$ 178) por habitante pouco superiores ao RS (R\$250 e R\$153) e à média nacional (R\$ 252 e R\$147).

Escores de APS

Foram incluídos 99 médicos e 97 enfermeiros de 100 equipes de saúde da família e de 77 unidades. A Tabela 1 mostra os resultados principais do estudo, caracterizando a Estratégia Saúde da Família quanto aos atributos esperados de um serviço com forte orientação para Atenção Primária à Saúde pela percepção individual dos profissionais. Observa-se que a média dos escores foi próxima a 8 nos dois componentes do atributo integralidade e na orientação familiar. Estes também foram os atributos cuja proporção de profissionais referindo alto escore foi superior a

80%. Nos atributos coordenação, continuidade do cuidado (longitudinalidade) e orientação comunitária, o escore médio foi superior a 6,6, com proporção de alto escore entre 60 e 70%. Apenas o atributo Acesso de Primeiro Contato apresentou predominância de baixo escore, com média igual a 5,88.

Ao avaliarmos o escore geral médio da APS de 7,2, notamos ainda um intervalo de confiança (IC) de 95% relativamente estreito, mostrando que a variabilidade na percepção dos serviços foi pequena para o tamanho amostral. Se considerarmos ainda o ponto de corte de 6,6 chegamos a mais de 70% dos médicos e enfermeiros referindo trabalhar em serviços com alto escore de APS, cujo limite inferior do IC de 95% foi superior a 6,6 no escore geral e em todos os atributos, exceto no acesso de primeiro contato. No entanto, 29% dos profissionais ainda referem trabalhar em serviços de baixo escore.

Perfil dos profissionais

A avaliação do perfil dos profissionais é descrita na tabela 2. Destacam-se a considerável proporção de profissionais com formação de pós-graduação; o baixo número de médicos de família e comunidade; o perfil de profissionais com pouco tempo de formado, de trabalho na ESF e na unidade; a alta prevalência de vínculos empregatícios precários com a conseqüente proporção de acúmulo de outros empregos; os padrões de atendimento com pouco agendamento, grande número de consultas médicas e baixo número de consultas de enfermagem.

As mulheres tiveram prevalência de alto escore superior a dos homens ($p=0,4$). A mediana do tempo de formado foi de 6 anos, semelhante ao alto escore, mas 1,5 ano inferior ao baixo escore ($p=0,14$). Quanto à formação de pós-graduação,

48% dos profissionais fizeram algum tipo de residência ou especialização lato sensu e ainda quase 13% estavam fazendo algum tipo de formação de pós-graduação enquanto trabalhavam na ESF destes pequenos municípios. A prevalência de alto escore dos profissionais com curso em andamento foi 30% maior que a do grupo que já tinha alguma especialização ($p=0,12$). Os profissionais com especialização ou residência, quando agrupados, não parecem ter melhores escores do que os demais. Entre os profissionais com especialização, as áreas Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Atenção Básica não se associaram com alto escore mais que outras especializações não voltadas para APS e, no universo do Telessaúde RS, estas especializações tiveram menor proporção de profissionais com alto escore ($p=0,74$).

Em relação às residências médicas, os médicos com residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC)- anteriormente Geral Comunitária- foram poucos: 13% dos médicos tinham esta formação, 14% tinham residência em Gineco-Obstetrícia ou Pediatria ou Medicina Interna ou Medicina Preventiva e Social e 8% tinham formação em outras residências (4% com 2 residências). A prevalência de alto escore foi semelhante nos grupos de MFC e de médicos sem residência, e um pouco menor para profissionais com outras residências ($p=0,87$). Entre as 97 enfermeiras, o treinamento em serviço foi ainda menos frequente, já que apenas 2 enfermeiras referiam residência multiprofissional, uma em APS/Saúde de Família e Comunidade e outra em Saúde Mental.

O tempo de trabalho na ESF teve mediana de 3,3 anos e o tempo de trabalho na mesma unidade, 2 anos. Se considerarmos o universo dos profissionais do Telessaúde, pode-se afirmar que aqueles há menos tempo na equipe (10 meses menos) têm mais frequentemente alto escore ($p=0,25$). Quanto à carga horária, 8%

dos profissionais referiam cumprir menos que 40 horas. Metade de todos profissionais referia ter um ou mais empregos fora da Saúde da Família, incluindo plantões em hospitais locais. Embora tenhamos trabalhado com municípios com baixa rotatividade de profissionais, quando perguntados sobre plano de sair da ESF no próximo ano, 12% dos profissionais responderam afirmativamente e 28% não estavam certos se continuariam. O grupo que não tinha plano de sair da ESF foi justamente o de menor prevalência de alto escore ($p=0,72$), mas foi também o de maior tempo na unidade, maior tempo de formado e mais velho ($p=0,001$). Quarenta por cento dos profissionais referiam vínculos empregatícios do tipo contrato temporário ou cooperativas, o que se associou estatisticamente com pior satisfação com vínculo ($p<0,001$) e com plano de sair da unidade ($p=0,03$). Os demais eram estatutários ou celetistas, apresentando prevalência de alto escore inferior ($p=0,52$) ao grupo de vínculo precário. Plano de carreira (6%) e gratificação por formação especializada em APS (2%) foram muito raros, e nenhum profissional referiu receber gratificação por metas alcançadas ou por seguimento de protocolos.

Em relação aos padrões de trabalho o número de consultas total de médicos teve mediana 120, superior ao valor mediano de 50 consultas de enfermeiros ($p<0,001$), mas a proporção de consultas agendadas dos médicos teve mediana 50% menor em relação aos enfermeiros (20% vs 30%) ($p=0,05$). Ambos grupos tiveram distribuição do número de consultas semelhante por padrão de escore de APS. Com relação ao planejamento das consultas, os médicos do grupo de alto escore tiveram maior proporção de consultas previamente agendadas que os de baixo escore ($p=0,03$). Considerando o acesso como atributo com o pior escore, observamos que o tercil com mais consultas médicas se aproxima de uma associação estatística ao alto

escore de acesso ($p= 0,13$), mas é inferior quanto à orientação familiar ($p=0,37$), comunitária ($p=0,18$), coordenação ($p=0,08$), integralidade serviços disponíveis ($p=0,19$) e semelhante na integralidade serviços prestados ($p=0,81$), explicando o escore geral semelhante.

Ainda quanto ao perfil de trabalho, observamos que muitos profissionais têm foco do atendimento em apenas algumas faixas etárias. Embora a proporção mediana de consultas por faixa etária esteja equilibrada, até 40 % dos profissionais referem atender uma proporção de consultas nos decis extremos da distribuição de consultas em pelo menos uma das 5 faixas etárias estudadas (0-12; 13-20; 21-40; 41-60 e 60 ou mais anos). Ou seja, para alguma das faixas etárias estudadas, estes profissionais atendiam uma proporção de consultas alta de uma faixa etária, e conseqüentemente muito pouco em outras faixas etárias. Todas as análises, globais e estratificadas por profissão, com desfecho alto escore geral ou alto escore dos atributos da integralidade (serviços disponíveis e prestados) mostraram repetidamente que no universo dos profissionais participantes do Telessaúde, há um pequeno aumento na proporção de profissionais com alto escore quando não há seletividade de atendimento por faixa etária ($p>0,05$). Quando olhamos as faixas etárias uma a uma, encontramos associação do alto escore com profissionais que atendiam mais pacientes entre 21 e 40 anos ($p=0,006$).

Percepção de capacitação em atividades características da APS

A Tabela 3 demonstra a percepção dos profissionais quanto à sua capacitação para desempenhar atividades essenciais na APS: trabalho multidisciplinar, atividades em grupo, visita domiciliar, abordagem familiar, abordagem comunitária. Notável a

associação de praticamente todos itens com o escore geral de APS. Destaca-se que quando se comparou a percepção dos profissionais quanto à capacitação para habilidades de Abordagem Familiar e Comunitária apenas com o escore essencial, segundo a definição de Starfield, que inclui apenas os atributos acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação, a associação se manteve e o Genograma passou a ter associação significativa com $p=0,05$. Os demais itens também mantiveram associação estatística, exceto pelo trabalho multidisciplinar com dentistas ($p=0,06$), auxiliar de consultório dentário ($p=0,07$), técnico de higiene dental ($p=0,07$) e agente comunitário de saúde ($p=0,11$) e com enfermeiros (0,46) que já não era associado anteriormente.

Chama atenção que a percepção de capacitação para trabalho multidisciplinar foi bastante alta em relação a todas as profissões, um pouco menor em relação aos profissionais da equipe de saúde bucal. Em relação a atividades em grupo, observamos que pouco mais de 1/3 dos profissionais com baixo escore referiram percepção de capacitação. Quanto a atividades de visita domiciliar, os profissionais relataram mais dificuldades para desenvolver um programa em equipe para acompanhamento domiciliar. Na abordagem familiar, nota-se especial dificuldade com o genograma, instrumento clássico para Medicina de Família e Comunidade e APS de forma geral, para compreensão do funcionamento familiar, padrões de comportamento, avaliação de riscos e abordagem de conflitos. Isso foi observado mesmo entre profissionais com alto escore de APS- apenas 42% sentiam-se capacitados no uso do genograma, de forma que a diferença ultrapassou o limiar aceito de valor p , ($p=0,09$), mas associou-se com o escore essencial como visto acima. Questões de abordagem comunitária, com especial enfoque nas atividades de

diagnósticos coletivos e de vigilância, bem como em relação a intervenções comunitárias, foram prevalentes para percepção de capacidade, com valores sempre próximos a 67% no total e a 80% no alto escore, mas marcadamente baixo nos profissionais com baixo escore.

Satisfações dos Profissionais

A Tabela 4 mostra que, de forma geral, os profissionais mostraram-se satisfeitos com seu trabalho e com outros aspectos da ESF, à exceção dos salários. Reafirmando os dados anteriores, a maior satisfação com o “relacionamento entre equipe de saúde e comunidade” associou-se com altos escores de APS ($p=0,02$). Também houve maior satisfação dos profissionais com a rede de serviços municipal entre o grupo de alto escore de APS ($p=0,002$). Nesse sentido a satisfação com o coordenador municipal da ESF foi avaliada apenas entre os chefes de equipe, o que reduziu em quase 60% o tamanho da amostra. Comparando os grupos, houve uma diferença de 16% na prevalência de alto escore entre satisfeitos e não satisfeitos com o gestor municipal da ESF ($p=0,2$). Destaca-se ainda a atitude de insatisfação com vínculos precários, que foram frequentes neste estudo, em especial no grupo de alto escore ($p=0,23$).

A satisfação com o relacionamento interno da equipe não se associou ao escore, mas principalmente entre os médicos, esteve associada à maior percepção de aptidão para trabalho multidisciplinar com enfermeiras ($p=0,4$), técnicos ou auxiliares de enfermagem ($p=0,2$) e agentes comunitários de saúde ($p=0,01$). A satisfação dos profissionais quanto aos coordenadores de equipe foi alta nos dois grupos de escore.

Perfil das unidades

A Tabela 5 mostra as características das 77 unidades de saúde incluídas, num total de 100 equipes de Saúde da Família. A análise por unidades mostrou prevalência de alto escore ainda maior (86%), baixa prevalência de localização rural (25%), divisão do espaço da UBS com diversos outros modelos- equipes de Atenção Básica tradicional (17%) e hospitais (7%)-, secretarias municipais de saúde- SMS- (30%) e presença de outros profissionais de saúde com curso superior não previstos na equipe mínima da ESF (71%).

Em 74% das UBS atuava apenas uma equipe de ESF. O máximo de equipes por UBS observado foi de 3 equipes, embora após o período de coletas, uma unidade com 3 equipes agregou a quarta equipe do município. Setenta e cinco por cento das equipes foram consideradas urbanas pelos seus coordenadores e, segundo o censo de 2000, 64% da população somada destes municípios de fato era urbana. A análise da distribuição do escore em relação ao número de unidades favoreceu as unidades com localização rural ou ruro-urbana, 3 vezes mais prevalente entre o grupo de alto escore, embora não significativa no teste estatístico ($p=0,28$).

Os profissionais de equipes em unidades com SMS mais frequentemente se queixaram de poucas consultas agendadas em relação às espontâneas ($p=0,001$), embora o número total de atendimentos não tenha sido diferente ($p=0,63$). Ainda observamos que a proporção de consultas com agendamento prévio é significativamente menor nas unidades que coexistem com as SMS, com mediana de 10% do total de consultas previamente agendadas em unidades com SMS e 30%, nas unidades sem SMS ($p<0,001$).

Com relação a outros modelos de atenção junto à ESF observamos a presença de hospitais em 7% das unidades e a coexistência do Saúde da Família com AB tradicional em 17% das unidades. As unidades que incluíam estes modelos (hospitalar ou AB tradicional) tiveram prevalência de alto escore de 80% enquanto nas equipes sem outros modelos tinham 87% de alto escore ($p=0,44$).

Ainda quanto à presença de outros profissionais nas unidades, 71% das unidades tinham outros profissionais de áreas não previstas na equipe mínima da ESF: psicologia, nutrição, educação física, fisioterapia, farmácia, assistência social, terapia ocupacional, fonoaudiologia e pedagogia. A prevalência de alto escore geral de APS entre o grupo de unidades com e sem profissionais destas áreas teve diferença menor que 2% ($p=1$). Em 30 unidades (39%) havia outros médicos, mais frequentemente ginecologistas (23%) e pediatras (21%). Em 23 destas unidades (30% do total) o atendimento de um novo problema não pressupunha primeiro contato do paciente com o médico da ESF. O tempo semanal de atendimento na unidade por outros médicos sem primeiro contato teve mediana de 4 turnos por semana nestas unidades e 1,5 turno por semana nas unidades em que outros médicos atendiam após primeiro contato do paciente com o médico da ESF. O número total de médicos, de outros profissionais de nível superior não previstos na equipe mínima da ESF e do total de profissionais de nível superior -ponderados pelo número de equipes da ESF na unidade- foi repetidamente superior nas unidades com baixo escore, mas esta diferença foi muito pequena e não permite inferências pelo valor de probabilidade muito alto. Ressalta-se que nenhum município havia adotado equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja portaria havia sido lançada em janeiro de 2008.

As equipes de saúde bucal (ESB) estavam presentes em 80% das unidades. Em 4 unidades onde não havia equipe de saúde bucal cadastrada junto à ESF, trabalhavam outros dentistas, de forma que das 20 unidades sem este cadastro, 11 realmente não ofereciam cuidado odontológico no local. No total, 21% das unidades com ou sem ESB tinham dentistas não cadastrados.

DISCUSSÃO

Este estudo foi o primeiro que temos conhecimento a caracterizar a Estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno porte populacional quanto à orientação aos atributos da Atenção Primária à Saúde. Segundo a percepção dos médicos e enfermeiros de 32 municípios selecionados para participar do Projeto piloto Telessaúde RS, a ESF tem uma forte orientação para APS em 86% das unidades. Analisando individualmente este grupo de profissionais, 71% percebem seus serviços como fortemente orientados para APS. Além disso, todos os atributos isoladamente analisados mantiveram esse padrão, com exceção do acesso de primeiro contato em sua dimensão estrutural ou de acessibilidade que, a exemplo de estudos em grandes centros urbanos, teve fraca orientação(17;20-25). Há ainda um caminho a se percorrer em termos de qualificação destes serviços se considerarmos que a média do escore foi de 7,2. Soma-se a este achado a consistente associação do alto escore com a percepção de capacidade para habilidades características da APS como o trabalho multidisciplinar, visitas domiciliares, grupos, abordagem familiar e ferramentas específicas para trabalho comunitário. Estes resultados são especialmente interessantes para o planejamento de educação permanente de profissionais já trabalhando na rede da ESF, se considerarmos que a maior parte da população

estudada não teve treinamento formal para essas habilidades em residência, e que as especializações lato sensu voltadas para saúde coletiva, bem como as residências como um todo não se associaram a melhores escores.

Outros estudos utilizando esta mesma metodologia em grandes centros urbanos também mostraram de forma geral que o acesso, em especial a acessibilidade, continua um nó crítico(14;17;22-25), embora sua melhoria tenha sido uma das principais conquistas da ESF(5;7;28;39;40). Cabe salientar que em pelo menos 2 estudos onde os profissionais referiram bom escore de acesso, a população usuária discordou(12;20;21;36), enquanto naqueles em que o escore foi baixo, houve concordância(22;23;25). Essa dificuldade com acessibilidade ficou expressivamente evidenciada no estudo com amostragem populacional de Oliveira et al, em que todos os serviços públicos de APS tiveram escore inferior a 3 em 10, e mesmo o serviço privado estudado teve escore 3,8(17). Nesse estudo apenas 40% dos habitantes residentes na área da ESF referiam usá-la como serviço de saúde preferencial. Por outro lado, a forte orientação comunitária e familiar observadas em nosso estudo e tão necessárias como visto acima, não foram homogeneamente forte nas avaliações anteriores. Se usarmos ponto de corte semelhante a 6,6/10 para alto escore em outros estudos, nenhum estudo antes havia observado alto escore de orientação comunitária, independente do respondente(12;14;17;20;21;24;25), exceto por um subgrupo no estudo de Elias et al(23). Para Viana et al(24), em São Paulo, este atributo, junto com a orientação familiar, foram os atributos com pior desempenho na ESF(24). Outros estudos haviam encontrado melhores escores de orientação familiar(21;25). Elias et al comenta a diferença entre a avaliação destes 2 atributos dos profissionais e gestores em relação aos usuários, alertando que dificilmente os provedores

atribuiriam baixos escores, pois a ESF tem, conceitualmente, grande ênfase na orientação familiar e comunitária.

Registrou-se em nosso estudo e em acordo com o acima descrito, o importante aspecto do relacionamento com a comunidade, bem como a influência da satisfação por trabalhar em um serviço inserido num sistema de saúde local bem orientado. A literatura mostra que serviços com forte orientação para APS estão mais frequentemente relacionados a sistemas de saúde orientados para APS(41). Claramente a importância da orientação da gestão em saúde para APS poderá ser mais bem documentada com o prosseguimento das análises da Linha de Base do Projeto Telessaúde RS em pequenos municípios, além dos estudos do PROESF com esse foco nos grandes centros urbanos(42). Nesse contexto, devemos considerar, como visto nos municípios estudados, que a presença das Secretarias Municipais de Saúde junto às unidades pode desorganizar o planejamento da equipe para consultas e assim sua organização de outras ações programáticas e comunitárias - especialmente enquanto persistirem modelos de gestão em que a qualidade do cuidado seja associada com pronto-atendimento e volume de consultas. Nesse sentido outros modelos de atenção, também dividindo espaço físico com a ESF, como hospitais, tiveram no universo das unidades do Telessaúde RS menos equipes com alto escore. A presença da AB tradicional não pareceu mudar o perfil de escore, sendo necessário, em ambos casos, ampliarmos o número de observações para confirmar ou afastar uma associação estatística. A presença de outros profissionais não previstos na equipe mínima da ESF foi muito comum em nosso estudo. A falta de associação do alto escore e a presença destes profissionais pode indicar que estratégias como o NASF, em que eles atuem em matriciamento e supervisão, tenha

outro impacto, mas dada a variabilidade de composição das equipes, outros estudos controlados são necessários.

Outro nó na melhoria da qualidade da APS foi observado em nosso estudo, com relação aos vínculos empregatícios precários, ainda em 40% do total, perpetuando a rotatividade. Observamos que justamente o grupo com plano de sair da ESF tinha mais freqüentemente vínculos precários, pior satisfação com vínculo e caracterizava-se por profissionais formados há menor tempo

Este estudo pode registrar a ainda presente influência dos hospitais nos pequenos municípios, pois a despeito de grandes coberturas de Atenção Primária previstas na seleção dos municípios, quase todas as cidades mantinham hospital de pequeno porte e em muitos casos, dividindo atenção (e tempo de trabalho) das equipes da ESF. Outro estudo com esta população reproduziu dados da literatura internacional mostrando que hospitais com poucos leitos associam-se com maiores taxas de internação por condição sensível a APS(30). É de se considerar que dentro de uma rede hierarquizada, prevê-se que os municípios estabeleçam consórcios, compartilhando hospitais regionalmente, reduzindo um número excessivo de hospitais com poucos leitos e abrindo espaço para o fortalecimento da APS

Este estudo apresenta algumas limitações que precisam ser levadas em conta. Em primeiro lugar é importante destacar que a metodologia transversal permite avaliar apenas associações e em algumas delas deve-se considerar a possibilidade de causalidade reversa, a exemplo do que pode ocorrer com a percepção do escore e satisfação quanto à relação com a comunidade. É importante reconhecer que nossa amostra teve poder limitado, com base nas diferenças observadas, em especial na comparação do perfil dos profissionais e unidades. Embora limitado para

efetivamente demonstrar algumas associações estatísticas em análises univariáveis, as diferenças encontradas foram em direção às hipóteses conceituais. No universo de médicos e enfermeiras da ESF do projeto Telessaúde RS, os achados poderão auxiliar o delineamento de propostas de orientação aos gestores e profissionais.

A validade externa deste estudo pode ficar limitada a municípios com características sócio-demográficas semelhantes. Ainda assim, os resultados devem ser interpretados considerando o cenário favorável da ESF previsto para participação no Telessaúde RS. A seleção de municípios com menor rotatividade não impediu que 20% dos profissionais estivesse há 4 meses ou menos nas unidades, o que é uma realidade no interior e merece considerações quanto à confiabilidade de sua percepção de suas unidades. Da mesma forma a percepção do profissional costuma superestimar a orientação à APS em relação a estudos com usuários. De fato, as explicações para um melhor processo de trabalho envolvem uma complexa teia de variáveis e certamente o controle por modelos multivariáveis, bem como o aprofundamento de questões em pesquisas qualitativas tornam-se importantes.

A despeito das limitações, este estudo auxiliará o melhor planejamento dos núcleos de Telessaúde nacionais em seu projeto piloto a estruturar programas de educação permanente para treinar os profissionais da ESF nas habilidades necessárias e fortalecer os atributos de APS. Assim o impacto deste projeto pode superar a capacitação em questões clínicas pontuais, aumentando o número de usuários beneficiados pelo aumento do acesso nos serviços, pelo papel de coordenação do cuidado e prevenção quaternária mais intensos(43). Essa capacitação deve focar não apenas os profissionais da ponta, mas os coordenadores de atenção

primária e secretários municipais de saúde, fortalecendo o sistema municipal de saúde como um todo em sua organização alicerçada na APS. Nossos resultados vêm fortalecer a discussão e pactuação com gestores da ESF de municípios de pequeno porte quanto à conversão incompleta da rede, a presença e o papel de hospitais de pequeno porte, a adoção do NASF e consórcios regionais, a presença da SMS junto à unidade e pressões para pronto-atendimento em detrimento de abordagem comunitária mais forte. Por fim, torna-se importante aprofundar o conhecimento desses fatores com o aumento da amostra e maior representatividade, o que possivelmente poderá acontecer pelo agregado de observações de outros núcleos de Telessaúde e pelos estudos do PROESF.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado com recursos do CNPQ, OPAS e Ministério da Saúde, DEGES/SGETS.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam não haver conflitos de interesses.

COLABORADORES

João Henrique Godinho Kolling participou da concepção do estudo, revisão de literatura, coleta de dados, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados e redação do texto e revisão final.

Paulo Vinícius Nascimento Fontanive participou da concepção do estudo, coleta de dados, construção e revisão da base de dados, revisão e aprovação final.

Eno Dias de Castro Filho participou da concepção do estudo, revisão e aprovação final.

Erno Harzheim participou da concepção do estudo, revisão de literatura, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados, redação do texto, revisão e aprovação final.

REFERÊNCIAS

- (1) Starfield B. Primary Care: is it essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
- (2) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
- (3) Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003 Jun;38(3):831-65.
- (4) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde.Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família : uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 1997.
- (5) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>
- (6) Harzheim E, Stein AT, Dardet CA, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista AMRIGS* 2005;49(4):248-52.
- (7) Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006 Jan;60(1):13-9.
- (8) Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007 Nov;65(10):2070-80.
- (9) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil : uma análise de indicadores selecionados : 1998-2004. 2006.
- (10) Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000 Apr;105(4 Pt 2):998-1003.
- (11) Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001 Jul 1;50(2):161-75.
- (12) Cunha CH. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional. Dissertação de Mestrado. Program de Pós-Graduação

em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000652520&loc=2008&l=08245eaa3295cf>

- (13) Goncalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Program de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000640890&loc=2008&l=c34fcb0de915bd04>
- (14) Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil Tese de Doutorado Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante; 2004.
- (15) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, varez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad Saude Publica 2006 Aug;22(8):1649-59.
- (16) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res 2006;6:156.
- (17) Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde nos Serviços de Atenção Primária de Porto Alegre: Uma Análise Agregada. Dissertação de Mestrado. Program de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007 Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000631287&loc=2008&l=0d26049ebf30d8eb>
- (18) Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos da Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Program de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000636050&loc=2008&l=1a34f6073015f8da>
- (19) Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. OMS/OPAS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2006.
- (20) Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. Int J Health Plann Manage 2004 Oct;19(4):303-17.

- (21) Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007 May;22(3):167-77.
- (22) Ibañez N, Rocha JSY, Castro.P.C., Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3):683-703.
- (23) Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivao Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saúde Coletiva* 2006;11(3):663-41.
- (24) Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(Sup 1):S79-S80.
- (25) van Stralen CJ, Belisario SA, de Sousa van Stralen TB, de Lima AM, Massote AW, di Lorenzo OC. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008;24 Suppl 1:S148-S158.
- (26) Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2005.
- (27) Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(Sup 1):S42-S57.
- (28) Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002;18 Suppl:191-202.
- (29) Medina CAB, Lermen JI, Maraskin T, Estma C, Takeda S. Avaliação do "Programa de Saúde da Família" (PSF) no Rio Grande do Sul (RS). A utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para assistência em hipertensão arterial sistêmica 2002. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva- ABRASCO 2003.
- (30) Kolling JHG, Fontanive PVN, Filho EDC, Mengue SS, Harzheim E. Avaliação de internações por condição sensível à atenção primária, seus determinantes e desafios no projeto Telessaúde RS. Trabalho apresentado no XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre, 2008.

- (31) Büttgenbender DC, Costa JSD, Hoefel AL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul. No prelo 2008.
- (32) Starfield B. Profissionais de Atenção Primária, subespecialistas e outros profissionais não-médicos. In: Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. p. 133-75.
- (33) Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985-1995. *Stroke* 2003 Aug;34(8):1958-64.
- (34) Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37(1):111-26.
- (35) Felisberto E, Aquino R. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família- 2001/2002. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.
- (36) Harzheim E (coordenador), Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina. 2008.
- (37) Brasil.Ministério da Saúde. Portaria N° 35 de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. 2007.
- (38) Resolução N° 100/07 – CIB/RS, Estado do Rio Grande do Sul.Secretaria da Saúde.Comissão Intergestores Bipartite, (2007).
- (39) Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cienc Saúde Coletiva* 2006;11(3):657-67.
- (40) Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008 Feb;24(2):267-80.
- (41) Starfield B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. p. 19-42.
- (42) Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, Teixeira VA, da Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008;24 Suppl 1:S159-S172.

- (43) Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-3.

Tabela 1. Escore dos atributos e escore geral de atenção primária à saúde segundo médicos e enfermeiras da Saúde da Família dos municípios do Projeto Telessaúde RS, Rio Grande do Sul, 2008.

Atributos de APS	Escore Médio (IC 95%)	Proporção de profissionais que percebem UBS de Baixo Escore*	Proporção de profissionais que percebem UBS de Alto Escore*
	n = 195	%	%
Primeiro Contato- Acesso	5,88 (5,6 - 6,16)	60	40
Atendimento Continuado (Longitudinalidade)	6,89 (6,72 - 7,07)	38,5	61,5
Coordenação	6,95 (6,74 - 7,16)	30	70
Integralidade- Serviços Disponíveis	7,97 (6,74 - 7,16)	17	83
Integralidade- Serviços Prestados	7,73 (7,5 - 7,96)	20	80
Enfoque na Família	7,96 (7,68 - 8,24)	14	86
Orientação Comunitária	7,02 (6,76 - 7,28)	33	67
Escore Geral	7,2 (7,04 - 7,36)	29	71

* O escore de APS é definido a partir da avaliação dos atributos de APS pelo PCATool-Brasil como baixo se menor que 6,6 e alto se maior ou igual a 6,6 . Pontuação possível: 0 a 10.

Tabela 2. Perfil dos médicos e enfermeiras da Saúde da Família nos municípios participantes do projeto Telessaúde RS, Rio Grande do Sul, 2008

Características dos profissionais (n)	Total	Baixo Escore	Alto Escore	valor p
Demográficas				
Idade em anos (195)*	32,5 (14)	34,5 (12)	32 (14)	0,4
Sexo (195) **				
Feminino	114	25% (28)	75% (86)	0,17
Masculino	81	35% (28)	65% (53)	
Cor (172)**\$				0,76
Branca	157	27% (43)	73% (114)	
Não-branca	15	33% (5)	67% (10)	
Formação Profissional				
Profissão (195)**				0,74
Enfermeiros	96	27% (26)	73% (70)	
Médicos	99	30% (30)	70% (69)	
Tempo de formado em anos (194)*	10	7,5 (12)	6 (9)	0,14
Pós-Graduação: Especialização e/ou Residência (195)**				0,12
Sim	94	33% (31)	67% (63)	
Não	76	29% (22)	71% (54)	
Em andamento	25	12% (3)	88% (22)	
Tipos de especialização sensu lato (97)**#				0,66
Saúde da Família	19			
Saúde Pública	17			
Saúde Coletiva	9	31% (14)	69% (31)	
Atenção Básica	2			
Outras	59	25% (13)	75% (39)	
Residência Médica (99)** #				0,87
Medicina de Família e Comunidade	13	31% (4)	69% (9)	
Ginecologia e Obstetrícia	7			
Pediatria	2			
Medicina Interna	4	35% (7)	65% (13)	
Preventiva e Social	1			
Outras	8			
Sem residência	66	29% (19)	71% (47)	

Tabela 2. Perfil dos médicos e enfermeiras da Saúde da Família nos municípios participantes do projeto Telessaúde RS, Rio Grande do Sul, 2008 (continuação)

Características dos Profissionais	Total	Baixo Escore	Alto Escore	valor p
Trabalho na ESF				
Tempo de experiência na ESF em anos independente do município ou local (195) *	3,3 (3,8)	3,3 (4,3)	3,4 (3,8)	0,72
Tempo de trabalho na atual unidade em anos (185) *	2 (3,3)	2,3 (4,9)	1,8 (19,3)	0,25
Coordenador da equipe (193) **\$				0,63
Sim	83	27% (22)	73% (61)	
Não	110	30% (33)	70% (77)	
Treinamento introdutório (123) **				0,77
Sim	86	28% (24)	72% (62)	
Não	37	32% (12)	68% (25)	
Vínculo Empregatício (195) **\$				0,52
Estatutário ou CLT	117	31% (36)	69% (81)	
Cooperativa/Contrato Temporário/Cargo de Confiança	78	26% (20)	74% (58)	
Plano de sair da ESF no próximo ano (183)**				0,72
Não	111	32% (35)	68% (76)	
Sim	21	24% (5)	76% (16)	
Não sei	51	27% (14)	73% (37)	
Locais de trabalho fora da ESF (195) **\$				0,64
Nenhum outro local- dedicação exclusiva a ESF	99	30% (30)	70% (69)	
Entre 1 e 5 outros locais de trabalho	96	27% (26)	73% (70)	
Consultas médicas por semana (99) *	120 (55)	120 (55)	120 (58)	0,92
Consultas de enfermagem por semana (89)*	50 (45)	50 (40)	50 (43)	0,75
Atendimento por faixa etária ** £ (188)				0,33
Distribuído por todas faixas etárias	113	22% (29)	74% (84)	
Preferencial de algumas faixas etárias	75	33% (25)	67% (50)	
Proporção de consultas médicas agendadas* (99)	20% (50%)	10% (25%)	20% (95%)	0,03
Proporção das consultas de enfermagem agendadas* (89)	30% (55%)	40% (45%)	25% (43%)	0,29
Adequação de agendamento** (169)				0,04
Relação adequada entre agendadas e espontâneas	73	23% (17)	77% (56)	
Poucas consultas agendadas e muitas espontâneas	85	27% (23)	73% (62)	
Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas	11	36% (4)	64% (7)	
Não sei	20	55% (11)	45% (9)	

* Mediana (amplitude interquartilica) e valor p para teste de Wilcoxon-Mann-Whitney;

** N (%) e teste X² de Pearson com correção de continuidade de Yates para 2x2 ou \$ para teste exato de Fisher.

A coluna total inclui profissionais que fizeram cada especialidade/ residência. Profissionais que fizeram mais de uma especialidade ou uma segunda residência são contadas nos dois tipos de especialidade/residência, mas não na análise dicotômica por escore e no teste estatístico. Neste caso é contado preferencialmente se tem especialização em saúde da família, pública, coletiva ou atenção básica. Não há casos de residência em MFC e em outras residências.

£ Atendimento de qualquer faixa etária nos decis extremos(1° ou 10°) é categorizado como atendimento p preferencial, os demais como atendimento distribuído. As faixas etárias são divididas em 0-12; 13-20; 21-40; 41-60; 61 ou mais anos.

Tabela 3. Percepção da capacitação em atividades específicas da Atenção Primária à Saúde referida por médicos e enfermeiros da Saúde da Família nos municípios do Projeto Telessaúde RS, Rio Grande do Sul, 2008.

"Sinto-me capacitado neste assunto" (n)	Proporção (%) de concordância "Com certeza Sim" e "Provavelmente Sim"			valor p
	Total*	Baixo Escore	Alto Escore	
Trabalho Multidisciplinar				
Com médicos (183)**	92% (168)	82% (41)	96% (127)	0,008
Com enfermeiros (181)\$	95% (171)	90% (45)	96% (126)	0,14
Com cirurgiões-dentistas (185)**	84% (155)	69% (36)	90% (119)	0,002
Com técnicos ou auxiliares de enfermagem (194)\$	94% (182)	86% (47)	97% (135)	0,005
Com técnicos de higiene dental (139)**	74% (103)	60% (24)	80% (79)	0,03
Com auxiliares de consultório dentário (172)**	79% (135)	63% (29)	84% (106)	0,006
Com agentes comunitários de saúde (194)\$	92% (179)	84% (46)	96% (133)	0,01
Atividades em Grupo				
Metodologia (195)\$	56% (110)	36% (20)	65% (90)	<0,001
Planejamento (195)\$	61% (118)	36% (20)	71% (98)	<0,001
Desenvolvimento (195)**	60% (116)	41% (23)	67% (93)	0,002
Avaliação (194)\$	58% (113)	35% (19)	68% (94)	<0,001
Visita Domiciliar				
Planejamento (195)**	85% (166)	24% (39)	77% (127)	<0,001
Priorização (195)**	92% (179)	82% (46)	96% (133)	0,005
Consulta domiciliar (194)\$	88% (171)	69% (38)	96% (133)	<0,001
Desenvolvimento de programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar (195)**	76% (149)	55% (31)	85% (118)	<0,001
Abordagem Familiar				
Entrevista Familiar (195)**	72% (141)	54% (30)	80% (111)	<0,001
Consulta Individual com abordagem familiar (194)**	75% (145)	55% (31)	83% (114)	<0,001
Genograma/ Familiograma (194)\$ §	38% (73)	27% (15)	42% (58)	0,07
Intervenções terapêuticas familiares em APS (195) \$	40% (78)	27% (15)	45% (63)	0,02
Abordagem Comunitária				
Diagnóstico de saúde da comunidade/ indicadores de saúde (195)**	66% (128)	38% (21)	77% (107)	<0,001
Diagnóstico de demanda da unidade (195)**	70% (136)	48% (27)	78% (109)	<0,001
Definição de prioridades (194)**	77% (149)	51% (28)	88% (121)	<0,001
Planejamento de Intervenções comunitárias (195)**	68% (132)	43% (24)	78% (108)	<0,001
Execução das ações comunitárias (192)**	66% (127)	46% (26)	74% (101)	<0,001
Avaliação da implementação e impacto das intervenções (194)\$	57% (110)	30% (17)	67% (96)	<0,001
Vigilância em Saúde (127)\$ ¢	62% (79)	14% (11)	73% (68)	<0,001

* Total dos respondentes com concordância. Os valores complementares equivalem aos profissionais que responderam "provavelmente não" e "com certeza não".

** Teste X² de Pearson com correção de continuidade de Yates.

\$ Teste exato de Fisher.

¢ Questão inserida no questionário após o início da coleta de dados.

§ p=0,05 na associação com alto escore essencial- vide texto.

Tabela 4. Perfil de satisfação com trabalho na Saúde da Família dos médicos e enfermeiras dos municípios do projeto Telessaúde RS, Rio Grande do Sul, 2008.

Grau de satisfação com...	Proporção (%) de respostas com satisfação nos 2 maiores graus de escala likert de 5 opções.			
	Total	Baixo Escore	Alto Escore	valor p#
Seu trabalho na ESF (194)**	85% (164)	80% (44)	86% (120)	0,38
Apoio prestado pelo coordenador da sua equipe§ \$(108)	69% (75)	73% (24)	68% (51)	0,66
Relacionamento entre os membros de sua equipe de saúde (195)\$	86% (167)	89% (50)	84% (117)	0,5
Relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde (195)**	88% (172)	79% (44)	92% (128)	0,02
Sistema de serviços de saúde municipal (194)**	68% (132)	51% (28)	75% (104)	0,002
Apoio prestado pelo coordenador municipal da ESF** £(83)	76% (63)	64% (14)	80% (49)	0,2
Salário na ESF (194)**	45% (87)	43% (24)	46% (63)	0,75
Tipo de vínculo empregatício na ESF (182)\$ ¢	64% (117)	72% (38)	61% (79)	0,23

** χ^2 de pearson com correção de continuidade de Yates.

\$ Teste Exato de Fisher.

§ Respondido por médicos e enfermeiras que não são coordenadores da equipe.

£ Respondido apenas por coordenadores da equipe.

¢ Questão inserida após início da coleta.

Tabela 5. Perfil das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família participantes do Projeto Telessaúde RS, Rio Grande do Sul, 2008.

Descrição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Saúde da Família (n=77)	Total	Baixo Escore	Alto Escore	valor p
Escore de orientação à APS ¶	7,19 (0,78)	14% (11)	86% (66)	-
Localização §				0,28
Urbana	58	17% (10)	83% (48)	
Rural ou Ruro-urbana	19	5% (1)	95% (18)	
Número de equipes SF por UBS §				0,71
1	57	16% (9)	84% (48)	
2 ou 3	20	10% (2)	90% (18)	
UBS localizada junto a Secretaria Municipal de Saúde				1
Sim	23	13% (3)	87% (20)	
Não	54	15% (8)	85% (46)	
UBS localizadas junto a hospital §				0,55
Sim	5	20% (1)	80% (4)	
Não	72	14% (10)	86% (62)	
UBS com SF e equipes de Atenção Básica tradicional §				1
Sim	13	14% (2)	85% (11)	
Não	64	15% (9)	86% (55)	
UBS com SF e outros modelos (Hospital ou Atenção Básica tradicional) §				0,44
Sim	15	20% (3)	80% (12)	
Não	62	13% (8)	87% (54)	
UBS com SF e outras profissões da saúde ¶				1
Sim	55	15% (8)	85% (47)	
Não	22	14% (3)	86% (19)	
UBS com SF com outros médicos § §				1
Clínicos	9			
Ginecologistas	18			
Pediatras	16	13% (4)	87% (26)	
Outras especialidades	12			
Sem outros médicos	47	15% (7)	85% (40)	
Presença de Saúde Bucal § £				1
Sim	62	15% (9)	85% (53)	
Não	15	13% (2)	87% (13)	
Total de profissionais (SF e outros) com curso superior por equipe de ESF ¶				
Médicos	1,7 (1,2)	2 (1,7)	1,7 (1,1)	0,39
Enfermeiros	1,17 (0,5)	1,1 (0,3)	1,2 (0,5)	0,54
Cirurgiões-dentistas	0,94 (0,51)	0,95 (0,47)	0,93 (0,51)	0,9
Outros profissionais da saúde ¶	1,15 (1,18)	1,27 (1,19)	1,13 (1,19)	0,71
Total de profissionais da saúde	5 (2,5)	5,3 (3,3)	4,9 (2,4)	0,62

¶ Média e desvio padrão e teste T de Student na comparação do número de profissionais.

* Teste X² e correção de Yates em tabelas 2x2 ou § para Teste exato de Fisher.

¶ Psicologia, nutrição, educação física, fisioterapia, farmácia, assistência social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, pedagogia.

£ Não estão incluídos aqui dentistas não cadastrados como Equipe de Saúde Bucal; 4 equipes sem ESB têm outros dentistas, mas a distribuição mantém-se sem associação com escore.

§ A coluna total mostra unidades com cada especialidade, mas há unidades com mais de uma especialidade. A proporção de unidades com alguma especialidade é 39% (30).

UBS= Unidade Básica de Saúde e SF= Saúde da Família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este foi o primeiro estudo que temos conhecimento a avaliar a Estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno porte populacional quanto à orientação dos atributos de Atenção Primária à Saúde. Esperamos aumentar o poder de análise de nosso estudo futuramente a partir da expansão do Projeto Telessaúde RS a outros municípios do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, novos estudos com esta metodologia devem ser realizados em outros contextos do país, aproveitando a distribuição de outros pontos de Telessaúde ou mesmo por iniciativas de outros grupos de pesquisa, garantindo maior validade externa para estes resultados e reconhecendo diferenças regionais.

O fruto deste trabalho é de interesse direto para iniciativas que visam qualificar os profissionais de saúde tanto na graduação, em cursos técnicos, como para os programas de especialização e educação permanente voltados para ESF, a exemplo do previsto para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, a Unasus. Assim o ensino e aperfeiçoamento poderá abordar prioritariamente as principais deficiências observadas na prática. Nesse sentido nosso estudo mostrou a importância de capacitarmos os profissionais em habilidades específicas de profissionais da APS, como visitas domiciliares, diagnósticos de comunidade e de demanda, uso de ferramentas de avaliação familiar como o genograma entre outras e sobretudo estimular maiores pesquisas sobre como melhorar ainda mais o acesso à ESF.

Os dados demonstrados nesse trabalho deverão ser devolvidos aos gestores e profissionais dos municípios participantes, frente à proposta inicial do estudo enquanto linha de base do Projeto Telessaúde RS tanto de estabelecer um controle

para análises futuras como subsidiar e direcionar as intervenções para as necessidades percebidas na prática, com a devida avaliação de sua efetividade.



EPIDEMIOLOGIA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**

PROJETO DE PESQUISA

**ORIENTAÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DO PROJETO
TELESSAÚDE RS: ESTUDO DE LINHA DE BASE**

Aluno: João Henrique Godinho Kolling
Orientador: Erno Harzheim

Porto Alegre, 19 de Agosto de 2008

1. INTRODUÇÃO

A discussão de Atenção Primária à Saúde (APS) surge na reforma do Sistema de Saúde brasileiro em uma polêmica de conceitos, propostas e nomenclaturas. Internacionalmente utiliza-se o termo APS para definir uma forma de cuidado integral, já defendido como modelo para atingir-se maior equidade em saúde na conferência da Organização Mundial da Saúde de 1978, em Alma Ata(3).

O conceito de Alma Ata também é reconhecido como Atenção Primária à Saúde Abrangente, pois define a APS no sistema de serviços de saúde e também na promoção de desenvolvimento integral, atuando de forma colaborativa com outros setores da sociedade e com a participação direta das comunidades(3).

Em boa parte, este conceito também está previsto na Constituição Brasileira de 1988(4) e nas normas operacionais que a complementam, ao tomar como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a integralidade, universalidade, equidade, descentralização, participação popular, hierarquização. No entanto, no Brasil o termo APS foi erroneamente associado à proposta de pacotes mínimos de serviços do Banco Mundial (5), a serviços de saúde de caráter assistencialista, com rol limitado de ações, nos moldes da “medicina para pobres” observada nos Estados Unidos na década de 60. Em oposição a esta proposta, foi cunhado um novo termo, “Atenção Básica”, para definir o primeiro nível do sistema de saúde.

A compreensão de diferenças entre APS e AB é até hoje muito confusa no Brasil, mesmo no meio acadêmico(6). A falta de clareza de um modelo de APS(5) faz com que a AB permaneça associada a “postos de saúde com estrutura precária”, “cuidado de problemas simples”, “ações programáticas restritas”, “prevenção em detrimento de assistência”. O que se observou na prática foi a implementação da Atenção Básica em diversos formatos, de qualidade duvidosa e aproximando-se do temido modelo restritivo. Mais recentemente, o termo Atenção Primária à Saúde voltou a ser usado com conotação de APS abrangente em eventos e na página eletrônica do Departamento de Atenção Básica(7). Sampaio, em debate acerca do tema, utiliza AB e APS como sinônimos, mantendo-se o nome Atenção Básica em relação à estrutura, regulamentações do MS(8), embora já se discuta a criação de uma Secretaria de Atenção Primária e Promoção à Saúde no MS.

Em contrapartida, muitos países desenvolvidos já vinham fortalecendo seus sistemas universais de saúde baseados na APS, seguindo as recomendações de Alma-Ata ou mesmo dando continuidade à reforma sanitária previamente iniciada. Este é o caso de Inglaterra e Espanha(5;9;10), enquanto outros países com padrões de desenvolvimento sócio-econômico semelhantes, como Estados Unidos(11), não buscaram fortalecer a APS da mesma forma. As diferentes trajetórias de saúde destes países foram avaliadas por comparações internacionais que demonstraram o desempenho superior de sistemas baseados numa forte APS sobre indicadores de saúde populacionais(12). Este desempenho foi replicado nas avaliações de serviços, reforçando que aqueles com forte presença de atributos da APS tinham melhor qualidade do cuidado, menores custos e maior satisfação dos pacientes, mesmo na presença de iniquidades sociais(13-17). Estes estudos dão substrato empírico para releitura de Alma-Ata feita por Starfield e aqui utilizada na definição de APS como nível do sistema de saúde responsável pelo cuidado integral do paciente, pelo seu acesso de primeiro contato, mantendo-se o vínculo pessoal ao longo do tempo e gerenciando os atendimentos necessários ao paciente em outros níveis do sistema. Esse contato se dá com forte enfoque familiar e orientação comunitárias, levando em conta diversidades culturais(11).

No Brasil, experiências exitosas locais se aproximaram da definição de APS de Starfield. As experiências de Carlile Lavor foram as precursoras entre as que se tem conhecimento, inicialmente em 1967 em Sobradinho e posteriormente em 1974 em Planaltina, no Distrito Federal(18). Na segunda metade da década de 70, Lavor adaptava sua experiência para o Sertão Nordestino, enquanto outras duas experiências iniciam em Porto Alegre, inicialmente o projeto do Centro de Saúde-Escola Murialdo (http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_10muraldo.pdf)(19) e posteriormente no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição(20). Ainda em 1987, após seca intensa no Nordeste Brasileiro, Lavor desenvolve com apoio do estado do Ceará programa para empregar mulheres atuando como agentes comunitárias de saúde obtendo grande sucesso na redução da mortalidade infantil(21). Diante do sucesso o programa cresce em cobertura e em outros estados. Entretanto, foi apenas com o surgimento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS e posteriormente PACS) em 1991, seguido pelo Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que se iniciou a construção de uma proposta nacional de APS. A abordagem

comunitária característica, as ações de vigilância em saúde e a marcante redução nos indicadores de mortalidade infantil(21-23) respaldaram este programa perante os gestores, a despeito da crítica de muitos teóricos da academia, que ainda o confundiam com o modelo restritivo do Banco Mundial. Com a evolução da cobertura e o maior tempo de implementação do PSF, resultados mais consistentes têm modificado posturas críticas renitentes(24).

Em 1998 o Ministério da Saúde redefiniu o Programa Saúde da Família como Estratégia responsável pela orientação da APS(25). Hoje a Estratégia Saúde da Família (ESF) já é responsável pelo cuidado à saúde de mais de 90 milhões de pessoas, estando presente em todos estados e em 94 % dos municípios(26). Observam-se ainda dificuldades para implantação da ESF em maior escala nos grandes centros urbanos .

O crescimento do acesso à saúde é considerado um dos principais benefícios trazidos pela ESF até agora. Anteriormente, a universalização e municipalização do SUS abriram espaço para essa mudança, mas continuavam limitadas diante de serviços com estrutura física inadequada, de desproporção entre profissionais de saúde e população atendida e de falta de uma área geográfica definida para sua atuação. Com a ESF, os pré-requisitos necessários para cadastramento de unidades de saúde exigem que a população coberta não ultrapasse 4 mil pessoas por equipe, o que pode ainda estar além do ideal, mas permite maior proximidade da comunidade e responsabilização pelo acesso desta aos serviços.

Inicialmente a implantação da ESF aconteceu principalmente nos municípios de menor porte populacional. Os incentivos financeiros existentes cresciam conforme o percentual da população municipal coberta pelo programa e nestes municípios cobertura igual a 100% da população poderiam ser facilmente atingidas com poucas equipes. Isso favoreceu a implantação de equipes nas comunidades rurais afastadas, antes desatendidas ou atendidas pelos pequenos ambulatórios (alguns “hospitais”) e postos de saúde localizados no centro urbano destes municípios. Só em 2003 foi criado o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, o PROESF, que previa um incentivo especial para estimular o crescimento da cobertura em capitais e cidades com mais de 100 mil habitantes. Além disso, houve mudança no financiamento quanto a sua parte variável, ou seja, os incentivos deixaram de ser proporcionais à faixa de cobertura populacional relativa no município. No entanto, mesmo com esta grande

evolução, o acesso continua sendo problemático, como visto nas avaliações abaixo descritas.

Uma das formas de avaliação da ESF é a construção de um escore de atributos da APS, seguindo o referencial de Starfield, que permite também comparações com os serviços tradicionais. Esse escore é avaliado através do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (13;27) validado e aplicado em Porto Alegre(16;28;29). Macinko utilizou o PCATool em outra adaptação em Petrópolis (RJ)(14;30), replicada em São Paulo(31) e municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul(32). Este questionário avalia os atributos da APS (acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) a partir de uma lista de questões sobre os serviços respondidas por usuários ou profissionais ou gestores. Podem ser construídos escores por atributo, escore dos atributos essenciais, dos derivados e escore geral de APS. No processo de validação do instrumento, a análise da carga fatorial que indica se as questões estão avaliando uma mesma característica, diferentes aspectos de um atributo podem ser separados, como a “acessibilidade” e “utilização” no caso do atributo “acesso”. Isso reflete os componentes “estrutura” e “processo” utilizado por Starfield seguindo o referencial de Donabedian(11), na definição e avaliação de cada atributo dos serviços de saúde.

Nos estudos acima descritos, foi demonstrado que o acesso (especialmente a “acessibilidade”) é ainda o atributo com pior desempenho. No estudo de Porto Alegre, Oliveira et al descreveram que apenas 40% da população amostrada na área de adscrição da ESF referiu utilizar como serviço preferencial aquele ao qual era adscrita (16). Já em estudo qualitativo sobre a implementação do PSF em Florianópolis, em 2002, observou-se que a proporção entre famílias atendidas e equipes de PSF não era respeitada e o acesso continuava um problema(33). Em outro estudo, Escorel et al avaliaram a implementação da ESF em 10 grandes centros urbanos sob a ótica dos profissionais e gestores e em 8 deles, avaliou também a opinião de usuários amostrados aleatoriamente(34). O acesso foi descrito pelos usuários como problemático: entre 30 e 67% dos portadores de doenças crônicas relataram não receber qualquer tipo de atendimento, de 12 a 20% dos que se relatavam hipertensos e ente 16 e 33% das crianças até dois anos não eram acompanhados. Dificuldades com os profissionais

também foram relatadas pela população. Ainda assim, os usuários que haviam recebido atendimento avaliaram positivamente tanto os profissionais como o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Mais de 90% dos moradores dos domicílios amostrados conheciam seus ACS e relatavam já ter sido visitados.

Quanto à integralidade, no estudo de Florianópolis, Conill destaca que outro aspecto positivo da implementação da ESF foi a incorporação de atividades preventivas junto às curativas(33). Metodologias comparativas entre a ESF e serviços tradicionais encontraram resultados variáveis no atributo integralidade, avaliado o rol de serviços ofertados com o PCATool. Nos estudos com usuários, Oliveira et al(16), Macinko et al(30), van Stralen et al(32) não observaram diferenças quanto a este atributo. No estudo de Macinko et al, algumas questões que compõe o atributo, como realização de pré-natal, tratamento de tuberculose e aconselhamento quanto à violência domiciliar foram superiores na ESF ($p < 0,05$), e a abordagem ao álcool e ao tabaco e educação em saúde também foram superiores (se considerada probabilidade de $p = 0,06$). Já Harzheim et al(15), em versão do questionário voltada ao cuidado de crianças, encontrou escore da ESF superior no atributo “integralidade- serviços básicos”, mas outras dimensões da integralidade (serviços complementares e ações de prevenção e promoção) não foram diferentes na ESF e UBS tradicionais na região sul de Porto Alegre. Elias et al(31) fizeram comparações em 3 estratos de exclusão social, sob perspectiva do usuário, profissional e gestor. Foi observada diferença apenas no estrato intermediário e sob a perspectiva do usuário, tendo a ESF maior escore. Avaliação dos profissionais de Cunha et al(35) e Macinko et al(14) mostraram escores de integralidade semelhantes entre ESF e serviços tradicionais.

Os demais atributos da APS também foram avaliados na ESF e comparados com serviços tradicionais nos estudos supracitados. Em Porto Alegre também foi comparado com outras experiências de APS locais, como o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), com as unidades de Saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo e com plano privado com modelo semelhante à ESF. Observou-se de modo geral que o desempenho da ESF foi superior às UBS tradicionais em todos estes trabalhos, seja nos escores gerais ou de alguns atributos, tanto na visão dos usuários como dos profissionais(14-16;22;31;32;35). Ainda importante foi a verificação de variabilidade da qualidade entre as diferentes unidades da ESF. Mesmo

que num país continental como o Brasil seja esperada uma diversidade dos serviços, conforme o perfil epidemiológico local, chama atenção a significativa diferença de na extensão dos atributos da APS dentro de um mesmo município. Diferenças na qualidade e perfil de serviços foram atribuídas a várias razões: tempo de implantação(14;33;34); falta de supervisão adequada pela coordenação municipal e infrequente utilização do sistema de informações de Atenção Básica(14;36); diferentes objetivos dos gestores na implementação da ESF- como conversão da rede rápida com vistas a receber financiamento imediato versus projeto de expansão da rede e conversão ao modelo homogêneo da ESF(34). Dessa forma em muitos centros urbanos, co-existem o modelo da ESF e serviços de Atenção Básica tradicionais (este último sem um modelo claro). Naqueles locais onde a conversão se deu sem adequado planejamento e monitoramento, alguns serviços recebem o nome de ESF, mas não se adéquam ao modelo proposto e seus profissionais mantêm as mesmas práticas(33;34).

Outro fator que pode influenciar a superioridade da ESF em relação aos serviços tradicionais e mesmo sua variável qualidade é o perfil de formação dos profissionais. Macincko em seu trabalho de Petrópolis observa que os profissionais que trabalham na ESF mais frequentemente têm treinamento para entender a diversidade cultural de suas comunidades e que mais médicos da ESF receberam treinamento especializado para trabalhar em APS do que os médicos das UBS(14). Ainda assim, avaliação normativa nacional da ESF em 2001/2002 mostra que 19% dos médicos não atendem alguma faixa etária ou gênero da população, e uma minoria tem residência em Medicina de Família e Comunidade(37), formação padrão-ouro para trabalho na APS. Além de comprometer a integralidade do cuidado, diversos autores levantam a hipótese que a falta deste treinamento influencie diretamente os demais atributos, como longitudinalidade, coordenação, enfoque familiar, comunitário e competência cultural(14-16;35). De fato, em Porto Alegre, o serviço com melhor escore geral de APS, superior as UBS em todos atributos (exceto acessibilidade) e superior a ESF no escore geral foi o Serviço de Saúde Comunitária do GHC, cujas 12 unidades têm suas equipes formadas por médicos de família e enfermeiras com residência em APS(16), embora esta associação direta ainda necessite de análises controladas (em estudo em andamento)(29).

O número de publicações sobre APS no Brasil vem crescendo extraordinariamente desde a criação da ESF, como demonstrado em revisão sistemática(38). No entanto, esta revisão demonstrou que apenas 15% das publicações analisadas consistiam em estudos analíticos, predominando os relatos de caso e estudos qualitativos (40%). Embora o impacto positivo do aumento da cobertura da ESF já esteja demonstrado em estudos que avaliam a mortalidade infantil(22;23) e por estudos que avaliam o processo de trabalho(14-16;30-33;35), ainda não há uma conclusão clara quanto a melhor forma de promover o aumento da cobertura em grandes municípios e da conversão da rede. Para tanto o MS criou o PROESF, com vistas a incentivar este processo nos grandes municípios. Estudos de linha de base desse projeto adotaram metodologias heterogêneas, e geralmente focaram aspectos específicos da gestão ou de ações programáticas, impedindo uma comparabilidade de experiências entre diferentes regiões. O estudo de Piccini et al, no entanto, compara a estrutura, oferta e utilização de serviços a idosos na região sul e Nordeste do país, observando superioridade estatisticamente significativa da ESF em relação aos serviços tradicionais, nos dois contextos, ainda que esta diferença seja pequena e variável em relação ao critério(39).

No outro extremo, diante da variabilidade do cuidado observado em grandes centros, imagina-se que tal variabilidade seja ainda maior em pequenos municípios. As análises ecológicas de Macinko incluíram todos os municípios do Brasil, agregados em microrregionais(23) ou em estados(22), não permitindo análise isolada destes municípios de menor porte. Exceto por experiências focando ações programáticas específicas, experiências de implementação e pela experiência de alguns municípios que espontaneamente aderiram ao projeto ministerial de “Avaliação para Melhoria da Qualidade” (AMQ)- de resultados até agora não publicados-, não há pesquisas com metodologia mais rigorosa para avaliação da APS em pequenos municípios. Faz-se necessário avaliar a qualidade da APS nos pequenos municípios através de metodologia reprodutível e validada, que abranja todos atributos da APS.

Uma iniciativa para aumentar a integralidade e resolutividade do cuidado da ESF, tanto em pequenos quanto grandes municípios, foi a criação dos NASF, ou núcleo de apoio à Saúde da Família(40). São previstas equipes matriciais com composição multiprofissional (médicos psiquiatras, pediatras, ginecologistas, homeopata e acupunturista; assistentes sociais, profissional de educação física, farmacêutico,

fonoaudiólogo, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas), com principal foco na supervisão das equipes da ESF e em atividades comunitárias de educação em saúde. Embora a ênfase não seja no atendimento pelos profissionais do NASF, o texto de regulamentação abre possibilidades para essa atividade acontecer sem o filtro da equipe da ESF e a variabilidade de interpretações é previsível, diante da variabilidade já observada quanto à própria ESF.

O atendimento de pacientes diretamente pelos médicos especialistas focais ou por outros profissionais, sem o filtro do médico da ESF, pode resultar no enfraquecimento dos atributos de APS, especialmente a longitudinalidade e coordenação do cuidado. Ao considerarmos que a presença dos especialistas focais pode reduzir o número de especialistas da APS no contexto de recursos limitados e de gestores não comprometidos com a APS, a possibilidade de um resultado negativo advém. Estudo de Shi et al mostrou a influência benéfica linear de uma maior relação de médicos com formação em APS por habitante sobre a mortalidade total nos EUA(41). Estudo semelhante que avaliou a relação de médicos especialistas focais por habitante em relação à mortalidade total não trouxe este benefício(42).

A experiência do SSC-GHC, cujos escores de APS foram os maiores no estudo de Oliveira et al(16), mostra-se bastante positiva ao incorporar outras profissões no cuidado, como psicologia, assistência social, odontologia, farmácia. Neste modelo os outros profissionais acima citados fazem parte da equipe básica e médicos especialistas focais, como internistas, só auxiliam de forma matricial, discutindo casos com os médicos de família.. A presença de outros profissionais não-médicos na ESF ou de serviços com modelos distintos num mesmo local (ESF junto à UBS tradicionais) ainda não foram avaliados. No processo de expansão da ESF e conversão do modelo de atendimento dos serviços existentes essa situação se repete (34). Sua avaliação pode antecipar os riscos de um NASF desarticulado da ESF, em que os profissionais médicos da equipe matricial atendam sem filtro.

Da mesma forma, a presença de equipes no mesmo local que pronto-atendimentos e hospitais merece especial atenção, embora não encontramos análises a este respeito na vasta literatura descritiva. Alguns estudos permitem-nos levantar hipóteses de um efeito negativo da mistura de modelos e de níveis de atenção, como hospitais. Em análise ecológica dos municípios participantes do Telessaúde no Rio

Grande do Sul, Fontanive et al observaram que a presença de leitos hospitalares se associou com o aumento da proporção de internações evitáveis pelos cuidados de APS(43). Neste estudo não se avaliou a questão hospital e ESF na mesma localização (mesmo prédio), mas por tratar-se de pequenos municípios com até 15 mil habitantes em sua maioria (o maior com 35 mil habitantes) e com cobertura da ESF superior a 70% da população, a presença de um hospital pode ser muito impactante e desarticular os serviços de APS. Se por um lado essa pode ser apenas uma manifestação da “lei de Roemer”, conhecida na economia da saúde como a oferta criando sua própria demanda(44), por outro lado, essa pode ser uma manifestação da desarticulação da ESF nestes locais onde o hospital passa a ser um serviço buscado preferencialmente.

Outro exemplo da literatura que nos permite questionamentos está no estudo já citado de Macinko quanto à mortalidade infantil(23). Além do aumento da cobertura da ESF reduzir as taxas de mortalidade infantil, Macincko observa que a maior disponibilidade de leitos, ao contrário do que se imaginava, se associou com aumento da taxa de mortalidade infantil. O autor levanta como explicação, a baixa qualidade de hospitais no Brasil. Parece-nos, no entanto, necessário uma verificação da hipótese de desarticulação da ESF pela presença de hospitais e por profissionais de nível de atenção secundária que podem estar dividindo suas atribuições entre hospital e a ESF, enfraquecendo a qualidade da APS. Embora atualmente no Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde não recomende a instalação de ESF junto a hospitais, os municípios argumentam com os custos da construção de outra área física. Assim, estudo que aborde esta questão pode ajudar a estabelecer norma em contrário, caso se confirme esta hipótese.

Outra iniciativa para apoiar a ESF de pequenos municípios é o Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio a Atenção Primárias à Saúde, atualmente em fase piloto em 9 estados do Brasil(45). Este projeto pretende qualificar os profissionais da ESF por estratégias de teleeducação e aumentar sua resolutividade por teleassistência. No Rio Grande do Sul foram disponibilizados kits de informática e realizado treinamento na utilização de tecnologias como webconferências, uso de emails e de portal virtual(46). Mediante a solicitação do profissional da ESF, é agendada discussão do caso do paciente que permita seu melhor manejo no serviço de APS do pequeno município. Posteriormente e de forma anônima, as respostas de dúvidas práticas das

equipes da ESF e revisões de literatura seguindo princípios da saúde baseada em evidências são publicadas no *site* do Projeto, para consulta por outras equipes.

O projeto TelessaúdeRS visa também impactar sobre processos de trabalho, aperfeiçoando os atributos essenciais da APS. Além de aumentar o rol situações e problemas de saúde cuidados na ESF e qualificar o cuidado do paciente no próprio município (integralidade), evita-se sua referência para centros secundários, o que fortalece o vínculo do paciente com o profissional (longitudinalidade). Fortalece-se também a função de coordenação do cuidado do profissional, quando este discute o caso com a equipe de suporte do projeto, auxiliando o profissional a decidir com mais segurança a melhor conduta para seu paciente, no seu contexto de saúde-doença. Evitando ainda encaminhamentos desnecessários e discutindo casos com especialista focais do projeto, prevê-se a redução da lista de espera, facilitando o acesso a centros especializados para aqueles pacientes que realmente precisam do referenciamento.

A avaliação dos impactos do uso de Telessaúde no Rio Grande do Sul parte de uma linha de base, na qual são avaliadas características dos profissionais, o perfil dos atributos da APS das unidades de saúde da família e características estruturais e de Gestão. Posteriormente, ao fim de 2 anos do período piloto, serão reavaliadas estas características, a utilização e satisfação com a Telessaúde.

Esta pesquisa faz parte da avaliação de linha de base do Projeto de Telessaúde, com a proposta de contribuir na avaliação da qualidade da APS em municípios de pequeno porte populacional. Outra proposta desta pesquisa está relacionada à influência na qualidade da ESF exercida pela presença de outros tipos de serviço atuando concorrentemente no mesmo espaço.

2. OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Avaliar a qualidade assistencial das unidades de Saúde da Família existentes nos municípios participantes do projeto Telessaúde RS (municípios com menos de 40

mil habitantes e cobertura de saúde da família superior a 70% da população), através dos escores dos atributos da APS obtidos a partir do ponto de vista de médicos e enfermeiros destas unidades.

Objetivos Secundários

3. Comparar os escores de APS das unidades de Saúde da Família situadas junto à (1) serviço de pronto-atendimento (24 horas), (2) à hospital, (3) à Unidades Básicas tradicionais e (4) com outros profissionais não-médicos que não estão previstos na equipe mínima da ESF (ESF com equipe Expandida) e (5) Unidades de Saúde da Família com equipe mínima sem outros serviços justapostos nos municípios participantes do projeto Telessaúde RS.
4. Identificar características da população adscrita, dos profissionais de saúde, de estrutura física e da gestão municipal destes serviços que favorecem o alto escore de APS (escore geral $\geq 66/100$).

3. MÉTODOS

Delineamento do estudo: Estudo Transversal

População da pesquisa:

- a) Médicos e enfermeiras pertencentes às equipes de Saúde da Família participantes do estudo
- b) Gestores dos municípios participantes

Amostra:

Estão incluídos neste estudo o universo de médicos e enfermeiras da ESF e pelo menos um gestor da saúde (secretário municipal ou responsável pela ESF) por município.

O estudo acompanha o núcleo RS do projeto nacional Telessaúde. Os municípios participantes foram selecionados por critérios pré-definidos abaixo descritos, sendo incluídos os municípios cuja soma de unidade com equipe de Saúde da Família chegasse a 80. Esse número se baseou no número de equipamentos de

Telessaúde previstos no projeto para os pequenos municípios. Os critérios de inclusão adotados foram:

1. População: município menor de 100 mil habitantes.
2. Cobertura da ESF maior ou igual a 70% da população.
3. Rotatividade da Equipe: mudança de até 2 profissionais (médico ou enfermeiro) por unidade da ESF por ano baseado na série histórica de 2005-2007.

Após essa seleção, foram ranqueados com base no maior número absoluto de equipes da Saúde da Família no município seguida pela maior cobertura da ESF e por última com base na maior cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Telessaúde então contatou os gestores municipais para convite a participação do projeto, o que foi acordado mediante carta de adesão que prevê:

1. A aceitação do gestor municipal ao termo de adesão, onde se compromete com questões como:
 - a. Disponibilidade de tempo aos profissionais para participação do projeto
 - b. Acesso aos indicadores locais de saúde como número de encaminhamentos, total de consultas, custos em saúde, bases de dados secundárias (SIAB)
 - c. Garantir e custear presença dos profissionais em treinamento presencial em Porto Alegre
 - d. Garantir internet de banda larga
 - e. Responsabilizar-se pela manutenção do material de informática cedido durante o projeto.

.Estes critérios de seleção dos municípios foram baseados em critérios preliminares da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e após modificações enfocadas

nas características regionais, a seleção foi pactuada com a Comissão Intergestores Bipartite/RS (CIB/RS) (anexo).

Instrumentos

Foi utilizado questionário estruturado desenvolvido pelo Projeto de TelessaúdeRS com informações dos profissionais de saúde, coordenadores de equipe e gestores de saúde. Os profissionais de saúde também responderam ao Primary Care Assessment Tool traduzido e adaptado por Harzheim, validado para resposta por usuários e em validação para resposta por profissionais.

Os questionários foram auto-aplicados. Os profissionais de saúde responderam em visita presencial ao Núcleo de Telessaúde por ocasião do treinamento no uso de ferramentas de Telessaúde. Os coordenadores de saúde e Gestores responderam na visita feita pelos Coordenadores de Campo aos municípios, quando foi avaliada a adesão do município.

Plano de Análise

Análise descritiva, definição de escore médio por atributo e Escore Geral da APS para cada serviço, grupos de tipo de serviço (quanto a presença de Pronto Atendimento, Hospital, UBS tradicional, Equipe Expandida com profissionais não-médicos junto a equipe da ESF e Equipe mínima da ESF sem outros serviços) e escore médio dos serviços do município ponderado pelo número de equipes/profissionais por unidade.

Regressão linear múltipla de variáveis dos profissionais como idade, sexo, profissão, formação de pós-graduação, tempo de formado, tempo trabalhando na ESF, satisfação com o trabalho, vínculo empregatício serão ajustadas com variáveis vinculadas aos serviços (tipo de serviço quanto a composição da equipe e presença de outros serviços, número de profissionais de nível superior, estrutura física, realização de reuniões de equipe, padrão de agendamento, etc) e a variáveis do gestor (formação, tempo na gestão, avaliação do gestor do perfil dos profissionais) para medir a influência destes no escore geral.

4. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto principal intitulado “Avaliação do impacto de uma intervenção de Telessaúde sobre características assistenciais de serviços de Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família no RS” tem aprovação do comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Embora sejam aplicados formulários a todos profissionais participantes do Telessaúde RS, só serão utilizadas neste projeto de pesquisa as respostas dos profissionais que lêem , concordam e assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. CRONOGRAMA BÁSICO

Atividade\Período	Jan-Mar 2008	Abr-Jun 2008	Jul-Set 2008	Out-Dez 2008
Revisão da literatura	X	X	X	
Redação do projeto	X	X		
Defesa do projeto		X		
Conclusão da coleta de dados		X		
Limpeza do banco			X	X
Análise dos dados			X	X
Defesa preliminar				X
Redação do artigo				X
Defesa final				X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto intitulado “Avaliação do impacto de uma intervenção de Telessaúde sobre características assistenciais de serviços de Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família no RS”, foi aprovado e recebeu financiamento do CNPQ. A avaliação da linha de base é prevista no orçamento do Projeto Telessaúde, que tem financiamento próprio.

A UFRGS cedeu o espaço físico e recursos humanos para o desenvolvimento do mesmo.

7.REFERÊNCIAS

- (1) U.S.National Library of Medicine. PubMed. 2008.
- (2) Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.
- (3) Fendall NR. Declaration of Alma-Ata. Lancet 1978.16;2(8103):1308.
- (4) Constituição da República Federativa do Brasil, Art 196 a 200, Brasil.
- (5) Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica 2008;24(S1):S7-S16.
- (6) Gil CR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saude Publica 2006 Jun;22(6):1171-81.
- (7) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica. Saúde da Família. Brasil Ministério da Saúde,Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica 2008. Acessado em 26 de setembro: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>
- (8) Sampaio LFR. Debate sobre artigo Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil de Eleonor Minho Conill. Cad Saúde Pública 2008;24(Sup 1):S19-S20.
- (9) Giovanella L. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saude Publica 2006; 22(5):951-63.
- (10) Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. Aten Primaria 1999 Nov 15;24(8):468-74.
- (11) Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.726p.
- (12) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health Milbank Q 2005;83(3):457-502.
- (13) Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50(2):161-75.
- (14) Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. Int J Health Plann Manage 2004;19(4):303-17.
- (15) Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante; 2004.

- (16) Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária à Saúde nos Serviços de Atenção Primária de Porto Alegre: Uma Análise Agregada 2007. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- (17) Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
- (18) Lavor C. Simpósio Atenção Primária à Saúde no Brasil e no Mundo: Papel da Pesquisa, da Advocacia e da Mobilização Social. 2008; Porto Alegre 2008.
- (19) Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde* 2008;16(2):105-15.
- (20) Haynes A. Health Care in Brazil. *BMJ* 1993;306:503-6.
- (21) Svitone E.C., Garfield R., Vasconcelos M.I., Craveiro V.A. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 7(5):293-302.
- (22) Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-9.
- (23) Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007 Nov;65(10):2070-80.
- (24) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. 2006.
- (25) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde.Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 1997.
- (26) Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasil Acessado em 28 de setembro de 2008: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>
- (27) Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergl LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 2):998-1003.
- (28) Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, varez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica* 2006 Aug;22(8):1649-59.
- (29) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006;6:156.

- (30) Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007;22(3):167-77.
- (31) Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivao Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saúde Coletiva* 2006;11(3):663-41.
- (32) van Stralen CJ, Belisario SA, de Sousa van Stralen TB, de Lima AM, Massote AW, di Lorenzo OC. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008;24 Suppl 1:S148-S158.
- (33) Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002;18 Suppl:191-202.
- (34) Escorel S, Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2005.
- (35) Cunha CH. Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional. 2006. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- (36) Medina CAB, Lermen JI, Maraskin T, Estma C, Takeda S. Avaliação do "Programa de Saúde da Família" (PSF) no Rio Grande do Sul (RS). A utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para assistência em hipertensão arterial sistêmica 2002. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva- ABRASCO 2003. 2003. Ref Type: Abstract
- (37) Felisberto E, Aquino R. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.
- (38) Harzheim E, Stein AT, Dardet CA, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista AMRIGS* 2005;49(4):248-52.
- (39) Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cienc Saúde Coletiva* 2006;11(3):657-67.
- (40) Portaria 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF, Brasil. Ministério da Saúde, (2008).
- (41) Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985-1995. *Stroke* 2003;34(8):1958-64.

- (42) Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37(1):111-26.
- (43) Fontanive PVN, Kolling JHG, Filho EDC, Mengue SS, Harzheim E. Avaliação de internações por condição sensível à atenção primária, seus determinantes e desafios no projeto Telessaúde RS. 2008. III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família.
- (44) Zucchi P, Nero CD, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade* 2000;9(1/2):127-50.
- (45) Brasil.Ministério da Saúde. Portaria N° 35 de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. 2007.
- (46) Projeto TelessaúdeRS. Conheça o Projeto TelessaúdeRS. Projeto TelessaúdeRS 2008 Disponível em www.ufrgs.br/telessauders



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 07-402

Versão do Projeto: 01/11/2007

Versão do TCLE: 04/12/2007

Pesquisadores:

ERNO HARZHEIM

JOAO HENRIQUE GODINHO KOLLING

ENO DIAS DE CASTRO FILHO

PAULO VINICIUS NASCIMENTO FONTANIVE

Título: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO DE TELESSAÚDE SOBRE CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RS

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 18 de janeiro de 2008.


Prof. Nadine Clausen
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa "Avaliação do impacto de uma intervenção de Telessaúde sobre características assistenciais de serviços de Atenção Primária em Saúde/Estratégia Saúde da Família no RS" (Avaliação do Impacto) faz parte do projeto-piloto "Telemática e Telemedicina em apoio à Atenção Primária à Saúde" (Telemática), que abrange 9 estados do Brasil, implementado pelo Ministério da Saúde. A pesquisa é uma avaliação do impacto de um serviço de telessaúde para equipes de Atenção Primária à Saúde em municípios do Rio Grande do Sul. Está sendo realizada pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estender-se-á desde a adesão do município e aceite dos participantes até março de 2010.

O uso de um portal eletrônico e seus serviços, a percepção de necessidades educativas dos profissionais, o efeito e a satisfação com teleconsultorias e indicadores de saúde dos municípios serão avaliados pelo estudo. A participação do projeto de Telemática incluirá todos os profissionais das unidades dos municípios selecionados pelos critérios aprovados pela portaria 102/07 CIB/RS. Já na Avaliação do Impacto através dessa pesquisa específica, farão parte somente os profissionais de nível superior que o aceitarem livremente, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para desenvolvimento do projeto de Telemática, haverá a implantação de Kits de telessaúde com computador, periféricos e acesso a internet em Unidades de APS. Serão oferecidas, por meio de um portal na internet, teleconsultorias on line, suporte assíncrono por email a dúvidas clínicas e também conteúdos de interesse para a atenção primária.

Sua participação nesta pesquisa se dará de duas formas: fazendo uso, conforme sua necessidade, das tecnologias de teleeducação e de teleassistência disponíveis, e respondendo a questionários sobre diferentes dimensões do uso da teleconsultoria, sobre dados do participante, experiência prévia com a tecnologia e necessidades em educação continuada.

Não haverá suspensão dos serviços do projeto de Telemática em caso de recusa à participação nesta pesquisa de Avaliação do Impacto. Os profissionais de saúde que recusarem participar da pesquisa serão beneficiados pelo projeto de Telemática do mesmo modo que os que concordarem. A informação sobre a recusa não será divulgada ao empregador e o profissional poderá continuar participando do projeto, mas seus dados não serão utilizados neste estudo de avaliação do mesmo.

Todas as informações pessoais utilizadas pelo presente estudo não serão reveladas sem autorização expressa do participante, resguardando sua privacidade. A participação no estudo é voluntária e está garantido o direito ao abandono a qualquer momento sem qualquer restrição ou prejuízo ao participante.

Eu,....., fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para os fins científicos e administrativos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Profissional

Nome

Data



ERNO HARZHEIM

31/01/2008

Assinatura do Pesquisador

Nome

Data

Pesquisador Responsável: Erno Harzheim.

Para o contato com o pesquisador responsável e para esclarecer qualquer dúvida está disponível o seguinte número de telefone: (51) 33085373

G P P G - Recebido

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

04 DEZ. 2007

IV-PERFIL PROFISSIONAL

4.1 Mês/Ano que ingressou pela primeira vez na Estratégia Saúde da Família independente do município ou unidade em que trabalha atualmente:

(mm/aaaa) /

4.2 Na atual função profissional no atual município (mm/aaaa) /

4.3 Na atual função profissional na atual unidade (mm/aaaa) /

4.4 Você realizou treinamento introdutório? Não Sim

4.5 Você é o coordenador da sua unidade? Não Sim

4.6 Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador deste serviço de saúde? (Se você for o coordenador da unidade, responda em relação ao apoio pelo coordenador da Saúde da Família municipal.)



A



B



C



D



E

4.7 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre os membros da sua equipe de saúde?



A



B



C



D



E

4.8 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde?



A



B



C



D



E

4.9 Qual o grau de satisfação com seu trabalho na sua unidade de Saúde da Família?



A



B



C



D



E

4.10 Por quê? (referente à questão 4.9 -texto livre)

--	--	--	--	--

4.11 Qual o grau de satisfação com o sistema de serviços de saúde do seu município?



A



B



C



D



E

4.12 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro dependendo de sua experiência profissional prévia de trabalho na Estratégia Saúde da Família (plano de carreira ou assemelhado)?

Não Sim Não sei

4.13 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro por causa de sua qualificação profissional na área da Saúde da Família (Residência ou Especialização na área da Medicina de Família e Comunidade ou de Saúde da Família)?

Não Sim Não sei

4.14 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro se seguir algum guideline/ protocolo ou alcançar determinados resultados?

Não Sim Não sei

4.15 Qual seu grau de satisfação com o seu salário na Estratégia Saúde da Família?



A



B



C



D



E

4.16 Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço?

Estatutário

CLT

Cooperativa

Contrato temporário. Previsão de conclusão do contrato

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Outros. Qual?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.17 Qual seu grau de satisfação com o tipo de vínculo empregatício que você possui na Estratégia Saúde da Família?



A



B



C



D



E

4.18 Você acredita que frente a necessidades familiares ou profissionais vá deixar de trabalhar no atual município no próximo ano?

Não Sim Não sei

4.19 Favor estimar sua carga horária semanal na Estratégia Saúde da Família/PSF:

Horas/Semana

4.20 Em quantos locais você trabalha fora da Saúde da Família?

Locais

4.21 Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho?

Horas/Semana

4.22 Favor estimar qual o número médio de consultas por semana que você atende na Unidade Saúde da Família:

Consultas/Semana

4.23 Qual a porcentagem aproximada de consultas por faixa etária?

Idade de 0 a 12 anos: %

Idade de 13 a 20 anos: %

Idade de 21 a 40 anos: %

Idade de 41 a 60 anos: %

61 anos ou mais: %

4.24 Qual porcentagem das consultas na unidade são agendadas? (consultas planejadas com antecedência pelo profissional ou paciente, com hora marcada; não inclui consultas espontâneas, marcadas no mesmo dia ou "fichas" previstas para distribuição no dia)

% das consultas são agendadas

4.25 Como você avalia a relação entre consultas agendadas e espontâneas:

- Muitas consultas agendadas para poucas espontâneas
- Poucas consultas agendadas e muito espontâneas
- Relação adequada entre consultas agendadas e espontâneas
- Não sei

5.4 Você usa e-mail? Não (pular para questão 5.6) Sim

5.5 Com que frequência você acessa sua caixa de e-mails (em qualquer local)?

- Diariamente
- De 2 a 6 dias por semana
- Uma vez por semana
- Menos de uma vez por semana e mais de 1 vez por mês
- Menos de uma vez por mês
- Não sei/ Não lembro

5.6 Que programas e aplicativos você sabe usar?

- Editor de textos (ex. Word, BrOffice)
- Planilhas (ex. Excel, Br Office)
- Programas para apresentações de slides (ex. powerpoint, BrOffice)
- Navegador de internet (ex. Internet Explorer, Firefox, Netscape, ...)
- Gerenciador de e-mails (ex. outlook express ou webmail como yahoo, gmail, terra)
- Reprodutores de músicas, vídeos, fotos e outras mídias (ex. Windows Media Player, Winnanp, RealPlayer....)
- Programa para trocas instantâneas de mensagens (ex. MSN) ou chats
- Nenhum

5.7 Você sabe manusear máquina de fotografia digital? Não Sim

5.8 Sua Unidade tem computador com o SIAB instalado? Não Sim Não sei

5.9 Você alguma vez já acessou a página do Ministério da Saúde ou do DATASUS para procurar alguma informação de saúde?

- Não Sim Não lembro

5.10 Você alguma vez acessou a página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da BIREME ou da Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS-Saúde Pública) para procurar alguma informação de saúde?

- Não Sim Não lembro

7.1 Entre a relação de problemas de saúde abaixo citados quais são suas necessidades de educação continuada quanto ao diagnóstico e manejo, ou que despertam maior dificuldade no manejo clínico-profissional:

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de álcool e outras drogas | <input type="checkbox"/> Hanseníase | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AIDS/SIDA | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Amenorréia | <input type="checkbox"/> Imunizações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Amigdalite | <input type="checkbox"/> Infecções agudas das vias áreas superiores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Infecções de pele e tecido subcutâneo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Artralgia | <input type="checkbox"/> Infecções no rim e trato urinário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias isquêmicas | <input type="checkbox"/> Menopausa e sintomas do climatério | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cáries e gengivites | <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna do útero | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Causas prevalentes de cegueira | <input type="checkbox"/> Orientação sobre anticoncepção | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cefaléias | <input type="checkbox"/> Obesidade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CP (citopatológico) de colo de útero | <input type="checkbox"/> Orientação alimentar e nutricional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Deficiências nutricionais/ Desnutrição | <input type="checkbox"/> Otite média aguda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Demências | <input type="checkbox"/> Parasitoses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Depressão e outros transtornos de humor | <input type="checkbox"/> Pediculose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dermatite de contato | <input type="checkbox"/> Pneumonias bacterianas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desidratação | <input type="checkbox"/> Pré-natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desmame precoce | <input type="checkbox"/> Psicoses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes melito | <input type="checkbox"/> Puericultura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios do estômago e duodeno | <input type="checkbox"/> Sinusite aguda e crônica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios do metabolismo lipídico | <input type="checkbox"/> Tabagismo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Doenças cerebrovasculares | <input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Doenças da genitália feminina | <input type="checkbox"/> Tuberculose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos | <input type="checkbox"/> Úlceras gastrointestinais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis | <input type="checkbox"/> Violência | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Doenças de tireóide | Outro: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dor lombar | Outro: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dores abdominais | Outro: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfisema e DPOC | Outro: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsias | Outro: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Febre | Outro: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterite/ Diarréia (e complicações) | Outro: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7.2 Em relação aos seguintes problemas e situações avalie seu desempenho. Marque um "X" classificando o grau de concordância com a frase "**Sinto-me capacitado nesse assunto**".
Observação: A opção "**Não se aplica**" deve ser marcada quando julgar que nenhuma das ações citadas no item são atribuições de sua atividade profissional.

CÂNCER DE MAMA						
"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Seguimento de protocolo de rastreamento (pacientes com indicação, quando iniciar, periodicidade, quando encerrar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese e identificação de fatores risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de diagnósticos com prognóstico incerto ou ruim; estigmas e medos)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (rastreamento do câncer de mama, menopausa, práticas sexuais)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares: indicação de mamografia, indicação de ecografia mamária	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares: interpretação de laudos de MMG e da ecografia e sistema BIRADS	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Investigação do nódulo mamário	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (quando encaminhar a outros profissionais da sua unidade ou a serviços especializados; anticoncepção e reposição hormonal e câncer de mama)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos e saúde da mulher	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento paliativo (Tratamento da dor, abordagem familiar no paciente com doença avançada).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Estratégia de vigilância da saúde da mulher (estratégias de busca ativa de faltosas ou pacientes com mamografia prévia alterada, lista de pacientes)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Câncer de Mama- avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	----- ----- -----					

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Seguimento de protocolo de rastreamento (pacientes com indicação, quando iniciar, periodicidade, quando encerrar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese e identificação de fatores risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (ex: abordagem do uso de camisinha e atividade sexual, do parceiro de mulheres com HPV, de diagnósticos com prognóstico incerto ou ruim)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (rastreamento do câncer de colo, práticas sexuais seguras, anticoncepção)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico ginecológico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Coleta do citopatológico (técnica de coleta, identificação de infecções e outras situações que prejudicam o exame)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Interpretação do laudo do citopatológico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (citopatológico com ASC-US ou NIC 1, indicação de colposcopia, quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou a serviços especializados)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos e saúde da mulher	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento paliativo (Tratamento da dor, abordagem familiar no paciente com doença avançada).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Estratégias de vigilância da saúde da mulher (estratégias de busca ativa de faltosas ou pacientes com citopatológico alterado, lista de pacientes)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Câncer de colo de útero- avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações ----- ----- ----- -----						

PRÉ-NATAL

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Avaliação pré-concepcional (práticas preventivas no planejamento da gestação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seguimento de protocolo de pré-natal (periodicidade de consultas e de exames; quando fazer suplementações e vacinas, identificação do pré-natal de risco)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese (datação da gestação, identificação de fatores de risco da história passada e atuais)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem psico-social do casal e da família, inclusão do pai no acompanhamento pré-natal, abordagem das expectativas e ansiedades, reconhecimento de conflitos e depressão na gestação, situações de violência)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (alimentação saudável, sinais de alerta para trabalho de parto, centro obstétrico de referência, prevenção de DSTs, aleitamento materno, anticoncepção)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame Físico (rotina, identificação de trabalho de parto)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Solicitação e interpretação de exames de rotina	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Indicação e interpretação da ecografia obstétrica	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Situações clínicas frequentes: rastreamento e tratamento da bacteriúria e da infecção urinária	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

PRÉ-NATAL

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Situações clínicas freqüentes: rastreamento, suplementação de ferro e tratamento da anemia no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Identificação de urgências e emergências no pré-natal (sangramento uterino, ausência de batimentos cardio-fetais, ausência de movimentação fetal, outros)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Rastreamento de diabetes gestacional	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção da transmissão vertical de Sífilis	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção da transmissão vertical HIV	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção da transmissão vertical Hepatite B	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de doença hipertensiva na gestação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Rastreamento de Incompatibilidade RH	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Citopatológico no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Vacinas no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Uso de sintomáticos e outras medicações na gestação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos no pré-natal	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou ao serviço especializado de pré-natal de risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Puerpério e anticoncepção	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Pré-natal - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Observações -----

PUERICULTURA

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese com o cuidador	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de expectativas dos cuidadores, conflitos familiares e situações de risco sócio-econômico, situações de violência/ abusos)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (prevenção de acidentes/ lesões não-intencionais, práticas alimentares saudáveis, cuidados domiciliares e sinais de alerta)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Uso de curvas de crescimento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Problemas comuns (infecções e infestações, dermatites, retirada de fraldas, dificuldades alimentares, constipação, ganho de peso insuficiente, etc)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (uso de protocolo de acompanhamento da criança saudável, programação de consultas de rotina, quando encaminhar a outro profissional da unidade ou a serviço especializado)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Imunizações	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Suplementação vitamínica e de ferro	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação (aleitamento materno e intercorrências como mastite, fissura mamilar, dificuldades com a pega), introdução de alimentação complementar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Estratégia de vigilância da saúde da criança (estratégias de busca ativa de faltosos, crianças com vacinas em atraso, crianças em risco nutricional, crianças em risco e programas governamentais, lista de pacientes, contato com conselho tutelar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Puericultura - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações ----- ----- -----						

PREVENÇÃO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese e reconhecimento/estratificação de risco	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de expectativas e objetivos do paciente, dificuldade de adesão a mudanças de estilo de vida e crenças sobre efeitos e para-efeitos farmacológicos)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - orientação de atividade física	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - orientação da alimentação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - abordagem breve do tabagismo	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde - tratamento farmacológico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Indicação de exames complementares de rotina	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Reconhecimento de complicações do diabetes melito e da hipertensão	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Hipertensão Arterial Sistêmica	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Diabetes Melito (inclui insulina)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Tabagismo	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Dislipidemia	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Manejo farmacológico - Obesidade	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (rotinas, quando encaminhar a outro colega de sua unidade ou a serviço especializado)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Doença cardiovascular e paciente idoso (adequação de medicações, interações e para-efeitos; risco-benefício de intervenções/ rastreamento)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Vigilância em saúde do paciente em risco cardiovascular (cadastro e seguimento de hipertensos, diabéticos e pacientes com eventos cardiovasculares prévios)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Prevenção de Doença Cardiovascular - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Observações -----

SAÚDE MENTAL ETILISMO E DROGADIÇÃO

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Aconselhamento preventivo de adolescentes	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese: identificação de risco e abordagem oportunística na consulta do adulto	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese: diagnóstico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (ex: abordagem para mudança de comportamentos de risco, dependência, conflitos familiares, violência doméstica, risco de suicídio)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (diminuição de danos, alcoolismo/ drogadição e trânsito, síndrome de abstinência, fissura, overdose/intoxicação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame Físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares (indicação e interpretação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico do etilismo	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico da drogadição	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (pré-contemplação, motivação, tratamento, identificação de transtornos do humor e de ansiedade comórbidos, identificação de complicações, quando encaminhar a outro profissional de sua unidade ou a serviço especializado; quando indicar internação).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Abordagem familiar e violência doméstica	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Abordagem comunitária e intersetorial (A.A., assistência social, instituições religiosas, associações e outros recursos).	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações ----- ----- ----- -----						

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese: avaliação alimentar, padrões familiares	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Anamnese: identificação de comorbidades relacionadas como transtornos de ansiedade e de humor, compulsão alimentar, transtornos alimentares	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (ex: abordagem de riscos, crenças e objetivos do paciente)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (reeducação alimentar, motivação, indicação e uso racional de suplementos/ vitaminas)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico (medidas antropométricas, perímetro da cintura, estratificação de risco)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares (indicação e interpretação)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico da obesidade	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento da desnutrição em crianças	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento da desnutrição em adultos	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (mudanças comportamentais: pré-contemplação, motivação, ação; monitoramento de transtornos comórbidos, identificação de complicações, quando encaminhar a outro profissional da sua unidade ou a serviços especializados)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação/ Nutrição na criança	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação/ Nutrição na gestante e nutriz	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação/ Nutrição e risco cardiovascular	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Grupos e alimentação/ nutrição	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Abordagem familiar e reeducação alimentar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alimentação e Nutrição - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	----- ----- ----- -----					

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Pacialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica*
Anamnese	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Habilidades de comunicação (abordagem de crenças, do desejo de uso de antibióticos quando desnecessários, auto-cuidado e uso dos serviços de saúde)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Educação em saúde (Orientações de auto-cuidado domiciliar, sintomáticos e sinais de alerta, abordagem oportunística do tabagismo, da asma, do DPOC, cuidados de higiene manual e contactantes de lactentes)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exame físico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Exames complementares laboratoriais e de imagem	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Diagnóstico diferencial	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Sintomático respiratório e Tuberculose (quando investigar)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico sintomático e espera permitida	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico e indicação de antibiótico	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Tratamento farmacológico e escolha do antibiótico adequado	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Acompanhamento (quando encaminhar a outro profissional da unidade, a serviço especializado ou à emergência)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecção Respiratória Aguda e Asma	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecção Respiratória Aguda e DPOC	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecção Respiratória Aguda e fluxos de atendimento na unidade, triagem, acolhimento, trabalho interdisciplinar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Infecções Respiratórias Agudas - avaliação geral	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Observações	----- ----- ----- -----					

7.3 Para desenvolver de forma adequada o trabalho na ESF, algumas ferramentas são importantes. Avalie sua capacidade marcando com um "X" classificando o grau de concordância com a frase **"Sinto-me capacitado nesta atividade"**.

ABORDAGEM FAMILIAR

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Entrevista Familiar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Consulta individual com abordagem familiar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Genograma / "Familiograma"	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Intervenções terapêuticas familiares em situações de APS	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Comentários -----					

ABORDAGEM COMUNITÁRIA

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Diagnóstico de saúde da comunidade/ indicadores de saúde	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Diagnóstico de demanda da unidade	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Definição de prioridades	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Planejamento de intervenções comunitárias	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Execução das ações comunitárias	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Avaliação da implementação e do impacto das intervenções	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Observações -----					

--	--	--	--	--

*Utilizar "Não se aplica" quando não há o profissional que a linha indica (Exemplo: "com enfermeiros" se preenchido por enfermeiro quando não há outros enfermeiros na unidade ou "com técnicos de higiene dental" quando não há equipe de saúde bucal na unidade. Quando há mais de uma equipe na mesma unidade as respostas podem ser marcadas para colegas da mesma profissão).

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não se aplica *
Com médicos (as)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com enfermeiros (as)	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com técnicos e auxiliares de enfermagem	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com cirurgiões-dentistas	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com técnicos de higiene dental	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com auxiliares de consultório dentário	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com agentes comunitários de saúde	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Observações -----

ATIVIDADES DE GRUPO

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Metodologia	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Planejamento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Desenvolvimento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Avaliação	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Observações -----

VISITA DOMICILIAR

"Sinto-me capacitado neste assunto"	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Parcialmente	Provavelmente, não	Com certeza, não
Planejamento	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Priorização	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Consulta domiciliar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Desenvolvimento de programa multidisciplinar de acompanhamento domiciliar	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Observações -----

--	--	--	--

C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atenderia no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço poderia atendê-lo naquele dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente adoecer, alguém de seu serviço poderia atendê-lo naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pela enfermeira (sem contar a triagem ou o acolhimento) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

D. ATENDIMENTO CONTINUADO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeira ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. Você acha que seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se os pacientes tem uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeira que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. Você acha que dá aos pacientes tempo suficiente para discutirem seus problemas ou preocupações?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. Você acha que conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. Você acha que entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10. Você acha que conhece o histórico médico completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. Você acha que sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

E. COORDENAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1. O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3. Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4. Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6. Você recebe do especialista ou serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou nota de alta hospitalar) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários médicos se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Os prontuários médicos estão disponíveis quando você atende os pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)

Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro																				
F4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																				
F5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																				
F6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																				
F7. Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																				
F8. Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																				
F9. Outros (Favor especificar)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																								

G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?					
G1. Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Verificação das famílias que podem participar de algum programa ou benefício da assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?					
G9. Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. Inclusão em programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

H.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

Por favor, indique a melhor opção.					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H1. Alimentos saudáveis ou sono adequado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (H3 - H18). Se você atende apenas adultos, responda às perguntas H3 - H13. Se você atende apenas crianças, responda às perguntas H14 - H18.					
Perguntas H3 - H13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
Por favor, indique a melhor opção.					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H3. Uso de cintos de segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Abordagem de conflitos familiares	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Medicações em uso	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Prevenção de queimaduras por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Prevenção de quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?					
H14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança para crianças nos carros.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I. ENFOQUE NA FAMÍLIA

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3. Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira de sua avaliação de saúde?					
14. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Discussão sobre fatores de risco familiares, ex. genéticos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17. Discussão sobre fatores de risco sociais, ex. perda de emprego	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. Discussão sobre condições de vida, ex. refrigerador em condições de funcionamento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
110. Discussão sobre as funções parentais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
111. Avaliação de sinais de abuso infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
112. Avaliação de sinais de crise familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
113. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
114. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

K.COMPETÊNCIA CULTURAL

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
K1. Se necessário você leva em consideração as crenças familiares sobre cuidados de saúde ou uso de medicina tradicional/popular, tais como ervas/medicamentos caseiros?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Se necessário você considera o pedido de uma família para usar tratamentos complementares, tais como homeopatia ou acupuntura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa algum dos seguintes métodos para abordar a diversidade cultural de sua população?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
K3. Treinamento da equipe por instrutores externos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K4. Treinamento em serviço apresentado pela própria equipe	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K5. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (cartazes, linguagem apropriada, costumes religiosos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K6. Equipe refletindo a diversidade cultural da população atendida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K7. Planejamento de serviços que reflitam diversidade cultural	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K8. Outros (Favor especificar)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE E LISTAGEM DOS PROFISSIONAIS

Para aplicar o questionário abaixo, procure ter em mãos o formulário preenchido do coordenador e certifique-se na tabela mais atualizada se foi solicitada alguma consultoria.

Aplicador:	Data:
Município:	
Unidade (posto) ou Equipe(s):	Fone:
Chefe da equipe ou respondente:	
Já foi solicitada alguma consultoria pela unidade (checar antes de começar entrevista):	
NÃO () SIM ()	
Já recebeu e enviou o formulário de coordenador da equipe: NÃO () SIM ()	

- 1- O Kit de informática já está instalado? NÃO () SIM ()
- 2- A internet está funcionando? NÃO () SIM () Comentário: _____
- 3- Tem skype? NÃO () SIM () Qual?
- 4- Data e hora para fazer videoconferência de acompanhamento com chefe da equipe (preferencialmente no dia da reunião de equipe- usar tabela única): _____
- 5- A Secretaria de Saúde fica no mesmo prédio da unidade?
NÃO () SIM ()
- 6- Há mais de uma equipe de PSF trabalhando junta?
NÃO () SIM () Quantas? _____
- 7- Qual o nome dos profissionais de nível superior cadastrados **no PSF** - médico, enfermeira e dentista. **Perguntar se algum deles é novo ou não foi capacitado**

Profissão	Nome	Equipe PSF N° ou Nome	Marcar não capacitados
Médico			
Enfermeira			
Dentista			
Médico			
Enfermeira			
Dentista			
Médico			
Enfermeira			
Dentista			

- 8- Alguém já capacitado saiu da equipe? () Não () Sim, Quem: _____

9- Além do médico, enfermeira e dentista cadastrados no PSF, há **outros** médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas **não cadastrados no PSF** trabalhando na mesma unidade?

NÃO ()- pular para questão 15 SIM () **Veja perguntas abaixo e preencha na tabela**

10- Qual o nome e a profissão/especialização dos profissionais da questão 9.

11- **Apenas para médicos:** Atende consultas marcadas no próprio dia (sem agendamento prévio, fichas do próprio dia)

12- **Apenas para médicos:** Atende consultas em agenda marcada com antecedência, nos dias anteriores (aqui não conta fichas do próprio dia)

13- **Apenas para médicos:** os pacientes atendidos foram encaminhados pelo médico do PSF (filtro) ou consultam diretamente (sem filtro) na agenda deste profissional?

14- **Apenas para médicos:** quantos turnos atende por semana na unidade básica

15- Além de médicos, enfermeiras e dentistas, há outros profissionais de nível superior trabalhando **no mesmo posto** em que fica o PSF? Ex.: psicólogos, nutricionista, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, professor de educação física...

16- NÃO () SIM () **Listar nome e profissão apenas.**

Nome (todos)	Profissão / Especialidade (todos)	Consultas ou Fichas do Dia não program (médicos)	Agenda programada (médicos)	Passa pelo Filtro: sim ou não (médicos)	Turnos por semana (médicos)
					/

PORTARIA Nº 35 DE 4 DE JANEIRO DE 2007

Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, tendo em vista o disposto na Portaria nº 561, de 16 de março de 2006, e na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, e

Considerando a necessidade de promover a integração entre as diversas instituições por intermédio de recursos de Telemedicina e Telessaúde, capazes de desenvolver ações de Saúde; e

Considerando a necessidade de aperfeiçoar a qualidade do atendimento da Atenção Básica do SUS por meio da ampliação da capacitação das equipes de Saúde da Família,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde, com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e sobretudo, de educação permanente de Saúde da Família, visando à educação para o trabalho e, na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho, que resulte na qualidade do atendimento da Atenção Básica do SUS.

Art. 2º Definir os seguintes critérios para a indicação dos municípios e dos estados onde serão instalados os 900 pontos referentes ao Projeto Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica.

I - Critérios Obrigatórios:

a) adesão e comprometimento do gestor municipal e estadual ao Projeto Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica;

b) municípios com infra-estrutura mínima de telecomunicação (acesso à Internet);

c) municípios com estratégia de Saúde da Família implantada.

II - Critérios Indicativos:

a) municípios com barreiras de acesso geográfico;

b) municípios com população menor ou igual a 100.000 habitantes;

c) municípios com cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou maior que 50%; e

d) municípios com IDH menor que 0,500.

Parágrafo único. A cobertura nas distintas regiões do estado deverá seguir o percentual máximo de 20% dos pontos para as regiões metropolitanas e o mínimo de 80% dos pontos para os municípios não pertencentes à região metropolitana.

Art. 3º Aprovar conforme o Anexo A a esta Portaria, os Critérios de escolha dos 32 pontos do convênio MS/RNP e o Anexo B para facilitar melhor compreensão dos gestores referente ao Programa.

Art. 4º Com a finalidade de incentivar o surgimento de Núcleos de Telessaúde nos Estados não-participantes do Projeto Piloto Nacional de Telessaúde, definir os seguintes critérios para os estados e municípios onde serão instalados os 32 pontos referentes à parceria com a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP):

I - os estados participantes do Projeto Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Primária não receberão pontos RNP;

II - dois pontos serão instalados no edifício sede do Ministério da Saúde em Brasília;

III - os estados participantes apenas do Projeto Rede Universitária de Telemedicina - RUTE receberão um ponto, com a recomendação de que seja um ponto em local diferente daquele já contemplado pelo projeto.

IV - os Estados não contemplados no Projeto RUTE e nem no Projeto Piloto Nacional de Telessaúde Aplicada à Atenção Básica receberão dois pontos, com a recomendação de que sejam em locais diferentes.

Art. 5º Recomenda-se que a escolha dos pontos deva priorizar instituições/serviços que desenvolvam programas de formação em Saúde da Família (Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde, Especialização e estágios curriculares e extra-curriculares).

Art. 6º A operacionalização e as especificações tecnológicas a serem utilizadas no Programa serão descritas posteriormente em portaria.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ASS JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO A

Critérios de escolha dos 32 pontos do convênio MS/RNP						
	Proj. Nacional	Rute	c/ formação Saude Família	s/ Projeto Nacional e RUTE	Localização diferente do ponto Rute	
AC			1	1		2
AM	1	1				0
AP				1	1	2
PA			1	1		2
RO			1	1		2

RR				1	1	2
TO			1	1		2
AL		1	1			1
BA		1	1			1
CE	1	1				0
MA		1			1	1
PB		1			1	1
PE	1	1				0
PI				1	1	2
RN			1	1		2
SE			1	1		2
DF			1	1		2
GO	1					0
MS			1	1		2
MT			1	1		2
ES		1			1	1
MG	1	1				0
RJ	1	1				0
SP	1	1				0
PR		1	1			1
SC	1	1				0
RS	1	1				0
M.Saude						2
Total						32

ANEXO B

PROGRAMA NACIONAL DE TELESSAÚDE

RNP (Rede Nacional de Ensino e Pesquisa): criada em 1989 pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) com o objetivo de construir uma infra-estrutura de rede Internet nacional para a comunidade acadêmica. A RNP oferece conexão gratuita à Internet para instituições federais de ensino superior ligadas ao Ministério da Educação (MEC), unidades federais de pesquisa ligadas ao MCT, agências de ambos os ministérios e outras instituições de ensino e de pesquisa públicas e privadas.

RUTE (Rede Universitária de Telemedicina): é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários (Abrahue), sob a coordenação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), que visa a apoiar o aprimoramento da infra-estrutura para telemedicina já existente em hospitais universitários, bem como promover a integração de projetos entre as instituições participantes.

Núcleo de Telessaúde: são as instituições universitárias, com experiências em telemedicina e telessaúde, responsáveis pela coordenação e implantação do projeto nos estados definidos no projeto piloto.

Ponto do projeto piloto: É um conjunto computacional (microcomputador com DVD, impressora e webcam) com conexão à Internet por banda larga, para ser utilizado por equipes de saúde da família para fins de teleeducação interativa, segunda opinião educacional, uso de objetos de aprendizagem (projeto homem virtual), acesso à Biblioteca Virtual da Saúde e Comunidade Virtual

Ponto da RNP: É um conjunto computacional (microcomputador com câmera, servidor de rede e roteador) conectado a ponto de transmissão de dados com velocidade de 1 ou 2 Mbps.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 100/07 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

- a necessidade de qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de ferramentas de Educação Permanente em Saúde;
- o potencial das tecnologias de comunicação e de transmissão de dados;
- a iniciativa do Ministério da Saúde ao criar o Projeto Telessaúde em Apoio à Atenção Primária e sua aprovação na Comissão Intergestores Tripartite;
- o caráter de piloto do referido Projeto e a necessidade de avaliar a teleducação e teleassistência como ferramentas de suporte à atenção primária em saúde, no intuito de aumentar a resolutividade e qualidade do cuidado;
- a necessidade de estabilizar o cenário em que se desenvolverá a etapa piloto, requerendo para tal a maior continuidade das equipes;
- a importância de uma grande cobertura dos municípios com ESF, para aferir efeitos medidos por dados secundários;
- o benefício que uma avaliação rigorosa dos resultados trará com vistas à adoção ou não, pelo Ministério da Saúde, da Telessaúde como estratégia a ser reproduzida para o restante dos municípios e equipes da ESF do país;
- as dificuldades logísticas inerentes a um projeto piloto;
- a pactuação sobre o tema, realizada em reunião da CIB/RS de 13/06/2007, e a repactuação na reunião de 22/08/07.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul.

§ 1º - No Projeto estão definidos e listados os critérios de inclusão dos municípios.

Art. 2º - O Grupo de Trabalho, com caráter consultivo, será composto por representantes da Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família, da Coordenação Municipal da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, das Faculdades de Medicina, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade, de representantes do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Ficou pactuado nesta CIB/RS que o Grupo de Trabalho terá também representação da Escola de Saúde Pública/SES-RS e da Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde do Rio Grande do Sul (ASSEDISA/RS).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

§ 1º - São atribuições do Grupo de Trabalho:

- Acompanhar e monitorar a adesão dos municípios ao Projeto através dos critérios de seleção e exclusão.
- Avaliar o desenvolvimento do Projeto.
- Participar/colaborar na discussão sobre os conteúdos construídos.

§ 2º - A fonte de dados para acompanhamento e monitoramento dos critérios de seleção e de exclusão dos municípios será o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

§ 3º - A Coordenação Estadual da Estratégia Saúde da Família será responsável pelo envio mensal das informações do SIAB ao Grupo de Trabalho para o acompanhamento.

Art. 3º - Os municípios que atenderam aos critérios para o início do Projeto Piloto, de acordo com os dados de abril de 2007 (data base) são : Ajuricaba, Crissiumal, Jóia, Três Passos, Três de Maio, Feliz, Marau, Arroio do Meio, Tapes, Pinheiro Machado, Balneário Pinhal, Cidreira, Triunfo, Charqueadas, Mostardas, Horizontina, Constantina, Coronel Bicaco, Sobradinho, Cacequi, Herval Grande e Trindade do Sul.

Art. 4º- Cada município selecionado deverá assinar o "Termo de Adesão ao Projeto Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde".

§ 1º - O não cumprimento dos compromissos assumidos no Termo de Adesão ao Projeto, implicará a perda da habilitação pelo município, após indicação do Grupo de Trabalho à CIB/RS.

§ 2º - O Termo poderá ser renunciado por qualquer das partes, com uma antecedência mínima de um mês, para que possam ser acomodados os interesses de todos os envolvidos.

§ 3º - Os municípios que não atenderem aos pré-requisitos em termos de infra-estrutura de suas unidades ou quanto à rede lógica terão um prazo de 30 dias para regularização e adequação. Ao término deste período, sua adesão ao Projeto será avaliada pelo Núcleo do Projeto no Estado do Rio Grande do Sul, que encaminhará ao Grupo de Trabalho, para posterior envio à CIB/RS.

§ 4º - A indicação e chamamento dos municípios suplentes será realizada pelo Núcleo do Projeto Estadual, conforme os critérios estabelecidos pela CIB/RS, com informe emitido ao Grupo de Trabalho que, posteriormente, encaminhará à Comissão Intergestores Bipartite/RS para pactuação.

Art. 5º - O Projeto e o Termo de Adesão estarão disponíveis na página da SES/RS, na internet, no link da CIB/RS, junto a esta Resolução que os aprova.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Art. 6º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Porto Alegre, 19 de setembro de 2007.

ARITA BERGMANN
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS - Substituta

***Republicada por alteração**

PROJETO DE TELEMÁTICA E TELEMEDICINA EM APOIO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: PÓLO RIO GRANDE DO SUL (Telessaúde)

O Ministério da Saúde propôs a estruturação de nove Núcleos Estaduais de Telessaúde com objetivo de oferecer suporte a 100 unidades da rede de atenção primária da Estratégia Saúde da Família, por meio de processos educativos e assistenciais à distância (teleeducação e telemedicina), sob a forma de um projeto piloto de 24 meses.

A Coordenação do Projeto no Estado do Rio Grande do Sul constituiu um Comitê Gestor. Até aqui ele foi composto por representantes da Coordenação Estadual e Municipal da Estratégia Saúde da Família (Porto Alegre), representantes das Faculdades de Medicina, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade e de representantes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A Coordenação e execução do projeto no Núcleo Rio Grande do Sul é de responsabilidade do Prof. Erno Harzheim (FAMED – UFRGS) e do Dr. Eno Dias de Castro Filho (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC).

O objetivo do projeto piloto de Telessaúde no estado é apoiar a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde do SUS. Ampliar capacitação através de Teleeducação e Telessaúde, com resultados sobre a resolutividade do nível primário e na otimização do cuidado à saúde da população. O público alvo são as equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF (Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Técnico em Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário, Técnico em Higiene Dental e Agentes Comunitários de Saúde). Pretende-se que os beneficiários sejam as populações adscritas às Unidades de Saúde da Família.

O projeto consiste no desenvolvimento de estratégias de capacitação de tópicos clínicos, de educação em saúde, de gestão, planejamento e avaliação, além de atividades assistenciais através de teleconsultorias. Este processo será subsidiado por um primeiro levantamento de necessidades em capacitação e possibilitará o desenvolvimento das teleconsultorias de acordo com a demanda da equipe de saúde. Os teleconsultores serão profissionais *experts* nos temas e também conhecedores da realidade da APS do HNSC, FAMED, F. Odonto, Esc Enfermagem e HCPA, selecionados pela equipe de coordenação do projeto. Haverá aquisição e instalação, para cada uma de 100 Unidades de Saúde da Família, de 1 kit de equipamentos (computador, impressora, webcam, móveis).

As teleconsultorias ocorrerão em tempo real, com disponibilidade de áudio e vídeo, seguindo um formato de solicitação de teleconsultoria predefinido, assim como um formato de resposta, buscando sempre o suporte baseado em evidências e mantendo a confidencialidade entre os profissionais envolvidos. Serão oportunizados treinamentos de habilidades de busca e análise crítica de informação (Medicina Baseada em Evidências), de comunicação para a prática clínica médica, assim como capacitação específica para problemas de saúde de alta prevalência/incidência. Estuda-se oferecer também Suporte Clínico Baseado em Evidências para dúvidas clínicas enviadas por e-mail. No processo de teleconsultorias, haverá o plantão de um *Médico de Família e Comunidade preceptor de Residência Médica*, que buscará a melhor solução para o caso, no contexto e segundo os princípios de APS, seja mediante apoio de especialistas da Saúde da Família, seja redirecionando para especialistas focais.

O Departamento de Atenção Básica do MS define 5 temas ou problemas que deverão ser abordados nos 9 estados, além do que for definido regional e localmente. São: pré-natal, puericultura, câncer ginecológico (colo e mama), doença cardiovascular/DM e saúde mental (ênfase em álcool e drogas).

Serão disponibilizados, no portal do projeto, os materiais educativos abaixo citados para uso por demanda livre dos profissionais. Estas ações poderão ter um fórum de discussão permanente relacionado.

1. Vídeos curtos sobre temas clínicos;
2. Protocolos / Linhas-guia;
3. Lembreadores (eletrônico e/ou não);
4. Folhas de fluxo de práticas preventivas (eletrônico e/ou não);
5. Disponibilidade de artigos, materiais educativos;
6. Modelos para materiais de educação em saúde para distribuição à população adscrita.

Haverá meios para uma avaliação imediata, por parte do usuário do portal, através de questionário de satisfação e impacto. A avaliação global do projeto também se valerá de instrumentos para identificar o uso dos instrumentos e conteúdos, assim como análise de dados secundários de base municipal para medir o impacto do projeto sobre a saúde da população.

Os municípios cujas Unidades da ESF receberão os kits e todo o processo de teleeducação, através de teleconsultorias, capacitações a distância e suporte clínico deverão atender as seguintes condições, segundo orientações da Comissão Intergestores Tripartite:

Obrigatórias:

- Adesão e comprometimento do Gestor;
- Infra-estrutura mínima com acesso à internet, preferencialmente com banda larga;
- Equipes da ESF implantadas;
- Considerar a presença de barreiras geográficas.

Indicativas:

- População não superior a 100.000 habitantes;
- IDH inferior a 0,5 (no RS não há);
- Cobertura superior a 50% da população com ESF;
- 80% do total das Equipes localizadas fora das regiões metropolitanas.

Além de seguir os critérios obrigatórios e indicativos da CIT (que resultavam em 307 municípios sem qualquer classificação; portanto, 207 pontos a mais do que o disponível), o Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul adotou um critério preliminar e critérios regionais de exclusão e classificatórios para os municípios do RS adaptados para realidade local, (Tabela 1). Para definição da Região Metropolitana do Rio Grande do Sul, adotamos a definição do DATASUS.

Critério Preliminar:

Os 20% de pontos previstos na CIT para as regiões metropolitanas devem ser localizados em Porto Alegre. Terão um caráter especial. Serão destinados aos pontos **de onde serão prestadas as teleconsultorias** por Médicos de Família e Comunidade (MFC) aos 80 outros pontos situados no interior. Aqui se incluem as Unidades do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC (12) e as Unidades de Saúde da Família da SMS/PoA (8), onde ocorre o internato dos alunos da UFRGS.

Os teleconsultores MFCs serão os professores desses alunos, incluindo os preceptores da Residência de MFC do SSC/GHC. Como esses teleconsultores estão dentro de seu horário de trabalho, a economia resultante em termos de pagamento de teleconsultorias permitiria também ampliar a oferta às demais 80 Unidades. Essas Unidades de Porto Alegre somente teriam o papel de "clientes" do Projeto em relação às demais especialidades.

Critérios de exclusão de municípios:

1. Com mais de 100.000 habitantes (conforme indicativo CIT);
2. Razão de rotatividade de profissionais (médicos e enfermeiros) por Unidade de Saúde superior a 2 na série histórica (2005-2007);
3. Cobertura inferior a 70% da população com ESF.

Critérios classificatórios de municípios:

1. Densidade de equipes de SF por município (número de equipes por município);
2. Cobertura da ESF;
3. Cobertura do EACS.

A adoção de critérios regionais pelo Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul busca a adequação à realidade local e também às necessidades inerentes ao bom desenvolvimento e à avaliação do projeto. A opção por selecionar municípios com coberturas da Saúde da Família acima de 70% busca viabilizar o uso de fontes de dados secundários disponíveis (Sistemas de Informação em Saúde) para a avaliação do projeto, na medida que o efeito da intervenção não se diluirá pela baixa cobertura. Quanto à rotatividade, considerou-se a possibilidade de medir o impacto das ações do projeto no período de 2 anos, o que depende de um mínimo de estabilidade nas equipes.

O uso dos critérios classificatórios de coberturas e de densidade tem como objetivo priorizar os municípios com maior número de equipes e com maior população coberta pela estratégia com vista a possibilitar o adequado suporte logístico pelo núcleo estadual, além de valorizar o investimento do gestor.

O êxito da etapa piloto é indispensável para a generalização/disseminação do Telessaúde. Administrar as limitações atuais com o melhor aproveitamento dos recursos já disponibilizados é de interesse de todos os municípios. Deste modo, após avaliação de impacto do projeto piloto, o MS terá fundamentos para a decisão por uma universalização no momento seguinte.

Os recursos deste projeto piloto, financiados pelo Ministério da Saúde através da Organização Pan-Americana da Saúde, sob gestão da Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, são suficientes para a implantação do mesmo em 100 Unidades da Estratégia Saúde da Família. Este potencial de cobertura permitirá incluir no projeto piloto um número reduzido de municípios. Caso haja interesse de municípios não incluídos no projeto piloto em oferecer esta estratégia de assistência e capacitação à distância, o Núcleo Rio Grande do Sul possibilitará a ampliação da intervenção a 40 Unidades de Saúde da Família adicionais por meio de contrato entre o município e a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este contrato implicará na necessidade de financiamento por parte do município dos custos adicionais para atendimento de suas unidades da ESF.

Porto Alegre, 14 de maio de 2007.

Eno Dias de Castro Filho
Diretor Científico da Sociedade Brasileira de
Medicina de Família e Comunidade.

Erno Harzheim
Prof. Adjunto Departamento de Medicina Social e
Programa Pós-Graduação Epidemiologia, FAMEDUFRGS.

Coordenadores Telessaúde RS
TERMO DE ADESÃO AO PROJETO DE PESQUISA

“Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul. (Telessaúde RS)”

O Município _____ (*nome do município*), representado pelo Prefeito(a) _____ (*nome do prefeito*) e pelo Secretário(a) Municipal de Saúde _____ (*Nome do Secretário(a)*), através do presente Termo, adere ao projeto de pesquisa intitulado: **Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul**, coordenado pelo Drs. Erno Harzheim e Eno de Castro Dias Filho, em parceria com Associação Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade, Grupo Hospitalar Conceição(GHC), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Faculdades de Medicina (FAMED), Odontologia e Enfermagem da UFRGS e Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES-RS), conforme as seguintes cláusulas:

I-Cláusula primeira. Do Objeto:

O Município declara conhecer o projeto de pesquisa **“Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul”**, ao qual, através do presente Termo, formaliza sua adesão a fim de beneficiar a população por meio do sistema de Teleducação e Teleassistência (educação à distância e teleconsultoria).

O projeto não se destina a supervisão ou apoio a problemas de saúde urgentes/emergências ou que coloquem em risco de vida ou perda de função a saúde dos pacientes dentro de um período de 5 dias. O alvo do projeto são as consultas eletivas.

II-Cláusula segunda. Da responsabilidade do Município:

A adesão ao projeto implica as seguintes obrigações por parte da municipalidade:

1. Manter em funcionamento no Município **o nº de equipes habilitadas na data de aprovação deste Termo de**

Adesão (22/08/2007), na Estratégia Saúde da Família (ESF), e/ou ampliá-las.

2. Minimizar a frequência e o período de interrupção das atividades das equipes por ausência de algum dos seus profissionais, médicos, enfermeiros e dentistas, quando equipes de saúde bucal estiverem implantadas.

3. Disponibilizar local e estrutura adequada para instalação dos equipamentos e mobiliário do projeto Telessaúde dentro da área física da(s) Unidade(s) Saúde da Família, conforme anexo I.

4. Manter sob seus cuidados e responsabilidade os equipamentos e mobiliário do projeto Telessaúde, cuidando da integridade e manutenção dos mesmos. Em caso de danos ou perda dos equipamentos e mobiliário comodatados, a municipalidade deverá proceder conforme o anexo II.

5. Atender as consultas eletivas e de pronto-atendimento já rotineiras, solicitando teleconsultorias para suporte à assistência aos usuários até o limite estabelecido mensalmente para o município.

6. Estabelecer, em conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família municipal, horários para teleconsultorias e para acessar os conteúdos e instrumentos de educação e qualificação da assistência.

7. Agendar as teleconsultorias por meio da plataforma de comunicação e interação do projeto Telessaúde RS.

8. Fornecer as informações atualizadas dos indicadores de saúde, da rede instalada e/ou de referência do Município (indicadores de morbi-mortalidade, referência e contra-referência, internações e procedimentos) para o núcleo coordenador, relativos ao ano anterior à implantação do projeto e aos de sua fase de execução, para as análises epidemiológicas.

9. Indicar um técnico de saúde responsável para os contatos técnicos do município com o núcleo coordenador do Projeto.

10. Indicar um técnico com conhecimentos de computação para responsabilizar-se pelo adequado funcionamento da rede de informações e do funcionamento de hardware e rede lógica para responder as demandas em teleconsultoria e teleducação.

11. Tratar, de forma resguardada, as informações a que tenha acesso no âmbito relativo aos trabalhos executados e resultados obtidos, assegurando que as mesmas poderão ser utilizadas em discussões dentro do grupo em âmbito científico.

12. Garantir o deslocamento e estadia dos profissionais que participarão de treinamento presencial na capital para desenvolvimento de habilidades de uso do sistema.

13. Garantir transmissão de dados via internet com banda larga de no mínimo 600 kbytes/s para todas as Unidades de Saúde participantes do projeto, conforme recomendação técnica quanto a capacidade de conexão.

III-Cláusula Terceira. Das responsabilidades do Núcleo de Telessaúde:

Para implementação do projeto, a Faculdade de Medicina da UFRGS, através do Núcleo de Telessaúde do RS, se dispõe

a:

1- Fazer a implantação do sistema de Teleconsultoria e Teleducação nos municípios, conduzindo a devida capacitação dos profissionais envolvidos.

2- Acompanhar todo o desenvolvimento do estudo e manter atendimento para teleconsultoria e educação a distância.

3- Disponibilizar conteúdos de interesse dos profissionais através da plataforma de comunicação e interação, realizando capacitações para desenvolvimento de habilidades como busca de evidências e de aprimoramento da comunicação profissional-usuário.

Parágrafo I: A realização da teleconsulta não é garantia ou facilitação de atendimento nas instituições hospitalares teleconsultoras (GHC e HCPA). Os encaminhamentos dos pacientes deverão estar de acordo com o PDR (Plano Diretor de Regionalização) do Estado.

IV-Cláusula Quarta. Do sigilo e propriedade dos dados:

Considerando que, para o desenvolvimento deste estudo, o serviço de saúde do Município irá lidar com informações consideradas confidenciais, o mesmo compromete-se a manter o sigilo e a confidencialidade em relação às informações geradas no âmbito desta investigação, bem como quanto a seus resultados parciais e/ou finais.

As partes acima concordam e se comprometem:

1. A manter em sigilo todas as informações e/ou materiais, que tenham sido obtidos da outra parte, verbalmente ou por escrito, ou por qualquer outra forma, sendo a partir de agora denominadas como "informação", e a usá-las exclusivamente para avaliação do projeto/estudo acima, conforme indicado na "introdução".

2. Não fazer uso da "informação" de nenhuma maneira, nem a qualquer tempo, exceto para os propósitos indicados na introdução. Não divulgá-la a qualquer pessoa, exceto para pessoas responsáveis e qualificadas, para as quais sejam necessários, a fim de se atingir os objetivos propostos.

3. A obter de qualquer pessoa, a quem a "informação" seja divulgada, o compromisso de manter a mesma em segredo ou, ainda, de aplicar o melhor de seus esforços para que tal seja conseguido.

4. A nenhum momento, direta ou indiretamente, tomar posse ou reclamar qualquer direito legal, seja por meio de solicitação de patente ou pelo uso de produtos, processos derivados ou baseados na "informação", de maneira isolada ou em desacordo com as normas de Propriedade Intelectual vigentes.

5. Sem prejuízo às suas obrigações, conforme a presente adesão, retornar à outra parte, imediatamente após solicitação, todos os documentos contendo as informações do estudo obtidas durante ou depois da referida investigação.

6. Não apresentar a "informação", parcial ou integralmente, a nenhuma outra terceira parte, sem o consentimento, por escrito dos coordenadores do estudo.

7. Não reproduzir a "informação" obtida sem a permissão dos coordenadores.

V-Cláusula Quinta. Da vigência:

O presente TERMO DE ADESÃO terá vigência durante a realização do estudo, previsto para até março de 2009,

podendo ser aditado de acordo com decisão do núcleo RS.

VI-Cláusula Sexta. Da exclusão do município:

1. O presente Termo garante a exclusão do Município que por qualquer motivo deixe de cumprir algum dos itens mencionados na cláusula segunda.

2. O presente Termo garante a exclusão do Município que utilizar outro sistema de Teleducação ou teleassistência, além do que fora proposto pelo projeto.

3. Configurando-se a renúncia ou a exclusão por qualquer dos motivos citados acima, os computadores, acessórios e mobiliários serão estornados, possibilitando que outro município possa participar do projeto.

VII-Cláusula Sétima. Da renúncia:

Este Termo poderá ser renunciado por quaisquer das partes, com uma antecedência mínima de um mês, para que possam ser acomodados os interesses de todos os envolvidos.

VIII-Cláusula Oitava. Do acompanhamento da presente adesão:

O Núcleo de Telessaúde da Faculdade de Medicina da UFRGS, por meio de seus coordenadores, será o órgão responsável para acompanhar e avaliar o presente TERMO DE ADESÃO e para julgar os casos omissos.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2007.

I- Prefeito do Município:

_____ (Nome) _____ (Assinatura)

II- Coordenadores do Projeto Telessaúde RS:

Dr. Erno Harzheim _____ (Assinatura)

Dr. Eno de Castro Dias Filho _____ (Assinatura)

ANEXO I

Estrutura necessária para implantação:

1. Quanto às características da Sala:
 - I. com área mínima para instalação de equipamentos e mobiliários do projeto, mobiliário e hardware;
 - II. com dispositivos de segurança para assegurar a integridade do equipamento;
 - III. presente instalação elétrica com aterramento compatível para os computadores.
2. Obrigatoriamente localizar-se em salas das Unidades da Estratégia Saúde da Família (USF).
3. Apresentar rede de transmissão de dados acima de 600 Kbps (banda larga) instalada nas USF e com manutenção assegurada para o desempenho das ações para o período.

ANEXO II

1. Na eventualidade de problemas na manutenção dos equipamentos a municipalidade deve dispor de serviço especializado de suporte técnico para, na medida do possível, evitar a descontinuidade das ações de teleassistência e teleducação.
2. Na eventualidade de roubo ou de dano não reparado aos equipamentos, a municipalidade deverá ressarcir à UFRGS, Projeto Telessaúde/RS equipamentos com capacidade e recursos análogos.