

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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos
Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa
Saúde da Família e o Modelo Tradicional

Aluno: Carlo Roberto Hackmann da Cunha

Orientador: Erno Harzheim

Co-orientador: Bruce Bartholow Duncan

Porto Alegre, 28 de julho de 2006.

Apresentação

Este trabalho consiste em uma dissertação de mestrado que visa avaliar a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema) e dos dois atributos derivados (atenção à saúde centrada na família e orientação comunitária) nos cuidados de Atenção Primária em Saúde (APS) oferecidos pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Sanitárias (US), às crianças de Porto Alegre, através da utilização da ferramenta de avaliação para serviços de APS (*Primary Care Assessment Tool - PCATool*) utilizando a versão aplicada aos profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros).

Ele é composto por três partes. A revisão da literatura contém uma discussão inicial sobre desigualdade social e iniquidade em saúde seguida por uma síntese de aspectos conceituais e benefícios de sistemas de saúde baseados na APS, atributos e formas de avaliação da APS, bem como um histórico sobre o Sistema Único de Saúde e Programa Saúde da Família no Brasil e em Porto Alegre. A seguir, é apresentado um artigo original sobre o tema, no formato determinado pelos Cadernos de Saúde Pública, demonstrando os resultados obtidos da análise dos dados referentes à aplicação do PCATool aos profissionais de saúde. Ao final, consta o projeto de pesquisa que originou o artigo.

A Função da Arte

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.

Viajaram para o sul.

Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

- Me ajuda a olhar!

O Livro dos Abraços

Eduardo Galeano

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul por todo o aprendizado e oportunidades disponibilizados durante o período de minha formação.

Aos professores Bruce Duncan e Maria Inês Schmidt, que me acolheram no trabalho de revisão do livro *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*, estimulando e despertando-me para a realização deste projeto de pós-graduação em Epidemiologia. A Bruce Duncan também dedico um agradecimento especial por todo o conhecimento e apoio constante, bem como sua contribuição fundamental nas discussões de orientação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e às Gerências Distritais Sul/Centro-Sul e Restinga/Extremo-Sul por possibilitarem a realização do estudo e esta parceria com a Universidade. A todas as equipes de atenção básica destas duas regiões e, em especial, aos profissionais de saúde destas equipes que participaram do estudo, agradeço por sua disponibilidade e compreensão.

Aos professores e colegas da área de Atenção Primária em Saúde do Departamento de Medicina Social pela amizade e apoio, especialmente ao professor Odalci Pustai por todas as conversas e reflexões.

Ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Com todo meu carinho e agradecimento à equipe e comunidade da Unidade Parque dos Maias, que me acolheram durante a formação como Médico de Família e Comunidade e mostraram-me, na prática, o potencial de uma equipe de APS como ferramenta de equidade.

Gostaria de dedicar especial agradecimento a minha família. À Valderez por todo amor e carinho. Ao Gedir e Jussara por tudo. Ao Marco, Rogério, Fernando e Maico por toda amizade e carinho.

E, finalmente, é com muita admiração, afeto, amizade e respeito que agradeço de forma muito especial ao meu amigo e orientador Erno Harzheim. Por seu conhecimento e sabedoria, sua humanidade. Por todo seu apoio e contribuições críticas. Pelo exemplo como profissional de APS. Pela amizade.

Agradeço a todos que “me ajudaram a olhar”!

ÍNDICE

Revisão da Literatura	08
Desigualdade sócio-econômica e iniquidade em saúde	09
Atenção Primária em Saúde	11
Os atributos da APS	19
Instrumentos para avaliação da qualidade da APS	20
O Sistema Único de Saúde no Brasil	23
Atenção Primária em Saúde no Brasil: o Programa Saúde da Família	25
O Programa Saúde da Família em Porto Alegre	29
Referências Bibliográficas	32
Artigo	37
Resumo	38
Abstract	39
Introdução	40
Metodologia	43
Resultados	46
Discussão	48
Conclusões e Recomendações	54
Colaboradores	54
Tabelas	55
Referências	60
Projeto de Pesquisa	64
Introdução	65

Questão de Pesquisa	67
Objetivos	67
Justificativa	68
Métodos	69
Questões Éticas	72
Cronograma Básico	73
Recursos Necessários	73
Anexos – Child Primary Care Assessment Tool – (PCATool – Brasil)	74
Referências Bibliográficas	86

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

REVISÃO DA LITERATURA

Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional

Aluno: Carlo Roberto Hackmann da Cunha

Orientador: Erno Harzheim

Co-orientador: Bruce Bartholow Duncan

Porto Alegre, 28 de julho de 2006.

Desigualdade sócio-econômica e iniquidade em saúde

Reduzir as iniquidades em saúde é ponto primordial para melhora do estado de saúde da população. Nos países em desenvolvimento, as diferenças oriundas das iniquidades em saúde tornam-se mais presentes e marcantes. É, portanto, necessário desenvolver estratégias para redução dos efeitos injustos destas diferenças sócio-econômicas com o objetivo de diminuir a distância que existe entre os diferentes grupos sociais. Em outras palavras, torna-se essencial garantir e colocar em prática um dos princípios estabelecidos no marco legal do sistema de saúde brasileiro: a equidade.

No Brasil, em 2002, a taxa de mortalidade infantil no estado de Alagoas (nordeste brasileiro) era de 52,64 mortes por cada 1000 nascidos vivos, comparados com 15,64/1000 no Rio Grande do Sul (região sul do Brasil)¹. O mesmo abismo existente entre estes dois estados de nosso país podia ser visto ao se analisar as taxas de analfabetismo entre a população com 15 anos ou mais naquele mesmo ano: em Alagoas a taxa era de 31,18% e no Rio Grande do Sul era de 6,31%². Ou seja, no local onde a taxa de analfabetismo era maior também se observava maior mortalidade infantil. Estes dados ajudam a manter o Brasil na posição de 2º país mais desigual do mundo³. Ainda em 2002, apenas 49,14% dos recém-nascidos (RN) haviam tido mais de seis consultas durante o pré-natal de suas mães em nosso país. Ao compararmos por regiões, podemos ver novamente a marcante desigualdade refletida nos serviços de saúde: na região nordeste, 34,90% dos RNs tiveram mais de 6 consultas pré-natal comparados com 61,05% na região sul⁴, ilustrando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em uma área essencial como o pré-natal. Definir estratégias de ação com o objetivo de reduzir estas diferenças significa aplicar integralmente o conceito de equidade em saúde: ausência de diferenças sistemáticas e evitáveis entre um ou mais

aspectos de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente⁵.

Desenvolver estratégias para garantir equidade em saúde deve ser prioridade em uma nação. O sistema de saúde de um país pode servir como valiosa ferramenta na luta por este objetivo. Não há garantias de que apenas maior riqueza nacional possibilite as condições socioeconômicas necessárias que produzam um alto nível de saúde para a população. Analisemos dois exemplos: primeiro, os Estados Unidos é a nação mais poderosa e rica do mundo, possui um produto interno bruto (PIB) per capita de 37.610 dólares americanos e uma taxa de mortalidade até os 5 anos de idade de 8/1000 nascidos vivos. Ao compararmos esta taxa com a de Cuba, veremos que o valor é o mesmo (8/1000 nascidos vivos) e este país tem um PIB per capita 32 vezes menor que o dos Estados Unidos. Segundo, entre os países com PIB per capita maior que 25.000 dólares americanos, a Suécia encontra-se com uma taxa de mortalidade em menores de 5 anos de 3/1000 nascidos vivos, portanto menor do que a taxa do país que compõe o seu grupo, já citada anteriormente; da mesma forma, entre os países mais pobres (PIB per capita menor que 1.500 dólares americanos), a Guiana Equatorial possui uma taxa de mortalidade em menores de 5 anos de 146/1000 nascidos vivos (18 vezes maior que a taxa de Cuba já citada anteriormente)⁶. Pergunta-se: o que faz as taxas de mortalidade entre países com enormes diferenças econômicas serem semelhantes, ao mesmo tempo em que as taxas entre países que compõem o mesmo grupo (tanto ricos como pobres) são tão diferentes? Muitas poderiam ser as hipóteses a serem formuladas para responder esta questão. E, ao refletirmos sobre esta dúvida, poderíamos nos questionar sobre o papel do sistema de saúde vigente em cada um desses países como ferramenta de produção de equidade no primeiro exemplo e distanciamento ao analisarmos o segundo caso.

Atenção Primária em Saúde

A Declaração de Alma Ata de 1978 definiu os princípios fundamentais da Atenção Primária em Saúde (APS) como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias... representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituindo o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”⁷.

A União Européia, em 1996, adotou a Carta de Ljubljana para orientar a Reforma da Saúde nos países membros. Este documento também afirma a necessidade de que os sistemas de saúde sejam guiados por princípios da APS ao sugerir que a assistência seja orientada por valores como dignidade humana, solidariedade, equidade e ética profissional, voltada para os resultados da saúde, enfocada na qualidade, centrada nas pessoas, receptiva à voz e escolha do cidadão, baseada em financiamento sólido e em evidências, exigindo, assim, gerenciamento, recursos humanos e coordenação política fortes.⁸

Com base nestes importantes documentos precedentes, em agosto de 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde divulgou seu posicionamento difundindo a idéia de que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.⁹

Partindo do marco teórico de Starfield, que define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e

integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS, entende-se a APS como forma de organizar e integrar, a partir de uma perspectiva da população, os serviços de saúde.¹⁰ Um sistema de saúde com base na APS tem como objetivo garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, enfatizando a prevenção, assegurando o cuidado no primeiro atendimento, tendo as famílias e comunidades como sua base de organização, assim como recursos humanos e tecnológicos adequados e sustentáveis, observando o significado real de sustentabilidade como capacidade de atender as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de atender as do futuro.

A APS desempenha papel fundamental para garantir acesso equitativo a toda a população. Funciona como porta de entrada de um sistema de saúde e deve estar próxima de onde as pessoas moram ou trabalham. Ao oferecer atenção abrangente atendendo a maior parte das necessidades de saúde de uma população, a APS também desempenha função primordial na garantia do princípio da integralidade em saúde. É também papel da APS coordenar e organizar os fluxos de assistência e isso se desenvolve através da referência e contra-referência por todos os níveis do sistema de saúde.

Estes propósitos conflitam com a crescente fragmentação das profissões da área da saúde, e em especial na área médica, observada durante o século XX, decorrente de um estreitamento de interesses e que enfocava a assistência sobre enfermidades ou tipos de enfermidades em detrimento da saúde geral das pessoas e das comunidades. Por causa desta visão, hoje há mais especialistas focais do que especialistas em APS. Porém, a atenção baseada em especialistas focais exige dos sistemas de saúde maiores recursos às custas do desenvolvimento e uso de tecnologia cara aplicada ao indivíduo doente, deixando-se de

lado o investimento na prevenção das enfermidades e utilização racional e sustentável dos recursos disponíveis para redução das iniquidades existentes. Ao contrário, o modelo centrado em especialistas focais aumenta as iniquidades já existentes, pois ao ficar mais cara, a assistência em saúde torna-se inacessível aos mais pobres aumentando, assim, a distância já existente entre os diferentes grupos sociais. É um modelo inviável economicamente, uma vez que nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para gastar com as tecnologias que surgem ao longo do tempo¹¹.

As evidências dos benefícios da APS são amplas. Porém, a maior parte das evidências que embasam os benefícios da APS são de metodologia ecológica, onde a unidade de análise é uma população ou grupo de pessoas, pertencendo, na maioria dos casos que veremos, a um país, estado ou município. Um risco potencial em utilizar estas medidas é o da “falácia ecológica”, que ocorre quando fazemos uma inferência causal inadequada sobre fenômenos individuais baseados em observações de grupos, já que uma determinada associação observada entre variáveis no nível agregado não necessariamente significa que exista no nível individual. Por ser a APS uma estratégia que visa otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde, minimizando as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde, utilizaremos os dados demonstrados a seguir analisando-os com o olhar direcionado à população e não ao nível individual.

Estes estudos têm demonstrado a influência da APS na redução das iniquidades existentes no acesso aos sistemas de saúde, sobre a satisfação dos usuários e sobre o aumento da efetividade e eficácia da atenção sanitária. Estudos que comparam países com

sistemas de saúde baseados em forte orientação para a APS a países com sistemas de saúde que têm apenas pequena orientação para APS mostram que os primeiros têm resultados de saúde mais equitativos, eficientes, com custos menores e alcançando melhor satisfação do usuário^{12, 13}. O resultado de melhora na equidade deve-se aos menores custos para a sociedade quando comparada com a atenção orientada a especialistas focais¹⁴.

Em análise realizada comparando 18 países membros da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento no período de 1970 a 1998 foi demonstrado que a APS é importante e traz melhorias na saúde populacional. Em países com os melhores escores em uma escala composta por 10 itens (regulação, financiamento, tipo de provedor de APS, longitudinalidade, primeiro contato, acesso, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e integralidade) os sistemas de saúde foram considerados de forte orientação para APS. Nestes países observou-se que os índices de mortalidade geral, mortalidade prematura, bem como mortalidade por condições preveníveis e tratáveis, como morte por asma, doenças cardiovasculares e pneumonia, foram menores que nos países com fraca orientação para APS. Este efeito permaneceu significativo após controle para fatores demográficos, Produto Interno Bruto (PIB) per capita e fatores comportamentais, tais como alcoolismo e tabagismo¹⁵. Voltando ao questionamento realizado no subtítulo “Desigualdade sócio-econômica e iniquidade em saúde” sobre países que compõem o mesmo grupo econômico apresentarem diferentes taxas de mortalidade em menores de 5 anos, entre os 18 países avaliados no estudo citado estavam Estados Unidos, com um escore de APS no ano de 1995 igual a 3 (máximo de 20) e Suécia com escore no mesmo ano igual a 11.

A associação entre melhores desfechos de saúde na população e o tipo de profissional que presta a assistência de saúde também foi demonstrada em análises

realizadas em vários países. Nos Estados Unidos, ainda no início da década de 90, evidenciou-se que aqueles estados com maiores índices de médicos de atenção primária (nos Estados Unidos inclui-se nesta categoria médicos de família, internistas e pediatras gerais) por habitante tinham melhores desfechos de saúde, incluindo menores taxas de mortalidade geral (mortalidade por doenças cardíacas, neoplasias ou acidente vascular encefálico), menor mortalidade infantil, menores índices de baixo peso ao nascer e estado ruim de saúde auto-referida, mesmo após controlar para dados sociodemográficos (percentual de idosos, moradores de área urbana e crianças, nível educacional, renda, desemprego e poluição) e fatores relacionados ao estilo de vida (obesidade, tabagismo e uso de cinto de segurança)^{16, 17}. Quando a atenção de médicos de APS foi desagregada entre médicos de família, internistas e pediatras, apenas a atenção realizada por médicos de família mostrou-se significativa com relação à redução da mortalidade¹⁸.

Análise realizada em municípios do estado da Flórida utilizando mortalidade por neoplasia de colo uterino como desfecho e controlando para características do nível municipal (percentual de brancos, baixo nível educacional, renda média por domicílio, percentual de mulheres casadas), demonstrou que o incremento de um médico de família por 10.000 habitantes foi associado com redução na incidência de neoplasia de colo uterino de 1,5 casos por 100.000 pessoas e uma redução correspondente na mortalidade de 0,65 casos por 100.000 pessoas. Devemos considerar que são necessários mais estudos no nível individual para confirmar esta associação¹⁹.

Esta relação entre médicos de atenção primária e melhores desfechos de saúde também foi observada em estudos ingleses. Na Inglaterra, internistas e pediatras não são considerados médicos de atenção primária e, portanto, não foram incluídos nesta avaliação. Naquele país encontrou-se também uma associação entre um maior número de médicos

gerais (*General Practitioner*) por habitante e menor mortalidade. Ajustando para escore de condições sociais (que avaliava a proporção de desempregados, pessoas vivendo em habitações superlotadas, pessoas sem carro próprio e sem profissão), grupo étnico e classe social, observou-se que o incremento de um médico geral por 10.000 habitantes associou-se com -5,2% (intervalo de confiança [IC] 95% -8,3 - -2,0, p = 0,002) na mortalidade total entre pessoas de 15 a 64 anos²⁰.

Com relação à melhoria na eficiência e eficácia da assistência, evidências sugerem que a APS traz bons resultados para esses itens. Ao avaliar hospitalizações para condições sensíveis a cuidados ambulatoriais, ou seja, condições que foram tratadas em nível hospitalar e que poderiam ter sido resolvidas no primeiro nível de atenção, vê-se que garantir acesso e primeiro atendimento pode melhorar os resultados de saúde beneficiando inclusive o atendimento em outros níveis do sistema. Houve redução na taxa geral de hospitalizações por angina, pneumonia, infecções do trato urinário e doença pulmonar obstrutiva crônica²¹. Caminal definiu uma lista de condições sensíveis ao cuidado ambulatorial com o objetivo de estabelecer o papel da APS em prevenir e evitar hospitalizações devido a estas causas (tabela 1).

Tabela 1. Lista de condições sensíveis a cuidado ambulatorial preveníveis pela APS

Tipo de Intervenção	Doenças Infecciosas	Doenças Crônicas
1. Prevenção primária	- Doenças infecciosas suscetíveis à prevenção por imunização	- Doença cardíaca hipertensiva
2. Diagnóstico e tratamento precoce	- Febre reumática - Sífilis congênita	- Diabetes <i>mellitus</i> - Distúrbios

- Tuberculose	hidroeletrolíticos;
- Abscesso peritonsilar	- Doença cardíaca
- Pneumonia	hipertensiva;
- Apendicite com	- Insuficiência cardíaca;
complicações	- Sangramento digestivo alto
- Pielonefrite aguda	e úlcera perforante
- Doença inflamatória	
pélvica	
3. Acompanhamento,	- Diabetes <i>mellitus</i>
controle e intervenção	- Doença cardíaca
adequados	hipertensiva
	- Insuficiência cardíaca
	- Sangramento digestivo alto
	e úlcera perforante

Evidências demonstram que receber atendimento continuado num mesmo serviço e pelos mesmos profissionais faz com que os pacientes obedeçam melhor às orientações médicas, utilizem menos serviços de urgência/emergência e tenham menos hospitalizações do que os que não possuem este tipo de atendimento. Estudo que avaliou a associação entre a continuidade de atendimento por um mesmo profissional (longitudinalidade) e o número de hospitalizações futuras mostrou que a maior continuidade de atendimento por um mesmo profissional está associada com menor probabilidade de hospitalização por qualquer condição (odds ratio [OR] = 0,56; IC 95% 0,46-0,69)²². Em outro estudo, com o objetivo

de avaliar a relação entre a continuidade no cuidado de crianças (indivíduos entre 0 e 17 anos de idade) e a utilização de atendimentos em emergências hospitalares, foi demonstrado que a procura por atendimento em emergências foi 30% (razão de prevalência [RP] = 0,70; IC 95% = 0,53-0,93) menor nos pacientes que se encontravam no tercil intermediário de continuidade e 35% (RP = 0,65; IC 95% = 0,50-0,80) menor nos que se encontravam no tercil maior de continuidade quando comparados com crianças que estavam no tercil menor de continuidade na atenção²³. A continuidade parece ser particularmente importante para indivíduos em extremos de idades, do sexo feminino, com maior número de condições crônicas de saúde e uso de medicações, com maior número de visitas ao serviço de saúde e pior estado de saúde auto-relatado²⁴. A partir desta constatação se faz essencial que os serviços de APS reforcem seus esforços na garantia de continuidade às pessoas e, particularmente, ao grupo de pessoas com o perfil descrito anteriormente.

Os sistemas de saúde orientados pela APS devem seguir valores e princípios básicos. Equidade, solidariedade e direito ao mais alto nível possível de saúde são valores previstos na maioria dos sistemas de saúde em diferentes países. A Constituição Brasileira garante que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde de 1990, que, junto de outras leis, forma a regulamentação jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, contempla as diretrizes do sistema e entre estas está o princípio da equidade. A equidade é, de forma mais abrangente, um valor social que atua como ferramenta de justiça e valorização da vida humana. Por meio da solidariedade as pessoas buscam alcançar juntas o bem comum, trabalhando para que os investimentos em saúde sejam sustentáveis e desenvolvendo, através de ações coletivas, estratégias para resolução de problemas. A APS engloba ainda os princípios básicos de cobertura e acesso

universal, com atenção à saúde abrangente e integrada, enfatizando a promoção e a prevenção, baseadas na família e na comunidade, através de uma gestão e organização otimizadas com políticas e programas estabelecidos para promover equidade e desenvolvida por recursos humanos apropriados que observem padrões éticos, bem como dignidade e respeito no atendimento às pessoas.

Os Atributos da APS

Starfield¹⁰ definiu os quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Estabeleceu também outras duas características, denominadas atributos derivados: atenção à saúde centrada na família e orientação comunitária. Ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária e esta atenção terá maior poder de ação se os atributos derivados também estiverem presentes.

Identificar estes atributos e poder medi-los contribui para orientação dos serviços de saúde e constatação se estes realmente desenvolvem e cumprem os princípios básicos da APS no seu dia-a-dia de trabalho, além de poder relacionar a presença destes atributos com resultados de efetividade nas ações programáticas de saúde através de uma avaliação do seu processo de atenção. Desta forma, podemos diferenciar serviços ambulatoriais, com pacotes mínimos de atenção, dos serviços baseados na APS. Segundo Starfield, abaixo se encontram as definições de cada atributo:

- Acesso de Primeiro Contato: “implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos pacientes para cada problema novo ou para cada novo episódio do problema já existente”;
- Longitudinalidade: “é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Além disso, a ligação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre os pacientes e os profissionais de saúde”;
- Integralidade: “a atenção primária deve organizar-se de tal forma que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários, identificando e proporcionando os serviços preventivos, bem como serviços que possibilitem o diagnóstico e o tratamento das doenças, estabelecendo também a forma adequada para resolução de problemas, sejam orgânicos, funcionais ou sociais”;
- Coordenação: “o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe nos diferentes níveis do sistema de saúde”;
- Atenção Centrada na Família (Orientação Familiar): “é o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças”;
- Orientação Comunitária: “é o conhecimento, por parte do provedor da atenção, das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; envolve também o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços”.

Instrumentos para avaliação da qualidade da APS

A intensa discussão sobre o conceito, as características, os atributos e benefícios da APS ocorrida nos últimos 30 anos, como já visto anteriormente nesta revisão de literatura,

estimulou o desenvolvimento de ferramentas que avaliassem a adequação dos serviços de saúde baseados na APS aos princípios que a definem, possibilitando, a partir disto, correlacionar a extensão desta adequação com melhores resultados em desfechos de saúde. Partindo deste objetivo foi desenvolvido e validado um instrumento para avaliação dos atributos da APS na Universidade de Johns Hopkins chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), em versões separadas para saúde infantil²⁵ e do adulto²⁶ e também para serem respondidas pelos usuários e profissionais de saúde.

A versão para o português do PCATool, aplicada aos usuários dos serviços, foi recentemente validada para a avaliação da qualidade da atenção no atendimento da população menor de 2 (dois) anos de idade na região sul de Porto Alegre, no estudo “Evaluación de la atención a la salud infantil del *Programa Saúde da Família* en la región sur de Porto Alegre, Brasil”²⁷. O instrumento mostrou-se capaz de identificar a extensão dos atributos da APS, bem como as diferenças na atenção oferecida pelos dois modelos de serviços estudados: Programa Saúde da Família e Unidades Sanitárias tradicionais. Neste estudo, altos escores de APS estiveram associados ao PSF como serviço preferencial (OR = 3,14; IC 95% 1,77 - 5,58), uso de sulfato ferroso no primeiro ano de vida (OR = 2,16; IC 95% 1,44 - 3,25), uso de vitamina A+D no primeiro ano de vida (OR = 1,78 ;IC 95% 1,15 - 2,77), saúde percebida pelo cuidador como “excelente” ou “muito boa” (OR = 1,65; IC 95% 1,02 - 2,69) e alto grau de satisfação do cuidador com a última consulta (OR = 5,13; IC 95% 3,08 - 8,56).

Também no Brasil, um estudo realizado na cidade de Petrópolis-RJ demonstrou a associação dos atributos da APS com melhor grau de saúde auto-relatada em adultos²⁸ utilizando-se uma versão adaptada e traduzida, mas não validada, do PCATool.

Um estudo transversal conduzido em Ohio²⁹, com uma amostra de 2.889 pacientes adultos e crianças, de 138 médicos de família, avaliou a presença dos atributos da APS e sua correlação com a realização de atividades preventivas nestas comunidades. Após controlar para idade do paciente, raça, estado de saúde e tipo de plano de saúde em um modelo de regressão linear, cada um dos atributos da APS medidos (continuidade – comunicação interpessoal e preferência pelo mesmo profissional –, alto grau de coordenação) foram significativamente associados com a realização de atividades de *screening*, imunização e aconselhamento para hábitos saudáveis de vida.

De acordo com outro estudo que avaliou a continuidade da atenção em adolescentes moradores em área rural, constatou-se que o mais consistente fator preditivo para receber todos os tipos de serviços preventivos foi o acompanhamento regular pelo mesmo profissional, tanto para abordagens preventivas quanto assistenciais (OR = 0,26; IC 95% = 0,17 - 0,38). Notou-se também um maior uso dos serviços de emergência no grupo de adolescentes que não possuíam provedor de saúde regular (OR = 1,85; IC 95% = 1,16 – 2,94)³⁰.

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde, bem como as dimensões da qualidade da APS através da opinião dos profissionais de saúde, é também uma estratégia que pode ser conduzida no processo de avaliação da APS. Em investigação de metodologia qualitativa, Garcia et al identificaram que os profissionais de saúde proporcionam informações importantes para melhorar o modelo de atenção oferecido e identificam o acesso e a longitudinalidade como características que influenciam na opinião dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde³¹. Outro estudo que avaliou a qualidade da atenção em diferentes tipos de serviços mostrou ser possível realizar este objetivo utilizando

instrumentos aplicados aos usuários e também aos provedores de atenção (profissionais de saúde)³².

O Sistema Único de Saúde no Brasil

A Constituição Brasileira³³ promulgada em outubro de 1988 estabeleceu em seu artigo 196 que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Este foi um marco histórico na transformação do modelo de saúde vigente no país, que até então era injusto, excludente e promovia o aumento das desigualdades ao oferecer assistência somente a pessoas que estivessem vinculadas através de contrato regular de trabalho ao Instituto Nacional de Previdência Social. Todas as demais pessoas que não cumprissem este pré-requisito não tinham acesso ao sistema de saúde.

Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos através do artigo 7º da “Lei Orgânica da Saúde” - lei 8.080 de 19 de setembro de 1990³⁴. São eles:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Nestas diretrizes e princípios estão contidos intrinsecamente alguns dos principais conceitos de APS discutidos previamente. O passo seguinte na realização deste processo de mudança radical pelo qual o país vinha passando através da implantação do SUS seria o fortalecimento da APS como estratégia de consolidação do novo modelo. Este passo foi dado no ano de 1994 com a criação do Programa Saúde da Família e este processo está vigente até hoje, passando por transformações, constante aprendizado e aperfeiçoamento adquiridos com o andamento do trabalho desenvolvido nos diferentes municípios do país em busca da adequação às realidades de cada local.

Atenção Primária em Saúde no Brasil: o Programa Saúde da Família

Visando consolidar o SUS e implantar um sistema com forte orientação na APS, desde 1994 o Ministério da Saúde investe pesadamente no modelo do Programa Saúde da Família (PSF). Este modelo tem por objetivo aumentar o acesso aos serviços de saúde para a população mais vulnerável e, após completar 12 anos, são 24.564 equipes e 78.617.526 brasileiros atendidos pelo programa atingindo 89,6% dos municípios brasileiros. Em dezembro de 2005 eram 5.242 municípios atendidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 4.986 municípios com equipes de Saúde da Família, sendo que destes, 3.897 municípios possuíam equipes com profissionais de saúde bucal³⁵. Em documentos oficiais do Ministério de Saúde, enfatiza-se o PSF como uma proposta

concreta de mudança do modelo assistencial tradicional, capaz de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, priorizando ações de promoção de saúde junto à comunidade, de forma permanente e continuada, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas mais frequentes³⁶. Implanta-se, portanto, a partir deste momento no Brasil, uma estratégia real de APS que visa atender indivíduo e família de forma contínua e integral, desenvolvendo-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ao mesmo tempo em que reorganiza a prática assistencial, antes centrada no hospital, e agora enfocada na família em seu ambiente físico e social. Entende-se que a aplicação deste modelo de APS é determinante para a redução das iniquidades em saúde³⁷, uma vez que sistemas com melhor atenção primária têm mostrado melhores resultados nos desfechos de saúde e menores custos¹³, como já visto anteriormente.

De forma conceitual, Levcovitz define o PSF como “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca à área de saúde, essa melhoria dever ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”³⁸.

A equipe básica do PSF é formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Desde o ano de 2001 a saúde bucal também passou a fazer parte das metas de ação do PSF somando-se a algumas equipes a presença de profissionais desta área: cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário.

O PSF é desenvolvido com recursos do governo federal e contrapartida dos estados e municípios. O valor referente a recursos transferidos aos municípios pelo Ministério da Saúde está relacionado com as faixas de cobertura percentual populacional do programa no

município e é tanto maior quanto maior for a cobertura. Este incentivo, de certa forma facilita a implantação do PSF em municípios menores e conseqüentemente mais pobres, uma vez que, em muitos casos, com um número pequeno de equipes se consegue atingir cobertura total da população do município.

Em 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu, através da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001)³⁹, um conjunto de ações e serviços estratégicos mínimos que deveriam ser garantidos aos cidadãos o mais próximo possível de suas residências. Desta forma, regulamentou os serviços básicos que uma equipe do PSF deve oferecer à sua população adscrita. São eles:

- assistência pré-natal;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;

- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

A partir de todos estes avanços podemos afirmar que o PSF apresenta-se como um programa que tem por objetivo fortalecer e implantar no Brasil um sistema com orientação na APS. Abaixo se encontram as principais características do PSF:

- As equipes do PSF devem funcionar como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde;
- Alta resolutividade;
- Assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida na unidade de saúde e nos domicílios e centros comunitários;
- Prática de atividades individuais e coletivas buscando a promoção da saúde e prevenção de doenças;
- População adscrita, com área geográfica de atuação definida e cobertura de 600 a 1000 famílias para cada equipe;
- Facilidade no acesso geográfico;
- Educação permanente dos profissionais;
- Dedicção integral dos profissionais (40horas/semana);
- Agentes comunitários de saúde residentes na própria área de atuação das equipes;
- Avaliação, fiscalização e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais;

- Planejamento das ações através do processo de adequação realizado por meio de um diagnóstico das necessidades em saúde e priorização de problemas, definindo micro-áreas de risco;
- Fornecimento e atualização dos dados populacionais e epidemiológicos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que constitui a base de dados nacional do Ministério da Saúde para o PSF.

Os marcos teóricos para implantação do PSF no Brasil o caracterizam como um modelo de APS, porém é imprescindível a produção de conhecimento que avalie se a APS e o PSF implantados no Brasil vêm realmente sendo executados de maneira a preservar estes seus fundamentos conceituais e também qual o real impacto destas medidas na saúde das comunidades atendidas por este modelo. Um estudo ecológico, que utilizou a base de dados públicos do Ministério da Saúde do Brasil (Datusus) e teve por objetivo avaliar o impacto do PSF no coeficiente de mortalidade infantil (CMI) durante a década de 1990, mostrou que de 1990 a 2002 o CMI passou de 49,7 para 28,9 por 1.000 nascidos vivos. Durante o mesmo período, a cobertura populacional do PSF no Brasil passou de 0 para 36% da população. Ou seja, um aumento de 10% na cobertura do PSF está significativamente associado com uma redução de 4,5% no CMI após controlar para todos os outros determinantes de saúde (condições hidro-sanitárias, escolaridade e fertilidade materna, número de médicos e enfermeiros por 10.000 habitantes e número de leitos hospitalares por 1.000 habitantes)²⁸.

O Programa Saúde da Família em Porto Alegre

Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, localizado na região sul do Brasil, possui uma população estimada em 01/07/2005 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1.428.696 habitantes e uma área territorial de 497 km². Sua densidade populacional é de 2.875 habitantes por km².

O PSF teve início em Porto Alegre em 1996 com a implantação de 23 equipes. A distribuição das equipes dentro do município pretendeu reduzir as iniquidades de acesso aos serviços de saúde, sendo escolhidas preferencialmente áreas caracterizadas como “vazios de atenção”. Estas áreas não possuíam acesso definido a um serviço de atenção básica, utilizando como “porta” do sistema de saúde as emergências hospitalares ou centros de pronto-atendimento. Além disso, a população residente nestas áreas caracterizava-se por seu baixo nível socioeconômico, constituindo-se predominantemente por pessoas com renda per capita inferior a um salário mínimo. Dentro deste contexto, foram utilizados alguns critérios para a seleção das áreas de implantação, como: áreas com indicadores socioeconômicos desfavoráveis; áreas de assentamento recente e áreas com indicadores epidemiológicos desfavoráveis. Outro aspecto importante na definição das áreas de implantação foi a mobilização das próprias comunidades, onde comunidades mais organizadas tiveram maior facilidade em cumprir sua parte no acordo de implantação (participação nos conselhos locais de saúde, estabelecimento do convênio com a prefeitura)

40 41 .

Além das equipes do PSF, a cidade de Porto Alegre conta com Unidades Sanitárias, responsáveis pela atenção básica de parcela expressiva da população. Estas unidades não possuem uniformidade quanto ao número de recursos humanos envolvidos, nem quanto à relação profissionais/população. Ademais, as equipes das USs possuem profissionais da área da saúde (médicos especialistas) que não fazem parte das equipes do PSF. Estas USs

têm origem gerencial distinta, algumas sendo provenientes do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ou do governo federal, enquanto outras são originárias do governo estadual ou do próprio poder municipal. Desde 1996, ano da municipalização de Porto Alegre, estão sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-POA) uniformizando suas atividades e já integradas nas políticas, estratégias e programas do município. Desta maneira, as diferenças principais entre as USs e as equipes do PSF consistem na configuração das equipes, na sua forma de contratação e remuneração, na adscrição da clientela, no trabalho dos agentes comunitários de saúde, na proximidade da população com a equipe, no controle epidemiológico local – construção do SIAB pelas equipes do PSF – e no trabalho de coordenação e avaliação efetuado pela coordenação do PSF da SMS-POA sob as diretrizes do governo federal. Neste sentido, é importante identificar as diferenças e semelhanças entre o perfil dos profissionais de saúde, trabalhadores dos dois modelos de equipes de APS vigentes em Porto Alegre, bem como identificar, através de suas próprias respostas, a qualidade da atenção prestada à população infantil.

Ao final do ano de 2005, segundo dados obtidos diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o município apresentava composição mista em sua rede de atenção básica: 82 equipes de PSF, 44 USs, 7 Centros de Saúde Municipais e 2 centros de formação de recursos humanos para a APS representando 19 equipes de saúde – Centro de Saúde Escola Murialdo (7 equipes) e Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora Conceição (12 equipes).

Referências Bibliográficas

-
- ¹ Ministério da Saúde – Brasil. OPAS-OMS/DATASUS , 2002. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. Acesso em 10/02/2006 <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/c01.htm>>;
- ² IBGE/Censo Demográfico 2000 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1992 a 1999 e 2001 a 2003. Acesso em 10/02/2006 <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2004/b01.def> >;
- ³ World Bank, 1999. World Development Report, 1998/1999. Washington: World Bank.
- ⁴ Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); 2002. Acesso em 27/08/2005. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2004/f06.def>;
- ⁵ International Society for Equity in Health. Acesso em 27/08/2005. <http://www.iseqh.org/> ;
- ⁶ The United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2004. The State of the World’s Children 2005 – Childhood Under Threat. Disponível em [http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_\(English\).pdf](http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_(English).pdf) (acesso em 04/09/2005).
- ⁷ Organização Pan Americana de Saúde. *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 setembro de 1978.
- ⁸ World Health Organization. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Geneva: WHO, 1996.

⁹ Pan American Health Organization. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas – Documento de Posicionamento da OPAS/OMS*. Washington: PAHO, 2005. Disponível em http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf acesso em 29/01/2006.

¹⁰ Starfield, B., 1992. *Primary Care: concept, evaluations, and policy*. Oxford University Press, New York.

¹¹ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, Vol.83, Nº 3, 2005 (pp. 457-502).

¹² Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff.* 2004; Suppl Web Exclusives: W4- 184-97.

¹³ Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

¹⁴ Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff.* 2002; 21(1): 155-7.

¹⁵ Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3): 831-65.

¹⁶ Shi L. The relationship between primary care and life chances. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 1992; 3:321-335.

¹⁷ Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*. 1994; 24:431-458.

¹⁸ Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16: 412-22.

-
- ¹⁹ Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*. 2003; 35:60-64.
- ²⁰ Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there a association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24: 252-54.
- ²¹ Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C; Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. 2004; 14: 246-251.
- ²² Gill JM, Mainous AG. The role of provides continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998; 7: 352-357.
- ²³ Christakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FA. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics*. 1999; 103: 738-742.
- ²⁴ Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Annals of Family Medicine*. 2003; 1(3): 149-155.
- ²⁵ Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105:998-1003.
- ²⁶ Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*. 2001; 50(2): 161-175.
- ²⁷ Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [Tese de Doutorado]. Alicante: Departamento de Salud Publica, Universidad de Alicante; 2004.

-
- ²⁸ Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health.* 2006; 60: 13-19.
- ²⁹ Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Medical Care.* 1998; 36: AS21-30.
- ³⁰ Ryan S, Riley A, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 2001; 155: 184-190.
- ³¹ Garcia, M H; Cuadra, J L G; González, C L; Barbosa, C R; Asensio, R. Patients and quality of primary health services. Survey of practitioners at the Bahía de Cádiz and La Janda health centers. *Atención Primaria* 2002; 30(7): 425-434.
- ³² Starfield, B; Cassady, C; Nanda, J; Forrest, C B; Berk, R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *Journal of Family Practice*, 1998; 46 (3): 216-227.
- ³³ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Brasil, 1988.
- ³⁴ Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dos princípios e diretrizes. *Diário Oficial da União* [182]. 20-9-1990.
- ³⁵ Brasil. Ministério da Saúde, 2005. Departamento de Atenção Básica / SAS. Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação – competência dezembro/2005.
- ³⁶ Ministério da Saúde, 2002. O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil.
- ³⁷ Starfield, B; Pagnanini, J.M. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol. Community Health.* 2000; 54; 324-5.

³⁸ Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde Família, 1996 janeiro-junho; 1: 3-8.

³⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS) 01/2001. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001.

⁴⁰ Mendonça, C.S., 2001. Em defesa de uma política de saúde baseada em atenção primária – uma contribuição de Porto Alegre para o Fórum Social Mundial. Fórum Social Mundial.

⁴¹ Programa de Saúde da Família em Porto Alegre – RS. Projeto conjunto de Capacitação: Serviço de Saúde Comunitária – Grupo Hospitalar Conceição e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros:

Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional

Perception of the Quality of Child Care by Physicians and Nurses Working in the Family Health

Program and in Traditional Primary Care Units in Porto Alegre, Brazil

Carlo Roberto Hackmann da Cunha¹

Erno Harzheim^{1,3}

Bruce Bartholow Duncan¹

Carlos Álvarez-Dardet^{2,3}

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

2- Departamento de Salud Pública - Universidad de Alicante

3- Observatório de Políticas Públicas e Saúde (OPPS)

Correspondência

Carlo Roberto Hackmann da Cunha

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

Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 419, Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 90035-003

carlocunha@brturbo.com.br

* Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública

Resumo

A Organização Pan-Americana da Saúde difunde a idéia de que basear sistemas de saúde na Atenção Primária em Saúde (APS) é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde. No Brasil existem pelo menos dois modelos de atenção básica: o representado pelo Programa Saúde da Família (PSF) e o modelo tradicional, representado pelas Unidades Sanitárias. Para avaliar a extensão da APS desenvolvida por estes modelos na atenção à saúde infantil na região sul de Porto Alegre foi aplicado aos médicos e enfermeiros o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool-Brasil). Foram produzidos escores de 0-100 para os atributos Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Comunitária (OC), Orientação Familiar (OF), além de um Escore Geral (EG). Nesta comparação observamos uma extensão significativamente maior no modelo representado pelo PSF em Acesso (86,1 X 76,1; $p=0,031$), OF (59,2 X 46,7; $p=0,001$), OC (62,5 X 40,8; $p=0,008$). Na análise univariada, o PSF obteve maior EG (67,5 X 58,8; $p=0,019$). Esta diferença não se manteve após realização de controle para as co-variáveis idade, tempo de trabalho na equipe e tempo de formado. Por exemplo, depois de ajustar para idade dos profissionais, a diferença no Escore Geral de APS diminuiu de 8,7 para 6,5 pontos (IC 95% -3,4 – 16,3). Concluindo, os médicos e os enfermeiros que trabalham no PSF consideram sua atenção à saúde infantil de maior qualidade, em parte devido ao fato de trabalharem num modelo de APS bem definido (PSF), associado também a outros fatores, tais como idade do profissional, tempo de trabalho na equipe de saúde e tempo de formado.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Programa Saúde da Família, Avaliação de Serviços de Saúde.

Abstract

International authorities in health affirm that health systems based on primary health care strategies are better able to produce sustainable and equitable improvements in health. There are at least two primary care models in Brazil: the Family Health Program and the traditional multispeciality Health Unit model. To evaluate perception by physicians and nurses working in each of these models in southern Porto Alegre of the quality of their child care, we applied the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), which produces scores of 0 to 100 for the attributes access, continuity, comprehensiveness, coordination, community orientation, family orientation, as well as for the overall evaluation. Those working in the Family Health Program perceived significantly greater quality in access (86.1 vs. 76.1; $p=0.03$), and family (59.2 vs. 46.7; $p=0.001$) and community orientation (62.5 vs. 40.8; $p=0.008$), as well as overall quality (67.5 vs. 58.8; $p=0.02$), in crude analyses. This difference decreased after adjustment for age, years of work in the health service and time since graduation. For example, after age adjustment the difference in overall quality score decreased from 8.7 to 6.5 points (95% CI -3.4 – 16.3). In conclusion, physicians and nurses working in the Family Health Program considered their child care of greater quality, in part due to factors, such as their age, associated with working in a given model of care.

Primary Health Care, Family Health Program, Health Service Research

Introdução

Em agosto de 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde divulgou seu posicionamento difundindo a idéia de que a Atenção Primária em Saúde (APS) deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas¹.

As evidências dos benefícios da APS são amplas, principalmente no que diz respeito ao forte papel que ela desempenha na promoção de equidade, à maior satisfação dos usuários e sobre o aumento da efetividade e eficiência da atenção sanitária. Estudos que comparam países com sistemas de saúde baseados em forte orientação para a APS a países com sistemas de saúde que têm apenas pequena orientação para a APS mostram que os primeiros têm resultados de saúde mais equitativos, eficientes, com custos menores e alcançando melhor satisfação do usuário.^{2, 3} O resultado de melhora nas iniquidades deve-se à oferta de acesso igualitário dos diferentes grupos sociais aos serviços de saúde quando comparada com a atenção orientada a especialistas focais⁴.

Starfield⁵ definiu os quatro atributos essenciais da APS (Quadro 1): Acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), Longitudinalidade, Integralidade da atenção e Coordenação da atenção dentro do sistema. Estabeleceu também outras duas características, denominadas atributos derivados: atenção à saúde centrada na família (Orientação Familiar) e Orientação Comunitária. Ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária^{5, 6, 7, 8}. Esta atenção terá maior poder se os atributos derivados também estiverem presentes. Identificar a presença destes atributos e poder medi-los contribui para orientação, avaliação e planejamento dos serviços de saúde.

Quadro 1. Atributos da Atenção Primária em Saúde: conceitos^{9, 10}

<p>Atributos Essenciais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acesso: primeiro contato do paciente com o serviço de saúde; implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos pacientes, para cada problema novo ou para cada novo episódio de um mesmo problema;• Longitudinalidade: é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Pode estar relacionada ao mesmo profissional de saúde ou ao mesmo serviço (grupo de profissionais);• Integralidade: as equipes de atenção primária devem organizar-se de tal forma que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários, incluindo aqui os realizados pela própria equipe, bem como os oriundos da atenção em nível secundário ou terciário; atenção integral significa identificar, de forma adequada, problemas de todo tipo, sejam orgânicos, funcionais ou sociais, disponibilizando atividades preventivas, diagnósticas e terapêuticas;• Coordenação: prevê que o serviço de APS esteja ciente de todos os problemas de saúde identificados nos indivíduos; para isso é necessária a disponibilidade de informações a respeito das ações realizadas entre os diferentes níveis de atenção (através do sistema de referência e contra-referência); os profissionais de atenção primária devem ser capazes de englobar todo o cuidado que o paciente recebe.
<p>Atributos Derivados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Orientação Familiar: a atenção centrada na família pressupõe, por parte dos profissionais de saúde, o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades;

- Orientação Comunitária: refere-se ao conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, assim como o planejamento e a avaliação participativa nos serviços prestados.

No Brasil, a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) tem por objetivo aumentar o acesso aos serviços de saúde para toda a população e, após completar 12 anos de implantação, já soma 24.564 equipes e 78.617.526 brasileiros atendidos pela estratégia do programa, atingindo 89,6% dos municípios brasileiros¹¹. O marco legal e teórico para implantação do PSF no Brasil o caracteriza como uma estratégia com base na APS^{12, 13}, tendo como uma de suas prioridades a atenção à saúde infantil.

É, portanto, necessário avaliar se o PSF executa e preserva os principais atributos da APS, apresentando-se, assim, como um modelo com efetividade que contrapõe o antigo modelo de atenção com baixa resolutividade^{14, 15, 16}. Em Porto Alegre, recente investigação demonstrou que, de acordo com a opinião dos cuidadores de crianças usuárias dos serviços de saúde, ter o PSF como serviço preferencial de consulta estava associado ao alto grau de extensão dos atributos da APS no cuidado recebido (OR = 3,14; IC 95% 1,77 - 5,58) quando comparado às Unidades Sanitárias (US) tradicionais⁶. Frente à necessidade de avaliação dos serviços de saúde como ferramenta de planejamento⁹, é importante verificar a percepção dos profissionais de saúde com relação à qualidade da atenção à saúde prestada às comunidades. Esta percepção desempenharia um papel complementar à opinião dos usuários, configurando-se, assim, os profissionais, como informantes-chave neste processo¹⁷. Um serviço de saúde deve considerar as percepções dos profissionais com objetivo de identificar benefícios e deficiências do modelo de atenção eventualmente não identificadas na visão dos usuários. Portanto, este estudo tem por objetivo

principal descrever a percepção dos médicos e enfermeiros com relação à qualidade da atenção à saúde infantil nos serviços de atenção básica da região sul de Porto Alegre, comparando os resultados do Programa Saúde da Família com as Unidades Sanitárias.

Metodologia

Delineamento

Foi realizado um estudo transversal em todos os serviços de saúde de atenção básica das Gerências Distritais Sul/Centro-Sul e Restinga/Extremo-Sul no município de Porto Alegre durante o 2º semestre de 2002. Em 2004, estas duas regiões da cidade foram responsáveis por 20,6% dos nascimentos ocorridos no município de Porto Alegre¹⁸.

População em estudo

O instrumento de avaliação da APS (PCATool) foi aplicado aos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) de todas as equipes do PSF e Unidades Sanitárias (US) dos distritos citados. Os questionários foram entregues aos coordenadores de cada unidade de saúde com os nomes dos profissionais que deveriam respondê-los. A partir disso foi dado um prazo de 15-30 dias para a devolução dos mesmos. O pesquisador encontrava-se disponível através do telefone para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o preenchimento. O tempo médio estimado para preenchimento dos questionários era de 30 minutos. Foram enviados 54 questionários, sendo que 36 (66,7%) questionários foram respondidos: 8 (dos 9 encaminhados) por médicos do PSF, 13 (dos 23 encaminhados) por médicos de US, 8 (dos 8 encaminhados) por enfermeiros do PSF e 7 (dos 14 encaminhados) por enfermeiros de US. Ao todo, estiveram envolvidos na pesquisa

profissionais de 17 equipes de saúde: 7 PSFs e 10 USs. As unidades de análise foram os profissionais de saúde.

Instrumentos

Toda a discussão sobre o conceito, as características, os atributos e benefícios da APS ocorrida nos últimos anos estimulou a equipe de trabalho de Starfield, no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, a desenvolver e validar o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool - PCATool*), em versões separadas para saúde infantil¹⁹ e do adulto¹⁰. O PCATool mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária. Foi produzido originalmente em duas versões: uma destinada aos usuários e outra aos profissionais dos serviços de saúde. Sua versão voltada para a saúde infantil e destinada aos usuários (PCATool-Brasil) foi recentemente validada²⁰. O PCATool na versão destinada aos profissionais é um instrumento em espelho do mesmo questionário aplicado aos usuários. Neste trabalho, utilizamos o PCATool - Brasil (versão destinada aos profissionais de saúde) para identificar as características da atenção dos serviços, tendo como ponto de referência os atributos essenciais e derivados da APS no atendimento à população de 0 a 2 anos de idade. É um questionário composto por 37 itens relacionados aos seis atributos da APS que possibilita, por meio de respostas tipo Likert em escala de 1 - 4, a construção de escores da extensão dos atributos da atenção primária em saúde com intervalos de 0 a 100. Estas perguntas foram selecionadas com base na validação do PCATool-Brasil aplicado aos usuários²⁰. Em uma escala Likert, os respondentes são solicitados não só a concordarem ou discordarem de uma afirmação ou questionamento, mas também a informarem qual o grau de concordância ou discordância. A cada opção de resposta é atribuído um número que reflete a direção do respondente com relação ao questionamento feito. Assim, para cada pergunta do

PCATool foram oferecidas as seguintes opções de resposta com o respectivo número correspondente: “sempre” (4), “habitualmente” (3), “às vezes” (2), “raramente/nunca” (1) e “não tenho certeza/não sei” (9). As respostas “não tenho certeza/não sei” foram recodificadas e receberam o valor “2” para fins de análise.

Variáveis e Produção dos Escores

As variáveis analisadas foram os atributos da APS (essenciais e derivados). Foi produzido um escore para cada atributo essencial e derivado em separado, um Escore Essencial e um Escore Geral, de acordo com as orientações do instrumento original.

O Escore Essencial foi obtido através da média dos escores para os atributos Acesso, Longitudinalidade, Integralidade Serviços Básicos, Integralidade Serviços Complementares, Integralidade Promoção e Prevenção e Coordenação. O Escore Geral é calculado utilizando-se a média destes escores, incluindo também os valores obtidos para os atributos derivados Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Segundo proposto pelos autores da versão original do instrumento, a transformação da escala tipo Likert de 1 – 4 para escores em escala de 0 a 100 foi realizada utilizando-se a seguinte fórmula:

$(\text{escore obtido} - 1) \times 100$, sendo que 4 representa o escore máximo e 1 o escore mínimo.

$$4 - 1$$

De acordo com o instrumento original, valores maiores ou iguais a 66,6 representavam alto grau de extensão do atributo no serviço avaliado.

Análise Estatística

Foram utilizados os programas SPSS 12.0 e STATA 8 para realização de análise estatística (produção dos escores; teste t para comparação das médias dos escores do PSF e US);

além de modelos de regressão linear univariada e multivariada, objetivando estimar a influência das características dos profissionais de saúde sobre o Escore Geral de APS. As co-variáveis utilizadas neste controle foram idade, tempo de formado e tempo de trabalho na equipe de saúde. Devido à possível dependência entre as respostas individuais dos profissionais ao serviço de saúde avaliado, toda a análise referente aos serviços de saúde e o valor dos escores da APS encontrados foram controlados para o efeito de conglomerado (*clusters*). Para isto, utilizamos o programa estatístico STATA 8 e seus comandos “*svy*” através do Método de Séries Lineares de Taylor. Cada *cluster* representava uma unidade de saúde avaliada num total de 17 (7 PSFs e 10 USs).

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora Conceição (Parecer nº 52/2001) e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. As informações coletadas foram mantidas confidenciais, não sendo divulgados os nomes dos entrevistados. Todos os entrevistados, depois de informados e esclarecidos sobre o estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O perfil dos profissionais de saúde se encontra na Tabela 1. Os profissionais das USs possuem uma média de idade 5,4 anos superior a dos profissionais das equipes do PSF ($p = 0,01$) e maior tempo médio de formados (16,1 X 7,9 anos; $p < 0,001$). O tempo de trabalho na unidade também é superior para os profissionais das USs em cerca de 5 anos ($p = 0,02$). Não há diferença

estatisticamente significativa com relação à renda individual e familiar entre os dois grupos de trabalhadores. Ao analisarmos os resultados apenas dos médicos, observamos que 19 (90,5%) possuem especialização, sendo 13 (100%) entre os médicos das USs e 6 (75%) no PSF. Nas USs, 12 (92,3%) médicos são pediatras e 1 (7,7%) é Médico de Família e Comunidade (MFC). No PSF apenas 3 (37,5%) médicos têm especialização em MFC ou Saúde Coletiva. Nenhum dos médicos do PSF era pediatra.

Tabela 1

A Tabela 2 mostra os valores dos atributos da APS comparando-se os escores obtidos para o PSF e para US em uma variação possível de 0 a 100. Nesta comparação observamos uma extensão significativamente maior no modelo de atenção representado pelo PSF nos atributos Acesso (86,1 X 76,1; $p=0,03$), Orientação Familiar (59,2 X 46,7; $p=0,001$), Orientação Comunitária (62,5 X 40,8; $p=0,01$) e Escore Geral de APS (67,5 X 58,8; $p=0,02$).

Tabela 2

Os escores de Acesso e Integralidade (serviços básicos oferecidos e ações de promoção e proteção à saúde) apresentaram forte extensão de APS tanto para as equipes de PSF como nas USs. Os Escores Essencial e Geral demonstraram alto grau de APS somente nas equipes do PSF.

A análise univariada demonstra que as variáveis “tipo de equipe (PSF ou US)”, “tempo de trabalho na equipe em anos” e “tempo de formado em anos” influenciam o escore geral da APS de forma estatisticamente significativa (Tabela 3). Ao analisarmos a regressão linear múltipla apresentada na Tabela 4, podemos ver que a variável “tipo de equipe” perde significância

estatística quando controlada pelas variáveis idade, tempo de formado e tempo de trabalho na unidade dos profissionais.

Tabela 3

Tabela 4

Discussão

Há limitações em nosso estudo que podem interferir na sua interpretação. Em primeiro lugar, o número de profissionais de saúde (36) foi pequeno, com uma taxa de resposta de 66,7%. Assim, estes profissionais podem não representar o universo dos médicos e enfermeiros que trabalham nesta região do município de Porto Alegre. Esta taxa de resposta, porém, é maior do que a obtida em estudo realizado nos Estados Unidos com objetivo de avaliar a extensão dos atributos da APS conforme opinião dos usuários e percepção dos profissionais utilizando o PCATool²¹. Em segundo, obteve-se maior percentual de respostas junto aos profissionais que trabalham no PSF, podendo representar, este fato, um potencial viés de seleção. Em terceiro lugar, não foi possível comparar as características dos não-respondentes aos respondentes, uma vez que as informações relacionadas ao perfil dos profissionais foram obtidas diretamente do preenchimento do PCATool.

Em nosso resultado principal, a análise univariada mostra uma diferença estatisticamente significativa a favor da estratégia do PSF com relação à extensão da APS na atenção à saúde infantil na região sul de Porto Alegre. Porém, esta diferença não se mantém ao realizar-se

controle, através de análise multivariada, para as co-variáveis idade, tempo de trabalho na equipe de saúde e tempo de formado. Por exemplo, depois de ajustar para idade dos profissionais, a diferença no Escore Geral de APS entre os modelos do PSF e US diminui de 8,7 para 6,5 pontos (IC 95% -3,4 – 16,3). Ou seja, os médicos e os enfermeiros que trabalham no PSF consideram sua atenção à saúde infantil de maior qualidade, em parte devido ao fato de trabalharem num modelo de APS bem definido (PSF), associado também a outros fatores, tais como idade do profissional, tempo de trabalho na equipe de saúde e tempo de formado. No estudo que utilizou o PCATool-Brasil aplicado aos cuidadores de 467 crianças na mesma região da cidade e no mesmo período de avaliação, o grau da extensão da APS desenvolvida pelo PSF foi maior quando comparado às US. Este estudo demonstrou que estes escores elevados associaram-se com uso de sulfato ferroso no primeiro ano de vida (OR = 2,16; IC 95% 1,44 - 3,25), uso de vitamina A+D no primeiro ano de vida (OR = 1,78 ;IC 95% 1,15 - 2,77), saúde percebida pelo cuidador como “excelente” ou “muito boa” (OR = 1,65; IC 95% 1,02 - 2,69) e alto grau de satisfação do cuidador com a última consulta (OR = 5,13; IC 95% 3,08 - 8,56)⁶. Estes achados são importantes para o município de Porto Alegre, uma vez que vêm embasar a necessidade de ampliação desta estratégia com objetivo de alcançar todo o potencial de redução das iniquidades e obtenção de melhor satisfação dos usuários oferecidos por modelos com forte orientação à APS.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do município, a cobertura do Programa Saúde da Família em junho de 2006 era de aproximadamente 20%. Este valor representa um baixo percentual quando comparado com a cobertura do programa em todo o país. No Brasil, durante o mesmo período, a cobertura estava estimada em 43,7%¹¹. Nosso estudo apresenta aos gestores do município embasamento para ampliação desta estratégia e permite relacionar os resultados com aqueles obtidos por Macinko et al em estudo ecológico que avaliou o impacto do PSF no Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) num período de 12 anos²². O CMI de Porto

Alegre em 2005 era de 12,9 crianças menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos²³. Ampliar a estratégia do PSF neste município para uma cobertura de 30%, por exemplo, permite estimar uma redução do coeficiente de mortalidade infantil para 10/1.000 nascidos vivos num período de 12 anos.

Ao analisarmos os resultados obtidos para os atributos da APS em separado, demonstra-se haver forte extensão para o atributo Acesso em ambos modelos de atenção, com uma diferença estatisticamente significativa em favor do PSF. Porém, é importante ressaltar o caráter dos questionamentos que compuseram a formação do escore para este atributo: são todas questões que avaliam o acesso apenas para situações em que os serviços de saúde estão abertos e em horário de funcionamento. O acesso à rede de atenção básica na região sul de Porto Alegre em situações fora do horário de funcionamento dos serviços é praticamente nulo para ambos tipos de serviço. Isso faz com que a única referência das comunidades nestes períodos sejam as emergências e pronto atendimentos. Garantir acesso e primeiro atendimento pode melhorar os resultados de saúde beneficiando, inclusive, o atendimento em outros níveis do sistema, principalmente com a redução da procura pelos serviços de emergência e pronto atendimentos.

Já os escores observados para os atributos Longitudinalidade e Coordenação não atingiram valores que pudessem classificá-los entre os que apresentam forte grau de APS. Portanto, investir para a melhoria da extensão de APS nestes dois itens torna-se necessário e deveria ser enfatizado pelos gestores de saúde no município de Porto Alegre. Ao analisarmos a composição dos itens utilizados na formação destes atributos, observamos que o baixo conhecimento da história médica por parte dos profissionais apresenta-se como fator que recebeu o menor escore entre os componentes do atributo Longitudinalidade no PSF. No Brasil há uma alta rotatividade dos profissionais de saúde justificada basicamente por três questões principais: vínculo empregatício, valores salariais e condições de trabalho²⁴. A alta rotatividade dos

profissionais pode explicar o baixo escore no item citado. No que diz respeito ao atributo Coordenação, é marcante uma deficiência no sistema de referência e contra-referência em Porto Alegre. A análise do item relacionado ao recebimento de informações de contra-referência após consultas com especialistas focais mostra baixos escores nos dois modelos. Os gestores devem estar atentos a estes tópicos para propiciarem longitudinalidade na atenção através do estabelecimento de estratégias que propiciem a permanência dos profissionais nos serviços. A dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde indica ser necessário estabelecer sistematização eficiente no fluxo das informações de referência e contra-referência, bem como maior conscientização dos profissionais atuantes em todos os níveis de atenção para a importância do adequado preenchimento desta ferramenta de comunicação entre os serviços.

Estas observações podem ser correlacionadas com dados da literatura mundial: um estudo transversal conduzido em Ohio⁷ avaliou a presença dos atributos longitudinalidade e coordenação e sua correlação com a realização de atividades preventivas. Os dois atributos da APS avaliados foram significativamente associados com a realização de atividades de rastreamento, imunização e aconselhamento para hábitos saudáveis de vida. Evidências demonstram que receber atendimento longitudinal num mesmo serviço e pelos mesmos profissionais faz com que os pacientes aceitem melhor às orientações médicas, utilizem menos serviços de urgência/emergência e tenham menos hospitalizações do que os que não possuem este tipo de atendimento²⁵. Em outro estudo, com o objetivo de avaliar a relação entre a longitudinalidade no cuidado de crianças e adolescentes (indivíduos entre 0 e 17 anos de idade) e a utilização de atendimentos em emergências hospitalares, foi demonstrado que a procura por atendimento em emergências foi 35% menor nos pacientes que se encontravam no tercil maior de longitudinalidade quando comparados com crianças que estavam no tercil menor²⁶. A

longitudinalidade parece ser particularmente importante para indivíduos em extremos de idade, do sexo feminino, com maior número de condições crônicas de saúde e uso de medicações, com maior número de visitas ao serviço de saúde e pior estado de saúde auto-relatado⁸.

Destaque especial deve ser dado à marcante diferença encontrada entre o PSF e o modelo tradicional nos atributos derivados da APS. Isso reforça estes dois elementos - Orientação Familiar e Orientação Comunitária – como marcas do modelo representado pelo PSF. A percepção de conhecer bem as famílias que consultam no seu posto de saúde e a realização de visitas domiciliares foi maior no PSF quando comparado às US. Esta percepção dos profissionais de saúde é compatível com os resultados encontrados junto aos usuários. Os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária apresentaram maior extensão no PSF quando comparados às equipes do modelo tradicional no estudo que avaliou a opinião dos usuários dos serviços⁶. Em nosso estudo, os dois modelos analisados apresentaram baixos escores nos componentes do atributo Orientação Comunitária relacionados com utilização de pesquisas comunitárias e participação das organizações comunitárias ou conselhos locais de saúde como método para monitorar ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas e estimular maior participação social. Isso indica a necessidade de construir, nestas equipes, espaços em que o serviço receba *feedback* da comunidade como forma de fortalecer a APS desempenhada.

Com relação ao atributo Integralidade, destaca-se a forte extensão, em ambos modelos de atenção, no que diz respeito à oferta de serviços básicos. Porém, de acordo com a percepção dos profissionais, a realização de atividades e ações de planejamento familiar ou controle da natalidade foi maior no PSF do que nas US. A gestação na adolescência, por exemplo, é um problema prevalente em comunidades carentes e sua ocorrência varia inversamente com a renda e escolaridade²⁷. É função dos serviços de APS na redução destas iniquidades desenvolver programas e estratégias objetivando a redução desta condição. Neste sentido, conforme os

resultados de nosso estudo, tanto o PSF quanto as US mostram realizar orientações preventivas para controle da natalidade. Porém, no que diz respeito aos serviços complementares oferecidos, os baixos escores obtidos no PSF e no modelo tradicional indicam a necessidade de planejar ações que podem ter impacto na redução de demanda em outros níveis do sistema. A realização de sutura de pequenas escoriações nas unidades de saúde, por exemplo, é uma medida simples, que faz parte do atendimento preconizado para uma equipe de APS e que reduziria a procura por serviços de urgência implicando em maior satisfação do usuário. Conforme a percepção dos profissionais de saúde, a realização destes procedimentos nas equipes de PSF e US é nula. O mesmo raciocínio poderia ser empregado na análise do item avaliação da acuidade visual, que também apresenta escores baixos.

Outro fator importante a ser destacado nesta discussão é o baixo número de profissionais especialistas em APS (definidos aqui como especialistas em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde Coletiva) entre os profissionais da rede municipal na região sul de Porto Alegre. Este achado também deve ser tema para reflexão entre os gestores, uma vez que estudos mostram o reflexo destes profissionais na melhoria de diferentes desfechos de saúde nos indivíduos por eles atendidos^{16, 28, 29, 30}. Porto Alegre é um município que apresenta forte tradição na formação de profissionais médicos para o trabalho em APS. Foi pioneiro no Brasil, através do Centro de Saúde Escola Murialdo, com a criação da Residência Médica em Saúde Comunitária no ano de 1976. Em 1980, estabeleceu-se no Grupo Hospitalar Conceição a segunda especialização em Medicina Geral Comunitária do município. Estes dois centros serviram de modelo para a implantação de outras residências médicas nesta área pelo nosso país. Hoje, passados 30 anos, o papel deste profissional na consolidação do PSF e princípios do SUS é cada vez mais marcante. Por isso é fundamental que as universidades, através de suas faculdades de medicina, assim como

os gestores municipais atentem para este fato visando desenvolver maior estímulo na formação e utilização destes profissionais para o trabalho no PSF.

Conclusões e Recomendações

O PSF consolida-se no Brasil como estratégia de fortalecimento do SUS, promoção de melhorias na saúde do indivíduo, sua família e comunidade e conseqüente redução das iniquidades produzidas pela desigualdade social vigente em nosso país. Nosso trabalho demonstra que o modelo de atenção à saúde representado pelo PSF, exerce, segundo a percepção dos profissionais de saúde, melhor extensão de APS ao ser comparado com o modelo tradicional na análise univariada. Entretanto, esta diferença não é mantida no modelo de regressão linear múltipla. Este fato pode ter ocorrido devido ao pequeno número de profissionais avaliados, indicando a necessidade de realização de estudos com maior poder estatístico. O PCATool, na versão aplicada aos profissionais, apresenta-se como uma ferramenta útil e de fácil aplicação, uma vez que utiliza a estratégia de entrevistar informantes-chave para avaliação da extensão de APS desenvolvida pelos serviços de saúde.

Colaboradores

Carlo Roberto Hackmann da Cunha participou da revisão da literatura, revisão das bases de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto. Bruce Bartholow Duncan participou da construção das tabelas e revisão do texto. Erno Harzheim participou da concepção do estudo, análise dos resultados, construção das tabelas e revisão do texto. Carlos Alvarez-Dardet participou da concepção do estudo.

Tabela 1. Perfil dos profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) das equipes de saúde da região sul de Porto Alegre

	PSF*	US**	Médico	Médico	Enfermeiro	Enfermeiro
			PSF	US	PSF	US
Distribuição por						
sexo – N(%)						
Homens	12 (75)	15 (75)	4 (50)	4 (30,8)	0	1 (14,3)
Mulheres	4 (25)	5 (25)	4 (50)	9 (69,2)	8 (100)	6 (85,7)
Média de idade						
(anos) – (DP)	34,2 (5,9)	39,6 (6,0)	32,9 (5,6)	40,5 (6,8)	35,5 (6,3)	38 (4,2)
Tempo de formado						
(anos) – (DP)	7,9 (4,3)	16,1 (6,7)	7,0 (3,4)	17,4 (6,8)	8,8 (5,2)	13,7 (6,3)
Tempo de trabalho						
nas equipes (anos)						
– (DP)	1,9 (1,6)	6,9 (7,8)	2,5 (1,7)	9,5 (8,9)	1,2 (1,4)	2,7 (2,7)
Trabalha em outro						
serviço de saúde –						
N(%)						
Sim	5 (31,2)	11 (57,9)	3 (37,5)	9 (75)	2 (25)	2 (28,6)
Renda média						
individual (reais) –						
(DP)	2.953,33 (848,42)	3.276,92 (1723,93)	3.514,29 (800,89)	3.522,22 (2010,46)	2.462,50 (547,56)	2.725,00 (722,84)
Renda média						

familiar (reais) –	4.123,08	5.566,67	4.457,14	6.337,50	3.733,33	4.025,00
(DP)	(1786,60)	(2096,90)	(1879,59)	(1970,45)	(1755,71)	(1519,59)

DP = desvio padrão

*Programa Saúde da Família;

**Unidades Sanitárias Tradicionais

Tabela 2. Escores de Atenção Primária em Saúde (APS)

Atributo da Atenção Primária em Saúde	Escore PSF* (0-100) – IC95%	Escore US** (0-100) – IC95%	P
Essenciais			
Acesso	86,1 (81,4-90,8)	76,1 (68,5-83,7)	0,03
• Quando seu posto de saúde está aberto e alguma criança fica doente, ela é atendida por alguém de seu posto de saúde neste mesmo dia?	89,6 (80,3-98,9)	73,3 (65,5-81,2)	0,01
• É fácil para uma família marcar uma consulta de revisão de puericultura no seu posto de saúde?	91,7 (82,0 – 101,3)	86,7 (80,8 – 92,5)	0,36
• Os pacientes não precisam esperar em média mais de 30 minutos depois de chegar no seu posto de saúde até serem atendidos pelo médico ou enfermeira?	77,1 (68,7 – 85,5)	68,3 (47,9 – 88,7)	0,41
Longitudinalidade (relação interpessoal)	66,4 (62,6 – 70,2)	64,0 (59,7 – 68,2)	0,38
• Você entende as perguntas que os pacientes lhe fazem?	83,3 (74,2 – 92,4)	85,0 (76,5 – 93,5)	0,78
• Você acha que as crianças (com idade suficiente) ou suas famílias entendem o que você lhes pergunta ou fala?	64,6 (56,5 – 72,7)	65,0 (59,0 – 71,0)	0,93
• Se uma família tem uma dúvida, eles podem ligar e conversar com o médico ou enfermeira que melhor conhece a criança?	72,9 (62,3 – 83,5)	46,7 (32,2 – 61,1)	0,01
• Você acha que disponibiliza tempo suficiente para que as famílias falem de seus problemas ou preocupações?	58,3 (48,7 – 68,0)	56,7 (50,5 – 62,8)	0,76
• Você acha que as famílias se sentem confortáveis contando a você seus problemas ou preocupações?	64,6 (60,2 – 68,9)	68,3 (58,7 – 78,0)	0,46
• Você acha que conhece a história médica completa de cada um de seus pacientes?	56,2 (44,9 – 67,5)	58,3 (48,4 – 68,3)	0,77
• Você conhece todas as medicações que seus pacientes estão tomando?	66,7 (57,6 – 75,8)	63,3 (53,7 – 72,9)	0,60
• O seu posto está apto a receber a família dos seus pacientes para discutir um problema de saúde ou um problema familiar?	64,6 (52,4 – 76,8)	68,3 (54,6 – 82,0)	0,67
Coordenação	47,9 (41,4 – 54,4)	40,00 (33,6 – 46,4)	0,08
• Você sabe sobre todas as consultas que seus pacientes fizeram a especialista ou serviços especializados?	60,4 (50,3 – 70,5)	45,0 (34,7 – 55,3)	0,04
• Você recebe informação de contra-referência após as consultas de seus pacientes com especialistas ou serviços especializados?	16,7 (5,5 – 27,8)	15,0 (3,4 – 7,7)	0,79
• Após as consultas de encaminhamentos, você fala com os responsáveis pela criança sobre os resultados desta consulta com o especialista ou serviço especializado?	66,7 (52,3 – 81,1)	60,0 (46,6 – 73,3)	0,48
Integralidade (serviços básicos disponíveis)	82,8 (75,1 – 90,5)	84,2 (78,9 – 89,4)	0,76
• Se alguma criança ou adulto necessitar algum dos seguintes procedimentos, ela terá condições de tê-los em seu posto de saúde?			
1. Imunizações	100	100	-
2. Avaliações para programas sociais ou benefícios governamentais	45,8 (15,9 – 75,7)	71,7 (53,9 – 89,4)	0,13
3. Planejamento familiar ou controle de natalidade	85,4 (73,7 – 97,2)	68,3 (58,6 – 78,1)	0,03
4. Programa do leite	100	96,7 (93,1 – 100,2)	0,06
Integralidade (serviços complementares disponíveis)	39,6 (28,0 – 51,2)	30,7 (21,6 – 39,7)	0,22

• Se alguma criança ou adulto necessitar algum dos seguintes procedimentos, ela terá condições de tê-los em seu posto de saúde?			
1. Aconselhamento ou tratamento sobre abuso de drogas	52,1 (42,3 – 61,9)	31,7 (16,1 – 47,2)	0,03
2. Aconselhamento para problemas de comportamento ou saúde mental	66,7 (45,3 – 88,0)	48,3 (26,0 – 70,6)	0,23
3. Sutura de uma pequena laceração	4,2 (-1,6 – 10,0)	1,7 (-1,7 – 5,0)	0,44
4. Aconselhamento e teste para HIV/AIDS	52,1 (31,1 – 73,0)	65,0 (45,5 – 84,4)	0,35
5. Avaliação da visão	22,9 (-1,0 – 46,8)	6,7 (1,2 – 12,1)	0,18
Integralidade (ações de promoção e prevenção recebidas)	75,8 (65,4 – 86,2)	69,3 (59,5 – 79,2)	0,35
• Durante as consultas a seu posto de saúde, os seguintes temas são discutidos com as crianças ou responsáveis?			
1. Maneiras de manter a criança saudável, como alimentação saudável e sono adequado	91,7 (86,1 – 97,2)	81,7 (74,5 – 88,8)	0,03
2. Formas de manter a criança segura, como, em menores de 6 anos, evitar quedas de alturas ou manter-se afastadas do fogão	72,9 (60,5 – 85,3)	65,0 (51,3 – 78,6)	0,38
3. Segurança doméstica, como armazenamento adequado de medicamentos	70,8 (48,5 – 93,2)	68,3 (54,0 – 82,6)	0,84
4. Formas de manejar problemas de comportamento das crianças	68,7 (52,7 – 84,8)	66,7 (54,0 – 79,3)	0,83
5. Alterações de desenvolvimento e comportamento que os pais devem esperar para cada idade	75,0 (63,4 – 86,6)	65,0 (51,4 – 78,5)	0,25
Derivados			
Orientação Familiar	59,2 (54,6 – 63,8)	46,7 (41,7 – 51,6)	0,001
• Você acha que conhece bastante bem as famílias que consultam em seu posto de saúde?	58,3 (49,8 – 66,8)	40,0 (31,2 – 48,8)	0,01
• Você acredita que compreende quais são os problemas mais importantes para os pacientes que você atende?	62,5 (56,7 – 68,3)	65,0 (56,8 – 73,2)	0,60
• Você acredita conhecer o trabalho ou emprego de cada paciente?	41,7 (30,1 – 53,3)	23,3 (14,4 – 32,3)	0,02
• Você sabe se os pacientes têm problemas em comprar ou conseguir uma medicação prescrita?	68,7 (61,3 – 76,2)	61,7 (48,1 – 75,3)	0,35
• Os médicos e enfermeiras de seu posto de saúde perguntam aos responsáveis das crianças sobre suas idéias e opiniões com relação às opções de atendimento e tratamento das crianças?	64,6 (51,0 – 78,2)	43,3 (32,1 – 54,5)	0,02
Orientação Comunitária	62,5 (52,6 – 72,4)	40,8 (29,3 – 52,4)	0,01
• No seu posto de saúde são feitas visitas domiciliares?	83,3 (63,0 – 103,7)	35,0 (16,4 – 53,5)	0,002
• Você acredita que seu posto de saúde possui conhecimento adequado sobre a realidade dos problemas de saúde de sua comunidade?	85,4 (77,3 – 93,5)	56,7 (47,6 – 65,8)	<0,001
• O seu posto de saúde utiliza pesquisas comunitárias como método para monitorar ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?	33,3 (12,0 – 54,7)	20,0 (6,7 – 33,3)	0,28
• O seu posto de saúde utiliza o <i>feedback</i> das organizações comunitárias ou conselho gestor local como método para monitorar ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?	47,9 (26,8 – 69,0)	51,7 (34,3 – 69,0)	0,77
Essencial	70,1 (65,0 – 75,3)	64,8 (60,6 – 69,1)	0,11
Escore Geral de APS	67,5 (62,5 – 72,5)	58,8 (53,9 – 63,8)	0,02

*Programa Saúde da Família;

**Unidades Sanitárias Tradicionais

Tabela 3. Variáveis Associadas ao Escore Geral da Atenção Primária em Saúde através de Análise Linear Univariada

Variáveis	Coefficiente	Intervalo Confiança - 95%	R ²
Tipo de equipe (PSF* ou US**)	8,67	1,64 – 15,70	0,17
Idade (anos)	-0,49	-1,09 – 0,12	0,09
Tempo de trabalho na equipe (anos)	-0,55	-0,81 – -0,30	0,10
Tempo de formado (anos)	-0,66	-1,13 – -0,19	0,19

*Programa Saúde da Família;

**Unidades Sanitárias Tradicionais

Tabela 4. Resultados dos três modelos de Regressão Linear Múltipla para o Escore Geral da Atenção Primária

Modelos	Coefficiente	Intervalo Confiança - 95%	R ²
Modelo 1:			
Tipo de equipe (PSF* ou US**)	6,46	-3,36 – 16,29	0,17
Idade (anos)	-0,27	-1,11 – 0,57	
Modelo 2:			
Tipo de equipe (PSF* ou US**)	6,84	-1,38 – 15,07	0,19
Tempo de trabalho na equipe (anos)	-0,32	-0,69 – 0,04	
Modelo 3:			
Tipo de equipe (PSF* ou US**)	4,21	-5,88 – 14,30	0,22
Tempo de formado (anos)	-0,48	-1,24 – 0,27	

*Programa Saúde da Família;

**Unidades Sanitárias Tradicionais

Referências:

¹ Pan American Health Organization. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas – Documento de Posicionamento da OPAS/OMS*. Washington: PAHO, 2005. Disponível em http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf acesso em [29/01/2006](http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf).

²Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff.* 2004; Suppl Web Exclusives: W4- 184-97.

³Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

⁴Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff.* 2002; 21(1): 155-157.

⁵Starfield, B., 1992. Primary Care: concept, evaluations, and policy. Oxford University Press, New York.

⁶ Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [Tese de Doutorado]. Alicante: Departamento de Salud Publica, Universidad de Alicante; 2004.

⁷ Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Medical Care*. 1998; 36: AS21-30.

⁸ Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Annals of Family Medicine*. 2003; 1(3): 149-155.

⁹ Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

¹⁰ Shi L., Starfield B., Jiahong X., 2001. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice*, 50(2):161-175.

¹¹Brasil. Ministério da Saúde, 2005. Departamento de Atenção Básica / SAS. Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação – competência dezembro/2005.

¹²Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS) 01/2001. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001.

¹³Ministério da Saúde, 2002. O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil.

¹⁴ Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003; 38(3): 831-65.

¹⁵ Shi L. The relationship between primary care and life chances. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 1992; 3:321-335.

¹⁶ Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*. 1994; 24:431-458.

¹⁷ Garcia, M H; Cuadra, J L G; González, C L; Barbosa, C R; Asensio, R. Patients and quality of primary health services. Survey of practitioners at the Bahía de Cádiz and La Janda health centers. *Atención Primaria* 2002; 30(7): 425-434.

¹⁸ Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde – CGVS. Pra-Saber: Informações de Interesse à Saúde. SINASC 2004.

¹⁹ Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105:998-1003.

²⁰ Harzheim E., Starfield B., Rajmil L., Álvarez-Dardet C., Stein A.T.. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8): 1649-1659, ago, 2006.

-
- ²¹ Starfield, B; Cassady, C; Nanda, J; Forrest, C B; Berk, R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *Journal of Family Practice*, 1998; 46 (3): 216-227.
- ²² Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health*. 2006; 60: 13-19.
- ²³ Principais Indicadores SINASC/SIM – Porto Alegre 1992 a 2005. Prefeitura Municipal de Porto Alegre – Secretaria Municipal de Saúde – Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde. 2005. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/indicadores_92_05_sinasc_sim.pdf.
- ²⁴ Vieira ET, Borges MJL, Pinheiro SEM, Nuto SAS. O Programa Saúde da Família sob o Enfoque dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2004; 17 (3): 119-126.
- ²⁵ Gill JM, Mainous AG. The role of provides continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998; 7: 352-357.
- ²⁶ Christakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FA. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics*. 1999; 103: 738-742.
- ²⁷ Aquino, EML; Heilborn, ML; Knauth, D; Bozon, M; Almeida, MC; Araújo, J; Menezes, G. Adolescência e Reprodução no Brasil: a Heterogeneidade dos Perfis Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(Sup.2): S377-S388.
- ²⁸ Shi L. The relationship between primary care and life chances. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 1992; 3:321-335.

²⁹ Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16: 412-22.

³⁰ Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*. 2003; 35:60-64.

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

PROJETO DE PESQUISA

Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos
Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa
Saúde da Família e o Modelo Tradicional

Aluno: Carlo Roberto Hackmann da Cunha

Orientador: Erno Harzheim

Co-orientador: Bruce Bartholow Duncan

Porto Alegre, 28 de julho de 2006.

Introdução

Reduzir as iniquidades em saúde é ponto primordial para melhora do estado de saúde de uma população. Nos países em desenvolvimento, as diferenças oriundas das iniquidades em saúde tornam-se mais presentes e marcantes. É, portanto, necessário desenvolver estratégias para redução dos efeitos destas diferenças sócio-econômicas com objetivo de diminuir a distância que existe entre os diferentes grupos sociais. Em outras palavras, torna-se essencial garantir e colocar em prática um dos princípios estabelecidos no marco legal do sistema de saúde brasileiro: a equidade.

O sistema de saúde de um país pode servir como valorosa ferramenta na luta por este objetivo. Assim, em agosto de 2005 a Organização Pan-Americana da Saúde divulgou seu posicionamento difundindo a idéia de que a Atenção Primária em Saúde (APS) deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas¹. No Brasil, o modelo do Programa Saúde da Família (PSF) tem por objetivo aumentar o acesso aos serviços de saúde para a população mais vulnerável e, após completar 12 anos de implantação, são 24.564 equipes e 78.617.526 brasileiros atendidos pelo programa, atingindo, assim, 89,6% dos municípios brasileiros². O marco legal e teórico para implantação do PSF no Brasil o caracteriza como um programa com base na APS^{3, 4}.

As evidências dos benefícios da APS são amplas, principalmente no que diz respeito ao forte papel que ela desempenha na promoção de equidade, maior satisfação dos usuários e sobre o aumento da efetividade e eficácia da atenção sanitária. Estudos que comparam países com sistemas de saúde baseados em forte orientação para a APS a países com sistemas de saúde que têm apenas pequena orientação para APS mostram que os primeiros têm resultados de saúde mais equitativos, eficientes, com custos menores e alcançando melhor satisfação do usuário.^{5, 6} O

resultado de melhora na equidade deve-se aos menores custos para a sociedade quando comparada com a atenção orientada em especialistas focais⁷.

Starfield⁸ definiu os quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Estabeleceu também outras duas características, denominadas atributos derivados: atenção à saúde centrada na família e orientação comunitária. Ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária e esta atenção terá maior poder se os atributos derivados também estiverem presentes. Identificar estes atributos e poder medi-los contribui para orientação dos serviços de saúde e avaliação se estes realmente desenvolvem e cumprem os princípios básicos da APS no seu dia-a-dia de trabalho, além de poder relacionar a presença destes atributos com resultados de efetividade nas ações programáticas de saúde através de uma avaliação do seu processo de atenção.

Portanto, é necessário avaliar se o PSF executa e preserva os principais fundamentos conceituais da APS, apresentando-se, assim, como um modelo real que contrapõe o antigo modelo de atenção mínima e precária à saúde das pessoas, vigente no país durante muitos anos e baseado em princípios excludentes e injustos, por promover o aumento das desigualdades oferecendo assistência em grandes centros de saúde, com orientação em um sistema voltado para especialistas focais e que permitia acesso somente a pessoas que estivessem vinculadas através de contrato regular de trabalho ao Instituto Nacional de Previdência Social.

Frente à necessidade de avaliação da extensão da APS no PSF, bem como comparação com o modelo antigo, este estudo visa descrever os resultados obtidos da aplicação de um instrumento de avaliação dos atributos da APS – o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* – aplicado aos profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) em equipes do PSF e equipes de Unidades Sanitárias tradicionais no município de Porto Alegre.

Questão de Pesquisa

De acordo com os profissionais de saúde médicos e enfermeiros, os serviços básicos de saúde cumprem seu papel de provedor de atenção primária em saúde às crianças de 0 a 2 anos?

Objetivos

Objetivo Principal

- Avaliar a presença dos quatro atributos essenciais e dos dois atributos derivados nos cuidados de atenção primária em saúde (APS) oferecidos pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Sanitárias (US) às crianças de Porto Alegre, através da utilização da ferramenta de avaliação para serviços de APS (*PCATool – Primary Care Assessment*) utilizando a versão aplicada aos profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros).

Objetivos Secundários

- Relatar os resultados encontrados na aplicação do PCATool (versão provedores de saúde) para as questões relacionadas aos atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema) e derivados (atenção à saúde centrada na família e orientação comunitária) da APS através da produção de escores padronizados;
- correlacionar os escores obtidos no PCATool aplicado aos profissionais com as respostas obtidas da aplicação do instrumento aos cuidadores das crianças moradores na mesma área de pesquisa.

Justificativa

- **Relevância:** Nos últimos anos o Brasil vem investindo pesadamente no modelo do Programa Saúde da Família (PSF) e na Atenção Primária à Saúde (APS), com o propósito de mudança na orientação do sistema de saúde, como já citado previamente na introdução deste projeto. Este programa tem por objetivo implantar definitivamente as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) – equidade, universalidade, integralidade, participação comunitária. Com o crescimento do PSF no Brasil, torna-se imprescindível a produção de conhecimento que avalie se a APS desenvolvida pelo PSF vem realmente sendo executada de maneira a preservar seus principais fundamentos conceituais. O Ministério da Saúde tem a necessidade de disponibilizar aos estados e municípios brasileiros instrumento prático para avaliação do PSF.
- **Originalidade:** o PCATool foi recentemente validado e aplicado na sua versão direcionada aos usuários dos serviços (pais e cuidadores) para a avaliação da qualidade da atenção no atendimento da população menor de 02 (dois) anos de idade através da medição dos atributos já citados e correlação com resultados da atenção sobre a saúde desta população por Harzheim et al na tese de doutoramento “Evaluación de la atención a la salud infantil del *Programa Saúde da Família* en la región sur de Porto Alegre, Brasil”⁹. Considera-se importante e original a avaliação dos resultados obtidos junto aos profissionais de saúde devido à praticidade decorrente da aplicação de uma ferramenta destinada aos trabalhadores de saúde de nível superior no processo de avaliação dos serviços de APS.
- **Encadeamento em Linha de Pesquisa Prévia:** o presente projeto encadeia-se na linha de pesquisa “Epidemiologia e Atenção Primária à Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS. Tem como objetivo acadêmico

contribuir para a consolidação desta linha. Também encadeado nesta linha de pesquisa está o projeto “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família no município de Porto Alegre” desenvolvido pelos pesquisadores e financiado pelo Ministério da Saúde, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e CNPQ.

Métodos

Delineamento: estudo transversal.

População: todos os profissionais de saúde de nível superior (médicos e enfermeiros) trabalhadores das equipes de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre nas Gerências Distritais Sul/Centro-Sul e Restinga/Extremo-Sul. A Figura 1 apresenta o mapa da cidade de Porto Alegre dividida em 16 Distritos Sanitários. As Gerências Distritais citadas correspondem aos distritos 8, 12, 13 e 15. As unidades de análise serão os profissionais de saúde. O questionário será auto-aplicável.

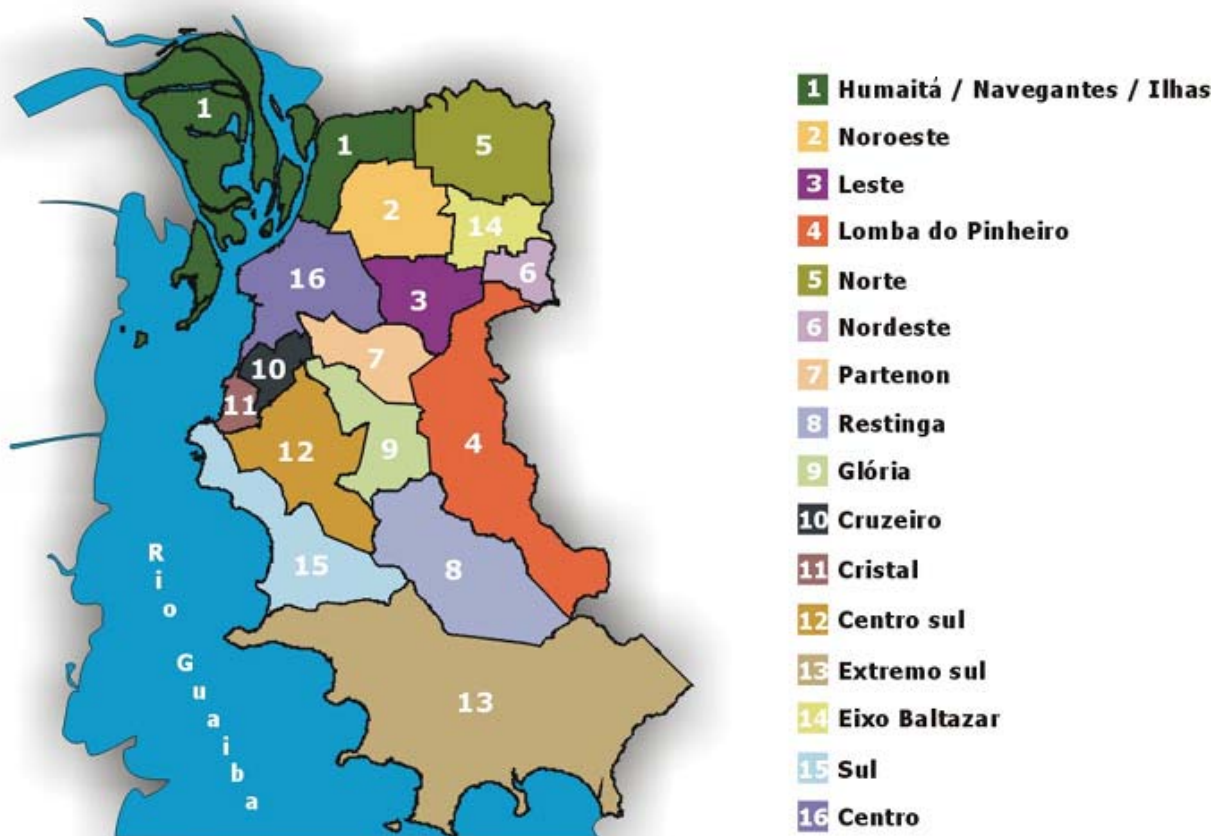


Figura 1. Os Distritos Sanitários do município de Porto Alegre.

Variáveis: esta pesquisa utilizará a versão do PCATool (anexo) destinada aos profissionais de saúde para identificar a extensão dos atributos da APS. As variáveis a serem analisadas serão os atributos da APS (essenciais e derivados). Será produzido um escore para cada atributo essencial e derivado em separado, um escore essencial e um escore geral. O escore essencial será a média dos escores obtidos para os atributos acesso, longitudinalidade, integralidade serviços básicos, integralidade serviços complementares, integralidade promoção e prevenção e coordenação. O escore geral será a média destes escores incluindo também os escores de orientação familiar e orientação comunitária. O escore será produzido em escala de 0 a 100 utilizando a seguinte

fórmula: [escore obtido – 1 (pontuação mínima)] X 100 / 4 (pontuação máxima) – 1 (pontuação mínima).

Descreve-se abaixo as questões específicas do PCATool que originarão o escore para cada atributo da APS:

- Acesso: 13, 16 e 18;
- Longitudinalidade: 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30 e 32;
- Integralidade serviços básicos: 44b, 44c, 44f, 44m;
- Integralidade serviços complementares: 44g, 44h, 44i, 44j, 44k;
- Integralidade promoção e prevenção: 45a, 45b1, 45c, 45d, 45e;
- Coordenação: 40, 41, 42;
- Orientação familiar: 25, 27, 29, 31, 47;
- Orientação comunitária: 48, 49, 52b, 52c.

Processamento e análise dos dados: a informatização dos dados será realizada duas vezes, por diferentes digitadores, comparando-se as duas digitações ao final, identificando-se os erros e a validade do processo de informatização. Serão utilizados os programas SPSS 12.0 e STATA para realização de análise estatística (produção dos escores; teste t para comparação das médias dos escores do PSF e US; modelos de regressão logística e linear objetivando controlar para fatores relacionados aos profissionais de saúde como idade, sexo, trabalho exclusivo na equipe de saúde, tempo de formado, tempo de trabalho na equipe de saúde, renda familiar, renda individual e tipo de especialidade).

Questões Éticas

Os benefícios prováveis deste estudo serão suas repercussões sobre a própria estrutura e organização dos serviços de saúde. Não se conhece qualquer risco potencial aos sujeitos em estudo, à exceção da disponibilidade de aproximadamente 30 minutos para responder à entrevista. As informações coletadas serão mantidas confidenciais, não sendo digitados os nomes dos entrevistados. Os dados serão apresentados agrupados, mantendo-se a confidencialidade sobre a resposta de cada indivíduo.

Todos os entrevistados receberão uma sucinta explicação sobre os objetivos do estudo juntamente ao questionário que será auto-aplicável. Somente serão realizadas as entrevistas com os indivíduos que aceitarem participar e assinarem o termo de consentimento (Anexo). Aos entrevistados será permitida a interrupção da entrevista no momento que assim desejarem.

Os resultados da investigação serão comunicados à população através dos conselhos locais de saúde e da associação de moradores de cada bairro envolvido. Ademais, o informe final será enviado à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde. Será também oferecida aos profissionais de saúde a opção de receber uma cópia do informe final desta pesquisa.

Cronograma Básico

	JULHO- 2005	AGOSTO	SETEMBRO - NOVEMBRO	DEZEMBRO – JANEIRO 06	FEVEREIRO - JUNHO
Delimitação do problema	X				
Revisão da Literatura	X	X	X	X	
Definição do projeto	X				
Limpeza do banco de dados		X			
Análise dos dados obtidos			X	X	
Defesa do projeto		X			
Redação				X	X
Defesa preliminar					X
Defesa final					X

Recursos Necessários

O presente estudo é parte da análise de informações obtidas e coletadas para a tese de doutoramento “Evaluación de la atención a la salud infantil del *Programa Saúde da Família* en la región sur de Porto Alegre, Brasil”. Não serão necessários recursos para execução de coleta de dados.

Anexos

CHILD

PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL

(Questionário para provedores)

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na Infância – Versão Expandida

Primary Care Policy Center
Johns Hopkins University
School of Hygiene and Public Health

Desenvolvido por

Barbara Starfield, MD, MPH

Adaptado ao português por
Erno Harzheim et al

CONTEÚDO SUGERIDO PARA O CONSENTIMENTO

Deixe-nos contar-lhe um pouco mais sobre esta pesquisa. O seu objetivo é conversar diretamente com os profissionais provedores de atenção à saúde infantil sobre suas experiências, boas ou ruins, na oferta de serviços. Estas entrevistas irão ajudar-nos a conhecer que serviços necessitam melhorar. Todas as perguntas serão sobre o atendimento de crianças de 0-2 anos, à exceção das perguntas que explicitamente refiram-se a outras faixas etárias.

Todos os profissionais de saúde que prestam atendimento individual às crianças – médicos e enfermeiras - serão entrevistados. O preenchimento do questionário durará 30 minutos ao total, todo ele é auto-aplicável. Qualquer dúvida pergunte ao pesquisador que estará presente no momento do preenchimento.

Não existem vantagens diretas para você ao responder as questões, mas os resultados deste estudo são muito importantes em melhorar o atendimento à saúde das crianças e adolescentes de sua área de atuação.

Mesmo que não existam riscos neste tipo de estudo, a entrevista exigirá um pouco do seu tempo. Além disso, algumas pessoas podem pensar que a entrevista é uma invasão de privacidade. Mas, suas respostas serão mantidas confidenciais.

As informações obtidas serão usadas somente como parte de um estudo sobre atenção à saúde infantil. Este estudo conta com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA), mas seu projeto e supervisão são subordinados à Universidad de Alicante e à Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Seu nome e endereço não serão parte das informações digitadas, assim suas respostas não poderão ser identificadas. Já que as respostas dadas pelos entrevistados são privadas e confidenciais, somente a equipe do estudo terá acesso a elas. De nenhuma maneira estas informações serão utilizadas pela SMS-POA a fim de conhecer ou avaliar suas opiniões pessoais sobre o seu processo de trabalho. Do mesmo modo, a SMS-POA terá acesso aos dados fornecidos pelos profissionais de saúde já analisados e agrupados, sem diferenciação das respostas por Unidade de serviço (equipe do PSF).

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você tem o direito de pular algumas questões ou parar a entrevista a qualquer momento. Qualquer que seja sua decisão, esta não irá mudar nenhum aspecto de seu emprego.

Se, seguindo as condições acima, você concorda em participar, por favor, assine no espaço indicado abaixo.

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “Avaliação da atenção à saúde infantil do Programa de Saúde da Família no município de Porto Alegre: a relação entre as características da atenção e sua efetividade sobre as iniquidades em saúde”, respondendo as perguntas do presente questionário.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2002.

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA (preenchida pelo entrevistador)

Data da entrevista: |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|
 D D M M A A

Nome e título do respondente:

Organização/endereço do serviço:

Código facilitador: |_|_|_|_|

Telefone: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Por favor, responda ao questionário de acordo com o atendimento que você presta individualmente como profissional de saúde.

1. Tipo de serviço (Escolha uma.)

1 Consultório individual

2 Clínica de especialidade

3 Clínica de múltiplas especialidades

4 Clínica de Saúde Pública

5 Posto de saúde comunitário

6 Clínica hospitalar

7 Posto de saúde rural

8 Outro (Por favor especifique.) _____

2. Sua especialidade (Escolha uma, se você não tem curso de especialidade, deixe em branco)

1 Médico especialista em _____ através de _____

2 Enfermeira especialista em _____ através de _____

3 Outro (Por favor especifique.) _____ através de _____

3 Você sabe qual é a proporção aproximada de crianças e adolescentes atendidas em seu posto de saúde que possuem algum plano de saúde privado?

Sim

Não

Se sim, qual é esta proporção? _____ %

Por favor, escolha a melhor opção.

	0- 20%	21- 40%	41- 60%	61- 80%	81- 100%	Não tenho certeza / não sei
4. Qual a porcentagem de crianças e adolescentes que você atende que estão em listagem que os identificam como seus pacientes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Qual a proporção de crianças e adolescentes que estão destinados a receber todo o atendimento não especializado em seu posto de saúde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Que proporção de crianças e adolescentes de seu posto de saúde o utiliza para todas suas necessidades de saúde (a exceção de verdadeiras emergências e encaminhamentos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. Qual porcentagem de encaminhamentos de crianças e adolescentes para especialistas não é realizada dentro do período adequado para sua resolução?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. Qual a porcentagem de crianças e adolescentes necessitam de aprovação prévia para hospitalizações não-urgentes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<hr/>						
9. Que proporção de crianças e adolescentes necessita pagar uma taxa ou um co-pagamento para cada consulta? <input type="checkbox"/> marque aqui, caso esta proporção seja NULA.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Que proporção de seus pacientes possui problemas ou incapacidades físicas ou de conduta de longa duração?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. Quanto tempo, em média, uma criança é acompanhada por seu posto de saúde? (Marque uma.) 1 <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses 2 <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 ano 3 <input type="checkbox"/> 1 – 2 anos 4 <input type="checkbox"/> 3 – 4 anos 5 <input type="checkbox"/> 5 ou mais anos 6 <input type="checkbox"/> Muito variável para especificar 9 <input type="checkbox"/> Não sei						
12. O seu posto de saúde atende uma população geograficamente definida? (Escolha uma.) 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Não tenho certeza/não sei						

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Habitualmente	Às vezes	Raramente ou nunca	Não tenho certeza / não sei
13. Quando seu posto de saúde está aberto e alguma criança fica doente, ela é atendida por alguém de seu posto de saúde neste mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. Quando seu posto de saúde está fechado aos sábados e domingos e uma criança fica doente, alguém do seu posto de saúde está disponível para atendê-la neste mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Quando seu posto de saúde está fechado durante a noite e uma criança fica muito doente, alguém do seu posto de saúde está disponível para atendê-la nesta mesma noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. É fácil para uma família marcar uma consulta de revisão de puericultura no seu posto de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17. Quando seu posto de saúde está fechado, existe um número de telefone disponível para quando uma criança fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. Os pacientes têm que esperar em média mais de 30 minutos depois de chegar no seu posto de saúde até serem atendidos pelo médico ou enfermeira?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. No seu posto de saúde, uma criança é atendida sempre pelo mesmo médico/enfermeira cada vez que ela consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20. Você entende as perguntas que os pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
21. Você acha que as crianças (com idade suficiente) ou suas famílias entendem o que você lhes pergunta ou fala?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
22. Se uma família tem uma dúvida, eles podem ligar e conversar com o médico ou enfermeira que melhor conhece a criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
23. Você acha que disponibiliza tempo suficiente para que as famílias falem de seus problemas ou preocupações?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
24. Você acha que as famílias se sentem confortáveis contando a você seus problemas ou preocupações?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
25. Você acha que conhece bastante bem as famílias que consultam em seu posto de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
26. Você conhece as pessoas que vivem 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"/>
27. Você acredita que compreende quais são os problemas 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"/>
28. Você acha que conhece a história médica completa de 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"/>

29. Você acredita conhecer o trabalho ou emprego de cada paciente? 4□ 3□ 2□ 1□ 9□

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Habitualmente	Às vezes	Raramente ou nunca	Não tenho certeza / não sei
30. Você conhece todas as medicações que seus pacientes estão tomando?	4□	3□	2□	1□	9□
31. Você sabe se os pacientes têm problemas em comprar ou conseguir uma medicação prescrita?	4□	3□	2□	1□	9□
32. O seu posto está apto a receber a família dos seus pacientes para discutir um problema de saúde ou um problema familiar?	4□	3□	2□	1□	9□
33. Os responsáveis pelas crianças devem trazer às consultas os registros médicos de suas crianças, como carteira de vacinação ou cuidados médicos que receberam no passado?	4□	3□	2□	1□	9□
34. Os registros médicos dos pacientes estão disponíveis durante as consultas?	4□	3□	2□	1□	9□
35. Você autorizaria o acesso dos familiares aos registros médicos, se eles quisessem?	4□	3□	2□	1□	9□
36. O seu posto de saúde telefona, envia pelo correio ou entrega pessoalmente resultados de exames aos pacientes?	4□	3□	2□	1□	9□
37. Quando um paciente necessita um encaminhamento, você discute sobre diferentes serviços onde a família poderia obter auxílio?	4□	3□	2□	1□	9□
38. Alguém do seu posto de saúde ajuda os pacientes a marcar os encaminhamentos?	4□	3□	2□	1□	9□
39. Quando os pacientes são encaminhados, você fornece a eles alguma informação escrita para o especialista?	4□	3□	2□	1□	9□
40. Você sabe sobre todas as consultas que seus pacientes fizeram a especialista ou serviços especializados?	4□	3□	2□	1□	9□
41. Você recebe informação de contra-referência após as consultas de seus pacientes com especialistas ou serviços especializados?	4□	3□	2□	1□	9□
42. Após as consultas de encaminhamentos, você fala com os responsáveis pela criança sobre os resultados desta consulta com o especialista ou serviço especializado?	4□	3□	2□	1□	9□
43. Você utiliza algum dos seguintes métodos para assegurar					

que os serviços indicados foram realizados?

a. Folha de fluxo dos resultados de exames de laboratório	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Guidelines (protocolos) impressos no registro dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Auditoria periódica dos registros dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Lista de problemas nos registros	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Lista de medicamentos nos registros	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Outro (Por favor especifique.) _____ _____	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, escolha a melhor opção.

		Sempre	Habitualmente	Às vezes	Raramente ou nunca	Não tenho certeza / não sei
44.	Se alguma criança ou adulto necessitar algum dos seguintes procedimentos, ela terá condições de tê-los em seu posto de saúde?					
	a. Aconselhamento nutricional por um especialista em nutrição	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	b. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	c. Avaliações para programas sociais ou benefícios governamentais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	d. Revisões dentárias	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	e. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	f. Planejamento familiar ou controle de natalidade	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	g. Aconselhamento ou tratamento sobre abuso de drogas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	h. Aconselhamento para problemas de comportamento ou saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	i. Sutura de uma pequena laceração	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	j. Aconselhamento e teste para HIV/AIDS	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	k. Avaliação da visão	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	l. Imobilização para uma entorse de tornozelo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	m. Programa do leite	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Habitualmente	Às vezes	Raramente ou nunca	Não tenho certeza / não sei
45. Durante as consultas a seu posto de saúde, os seguintes temas são discutidos com as crianças ou responsáveis?					
a. Maneiras de manter a criança saudável, como alimentação saudável e sono adequado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Formas de manter a criança segura, como:					
1. (Menores de 6 anos) – evitar quedas de alturas ou manter-se afastadas do fogão	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. (de 6-12 a) – manter-se afastadas de armas e facas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. (Maiores de 12 a) – uso de preservativo e os problemas relacionados às drogas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Segurança doméstica, como armazenamento adequado de medicamentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Formas de manejar 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"/>
e. Alterações de desenvolvimento e comportamento que os pais devem esperar para cada idade	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
46. Qual a frequência de utilização dos seguintes instrumentos como rotina de avaliação da saúde?					
a. Uso de genogramas ou APGAR familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Discussões sobre os fatores de risco familiares, como os genéticos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Discussões sobre os recursos financeiros da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Discussões sobre os fatores de risco sociais, como a perda do emprego	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Discussões sobre as condições de moradia	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Discussões sobre o 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"/>
g. Discussões sobre a relação pai/mãe-filho	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h. 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"/>
i. Avaliação de indicadores de crise familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j. Avaliação do impacto da saúde da criança no funcionamento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k. Avaliação do nível de desenvolvimento da criança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Habitualmente	Às vezes	Raramente ou nunca	Não tenho certeza/não sei
47. Os médicos e enfermeiras de seu posto de saúde perguntam aos responsáveis das crianças sobre suas idéias e opiniões sobre as opções de atendimento e tratamento das crianças?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
48. No seu posto de saúde são feitas visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
49. Você acredita que seu posto de saúde possui conhecimento adequado sobre a realidade dos problemas de saúde de sua comunidade?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
50. O seu posto de saúde utiliza algum dos seguintes tipos de dados para planejar quais programas / serviços são necessários em sua comunidade?					
a. Dados de mortalidade	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Informação sobre doenças de notificação compulsória (DSTs, TB)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Taxa de imunização comunitária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Dados de saúde pública sobre riscos ocupacionais ou à saúde em geral	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Dados clínicos próprios	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Outro (Por favor especifique.) _____	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
51. O seu posto de saúde está apto a modificar os serviços de saúde ou programas oferecidos em resposta a um problema de saúde específico de sua comunidade?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
52. O seu posto de saúde utiliza algum dos seguintes métodos para monitorar ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?					
a. Pesquisas executadas com pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Pesquisas comunitárias	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Feedback das organizações comunitárias ou conselho gestor local	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Feedback da equipe de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Análise dos dados locais ou estatísticas vitais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Avaliações sistemáticas dos programas e serviços oferecidos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g. Agentes de saúde comunitários	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h. Ter um membro da comunidade na gerência do seu posto de saúde	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i. Outro (Por favor especifique.) _____ _____	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, escolha a melhor opção.

	Sempre	Habitualmente	Às vezes	Raramente ou nunca	Não tenho certeza / não sei
53. O seu posto de saúde utiliza algum dos seguintes métodos para abordar a diversidade cultural existente em sua comunidade?					
a. Treinamento da equipe por professores externos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Programas especiais da equipe	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Uso de materiais/panfletos adequados a diferentes culturas (imagens visuais, costumes religiosos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Equipe que reflita 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"/>
f. 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"/>
g. Outro (Por favor especifique.) _____ _____	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
54. O seu posto de saúde utiliza alguma das seguintes atividades externas para abordar a população da comunidade adscrita?					
a. Agências locais ou estaduais envolvidas com minorias (menores de rua, usuários de drogas, violência contra mulher, etc)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Relações com organizações religiosas /serviços	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Agentes de saúde comunitários	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Outro (Por favor especifique.) _____ _____	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
55. Você é capaz de incorporar no seu plano de tratamento aspectos da medicina tradicional ou remédios caseiros relacionados às crenças de uma família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
56. Você é capaz de incorporar no seu plano de tratamento práticas alternativas como homeopatia ou acupuntura caso uma família assim o prefira?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
57. Você recebe algum bônus ou benefícios financeiros dependendo de sua experiência prévia / formação continuada?	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sei		
58. Você recebe bônus ou outro benefício financeiro se segue algum guideline ou alcança determinados resultados?	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Não sei		

59. Qual é o numero atual de consultas a adultos e crianças, em seu posto de saúde? (Por favor, dê uma estimativa.)
- a. Por dia _____ consultas
- b. Por semana _____ consultas

60. Qual é a porcentagem aproximada de consultas por idade por semana?

	<u>Porcentagem</u>
a. Idade de 0-4	_____
b. Idade de 5-10	_____
c. Idade de 11-14	_____
d. Idade de 15-19	_____
e. Idade de 20 ou mais	_____
<u>Total</u>	<u>100%</u>

61. Seu posto de saúde está aceitando novos pacientes atualmente?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sei

62. Seu posto de saúde está preparado para determinar quantos pacientes (não consultas) você atendeu em um ano?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sei

As perguntas abaixo são relacionadas às suas **CARACTERÍSTICAS PESSOAIS**:

63. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____
64. Você é do sexo:
 Masculino Feminino
65. Sua cor é:
 Negra Branca Amarela Parda
66. Qual o seu estado civil?
 Casado Solteiro Separado Viúvo
67. Quando você concluiu sua faculdade?
Ano de _____
68. Quando você concluiu sua especialização?
Ano de _____
69. Qual a sua renda individual?
R\$ _____
70. Qual a sua renda familiar?
R\$ _____
71. Há quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde?
_____ número de meses
72. Você trabalha em algum outro serviço de saúde, público e/ou privado?
 Sim Não
73. Nós temos conhecimento que o financiamento é o principal recurso que necessita ser solucionado. Mas, além de financiamento, há outros recursos que seu posto de saúde necessita para prestar uma atenção primária adequada a sua comunidade?

Por favor, confirme se você não pulou alguma página. Obrigado.

Por favor indique, marcando no quadro abaixo, se você quer receber uma cópia do informe final desta pesquisa. Sim Não

Obrigado por disponibilizar seu tempo para responder a esta pesquisa. Estas informações serão muito valiosas para o planejamento das respostas às necessidades de atenção à saúde na comunidade que você trabalha.

Caso você tenha interesse, anote seu nome e endereço residencial para receber os resultados e publicações originadas desta pesquisa:

Nome: _____

Endereço: _____

email: _____

Referências Bibliográficas

-
- ¹ Pan American Health Organization. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas – Documento de Posicionamento da OPAS/OMS*. Washington: PAHO, 2005. Disponível em http://www.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf acesso em [29/01/2006](#).
- ²Brasil. Ministério da Saúde, 2005. Departamento de Atenção Básica / SAS. Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação – competência dezembro/2005.
- ³Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS) 01/2001. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001.
- ⁴Ministério da Saúde, 2002. O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil.
- ⁵Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff.* 2004; Suppl Web Exclusives: W4- 184-97.
- ⁶Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
- ⁷Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff.* 2002; 21(1): 155-157.
- ⁸Starfield, B., 1992. Primary Care: concept, evaluations, and policy. Oxford University Press, New York.
- ⁹Harzheim E et al. Evaluación de la atención a la salud infantil del *Programa Saúde da Família* en la región sur de Porto Alegre, Brasil. 2004. Tese de doutoramento.