

JOILDO GUIMARÃES SANTOS

*O IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO E SOCIAL DAS AÇÕES
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF, NA
SAÚDE DOS USUÁRIOS EM FEIRA DE SANTANA -
BAHIA.*

ARAÇATUBA

2008

JOILDO GUIMARÃES SANTOS

*O IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO E SOCIAL DAS AÇÕES
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF, NA
SAÚDE DOS USUÁRIOS EM FEIRA DE SANTANA -
BAHIA.*

*Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Odontologia
Preventiva e Social da Faculdade
de Odontologia de Araçatuba,
Universidade Estadual Paulista,
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor.*

Orientadora: Profª Titular Nemre Adas Saliba

ARAÇATUBA

2008

Dedicatória

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha querida e inestimável mãe,

Maria Sonia Guimarães Santos,

Guerreira solitária, que com muito esforço proporcionou-me, ao longo da minha existência chegar ao patamar de educação em que me encontro, ensinando-me a preservar os valores de cristão e de ser humano, em qualquer situação que estejamos.

Aos meus amados Avós Dr. José de Athaide Guimarães (in memorian) e Sra. Artemísia Leite Fernandes, patriarcas da família Guimaraes.

A todos que muita coragem e garra militam na área tão árdua de Saúde Coletiva no Brasil e acreditam num Brasil menos desigual.

Agradecimentos Especiais

Agradecimentos Especiais

À Deus nosso pai supremo, por me dar forças para conseguir terminar este trabalho diante de tantas barreiras, quase que intransponíveis sem sua presença junto a mim;

À Prof^a. Dr^a. Nemre Adas Saliba, por ter acreditado no meu potencial e por tudo que fez por mim em todos os momentos da minha estadia em Araçatuba, sempre me orientou, e serviu de força para conquistar o presente título.

À Prof^a. Dr^a. Suzely Adas Saliba Moimaz, pessoa de inteligência invejável e de um caráter e força que nos contagia, exemplo de dedicação e força de vontade.

Ao Prof. Dr. Orlando Saliba, pela paciência que sempre teve comigo e pelo amor que sempre dedicou ao curso e aos alunos, sabendo sempre partilhar de uma forma tão prática seus conhecimentos, com a humildade peculiar dos Saliba com todos que os procuram.

À Prof^a. Dr^a. Cléa Adas Saliba Garbin, pelas orientações valiosas que sempre nos deu, e pela forma paciente e pacífica que sempre conduziu o curso.

Ao Querido Padre Carlos Guabiraba, que sempre me orientou nos caminhos da fé cristã, e que considero um amigo;

Agradecimientos

Agradecimentos

Ao Prefeito de Feira de Santana, Jose Ronaldo de Carvalho, gestor que me liberou para a realização do curso, na forma da lei municipal, sem colocar empecilhos, mas acreditando em mim;

A Secretaria Municipal de saúde de Feira de Santana e a divisão de Odontologia na pessoa da Doutora Raimunda Camilo, por abrir as portas para este pesquisador;

A Divisão de Atenção Básica da secretaria de saúde de Feira de Santana, Dra. Valdenice Queiroz, Dra Luciana e seus funcionários.

Aos colegas da Universidade Estadual de Feira de Santana, área de conhecimento Odontologia Preventiva e Social, por administrarem minha ausência nas disciplinas.

Ao Professor Antonio Cesar Azevedo pelo apoio que sempre me deu no Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana.

A todos os colegas da turma de mestrado e doutorado turmas 2005 e 2006, com quem dividi momentos de

lazer e de angustia, e que me fez aprender muito mais que os livros, em especial ao Jedson, Lurdinha e Valéria.

Ao amigo Cesar Casotti, que me apresentou o curso e a cidade, e que desde 2001 compartilhamos experiências em saúde coletiva na UFF.

A Valderez, D. Neuza, Niltinho, que fazem o Programa de pós-graduação em odontologia Preventiva e Social, acontecer.

A amiga Isabel que sempre organizava minha casa uma mãozinha em casa.

Aos alunos do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Aos servidores da saúde e moradores de Feira de Santana, que participaram da pesquisa;

A Professora Valéria Souza Freitas, Tecia Daltro Borges Alves, Maria Bernadete Bené Cavalcanti Barbosa, por me incentivarem a continuar o curso;

As amigas, Aurora Bião Issa, Desia da Silva Maranguape, Alzira Vitória Santana e Orlandice Kammerer pelo apoio neste período.

A todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para este trabalho;

A todos meu muito obrigado.

Agradecimentos Institucionais

Agradecimentos Institucionais

A Unesp - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.

Ao Prof. Tit. Pedro Felício Estrada Bernabé e ao Prof. Prof^a. Adj. Ana Maria Pires Soubhia, Diretor e Vice-diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba.

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social Dr. Artênio José Ispér Garbin, e a Vice Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social Suzely Adas Saliba Moimaz.

Aos Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social Artênio José Ispér Garbin, Cléa Adas Saliba Garbin, Dóris Hissako Sumida, Eliel Soares Orenha, Maria Lúcia Marçal Mazza Sundfeld, Nemre Adas Saliba, Orlando Saliba, Renato Herman Sundfeld, Renato Moreira Arcieri, Silvio José Mauro, Suzely Adas Saliba Moimaz.

Aos funcionários e amigos do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Neusa Martins

Rovina Antunes, Nilton César Souza, Valderez Freitas Rosa Sônia e Maria Batista de Souza Costa (póstuma).

As funcionárias da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, Marina Midori Sakamoto Kawagoe, Valéria de Queiroz Zagatto e Diogo Reatto.

Ao Prefeito, Secretária Municipal de Saúde, Supervisores das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde do município de Feira de Santana.

A ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública na pessoa da Professora Dra. Celia Almeida por permitir o uso da metodologia.

A FAPESB - Fundação de apoio a pesquisa do estado da Bahia, pelo fomento a esta pesquisa.

Ao Governo do Estado da Bahia e Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, pela liberação para o Doutor.

Ao Governo do Estado de São Paulo.

Epígrafe

EPIGRAFE

“Nossos caminhos são pacíficos, nossos métodos democráticos, mas se nos tentam impedir, só Deus sabe da nossa obstinação”.

Leonel Brizola

Resumo

SANTOS, J G. O Impacto Epidemiológico e Social das ações do Programa de Saúde da Família - PSF na saúde dos usuários em Feira de Santana -

Bahia, 2008. 150 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; Araçatuba, 2008.

RESUMO

A avaliação e monitoramento das ações de saúde constituem-se pilares para assegurar a integralidade e a qualidade da atenção à saúde aos usuários do SUS. Tendo em vista a avaliação da Atenção Básica em Saúde em Feira de Santana - Bahia, realizou-se pesquisa, utilizando-se instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT)^R, validado, adaptado por Almeida, Escola Nacional de Saúde Pública. Foram analisadas as dimensões: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, serviço, coordenação, e enfoque familiar. A amostra foi constituída por 54 profissionais de saúde, nas 82 Unidades de Saúde do município (UBS e USF) e 11 supervisores das ESF, na Secretaria Municipal de Saúde. Em geral, as unidades do PSF atingiram índices melhores nas dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica do que as UBS tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram valores equivalentes, o que pode ser explicado pela maior tradição do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de sete anos). Apesar das diferenças nos valores médios, os resultados mostraram uma variação considerável no desempenho das unidades. Em geral, as unidades do PSF tiveram valores maiores do que as UBS; entretanto algumas UBS tiveram desempenho igual ou superior a algumas unidades PSF. De acordo com os profissionais e gestores, as USF obtiveram valores mais significativos que nas UBS a exemplo dos indicadores de acesso, elenco de serviços, coordenação, formação profissional e gestão. Já em relação ao vínculo o

índice é elevado tanto para as USF quanto para as UBS. Por outro lado, existem desafios importantes a serem superados, sobretudo no que diz respeito ao acesso, porta de entrada, elenco de serviços e coordenação. Na dimensão coordenação, segundo os profissionais, não existe grande diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais. O valor médio para os dois tipos de unidades é praticamente igual, respectivamente USF e UBS, 3,73 3,54. O PSF utiliza mais as normas para referência e contra-referência ($p < 0.05$); os profissionais do PSF reportam maior probabilidade de ter mecanismos formais para marcar consultas com especialistas ($p < 0.05$) e reportam mais freqüentemente o fornecimento de informações escritas para os usuários entregarem aos especialistas quando encaminhados ($p < 0.05$); nos dois tipos de unidades os profissionais mencionam problemas no processo de contra-referência, somente recebendo informações sobre os resultados de inter consultas em cerca de apenas metade dos casos. Com este estudo podemos concluir que apesar dos avanços positivos alcançados na atenção básica em Feira de Santana, apresenta vários desafios a serem superados, tais como melhorar o acesso aos serviços, melhorar a integralidade das ações, implementar a comunicação para a comunidade e melhorar a coordenação.

Palavras chave: Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, Avaliação do Programa Saúde da Família.

Abstract

SANTOS, J G. Epidemiological and social impact of actions of the Family Health Program on the health of beneficiaries in Feira de Santana, Bahia, Brazil, 2008. 150 f. Doctoral Thesis - School of Dentistry, University of Sao Paulo State; Araçatuba, SP, Brazil, 2008.

ABSTRACT

In the Health Service, the actions of evaluation and monitoring constitute the principal pillars to ensure the integrality and the quality of attention given to SUS users. To guarantee integral services requires that the attention given to the population at different levels is capable of adequately recognizing the variety of necessities and demands related to different communities' health issues, and offer the adequate resources to deal with them. In this sense, Basic Attention surges as an important space for the construction of answers to the health problems presented by a population, which must be considered in light of their historical, social and cultural contexts. Starting from the understanding that Basic Attention, as part of the public service, constitutes one of the most important focuses for the consolidation of the achievements of the Sanitary Reform, the integrality of the attention is the combination of all the other SUS principles, and substantiates care as a complex health technology, present at all levels of the system. In this way the care given to the population involves a series of practices that need to be evaluated as elements of transformation of the attention model. Considering the evaluation necessities, we understand "care" as a dimension which results from

interaction relations among subjects (health team of the family/users/managers), in their everyday routines of basic attention regarding health, whether in the individualized therapeutic process, or in coexistence with the community. From this viewpoint, Feira de Santana advanced to consolidate the SUS, capacitating the full management of the Municipal System, in 2004. From the evaluation of Basic Attention in Health and the Epidemiological and Social Impact of the actions of the Family Health Program - FHP, research was carried out on the Health of users of Feira de Santana, State of Bahia, using the Primary Care Assessment Tool (PCAT)^R, elaborated by Barbara Starfield and James Macinko, and validated, with some adaptations, by Almeida, Escola Nacional de Saúde Pública ENSP (National School of Public Health). The study investigated the opinions of the managers, health professionals in the municipality and users, regarding the assistance given by the service. Different aspects were analyzed: accessibility, entrance door, linkage, service, coordination and family focus, in the 14 Basic Health Units and 82 Family Health Units. This information was also cross-examined with secondary data contained in the DATASUS, SIAB - Sistema de informações da Atenção Básica (Basic Attention Information System), since its implantation, 2000 to 2007. After analyzing the results, we verified that all the health indicators of the municipality, those of infantile morbidity and of the services, improved as the actions of the Family Health Program expanded their reach. With respect to Mortality Rate there was a decrease in general mortality from 27.4% to 18.1% in 2007, this being constant in all the health vigilance indicators observed. In general, the FHP

units reached better rates in the organizational and basic attention performance aspects, than those of the traditional UBS. But in some aspects, the UBS present equivalent values, which can be explained by the municipality's tradition in the use of traditional basic attention development and the short implementation time of the FHP (nearly 7 years). On the other hand, there are important challenges to overcome, especially with regards to access, entrance door, array of services and coordination, which brings us to the conclusion that the Family Health Program was responsible for a favorable impact in the health indicators of the studied municipality.

KEY WORDS: Primary health care, Family Health Program, Family Health Program's evaluation.

Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO II

Tabela 1	Acesso por tipo de unidade, Feira de Santana - 2007	90
Tabela 2	Porta de entrada por tipo de unidade, Feira de Santana - 2007	91
Tabela 3	Vínculo por tipo de unidade, Feira de Santana - 2007	91
Tabela 4	Elenco e serviços por tipo de unidade, Feira de Santana - 2007	91
Tabela 5	Enfoque familiar por tipo de unidade, Feira de Santana - 2007.	93

Lista de Quadros

Lista de quadros

Capítulo I

Quadro 1	Estimativa populacional segundo faixa etária e sexo do município de Feira de Santana - Ba, 2007.	58
-----------------	--	----

Lista de Gráficos

Lista de gráficos

Capítulo I

Gráfico 1	Proporção de famílias acompanhadas pelas EACS/PSF com casas de tijolos, Feira de Santana - Ba, 2000-2007.	57
Gráfico 2	Proporção de gestantes acompanhadas pelo ESF/EACS de feira de Santana, com pré-natal no trimestre, com vacina em dia e gravidez em menores de 20 anos, 2000-2007.	60
Gráfico 3	Proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas pelo ESF/EACS de Feira de Santana - Ba, com vacina em dia, pesadas no mês e desnutridas, 2000-2007.	62
Gráfico 4	Proporção de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias acompanhadas pelo ESF/EACS de Feira de Santana- Ba, com vacina em dia, pesadas no mês e desnutridas, 2000-2007	64
Gráfico 5	Taxa de mortalidade infantil/100 NV., nas áreas cobertas pelo ESF/EACS de Feira de Santana, 2000-2007	65

Capítulo II

Gráfico 1	Índice composto de Coordenação por tipo de unidade, Feira de Santana, 2007.	96
Gráfico 2	Índice composto de Enfoque familiar por tipo de unidade, Feira de Santana, 2007.	98

Lista de abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	= Atenção Básica
ACS	= Agente Comunitário de Saúde
ACS	= Agente Comunitário de Saúde
BA	= Bahia
DP	= Desvio padrão
EACS	= Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ENSP	= Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESB	=Equipes de Saúde bucal
ESF	=Equipe de Saúde da Família
FOA	= Faculdade de Odontologia de Araçatuba
IBGE	= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	= Média
Me	= Mediana
MS	= Ministério da Saúde
N	= Número total
NOAS	= Norma Operacional de Assistência á saúde
p	= Probabilidade de ocorrência
PAHO	= Pan-American Health Organization
PAISC	= Programa de Atenção a saúde da criança
PMCT	= Primary Care Assessment Tool
PMFS	= Prefeitura Municipal de Feira de Santana
PSF	= Programa de Saúde da Família
RG	= Relatório de Gestão
S	= Índice de significância
SIAB	= Sistema de informação da atenção básica
SIM	= Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	= Sistema de Informação de nascimento de crianças
SMS	= Secretaria Municipal de Saúde
SP	= Estado de São Paulo
SUS	= Sistema Único de Saúde
TIM	= Taxa Infantil de Mortalidade
UBS	= Unidade Básica de saúde
UNESP	= Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
USF	= Unidade de Saúde da Família

Sumário

Sumário

Resumo	19
Abstract	22
Lista de Tabelas	26
Lista de Quadros	28
Lista de Gráficos	30
Lista de Abreviaturas	32
Sumário	34
Introdução	36
Objetivo	42
 Capítulo I	
1 Avaliação do impacto do programa de saúde da família sobre os indicadores de saúde infantil entre 2000 e 2007, no município de Feira de Santana - Bahia	44
1.1 Introdução	52
1.2 Material e métodos	54
1.3 Resultados e discussão	59
1.4 Conclusão	64
Referências	67
 Capítulo II	
2 Estudo sobre o perfil da atenção básica em Feira de Santana -Bahia 2007.	71
2.1 Introdução	78
2.2 Metodologia	84
2.3 Resultados	88
2.5 Conclusão	99
Referências	101
 Anexos	103

Introdução

Introdução

No momento atual, busca-se no país, construir um modelo de atenção à saúde que seja universal, integralizado, eqüitativo e resolutivo, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão do SUS - Sistema Único de Saúde, o Estratégia da Saúde da Família desponta como uma estratégia de reordenação da prática assistencial, centrando sua atenção nos princípios de vigilância à saúde, eixo de um processo de reorientação do(s) atual(is) modelo(s) assistencial(is) hegemônico(s) no Brasil.

Na construção do SUS, alguns municípios brasileiros buscaram implementar seus projetos de saúde de base municipalista, que lhes permitissem planejar seus serviços a partir do seu perfil epidemiológico, e com participação da população neste processo. No campo das políticas públicas muito se discutiu e se propôs neste período.

Em Saúde Coletiva, nem sempre podemos identificar perfeita sintonia entre agir gerencial, cotidiano dos serviços públicos, e o modelo de atenção que se pretende instituir e aquele modelo de programação que se utiliza para tanto. Mesmo num ambiente gerencial que seja propício, de forma vertical e sem integração. Muitas das vezes, nem mesmo

existe qualquer programação das atividades assistenciais. Diante da escassez de recursos governamentais, da ausência de programação ou mesmo da inadequação do modelo de programação, há uma situação generalizada de pouca resolutividade dos serviços frente às necessidades sanitárias acumuladas.

Mas, quando se é identificada uma articulação mais harmoniosa entre o modelo de atenção e o modelo de programação vigente; ainda assim, não verificamos neles o propósito e/ou as estratégias para se realizar plenamente os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde. Esse fato sugere a necessidade de se repensar ambos os modelos para que se possa ter uma prática assistencial pública que seja universal, equânime, integral, regionalizada, descentralizada, territorializada e socialmente controlada.

Apesar desta situação há atualmente uma série de conquistas técnicas e políticas acumuladas ao longo das últimas duas décadas que criaram precondições para se reunir às soluções mais adequadas à construção de um novo modelo de atenção amparado por uma

programação mais orgânica ao mesmo, bem como para se atender os desafios atuais das políticas de saúde no SUS.

Entre essas conquistas podemos destacar os avanços das técnicas preventivas, promocionais e curativas das quais grande parte da população não se beneficia; seja porque os serviços públicos não as disponibilizam, seja porque, quando isso ocorre, não há uma lógica programática que possibilite a otimização dos resultados em termos de aumento de cobertura, de impacto epidemiológico, satisfação do usuário, entre outras.

Quanto às conquistas políticas, podemos destacar que vem ocorrendo a formação de novos espaços de reunião de atores sociais, bem como a “descoberta” de novos locais de atenção onde é possível trabalhar a politização das questões de saúde bucal e o aumento do nível de consciência sanitário bucal existente. Mas essas novidades não estão atingindo a “intimidade” das práticas cotidianas do modelo de atenção programado.

Uma outra face da questão do aumento dos atores sociais envolvidos com os problemas de saúde, especialmente daqueles reunidos nos Conselhos de Saúde, é o surgimento de demandas por novas soluções

gerenciais em saúde bucal. Infelizmente, podemos perceber uma evidente limitação técnica dos gerentes dos serviços frente a essas novas demandas. Isso ocorre porque, segundo afirmado acima, as soluções gerenciais correntes são insuficientes para enfrentar os desafios atuais em discussão.

Um lado perverso desta história tem sido o completo afastamento entre gerentes, conselheiros de saúde e demais atores politicamente potentes. Por outro lado, mais perverso ainda tem sido a transferência e a concentração do poder de decisão das políticas de saúde bucal apenas nas mãos dos conselheiros, mediante a simples auto-anulação dos gerentes nos momentos em que se requerem destes uma postura tal capaz de formular as bases técnicas para as decisões definidas política e coletivamente.

Em outras palavras, a incapacidade atual da grande maioria dos gerentes em formular e propor programaticamente modelos assistenciais não excludentes e integrais tem levado os mesmos a delegar a um "público não técnico" todo poder de decidir por soluções que nunca são universais e tão somente modificam o perfil da exclusão praticada. Muda-se a formulação política e o desenho das práticas, mas

a exclusão continua com o agravante de que, quase sempre, as novas práticas não são programaticamente eficientes ou epidemiologicamente impactante. Em resumo, frente às incapacidades correntes de formulação, quando há a necessidade de acabar com a idéia de a técnica dirigir autoritariamente o mando, o resultado tem sido um grande "vazio político" pois não se utiliza da mesma para instrumentalizar democraticamente o mando; ou então, tem ocorrido a anulação voluntária dos "públicos técnicos" sob um clima de pseudo-democratização ou de participação limitada, por ser pseudo-ampliada.

É nesse sentido que esse trabalho pretende contribuir como desenvolvimento do SUS quando aqui se discute os modelos assistenciais e de programação nos serviços públicos de saúde no município e busca-se apontar propostas que, em novos moldes, visem o aumento da resolutividade dos serviços da atenção básica.

Objetivo

OBJETIVO

Verificar o impacto do Programa de Saúde da Família sobre a Saúde dos usuários residentes no município de Feira de Santana, por meio da análise das seguintes dimensões: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, serviço, coordenação, e enfoque familiar.

Comparar o desempenho das Unidades Básicas de saúde tradicionais com as Unidades de saúde da Família no Município de Feira de Santana .

Capítulo I^{}*

O Impacto do Programa de Saúde da Família e indicadores epidemiológicos no município de Feira de Santana, Bahia¹.

Health Programs of the Family and epidemiologic indicators in Feira de Santana city's, Bahia¹.

Impacto del Programa Salud de la Familia y indicadores de epidemiológicos, Feira de Santana, Bahía¹

Joildo Guimarães Santos²

Nemre Adas Saliba³

*Capítulo normatizado segundo a Revista Eletrônica de Enfermagem em anexo.

Resumo

RESUMO

Em meados de 1990, o Ministério da Saúde adotou em nível nacional o Programa de Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito era a organização da prática da atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional, proporcionando as famílias vivenciar a saúde, com melhoria na qualidade de vida dos brasileiros. Através da avaliação de resultados, consegue-se perceber se determinados programas cumpriram seus objetivos, este tipo de avaliação é também denominado de "avaliação de impacto". Os impactos referem-se às alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual um programa intervém e por ele são provocadas devendo serem capazes de aferir os efeitos finais do programa sobre a população-alvo. Tendo como objetivo avaliar a Atenção Básica em Saúde, com vistas a verificar o impacto do Programa de Saúde da Família sobre os indicadores de saúde do município de Feira de Santana, utilizou-se os dados de informação contidos no DATASUS, SIAB - Sistema de informações da Atenção Básica, desde sua implantação, 2000 ate 2007. Verificou-se que tanto indicadores de saúde das gestantes quanto indicadores de morbi-mortalidade infantil decresceram à medida que as ações do Programa de

Saúde da Família aumentavam a sua cobertura. No que se refere à Taxa de Mortalidade Infantil houve decréscimo da mortalidade geral de 27,4% para 18,1% no ano de 2007, e este padrão foi constante a todos os indicadores de vigilância à saúde observados, demonstrando o impacto da Estratégia de Saúde da Família sobre os indicadores de saúde no município de Feira de Santana.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, Avaliação do Programa Saúde da Família.

ABSTACT

In 1990 middle, the Health department adopted in national level the Health Program of Family (PSF). Its main intention was the organization of system of the attention to the health, substituting the traditional model, provided that quality of health the families, with improvement in the quality of life of the Brazilians. Through the evaluation of results, it is obtained to perceive if definitive programs had fulfilled its objectives, this type of evaluation also is called of "impact evaluation". The impacts mention the alterations to it or changes effective in the reality on which one programs intervened and by it they are motivated having to be capable to survey the final effect of the program on the population-target. Having as objective to evaluate the Basic Attention in Health, with sights to verify the impact of the Health Program of the Family on the indicators of health of the city of Feira de Santana, one used information in the DATASUS, SIAB - System of information Basic Attention, 2000 to 2007. It was verified that in such a way indicating of health of the pregnant women how much indicating of children's morbi-mortality indicators they had decreased to the measure that the actions of the Health Program of the Family

increased its covering. As for the Tax of children's Mortality it had decrease of the general mortality of 27, 4 % for 18,1% in year 2007, and this average was verified to all the indicators in the health's monitoring, demonstrating the impact of the Health of the Family Strategy on the indicators of health in the city of Feira de Santana.

KEY WORDS: Primary health care, Family Health Program, Family Health Program's evaluation

RESUMEN

En el centro 1990, más necesariamente en 1994, el departamento de la salud adoptó en nivel nacional el programa de la salud de la familia (PSF). Su intención principal era la organización del sistema de la atención a la salud, substituyendo el modelo tradicional, a condición de que calidad de la salud las familias, con la mejora en la calidad de la vida de los brasileños. Con la evaluación de resultados, se obtiene para percibir si los programas definitivos habían satisfecho sus objetivos, este tipo de evaluación también se llama de la "evaluación del impacto". Los impactos mencionan las alteraciones a él o los cambios eficaces en la realidad en la cual los programas uno intervinieron y por ella son el tener que motivado ser capaces examinar el efecto final del programa sobre la población-blanco. El tener como objetivo para evaluar la atención básica en salud, con vistas para verificar el impacto del programa de la salud de la familia en los indicadores de la salud de la ciudad de Feira de Santana, uno utilizó la información en el DATASUS, SIAB - sistema de la atención básica de la información, 2000 a 2007. Fue verificado que en tal indicar de la manera de la salud de las mujeres embarazadas cuánto el indicar de los indicadores de la morbi-

mortalidad de los niños ellos había disminuido a la medida que las acciones del programa de la salud de la familia aumentaron su cubierta. En cuanto al impuesto de la mortalidad de niños tenía disminución de la mortalidad general de 27, el 4% para el 18.1% del año 2007, y este promedio fue verificado a todos los indicadores de la salud estudiados, demostrando el impacto de la salud de la estrategia de la familia en los indicadores de la salud en la ciudad de Feira de Santana.

PALABRAS CLAVE: Cuidado médico primario, programa de la salud de la familia, evaluación de programa de la salud de la familia

Introdução

Em meados da década de 1990, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde adotou em nível nacional o Programa de Saúde da Família (PSF)⁽¹⁾. Seu principal propósito era a organização da prática da atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo tradicional, proporcionando as famílias vivenciar a saúde , e conseqüentemente uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros.

Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que se propõe a organizar suas ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional. Draibe⁽²⁾ afirma que a adscrição territorial da clientela em conjunto com a opção pela unidade familiar constituem-se em duas das principais inovações do PSF. Ainda que não representem um avanço do SUS, são, pelo são, pelo menos, uma correção de suas insuficiências.

A adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) parte do reconhecimento de que iniciativas de introdução de mudanças substantivas no setor saúde, a partir da implantação do SUS, têm resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, apesar de seus avanços,

exatamente por não promover alterações significativas no modelo assistencial⁽³⁾. A implementação dessa estratégia, tida como eixo estruturante da atenção básica, embora sob mesma orientação macropolítica, vem produzindo experiências qualitativamente diferentes e, em muitos casos, reproduzindo o modelo tradicional em novas roupagens, como já ressaltaram Silva Jr.⁽⁴⁾ e Merhy & Franco⁽⁵⁾.

Visando a observação da qualidade da atenção ^(4,6), afirmam que para se conseguir uma percepção dos movimentos de mudança necessita ser complementada por meio da abordagem da pesquisa avaliativa, no que se refere, principalmente, ao processo de trabalho das equipes na relação com as populações adscritas e à integralidade da atenção à saúde. Eles afirmam ainda que além de uma intervenção pontual de caráter avaliativo, este tipo de pesquisa acrescenta instrumentos para pensar no cotidiano dos serviços, das práticas dos seus profissionais e da relação com a população, numa visão autocrítica e estimulante do protagonismo desses atores. Através da avaliação de resultados, consegue-se pesquisar se determinados programas cumpriram ou estão cumprindo seus objetivos.

De acordo com Draibe⁽²⁾, este tipo de avaliação é também denominado de "avaliação de impacto". Os impactos referem-se às alterações ou

mudanças efetivas na realidade sobre a qual um programa intervém e por ele são provocadas. Os indicadores de impacto devem ser, portanto, capazes de aferir os efeitos finais do programa sobre a população-alvo. Baker⁽⁷⁾ afirma que a avaliação de impacto determina se o programa teve os efeitos projetados em indivíduos, lares e instituições, assim como se tais efeitos podem ser atribuídos, de fato, à intervenção do projeto. Para isso, a autora sugere que é preciso controlar o elemento contra factual ou a contrapartida: "caso não existisse o projeto o que aconteceria a população?". Assim sendo, com a perspectiva de avaliar o impacto do PSF sobre indicadores na população de Faria de Santana, Bahia, relacionados à saúde da criança, realizamos este estudo.

Material e Métodos

Este estudo faz parte de um projeto ampliado para avaliar a atenção básica em Faria de Santana, financiado pela agência de Fomento à pesquisa da Bahia - FAPESB, Estudo de evolução temporal, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e população estimada de menores de um ano de idade (DATASUS, IBGE)^(7,8) no município de Faria de Santana, com o objetivo de estudar os óbitos de menores de um ano de idade, residentes no município no período 2000 a 2007, a partir de dados

disponibilizados pelo SIM. Para o cálculo do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e seus componentes neonatal e pós-neonatal (quociente entre o número de óbitos em menores de um ano de idade e o total de nascidos vivos em um intervalo de tempo e determinada população, expresso por mil nascidos vivos), foi utilizada a população de menores de um ano, obtida a partir do DATASUS⁽⁸⁾ em 2007 e de censos demográficos do IBGE⁽⁹⁾. Tendo em vista a avaliação do impacto sobre os indicadores de saúde em crianças, no período compreendido entre 2000 e 2007.

Caracterização geral do município

O município de Feira de Santana, com área de 1.334 Km² encontra-se situado 100% do seu território no polígono das "secas" numa zona de planície entre o recôncavo baiano e os tabuleiros semi-áridos do nordeste, excluindo-se apenas a área do Distrito de Humildes. Está em direção Noroeste da Capital do Estado, de que dista em linha reta 109km, 80km do CIA e do Porto de Aratu e 70 km do Pólo Petroquímico de Camaçari.

A cidade de Feira de Santana é a 2ª maior cidade do Estado da Bahia com população estimada de 544.113 habitantes, Quadro 01. Pela importância de sua localização geo econômica, é um dos maiores entroncamentos

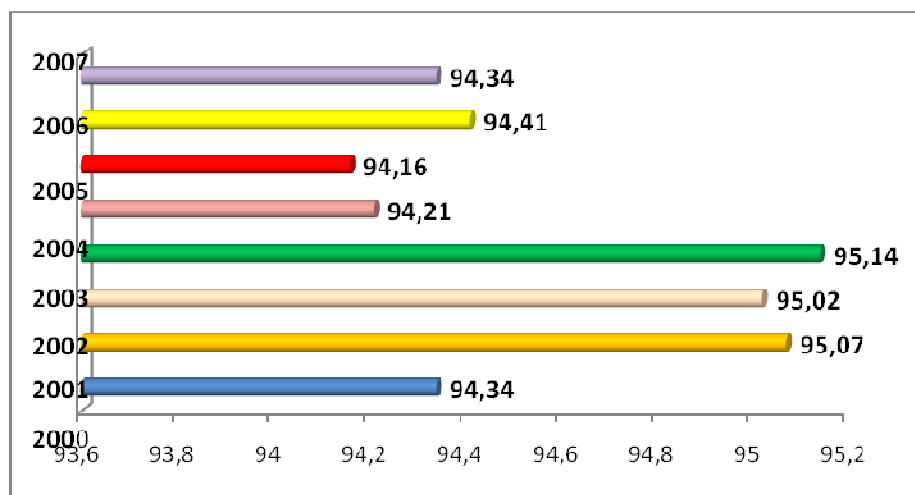
rodoviários do interior do País, cortado por rodovias federais: BR 101, 116 e 324 e quatro rodovias estaduais: BA 052, 502, 503 e 504, favorecendo a uma crescente concentração de fluxo de população, mercadorias e dinheiro, num entreposto que liga o Nordeste ao Centro Sul do Brasil, na fronteira de Salvador-BA com o sertão, do semi-árido da Bahia. Possui grande contingente da população flutuante, com efeito, migratórios, cujos resultados ainda não são conhecidos, porém, são observadas pela intensa movimentação diária da estação rodoviária.

Perfil Demográfico da População Alvo

Cobertura da População

- Cobertura de N° ESF = 59,96%
- Cobertura do EACS = 23,31%
- População = 544.113 (IBGE/2007)

GRÁFICO 1 - PROPORÇÃO DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS PELO EACS/ESF COM CASAS DE TIJOLOS, FEIRA DE SANTANA, 2000-2007



Fonte: RG/AB/SMS

Podemos verificar através da análise da série histórica de 2000 a 2007(gráfico 1) houve um discreto aumento de famílias que residem em casas de tijolo nos anos de 2001 a 2003 e posterior diminuição nos anos subsequentes retornando ao mesmo valor do ano 2000 que foi de 94,34% devido ao aparecimento de novas invasões na periferia do Município.

Quadro 01 - ESTIMATIVA POPULACIONAL SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007.

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Menores de 1 ano	5.502	5.168	10.670
1 - 4 anos	21.528	20.918	42.446
5 - 9 anos	27.585	26.214	53.799
10 - 14 anos	28.851	28.639	57.490
15 - 19 anos	31.496	33.330	64.826
20 - 29 anos	50.976	56.404	107.380
30 - 39 anos	37.512	43.622	81.134
40 - 49 anos	25.604	29.659	55.263
50 - 59 anos	15.481	18.900	34.381
60 - 69 anos	8.853	11.815	20.668
70 - 79 anos	4.599	6.443	11.042
80 anos e mais	1.831	3.183	5.014
Total	259.818	284.295	544.113

Fonte: DATASU/SMS/SMS

Estrutura de serviços da atenção básica

Está habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde segundo a NOAS

SUS 01 -2002, desde março/2004 conforme Portaria Ministerial de nº 352

de 09 de março 2004 e reafirmado após a homologação do Termo de Compromisso da Gestão Municipal do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão pelo Ministério da Saúde.

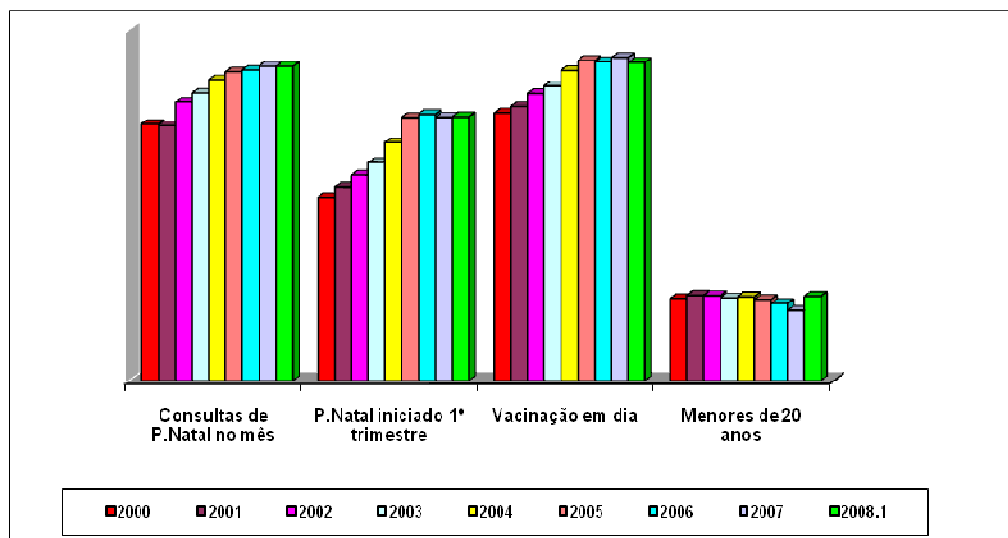
O Sistema Municipal de Saúde de Feira de Santana é composto por instituições públicas, filantrópicas e privadas conveniadas ao SUS, que complementam a rede dos serviços não existentes. Tendo, porém como porta de entrada no sistema a Atenção Básica/Saúde da família/Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

Resultados

Indicadores de cobertura das ações básicas de saúde

Os gráficos dos indicadores de vigilância à saúde permitem avaliar o impacto que as ações desenvolvidas pela EACS/ESF tiveram sobre as áreas de abrangência das unidades. Quando comparamos o período de 2000 a 2007 observa-se a melhoria progressiva na situação de saúde do Município.

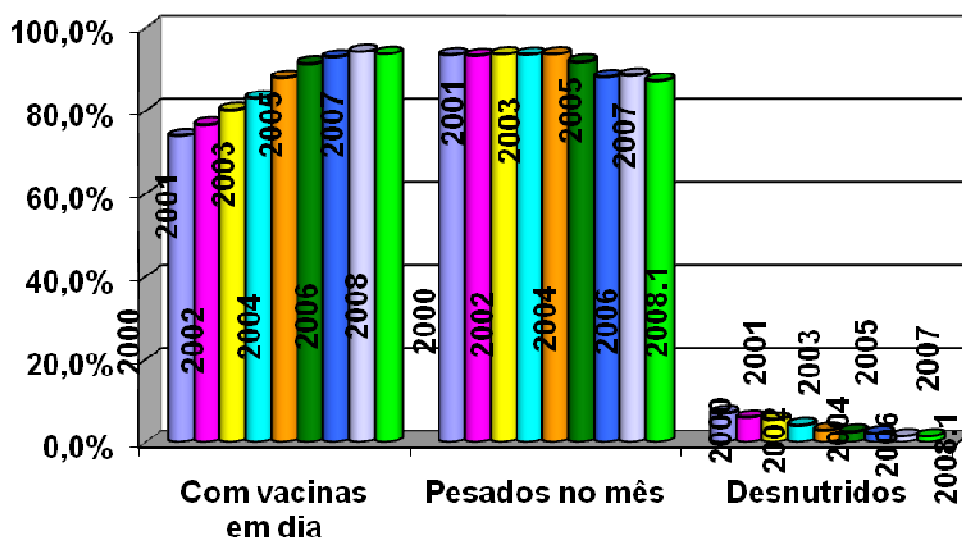
GRÁFICO 2 - PROPORÇÃO DE GESTANTES ACOMPANHADAS PELO ESF/EACS DE FEIRA DE SANTANA, COM PRÉ-NATAL NO MÊS, PRÉ-NATAL NO TRIMESTRE, COM VACINA EM DIA E GRÁVIDEZ EM MENORES DE 20 ANOS, 2000-2008.



Fonte: SIAB/SMS

Analisando os dados referentes à saúde das gestantes (grafico2), observamos que houve aumento da proporção de gestantes com consulta pré-natal no mês no período de 2000 a 2006 e manutenção em 2006 e 2007 apresentou uma proporção de 88,12%. Além de crescimento na proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, e das gestantes com vacina em dia. Com relação às gestantes menores de 20 anos, esse indicador vem decrescendo passando de 23,4% em 2000, para 19,86% em 2007 o que acreditamos ser devido à implementação do planejamento familiar e das ações de Atenção à Saúde do Adolescente.

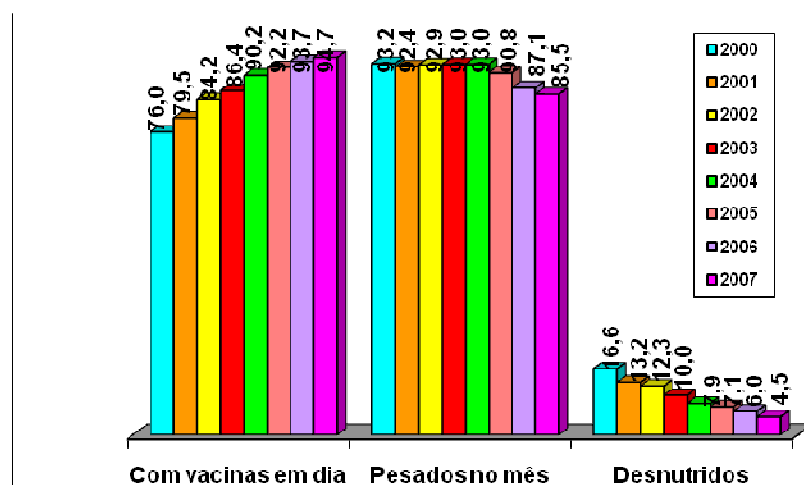
GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO ACOMPANHADAS PELO ESF/EACS DE FEIRA DE SANTANA, COM VACINA EM DIA, PESADAS NO MÊS E DESNUTRIDAS, 2000-2008.



Fonte:RG/SMS-FEIRA DE SANTANA

Observamos no gráfico 3 que ocorreu aumento no indicador de crianças menores de um ano com relação à vacina em dia, passando de 73,9% em 2000 para 94,3% em 2007. Vale salientar que o crescimento de 2006 para 2007 foi de 1,4 %. Verificou-se que houve decréscimo de 5% na proporção de crianças pesadas no mês passando de 93,4 % em 2000 para 88,0% em 2007. A proporção de crianças desnutridas vem decrescendo progressivamente podendo está relacionada com a suplementação de ferro e Vitamina A administradas nessa faixa etária.

GRÁFICO 4 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 12 A 23 MESES E 29 DIAS ACOMPANHADAS PELO ESF/EACS DE FEIRA DE SANTANA, COM VACINA EM DIAS, PESADAS AO NASCER E DESNUTRIDAS, 2000-2007



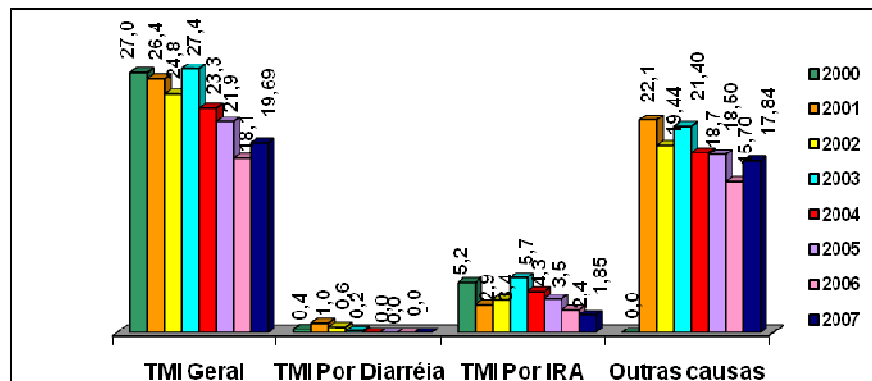
Fonte: RG/SMS Feira de Santana

O gráfico 4 refere-se às crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com aumento na proporção de crianças com vacina em dia passando de 76,0% em 2000 para 94,7% em 2007 e diminuição em relação às crianças pesadas no mês passando de 93,2% em 2000 para 85,5% em 2007.

A proporção de crianças com desnutrição infantil vem reduzindo significativamente, sendo que na faixa etária de menores de 1 ano passou de 7,1% em 2000 para 1,5% em 2007 com decréscimo de 5,6 e na faixa etária de 12 a 23 meses e 29 dias passou de 16,6% para 4,5% com decréscimo de

12,1. As orientações nutricionais têm modificado os hábitos alimentares, além da introdução de polivitamínicos e de sulfato ferroso tem contribuído para a melhoria deste indicador.

GRÁFICO 5 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL/1000 NV, NAS ÁREAS COBERTAS PELO ESF/EACS DE FEIRA DE SANTANA, 2000-2007.



Fonte: RG/SMS – Feira de Santana

No que se refere à Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), o gráfico 05 demonstra que houve decréscimo da mortalidade geral de 2000 a 2002 com aumento da taxa 2003 (27,4) e queda a partir de 2004 até 2006 passando respectivamente de 23,3 para 18,1 com aumento de 1,59 quando comparamos 2006 (18,1) e 2007 (19,69). Cujas causas estão ligadas a prematuridade e criança com baixo peso ao nascer.

A TMI por diarréia desde 2004 permanece em zero e ocorreu oscilação da TMI por IRA com taxas mais elevadas em 2000 e 2003 e

decréscimo nos outros anos da série histórica alcançando 1,85 em 2007. Entretanto, no que se refere à TMI por outras causas em 2000 foi de 22,1 e em 2007 alcançou o valor de 17,84 que apesar de ter diminuído ainda se caracteriza como alta, o que tem elevado a TMI geral. A TMI por Diarréia desde 2004 é zero.

Conclusão

No município, os óbitos infantis exibiram padrão de registro irregular, com flutuações na distribuição dos números e proporções ao longo da série, predominando os óbitos pós-neonatais, como principal componente dos óbitos infantis.

Segundo estudiosos, a qualidade da informação é uma questão central que deve sempre ser considerada ao se analisarem os dados provenientes das estatísticas vitais⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. No Brasil, as pesquisas apontam para o fato de que a baixa captação e má qualidade dos registros de óbitos representam um dos principais fatores de limitação para a análise do perfil de mortalidade, principalmente em regiões de menor desenvolvimento socioeconômico, a exemplo do Norte e Nordeste do País⁽¹⁵⁾. No município de Feira de Santana, não se dispunham de dados de avaliação de cobertura e qualidade dos Sistemas Oficiais de Informações (SIM e SINASC) até

meados da década de 80. O estudo de Costa⁽¹³⁾ com o SINASC (1998) de Feira de Santana apontaram significativa falta de registro de importantes itens da Declaração de Nascidos Vivos⁽¹⁵⁾, com base nos critérios de Szwarcwald⁽¹⁶⁾, concluiu que o registro dos dados do SIM de Feira de Santana aproxima-se da categorização regular no Sistema de Informação do Estado da Bahia. Pôde-se observar, também, que o modo como o programa é implementado no município estudado influenciou diretamente nos resultados, tornando o PSF resolutivo em seus padrões de assistência à saúde, refletindo sobre as práticas de assistência prestadas⁽¹⁸⁾. Foi verificado percentual elevado para os óbitos por causas mal definidas, o que pode estar relacionado à qualidade de informação, subestimando a proporção de óbitos por outras causas em Feira de Santana, no período estudado.

O padrão de distribuição dos óbitos em menores de um ano em Feira de Santana, a partir de dados do SIM, no período 2000-2007, apesar de sugerir problemas de captação, regularidade e qualidade de dados, nos revela que a atuação da estratégia de Saúde da Família, em primeira instância, favoreceu a melhora de todos os indicadores de saúde em crianças no município de Feira de Santana, gerando um impacto positivo na

situação epidemiológica local. Neste estudo levou-se em conta a análise do contexto da implantação e condução do PSF, além de suas características mais gerais relativas ao campo socioeconômico e de políticas públicas no município.

Referências Bibliográficas

1. Brasil.Ministério da Saúde. Saúde da Família [acessado 2008 jan 12]. Disponível em: [http:// www.saude.gov.br/psf](http://www.saude.gov.br/psf).
2. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas.In: Barreira MCR, Carvalho MCB, organizadores.Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC; 2004. p. 15-42.
3. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2002; 18(1):203-11.
4. Silva Jr. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
5. Merhy E, Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate 2002; 26:118-22.
6. Cruz, N L de A, Costa, COM, Carvalho RC, Rebouças MC. Evolução da mortalidade infantil e componentes neonatal e pós-neonatal, 1979-2002, em Feira de Santana, Bahia. Revista de saúde publica da Bahia, 2005;29:286-299.
7. Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Alves DS, Guljor AG. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 241-55.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: <[http:// tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br)>. Acessado em: 15 out. 2007.

9. Brasil.Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de dados por setor censitário [CD-ROM]. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
10. Formigli VLA et al. Avaliação da atenção à saúde através da investigação dos óbitos infantis. *Caderno de Saúde Pública*, 1996; 12 Supl 2: 33-41.
11. Pereira, MG. Epidemiologia. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2000. P.124-126.
12. Branco MA. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Caderno de Saúde Pública*, 1996; 12 (2): 267-270
13. Vasconcelos A MN. A qualidade das estatísticas de óbitos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 1998; 15 (1).
14. Costa MCN. et al. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001; 17 (3) : 555-567.
15. Carvalho RC. Princesa do Sertão, 21 anos de violência: Feira de Santana-Bahia, 1979-1999 (A Transição Epidemiológica e a mudança no perfil de mortalidade). [Tese Doutorado em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
16. Roncalli, AO, Lima, KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde a criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):713-724. 2006.
17. Szwarcwald CL. et al. Mortalidade Infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária *Caderno de Saúde Pública*, 1997; 13 (3): 1-21.

18. Maran E, Uchimura TT. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet] 2008;10(1):29-38. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a03.htm>.

1 Parte da tese de Doutorado. Agência de fomento, FAPESB – Fundação de Apoio a pesquisa da Bahia.

2 Professor de Odontologia Social e Saúde da Comunidade da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Bahia. Mestre em Odontologia pela UFF, e Especialista em Saúde Coletiva, ENSP. Doutorando em Odontologia UNESP.

3 Professora titular de Odontologia da UNESP. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP (Orientadora).

Endereço para correspondência:

Programa de Pós-graduação e Odontologia Social. Rua Jose Bonifácio, 1193. Araçatuba – SP. CEP: 16.015-050.

Email: jguimar@uefs.br

Capítulo II ★

ESTUDO SOBRE PERFIL DA ATENÇÃO BÁSICA EM FEIRA DE SANTANA -
BAHIA 2007.¹

Joildo Guimarães Santos²

Nemre Adas Saliba³

Suzely Adas Saliba Moimaz⁴

Valcenice Queiroz⁵

*Capítulo normatizado segundo a Revista Fluminense de Odontologia em anexo.

RESUMO

A avaliação e monitoramento das ações de saúde constituem-se os principais pilares para assegurar a integralidade e a qualidade da atenção à saúde aos usuários do SUS. A garantia da integralidade requer que a atenção prestada

à população em diferentes níveis tenha capacidade de reconhecer adequadamente a variedade de necessidades e demandas relacionadas à saúde das comunidades e oferecer os recursos adequados para empreendê-las. Nesse sentido a Atenção Básica surge como um espaço importante para a construção de respostas para os problemas de saúde apresentados pela população, as quais devem considerar os contextos históricos, sociais e culturais em que se inserem. Partindo da compreensão de que a atenção básica na oferta de serviços públicos constitui-se um dos *lócus* mais importantes para consolidação das conquistas da Reforma Sanitária, a integralidade da atenção é o amálgama dos demais princípios do SUS e fundamenta o cuidado como uma tecnologia de saúde complexa, presente em todos os níveis do sistema. Desse modo o cuidado prestado à população envolve um conjunto de práticas a serem avaliadas como elemento de transformação e conversão do modelo de atenção. Tendo em vista a necessidade de avaliação, entende-se "cuidado" como uma dimensão resultante da relação de interação entre sujeitos (equipe de saúde da família/usuários/gestor) em suas práticas no cotidiano da atenção básica em saúde, seja no processo terapêutico individualizado, seja no convívio com a comunidade. Nesta perspectiva Feira de Santana, avançou para a

consolidação do SUS, habilitando-se à Gestão Plena do Sistema Municipal em 2004. Tendo em vista a avaliação da Atenção Básica em Saúde, Impacto Epidemiológico e Social das ações do Programa de Saúde da Família - PSF, na Saúde dos usuários em Feira de Santana - Bahia, realizou-se pesquisa, utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT)^R, elaborado por Bárbara Starfield e James Macinko e validado, com adaptações por Almeida, Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, sobre as opiniões dos gestores, profissionais de saúde no município, em relação à assistência prestada pelo serviço. Foram analisadas as dimensões: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, serviço, coordenação, e enfoque familiar, nas 14 Unidades Básicas de Saúde e 59 Unidades de Saúde da Família. Aliados aos dados secundários contidos no DATASUS, SIAB - Sistema de informações da Atenção Básica, desde sua implantação, 2000 até 2007. Em geral, as unidades do PSF atingiram índices melhores nas dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica do que as UBS tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram valores equivalentes, o que pode ser explicado pela maior tradição do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de sete anos). Por outro lado, existem desafios importantes a serem

superados, sobretudo no que diz respeito ao acesso, porta de entrada, elenco de serviços e coordenação. o que nos faz concluir que o Programa de Saúde da Família foi o responsável por um impacto favorável nos indicadores de saúde no município estudado.

ABSTRACT

In the Health Service, the actions of evaluation and monitoring constitute the principal pillars to ensure the integrality and the quality of attention given to SUS users. To guarantee integral services requires that the attention given to the population at different levels is capable of adequately recognizing the variety of necessities and demands related to different communities' health issues, and offer the adequate resources to deal with them. In this sense, Basic Attention surges as an important space for the construction of answers to the health problems presented by a population, which must be considered in light of their historical, social and cultural contexts. Starting from the understanding that Basic Attention, as part of the public service, constitutes one of the most important focuses for the consolidation of the achievements of the Sanitary Reform, the integrality of the attention is the combination of all the other SUS principles, and substantiates care as a complex health technology, present at all levels of the system. In this way the care given to the population involves a series of practices that need to be evaluated as elements of transformation of the attention model. Considering the evaluation

necessities, we understand "care" as a dimension which results from interaction relations among subjects (health team of the family/users/managers), in their everyday routines of basic attention regarding health, whether in the individualized therapeutic process, or in coexistence with the community. From this viewpoint, Feira de Santana, advanced to consolidate the SUS, capacitating the full management of the Municipal System, in 2004. From the evaluation of Basic Attention in Health and the Epidemiological and Social Impact of the actions of the Family Health Program - FHP, research was carried out on the Health of users of Feira de Santana, State of Bahia, using the Primary Care Assessment Tool (PCAT)^R, elaborated by Barbara Starfield and James Macinko, and validated, with some adaptations, by Almeida, Escola Nacional de Saúde Pública ENSP (National School of Public Health). The study investigated the opinions of the managers, health professionals in the municipality and users, regarding the assistance given by the service. Different aspects were analyzed: accessibility, entrance door, linkage, service, coordination and family focus, in the 14 Basic Health Units and 82 Family Health Units. This information was also cross-examined with secondary data contained in the DATASUS, SIAB - Sistema de

informações da Atenção Básica (Basic Attention Information System), since its implantation, 2000 to 2007. In general, the FHP units reached better rates in the organizational and basic attention performance aspects, than those of the traditional UBS. But in some aspects, the UBS present equivalent values, which can be explained by the municipality's tradition in the use of traditional basic attention development and the short implementation time of the FHP (nearly 7 years). On the other hand, there are important challenges to overcome, especially with regards to access, entrance door, array of services and coordination, which brings us to the conclusion that the Family Health Program was responsible for a favorable impact in the health indicators of the studied municipality.

Introdução

O Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, durante as duas últimas décadas, sendo que a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivando a modificação de paradigmas da prática das ações de saúde, com mudança nos moldes da assistência do modelo tradicional, hospitalocêntrico e individual, para uma ação direta e coletiva dentro do ambiente físico e social da família, em 1994 surge o Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, com ênfase na reorganização dos serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção.

O papel da atenção básica como elemento chave para a promoção da equidade tem sido enfatizado, principalmente nas sociedades com grandes

disparidades sociais. O desenvolvimento de estratégias para reduzir as iniquidades, entretanto, requer preliminarmente o entendimento de como elas ocorrem, determinando os fatores que podem amenizar relevantemente o gradiente social.

No projeto inicial o PSF, contava com uma equipe mínima composta de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Hoje, outros profissionais, cirurgiões dentistas, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, dentre outros, tem buscado demonstrar a importância de sua inclusão na composição das equipes. Brasil, 2004.

No entanto mesmo com tantas características inovadoras, as pesquisas e metodologias existentes ainda são insuficientes para medir o alcance dessas mudanças. Daí o interesse em avaliar o alcance dessa reestruturação e, mais amplamente, o impacto dessas inovações na organização da atenção básica e na provisão de serviços, assim como o resultado da ação dos serviços de atenção básica na saúde da população em nível local.

Objetivos

.O objetivo geral da pesquisa foi avaliar, num município específico - Feira de Santana na Bahia - a metodologia de avaliação rápida, utilizada e adaptada para o Brasil por para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) no SUS. Essa metodologia trabalhou com diferentes fontes de dados - secundários e rotineiros, informantes-chave (profissionais e gestores) dos serviços - para medir aspectos críticos desses serviços em nível municipal. O propósito dessa pesquisa foi contribuir para avaliar a organização e o desempenho do sistema de serviços de saúde, especificamente da atenção básica, em Feira de Santana, Bahia

Avaliar os serviços de atenção básica no Município de Feira de Santana, comparando determinadas dimensões organizacionais nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF).

Marco teórico e revisão da literatura

A pesquisa elabora um marco teórico baseado na revisão do conceito de atenção primária e seus distintos significados ao longo do tempo, discutindo a importância que adquire nas reformas setoriais contemporâneas e na retomada recente de sua importância nesse contexto. Analisa também os atributos (ou dimensões) da atenção primária, elegendo aquelas

consideradas essenciais para uma avaliação em termos de impacto na saúde da população.

A partir de uma combinação da definição de atenção primária orientada aos serviços de saúde com uma noção mais ampla de atenção básica, que reflete o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, concebido para os países em desenvolvimento, foi elaborada, com base na literatura disponível, uma lista dos principais atributos da atenção básica (ou dimensões essenciais) – acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional – que foram trabalhadas nessa pesquisa.

A revisão da literatura internacional demonstra que sistemas de saúde organizados levando em consideração as dimensões descritas acima estão, geralmente, correlacionados com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário, assim como com melhor saúde da população, mesmo nas análises controladas por outros determinantes da saúde como Produto Interno Bruto-PIB *per capita*, renda *per capita*, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool.

O Ministério da Saúde brasileiro definiu a atenção básica, em 1999, como ações, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro

nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Esta definição inclui alguns elementos do conceito de atenção primária elaborado por Barbara Starfield, tais como a porta de entrada e elenco de serviços, mas não considera outras dimensões essenciais, tais como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária.

Entretanto, de maneira geral, a maioria delas aporta mais elementos de diagnóstico da situação, apresentando algumas sugestões e recomendações; e raras são as que se propõem explicitamente a avaliar o desempenho de serviços de atenção básica, tendo como objetivo a elaboração de uma proposta de monitoramento.

Existem poucas evidências sobre o impacto da reforma da atenção básica na saúde da população. As existentes são referidas mais às avaliações de ações sobre populações específicas (sobretudo mulheres e crianças), áreas geográficas delimitadas (cidades, municípios ou estados) e, muitas vezes, focalizando na descrição do processo de implantação do PSF. Poucas pesquisas analisam o sistema de atenção básica como um todo e muitas delas tratam de avaliar o impacto da atenção utilizando indicadores que podem ser sensíveis a muitos fatores externos a esse nível de atenção

(como a taxa de mortalidade infantil, que pode variar em função do grau de pobreza, acesso à água potável, educação e renda da mãe, entre outros). Por outro lado, são escassas as pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho da Atenção Básica.

Foi elaborada também uma análise crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da AB, tais como o Pacto da Atenção Básica e o Sistema de Informação à Atenção Básica (SIAB).

Porém o Pacto ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que possibilita ter uma idéia geral do sistema de atenção básica. Permite também gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não fornece elementos para formular respostas a esses problemas, nem para definir "correções de rota". E o SIAB, por sua vez, é um sistema de informação bastante complexo que oferece dados que possibilitam monitoramento, avaliação e pesquisa, mas, até o momento, essa potencialidade não tem sido bem explorada na avaliação do sistema. Por esse motivo, está sob revisão, para que seja capaz de monitorar o conjunto de ações desenvolvidas em unidades de atenção básica, sejam elas referidas a equipes PSF ou não.

Em resumo, a necessidade de instrumentos ágeis e efetivos para uma avaliação organizacional e de desempenho da AB em nível local é confirmada pela revisão da literatura disponível e dos instrumentos governamentais existentes.

Metodologia

O estudo foi realizado no Município de Feira de Santana, Bahia, município de médio porte, com uma população diversificada e por ter um sistema local de saúde com um desenvolvimento razoável da atenção básica. O PSF funciona no município em algumas localidades há cerca de oito anos, sendo que atualmente está em processo de expansão com novas equipes sendo implantadas; e as unidades básicas tradicionais funcionam regularmente em todo o município há algumas décadas. Os serviços públicos de atenção básica atendem a cerca de 75 % dos estratos mais pobres da população que não possuem planos privados de saúde (PAHO, 2000).

A metodologia foi elaborada a partir da adaptação de instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT), formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 2000; 1998). Esses instrumentos e a metodologia

proposta foram utilizados para medir os aspectos críticos dos serviços de atenção primária nos países europeus. Pesquisadores norte-americanos demonstraram que esses instrumentos possibilitaram avaliar as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável (Shi et al 2001).

Comparar as respostas dos informantes-chave com os dados secundários existentes, coletados rotineiramente. Embora a metodologia já tenha sido aplicada em outro município de médio porte, não houve sua utilização no nordeste.

Os questionários utilizados para uso com os informantes chave das unidades de atenção básica e a outro para os informantes-chave da SMS, continham cerca de 90 perguntas específicas sobre as dimensões essenciais da atenção básica (92 os de profissionais e 94 os dos gestores). Cada uma das perguntas corresponde a indicadores de atenção básica utilizados nas pesquisas sobre esse nível de atenção. Construiu-se um indicador geral para cada uma das oito dimensões da atenção básica mencionadas anteriormente.

O entrevistado respondeu a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, à qual se atribuiu um valor entre zero e cinco. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa

entrevistada. As respostas foram então analisadas individualmente e também por tipo de unidade (do PSF ou Unidade Básica Tradicional – UBS). Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre unidades (PSF e UBS tradicional) e entre entrevistados (profissionais e gestores)

Nesta etapa, dois grupos de respondentes: o primeiro constituído de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), sobre a unidade na qual trabalham (PSF ou UBS tradicional); o segundo, pelos gestores da SMS e supervisores dessas unidades. As unidades foram identificadas a partir das informações fornecidas pela SMS de Feira de Santana (unidades do PSF, postos e centros de saúde tradicionais). O médico ou enfermeiro foi entrevistado em cada unidade. Já os informantes-chave para o nível municipal foram selecionados entre os gestores e supervisores do PSF e das UBS, que tivessem pelo menos cinco anos de experiência na SMS de Feira de Santana. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e duraram até de 30 minutos.

Foram excluídos da análise todas as unidades onde apenas um dos informantes-chave estivessem presentes.

Análise

Foram construídos índices compostos que correspondem às oito dimensões da atenção básica consideradas essenciais e selecionadas para avaliação nesta pesquisa. Utilizou-se para tabulação e análise dos dados o *softer SPSS 13*.

Os índices compostos foram construídos como descrito a seguir. Cada questionário tem cerca de 100 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da atenção básica. Existiam seis opções de resposta para cada pergunta e essas opções foram iguais para cada tipo de entrevistado (profissional de saúde a unidade, supervisor/gestor e usuário). Cada resposta ("nunca", "quase nunca", "algumas vezes"; "muitas vezes" "quase sempre" e "sempre") foi então convertida em um *escore* ou escala, que variou entre 0 e 5. O *escore* "0" correspondeu à resposta "nunca", "1" correspondeu à resposta "quase nunca" etc. Depois, os *escores* dos indicadores foram somados para construir um índice composto para cada dimensão da AB. Esse processo foi seguido para construir oito índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão da AB. Finalmente, foi criado um índice composto total, que é o resultado da soma de todos os oito índices compostos. Esse último índice representa a experiência total na atenção básica.

O teste de X^2 foi realizado para detectar as diferenças entre os tipos de unidades e entre as diversas fontes de informação, ajustando os desvios-padrão para o agrupamento dos entrevistados nas unidades.

Todo entrevistado foi solicitado a avaliar a sua própria confiança nas respostas dadas ou seja, foi perguntado que porcentagem das respostas foi extraída de dados previamente existentes e que porcentagem foi unicamente devida à opinião/experiência pessoal do informante.

Finalmente, os resultados dessa sondagem foram checados com dados já existentes, relatórios e outros documentos disponíveis para comparar e avaliar a validade das respostas apresentadas pelos informantes.

Resultados

A aplicação da metodologia de avaliação rápida demonstrou que os instrumentos elaborados nesta pesquisa são capazes de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de atenção básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços da atenção básica e os problemas que devem ser enfrentados para melhorar a organização e o desempenho desse nível de atenção no município.

Aos informantes-chave (profissionais, supervisores e gestores) foram aplicadas de forma rápida (menos de 20 minutos por entrevista). E o uso de gestores e supervisores como informantes-chave é complementar aos resultados obtidos com os informantes-chave das unidades.

De acordo com os profissionais e gestores, as USF obtiveram valores mais significativos que nas UBS a exemplo dos indicadores de acesso (Tabela 1), elenco de serviços (Tabela 2), coordenação, formação profissional e gestão; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade. Já em relação ao vínculo o índice é elevado tanto para as USF quanto para as UBS (Tabela 3).

Apesar das diferenças nos valores médios, os resultados mostraram uma variação significativa no desempenho das unidades. As USF tiveram valores maiores do que as UBS.

Índice Acesso

Pode-se verificar na análise deste índice que apesar da diferença entre os dois tipos de unidades estudadas ser praticamente iguais, existe grandes diferenças nos indicadores específicos:

No indicador específico , espera mais de 30 minutos para ser atendido, nas UBS tradicionais o valor é superior a quatro, enquanto nas USF este valor cai para a metade, mostrando-nos que a resolutividade nas consultas é bem melhor nas USF do que nas UBS tradicionais, sendo estatisticamente significativa ao nível de 1%.

Tabela 1 – Acesso por tipo de unidade, Feira de Santana, 2007.

Indicador	PSF (n = 54)	UBS (n = 14)	todos (n=68)	X 2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Equipamentos adequados	4,95	3,2	4,61	7,29(4)
Co-pagamento	4,99	4,25	4,94	0,83(1)
Consulta médica < 24 horas	0,63	4,03	4,94	0,92(1)
Aberta durante o fim de semana	0,58	4,45	4,94	0,39 (1)
Aberta um dia depois das 18	3,2	5	4,1	9,88(3)*
Telefone para marcar consultas	3,15	2,6	2,97	3,23(3)*
Telefone (quando fechada)	2,83	3,2	3,47	6,4(4)
Espera média mais de 30	2,91	4,25	2,66	7,35(3)*
Índice composto – Acesso	2,2	2,35	2,43	17,7 (15)
(*) p < 0.1; (**) p < 0.05; (***)				

Índice Porta de Entrada

O resultado da tabela 2 sugere que essa dimensão poderia ser mais bem trabalhada pelo município, uma vez que um dos princípios do PSF é funcionar como porta de entrada ao sistema saúde.

Tabela 2 – Porta de entrada por tipo de unidade, Feira de Santana, 2007

PSF (n = 54)	UBS (n = 9)	todos (n=63)	X 2 (gl)*
Média	Média	Média	
3,2	2,6	3	5,80(5)

Provavelmente a diferença existente não seja estatisticamente significativa por causa da grande variação entre as unidades do PSF. Aproximadamente um terço das respostas dos profissionais das equipes do PSF apresenta um valor menor que a média.

Tabela 3 - Vínculo por tipo de unidade, Feira de Santana, 2007.

Indicador	PSF (n = 54)	UBS (n = 9)	todos (n=63)	X² (gl)^{***}
	Média	Média	Média	
Usuários são examinados pelo mesmo profissional	3,20	4,60	3,2	5,80(3)
População adscrita	4,80	2,44	4,25	14,64(3)**
Acesso aos profissionais para esclarecer as dúvidas	4,48	3,00	4,03	12,14(5)**
Tempo suficiente para a consulta	4,56	4,2	4,45	3,91(3)
Utilização do prontuário médico Profissionais	5,00	5,00	5,00	N/a
Informados sobre medicamentos usados	4,34	3,17	2,6	0,91(3)
Notificação se usuário não consegue medicamento	3,96	3,66	4,23	3,43(4)
Índice composto - vínculo	4,20	3,35	4,43	17,7 (15)**

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Podemos observar na tabela 3 que em relação ao vínculo, o fato de os profissionais do PSF estabelecerem um vínculo mais claro com o usuário seria porque dispõem de mais tempo durante a consulta, o que lhes permite esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional, no entanto os

profissionais das unidades do PSF quanto os das UBS tradicionais avaliam que o tempo destinado para cada consulta é suficiente. Pode ser que, em alguns casos, a capacitação específica dos médicos no PSF, segundo os princípios do programa, tenha influenciado a atitude do profissional e o conteúdo da consulta, dando mais ênfase à escuta do usuário, esclarecimento de dúvidas etc.

Índice Elenco de serviços

Tabela 4 - Elenco de serviços por tipo de unidade, Feira de Santana, 2007.

Indicador	PSF (n = 54)	UBS (n = 9)	todos (n=63)	X 2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Vacinações para crianças	4,20	4,80	4,58	1,43(2)
Atendimento para crianças	4,95	4,75	4,88	0,56(1)
Atendimentos para adultos	5,00	5,00	5,00	0,56(1)
Atendimento para idosos	4,50	4,22	4,88	N/a
Controle pré-natal	4,64	4,64	4,64	8,52(2) **
Serviços de planejamento familiar	4,74	3,17	2,6	4,20(2)
Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	4,74	4,76	4,74	3,45(3)
Programa de controle de tuberculose	3,90	0,35	2,43	10,7 (5)
Tratamento de doenças endêmicas 3,4	4,25	4,20	3,62	5,60(4)
Tratamento de doenças epidêmicas	4,89	4,95	3,84	5,76(4)
Atendimento de doenças crônicas	4,95	5,00	3,84	7,85(5)
Tratamento/controle de diabetes	4,95	4,50	4,61	7,29(4)
Tratamento/controle de hipertensão	4,99	4,64	4,94	0,83(1)
Tratamento de pequenas feridas	0,63	4,74	4,94	0,92(1)
Pequenas cirurgias	0,58	1,74	4,94	0,39 (1)
Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	3,20	3,90	4,10	9,88(3)*
Tratamento/controle de hipertensão	3,15	2,55	2,97	3,23(3)*
Problemas de saúde mental não graves	2,83	1,00	3,47	6,4(4)
Programa de nutrição Educação em saúde	2,91	1,89	2,66	7,35(3)*
Educação sobre acidentes domésticos	3,35	3,78	2,09	3,04(5)
Educação preventiva odontológica	1,66	3,22	2,62	3,3(5)**
Assistência preventiva odontológica	1,66	3,22	3,47	3,88(3)
Existência de protocolos específicos de atendimento	4,40	3,22	4,06	9,74(4)**
Índice composto: Elenco de serviços	3,99	3,70	3,89	21,55(20)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Entre as áreas de ação prioritárias o PSF é superior às UBS tradicionais apenas na oferta de controles pré-natais e no controle da tuberculose conforme verificamos na tabela 4. Não é clara a razão pela qual o PSF parece oferecer mais controles pré-natais do que os postos de saúde tradicionais. Uma explicação possível é a natureza das visitas domiciliares. Se uma grávida não faz a consulta segundo planejado, os agentes comunitários devem visitá-la para saber o que está acontecendo e alertá-la para que compareça à consulta. O PSF aparentemente dá mais ênfase à promoção da saúde do que as UBS - educação para a saúde, conselhos sobre o uso de tabaco e álcool, sobre violência doméstica, entre outros. Esta oferta provavelmente reflete a orientação comunitária do PSF e a capacitação dos membros da equipe sobre esses temas. Não obstante, o valor absoluto da oferta de educação para a saúde é baixo: os profissionais das unidades do PSF informaram que oferecem educação em saúde apenas em cerca de 40 a 60% das consultas.

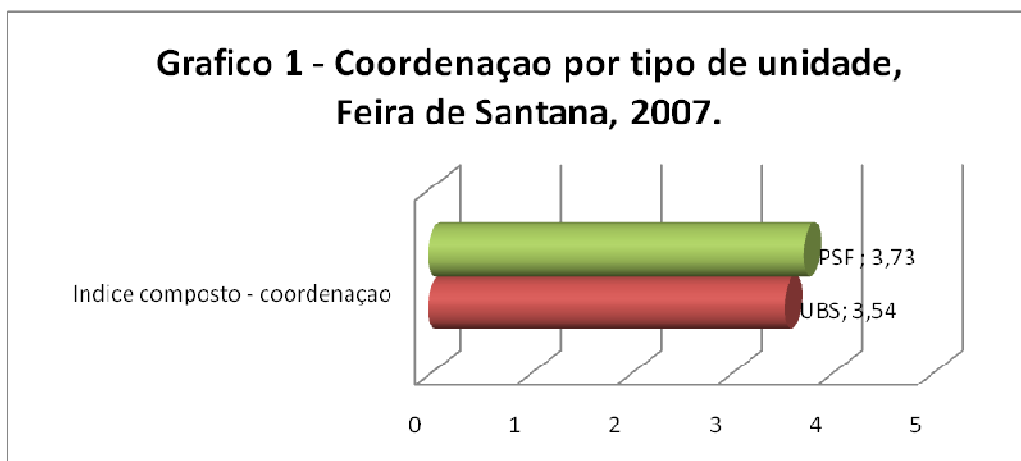
Por outro lado, no atendimento odontológico as unidades do PSF apresentaram pior resultado que as UBS tradicionais. Apesar de existir a decisão política de implantar serviços de odontologia nas unidades do PSF, esta meta ainda não foi realizada. Mesmo sem Odontólogo trabalhando nas

equipes do PSF seria possível melhorar a educação preventiva odontológica, talvez por meio dos ACS ou atividades realizadas nas escolas. Finalmente, as equipes do PSF têm mais protocolos clínicos específicos de atendimento para os serviços oferecidos. Esse fato reflete a ação do Ministério de Saúde, que com os Pólos de Capacitação, formulou e distribuiu protocolos de atendimento para as doenças prioritárias do programa. Os protocolos fazem parte do treinamento das equipes do PSF. Para melhorar a situação nas UBS tradicionais talvez valesse a pena estimular ou implantar a utilização dos mesmos protocolos do PSF.

Índice Coordenação

Na dimensão coordenação, segundo os profissionais, não existe grande diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais. O valor médio para os dois tipos de unidades é praticamente igual, respectivamente USF e UBS, 3,73 e 3,54.

**Grafico 1 - Coordenação por tipo de unidade,
Feira de Santana, 2007.**



PSF utiliza mais as normas para referência e contra-referência ($p < 0.05$); os profissionais do PSF reportam maior probabilidade de ter mecanismos formais para marcar consultas com especialistas ($p < 0.05$); Os profissionais do PSF reportam mais freqüentemente o fornecimento de informações escritas para os usuários entregarem aos especialistas quando encaminhados ($p < 0.05$); e nos dois tipos de unidades os profissionais reportam problemas no processo de contra-referência, somente recebendo informações sobre os resultados de inter consultas em cerca de apenas metade dos casos.

O PSF mostrou melhor coordenação que as UBS tradicionais em três áreas. Duas delas (utilização de normas para referências e fornecimento de informações escritas para serem entregues ao serviço especializado) têm a ver com as ações do médico ou enfermeiro que faz a referência e podem

refletir a capacitação permanente da equipe do PSF. A outra (mecanismos para marcar consultas com especialistas), supostamente, deveria ser igual para os dois tipos de unidades. Uma possível explicação para essa diferença, segundo os profissionais, seria que a SMS daria maior apoio às referências do PSF do que às das unidades tradicionais. Quase todos os profissionais responderam que se o cliente quisesse olhar seu prontuário médico poderia fazê-lo, mas como praticamente nenhum usuário costuma fazer essa solicitação os entrevistados não souberam como responder essa pergunta.

Índice Enfoque familiar

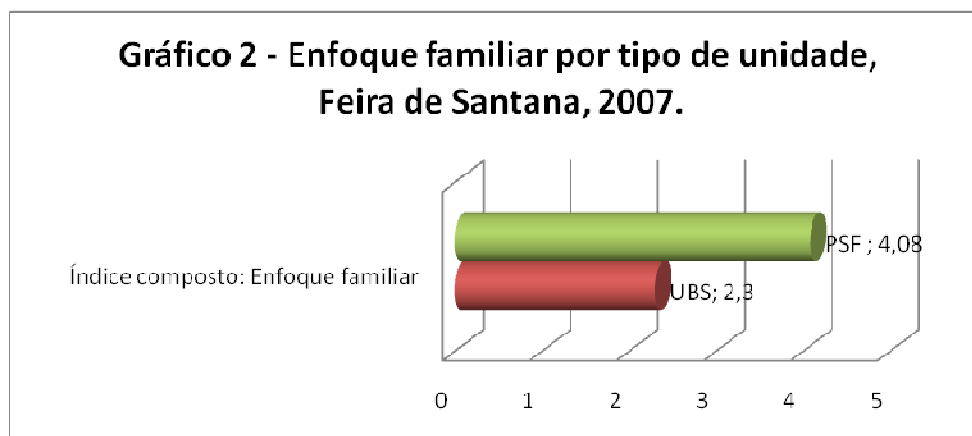
Nos resultados obtidos com esta análise, gráfico vieram confirmar que a implementação de uma diretriz do PSF, a família se afirma cada dia mais ao longo da estratégia de saúde da família nos municípios. Salientamos porém que mesmo as UBS tradicionais poderiam melhorar sua atuação nesta dimensão e incluir a família na consulta, perguntando sobre os fatores de risco e as condições de vida do usuário, organizando os prontuários segundo a lógica das famílias, tabela 5.

Tabela 5 - Enfoque familiar por tipo de unidade , Feira de Santana, 2007.				
Indicador	PSF (n = 54)	UBS (n = 9)	todos (n=63)	X 2 (gl)***
	Média	Média	Média	

Prontuários organizados por família	4,39	0,00	3,06	25,1(2)**
Consulta pede informações sobre saúde dos parentes	4,26	4,44	4,31	0,85(3)
A família pode ser incluída na discussão do problema da saúde	4,52	3,70	4,27	7,36(3)*
Consulta pede informações sobre fatores de risco socioeconômicos	4,82	4,50	4,73	3,29(2)
Índice composto: Enfoque familiar	4,50	3,13	4,08	25,1(11)**

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

A análise desta dimensão nos mostrou que as USF possuem uma tradição no enfoque familiar, uma diferença significativa para este tipo de unidade básica de saúde (gráfico 2)



Conclusão

A aplicação do questionário permitiu identificar tanto as especificidades das unidades da rede de atenção básica do município, quanto alguns dos principais problemas de organização e desempenho.

Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas dos profissionais das unidades em 38% dos casos no PSF e 67% dos casos nas UBS tradicionais e ambulatoriais.

Em geral, as unidades do PSF atingiram índices melhores nas dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica do que as UBS tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram valores equivalentes, o que pode ser explicado pela maior tradição do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de sete anos). Por outro lado, existem desafios importantes a serem superados, sobretudo no que diz respeito ao acesso, porta de entrada, elenco de serviços e coordenação.

1 Parte da tese de Doutorado. Agência de fomento, FAPESB – Fundação de Apoio a pesquisa da Bahia.

2 Professor de Odontologia Social e Saúde da Comunidade da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Bahia. Mestre em Odontologia pela UFF, e Especialista em Saúde Coletiva, ENSP. Doutorando em Odontologia UNESP.

3 Professora titular de Odontologia da UNESP. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP (Orientadora).

4 -Professora Adjunta de Odontologia da UNESP. do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP (Orientadora).

5 Chefe da Atenção básica da Secretaria Municipal de Saude de Feira de Santana, Professora de Enfermagem da faculdade de tecnologia e Cuencia.

Endereço para correspondência:

Programa de Pós-graduação e Odontologia Social. Rua Jose Bonifácio, 1193. Araçatuba – SP.
CEP: 16.015-050.

Email: jguimar@uefs.br

BIBLIOGRAFIA

Almeida CM. As reformas sanitárias nos anos 80: crises ou transição? [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1995.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos;** 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil.** Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília, 1999.

Pan American Health Organization. **Third evaluation of the implementation of the health care.** 2000.

Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, Plano Municipal de Saúde, quadriênio 2006 – 2009. 260 paginas.

Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Departamento de Atenção básica. Relatório de Gestão ano 2008.

Shi, L.; Machado, K. Saúde da Família se firma como estratégia permanente do SUS. **RADIS**, v. 23, p. 10-11, jul., 2004.

Starfield B. Promoting equity in health through research and understanding. *Developing World Bioeth* 2004; 4(1):76-95.

Starfield, B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios strategy for health for all by the year 2000. Washington, DC, 1998a. y tecnología. Barcelona: Fundación Jordi Gol i Gurina/SCMFIC/Masson, 2000.

Starfield, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, v.50, n.2, p.161-175, 2001. síntese dos principais resultados. Brasília, 2003.

Szwarcwald C L Mendonça MM Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005. resultados de inquérito domiciliar de base populacional *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):643-655,

Anexos

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil

(Para ser aplicado aos profissionais que trabalham nos serviços de saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA.

Baseado num questionário elaborado por:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA

Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais			
1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu título		
4.	Sua função	Administrador/a	
	(marque só uma resposta)	Agente comunitário de saúde	
		Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)	
		Enfermeiro/a	
		Médico/a	
		Outro profissional de saúde (especifique)	
		Outro gestor/(especifique)	
5.	Organização		
6.	Numero de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função:	_____ anos	
12.	Tipo de organização:	(marque só uma resposta)	
		Consultório privado	Clinica ambulatorial privada
		Equipe Saúde da família	Clinica ONG ou religiosa
		Centro de saúde	Hospital público
		Posto de saúde	Hospital privado
		Clinica ambulatorial pública	Outro (especifique)

B. Recursos humanos		
13.	Por favor, indique quantos e que tipo de profissionais trabalham na unidade.	
	Tipo de Profissional	Número de pessoas
	Agentes Comunitários de Saúde	
	Auxiliares de Enfermagem	
	Enfermeiros	
	Médicos	
	Odontólogos	
	Psicólogos	
	Assistente Social	
	Outros profissionais de saúde (especifique _____)	
	Outros (que não são profissionais de saúde) especifique _____	

B. Acesso								
(*) Adequado quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
14.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a unidade teve uma adequada* oferta de <i>medicamentos essenciais</i> ?	1	2	3	4	5	6	88
15.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a unidade teve adequado* <i>equipamento básico e estoque</i> para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
16.	Quantos usuários/clientes pagam alguma quantia para ser atendido (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
18.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?							
19.	Qual é o horário normal de funcionamento da sua unidade (de atenção básica)?	De _____ horas às _____ horas						
20.	A unidade fica aberta pelo menos um dia na semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
22.	Quando a unidade está fechada , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88

D. Porta de entrada								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
24.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88
E. Vínculo								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
25.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	5	6	88
26.	A unidade tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
27.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Os profissionais de saúde da sua unidade normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

F. Elenco de serviços								
Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?								
	Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe	
32.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
33.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
34.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
36.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
37.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
38.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
39.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
40.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
41.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
42.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
44.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
46.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
47.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
48.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
49.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
50.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
51.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
55.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88
G. Coordenação								
	Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe	
56.	Para que porcentagem das crianças atendidas existe um registro obrigatório?	1	2	3	4	5	6	88
57.	Que porcentagem de usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
58.	Para que porcentagem das grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Quantas grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Existem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Com que frequência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Quando um usuário/cliente precisar ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88

63.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Existe colheita de material para exames de laboratório na sua unidade?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
69.	O agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
70.	O usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
72.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário/cliente?	1	2	3	4	5	6	88
74.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
H. Enfoque familiar								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21- 40%)	Muitas vezes (41- 60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
75.	Que porcentagem dos prontuários médicos é organizada por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
77.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

I. Orientação para comunidade								
Com que frequência a sua unidade de atenção básica:								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
79.	Realiza enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pela população?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Realiza enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
81.	Tem representantes da comunidade participando na direção da unidade ou nos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Oferece visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88
J. Formação profissional								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
86.	Que porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
88.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
90.	A equipe de atenção básica foi capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex. cultura, nível socioeconômico, idioma etc.)	1	2	3	4	5	6	88
K. Auto avaliação de confiança nas respostas								
Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.								
91.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas

Agradecemos a sua participação.

Por favor, envie este documento para o _____, na _____.

Para poder incluir as suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia ____ de ____ de ____.

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado aos decisores ou supervisores que trabalham
na Secretaria Municipal de Saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM
ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO
INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais			
1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu Título		
4.	Sua função	Administrador/a	
	(marque só uma resposta)	Agente comunitário de saúde	
		Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)	
		Enfermeiro/a	
		Médico/a	
		Outro profissional de saúde (especifique)	
		Outro gestor(especifique)	
5.	Organização		
6.	Numero de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função:		
		anos	
12.	Tipo de organização	(marque só uma resposta)	
		Consultório privado	Hospital público
		Equipe saúde da família	Hospital privado
		Centro de saúde	Secretaria de saúde estadual
		Posto de saúde	Secretaria de saúde municipal
		Clinica ambulatorial pública	Conselho de saúde estadual
		Clinica ambulatorial privada	Conselho de saúde municipal
		Clinica ONG ou religiosa	Outro (especifique)

B. Distribuição de recursos financeiros								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
13.	Para alocar recursos públicos (federal, estatal, municipal) levam-se em consideração as diferentes necessidades de saúde da população a ser atendida?	1	2	3	4	5	6	88
14.	Para alocar recursos públicos (federal, estatal, municipal) levam-se em consideração as diferenças socioeconômicas da população?	1	2	3	4	5	6	88
15a	Para responder às necessidades de saúde das populações mais vulneráveis existem programas especiais de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
15.b	Em caso afirmativo à pergunta anterior, quais são estes programas especiais e qual porcentagem (aproximadamente) da população está coberta por cada um deles? (Caso não saiba, deixe em branco.)							
	Programa	% população coberta						

C. Acesso								
(*) Adequado quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-80%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
16.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem das unidades de atenção básica havia uma adequada* oferta de <i>medicamentos essenciais</i> ?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Durante os últimos seis meses para que porcentagem dessas unidades havia adequado* <i>equipamento básico e estoque</i> para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
18.	Que porcentagem das unidades básicas exige algum pagamento dos usuários/clientes na hora do atendimento (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
19.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
20.	Geralmente, as unidades de atenção básica estão abertas durante o fim de semana?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Qual é o horário normal de funcionamento das unidades de atenção básica?	Centro de saúde		De _____ horas às _____ horas				
		Posto de saúde		De _____ horas às _____ horas				
		PSF		De _____ horas às _____ horas				
		Outros		De _____ horas às _____ horas				
22.	Que porcentagem das unidades de atenção básica fica aberta pelo menos um dia durante a semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88

24.	Quando a unidade está fechada , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
25.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
D. Porta de entrada								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
26.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88
E. Vínculo								
27.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Que porcentagem das unidades de atenção básica tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode ligar para falar com o profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Acha que os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
32.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
33.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88
F. Elenco de serviços								
Em que medida as unidades de atenção básica oferecem os seguintes serviços?								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
34.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
36.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
37.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
38.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
39.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
40.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
41.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
42.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
44.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
46.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88

47.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
48.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
49.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
50.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
51.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
55.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
56.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
57.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88
G.	Coordenação	Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
58.	Em que porcentagem de unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de todas as crianças atendidas?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Que porcentagem de usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Em que porcentagem de unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Quantas grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
63.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando um usuário/cliente precisar ser referido para outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Quando os paciente são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Existem normas definidas para a realização de exames de laboratório para complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
69.	Em que porcentagem de unidades existe coleta de material para exames de laboratório na própria unidade?	1	2	3	4	5	6	88

70.	Em que porcentagem das unidades são os resultados dos exames de laboratório encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Em que porcentagem de unidades é feito o agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames feitos diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
72.	Em que porcentagem de unidades é o usuário/cliente avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referencia aos outros níveis de atenção	1	2	3	4	5	6	88
74.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
75.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário/cliente?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
H. Enfoque familiar								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-80%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
77.	Em que porcentagem das unidades são os prontuários médicos organizados por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
79.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88
I. Orientação para comunidade								
Com que frequência as unidades de atenção básica:								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-80%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
81.	Realizam enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades (demanda de atendimento) da população?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Realizam enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Têm representantes da comunidade participando na direção da unidade ou nos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Oferecem serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Oferecem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88

86.	Trabalham ou combinam com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Têm autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88
J. Formação profissional								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-80%)	Quase sempre (81-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
88.	Que porcentagem das unidades conta regularmente com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
90.	Que porcentagem dos médicos recebe treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
91.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebe treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Equipes de atenção básica estão capacitadas para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (e.g. cultura, nível socioeconômico, idioma)	1	2	3	4	5	6	88
K. Auto avaliação de confiança nas respostas								
Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não estão disponíveis. Por favor, indique sua fonte de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-80%)	Quase sempre (81-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
93.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
94.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas

Agradecemos a sua participação.

Por favor, envie este documento para _____, na _____, pelo e-mail _____ ou pelo fax _____.

Para poder incluir as suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia ____ de ____ de ____.