

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CHAPECÓ: UM ESTUDO
DE ADEQUAÇÃO**

ANGELA MOREIRA VITÓRIA

Orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM

Porto Alegre, abril de 2012.

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E DOS PROCESSOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CHAPECÓ: UM ESTUDO
DE ADEQUAÇÃO

Angela Moreira Vitória

Orientador: Prof.Dr. Erno Harzheim

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

Porto Alegre, Brasil.
2012

CIP - Catalogação na Publicação

Vitória, Angela Moreira

Avaliação da estrutura e dos processos na Atenção Primária à Saúde em Chapecó/SC: um estudo de adequação / Angela Moreira Vitória. -- 2012.
71 f.

Orientador: Erno Harzheim.
Coorientadora: Sílvia Takeda.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Saúde da Família. I. Harzheim, Erno, orient. II. Takeda, Sílvia, coorient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. Sérgio Antônio Sirena, Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos que sonham com um mundo de igualdade entre as pessoas. Mais do que saúde para todos, vida, alegria e prazer para todos. Os recursos financeiros e tecnológicos, acumulados pela humanidade, podem e devem ser usados para aliviar as dores e transformar a vida numa bela e gostosa brincadeira. Como a personagem Tante Rose de Isabel Allende: “Ninguém vigia você. Por que não foge, madrinha? ...não adianta nada eu ser livre e os outros permanecerem escravos.” Assim, não adianta nada uma produção tecnológica imensa, convivendo com a fome, a miséria e a falta de acesso ao sistema de saúde. Não adianta nada pensar em qualificação da atenção à saúde, se esta não for racional e igualmente distribuída.

Aos que lutam pela igualdade entre as pessoas, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus orientadores, Erno e Sílvia, pelos ouvidos atentos e pela postura, sempre buscando impulsionar o trabalho para uma contribuição mais rica e interessante. Obrigado por me oferecer este tipo de dedicação, comprometida e constante!

Agradeço aos meus filhos, Gabriel e Juliano, pelo apoio, pela convivência, pelos momentos bons que ajudaram a tornar muito mais leve este trabalho. E ainda a todos os consertos de internet, do skype, da instalação de um e outro programa novo a cada módulo, e mais o SPSS, e os palpites e sugestões na organização das tabelas. Obrigado!

Agradeço aos estudantes que auxiliaram na coleta de dados, Ariele, Maiara, Bruna, Élide, Carlos Guilherme, Daniele, Janaíne, Paulo Fachinello, Maysa, Thadeu, Gabriel, Gabriele, Joana. Obrigado de coração pelo esforço e atenção de todos vocês.

Agradeço aos 51 médicos, 47 enfermeiros e 24 coordenadores de UBS que aceitaram participar do trabalho e assim, tornaram possível a sua realização.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó pelo apoio e pela oportunidade.

Agradeço à Unochapecó e à coordenação do Pró-saúde pelo apoio, pelo espaço físico e material disponibilizado. E aos colegas, em especial a Lucimare Ferraz, pela ajuda, o entusiasmo e a torcida para que tudo desse certo. Obrigado!

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1. APRESENTAÇÃO

2. INTRODUÇÃO 10

3. REVISÃO DA LITERATURA 13

3.1 A Atenção Primária à Saúde 13

3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil 13

3.3 O Programa de Saúde da Família 14

3.4 A avaliação de serviços de saúde 15

3.5 A relação da estrutura com os resultados 16

3.6 A possibilidade de avaliar a orientação para a APS 17

3.7 A Atenção Primária à Saúde em Chapecó 20

4. OBJETIVOS 24

5. REFERÊNCIAS 25

6. ARTIGO 27

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 45

8. ANEXOS 47

A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 48

B. Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa 49

C. Formulários 50

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

MFC- Médico de Família e Comunidade

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS- Sistema Único de Saúde

SPSS/PASW -Statistical Package for Social Sciences/ Predictive Analytics SoftWare

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

UPA- Unidade de Pronto-Atendimento

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

VD- Visita Domiciliar

RESUMO

Este estudo buscou avaliar, em um município de médio porte, a adequação da estrutura e dos processos da atenção primária à saúde às orientações disponíveis. **Metodologia:** Usando um recorte transversal, avaliamos a estrutura, com base nas orientações do Ministério da Saúde, através de entrevistas com as 24 coordenadoras de UBS, e os processos, com base no grau de orientação para APS pelo PCATool-Brasil, através de entrevistas com 98 médicos e enfermeiros. **Resultados:** Encontramos adequação a uma série de características estruturais e inadequação a outras como, por exemplo, alto número de habitantes por equipe, baixa oferta de consultas, baixa formação profissional para a APS e falta de avaliação sistemática das ações. Da mesma forma, um processo satisfatório em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato (escore: 3,6) e longitudinalidade (escore: 6,0). **Conclusão:** A adequação do sistema de saúde de Chapecó implica em ampliar 56 mil consultas médicas/ano, 2 novas UBS, estimular a formação profissional para APS e estimular a avaliação sistemática das ações.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Saúde da Família

ABSTRACT

This study sought evaluate, in the scenario of a mid-size city, the adequacy of the structure and processes of primary health care (PHC) to the directions available. **Methodology:** Using a cross-sectional study, we evaluate the structure on the basis of the directions of the Health Ministry, through interviews with 24 the coordinators of the Health Basic Units (HBU), and process on the basis of the level measurement for PHC measured by Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), through interviews with 98 professional doctors and nurses. **Results:** We observe accordance with a whole series of structural characteristics directions by the Health Ministry and inadequate to others as, for example, on the high number of inhabitants by team, the low offer of medical consultations, vocational training low for PHC and lack of systematic evaluation of actions. At the same time, it demonstrates a satisfactory process in some attributes of the PHC and unsatisfactory in relation to the first-contact access (score: 3,6) and longitudinality (score: 6,0). **Conclusion:** The adequacy in Chapecó of the health system, implies enlarge 56 thousand medical consultations/year, 2 new HBU, stimulate vocational training for PHC and encourage the systematic evaluation of actions.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Research, Family Health Program

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da Estrutura e dos Processos da Atenção Primária à Saúde em Chapecó/SC: um estudo de adequação”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 24 de abril de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e formulários de coleta de dados, estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, o sonho de construir sistemas de saúde universais, igualitários e com potencial para garantir maior longevidade com melhor qualidade de vida para todos, vem sendo perseguido por profissionais e cidadãos em diversas partes do mundo. Dispor da estrutura necessária para ofertar estes serviços em quantidade e qualidade suficientes, tem sido um desafio para todos e, especialmente, para os países em desenvolvimento (1). Desta forma, é necessário compreender detalhadamente as características estruturais preconizadas pelos órgãos normatizadores das políticas de saúde e compará-las às características presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas por um país como o Brasil, composto por territórios com realidades bastante diversas. Da mesma forma, é interessante identificar o grau de orientação para a Atenção Primária à Saúde – (APS) que foi possível atingir nos serviços primários no Brasil, especialmente nos municípios de médio porte, onde existe menor volume de estudos.

A orientação para a APS pode ser avaliada analisando-se em que medida os quatro atributos essenciais da APS - acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação dos cuidados – e dos três atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e valorização da cultura, estão presentes (2).

As evidências encontradas nos estudos da pesquisadora Barbara Starfield demonstraram que sistemas de saúde orientados para a atenção primária à saúde obtêm melhores resultados e são menos onerosos. Um conjunto de estudos ecológicos comparou 12 nações e verificou melhores resultados para os quatorze indicadores de saúde avaliados nos sistemas de saúde orientados para a APS comparativamente aos

sistemas não orientados para a APS. Os indicadores avaliados foram mortalidade neonatal, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infantil, expectativa de vida para 1 ano, 20, 65 e 80 anos, para homens e para mulheres separadamente, taxas de morte ajustadas por idade, anos de vida potenciais perdidos antes dos 65 anos por problemas preveníveis, porcentagem de baixo peso ao nascimento. Paralelamente, também foram avaliados os custos dos sistemas de saúde. Foram observadas reduções dos custos na medida em que o sistema era mais orientado para a APS (2).

Um instrumento capaz de medir a presença e a extensão dos atributos da APS, construído por Barbara Starfield e colaboradores, vem sendo utilizado por vários pesquisadores. Este instrumento, intitulado Primary Care Assessment Tool- PCATool, foi traduzido e validado no Brasil, constituindo-se em uma ferramenta capaz de avaliar os serviços de saúde (3). O PCATool – versão profissionais de saúde- mede a extensão dos atributos da APS, contemplando vários aspectos de estrutura e de processo para cada atributo essencial e derivado (3). Assim, avalia a orientação para a APS através da experiência de trabalho dos profissionais de saúde.

O Brasil tem buscado orientar o sistema de saúde para a APS e tem utilizado a Estratégia Saúde da Família com esta finalidade (4). A estratégia está em franco crescimento no país do ponto de vista de implantação de equipes e de ampliação de financiamento, apresentando uma aceleração deste processo a partir de 1998 (5).

Apesar do Ministério da Saúde incentivar a ampliação da APS via Estratégia Saúde da Família, diferentes modelos organizacionais coexistem, sendo usualmente referidos como Unidades Básicas de Saúde Tradicionais. A Estratégia Saúde da Família, por orientação da Política Nacional de Atenção Básica, deve ter área territorial, número de habitantes e equipe de saúde regulados pelos critérios da política nacional. Já as UBS Tradicionais obedecem a outras formulações, heterogêneas entre si.

Os resultados dos estudos que avaliaram a ESF variam desde reduções significativas na mortalidade infantil (6) até uma discreta melhora na continuidade dos cuidados (7).

Já os estudos que compararam a ESF com UBS Tradicionais identificaram melhor satisfação do usuário e do profissional na ESF (8), melhor desempenho da ESF nos cuidados em hipertensos e diabéticos (9), maior prevalência de continuidade interpessoal na atenção à saúde na ESF (7). Ao mesmo tempo, também identificam problemas de acesso e integralidade da atenção na ESF (8), o uso de protocolos pouco freqüente e apenas metade dos pacientes obtendo acesso a medicação nas UBS, com um desempenho um pouco melhor na ESF (9).

A rápida ampliação da cobertura da ESF, de 10 milhões de pessoas em 1998 para 101 milhões em 2011 (10), ao mesmo tempo em que ampliou o acesso dos usuários ao sistema de saúde, apresentou um desafio de ampliar a estrutura física, o número de profissionais, a formação para a APS, de modo a possibilitar processos capazes de reorientar o modelo de atenção.

O Ministério da Saúde preconiza, através de suas publicações, uma série de características estruturais e elementos dos processos dos serviços de atenção primária à saúde, com vistas a garantir qualidade assistencial (4,11).

Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar a estrutura e os processos nas UBS de Chapecó, SC, considerando-se o grau de orientação para a atenção primária à saúde e a adequação às características estruturais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Atenção Primária à Saúde

O objetivo dos sistemas públicos de saúde é obter, para toda população, os melhores níveis de saúde que a tecnologia disponibiliza, aos menores custos possíveis, e de modo a minimizar as disparidades entre os subgrupos populacionais (2).

Um caminho para atingir este objetivo foi apontado em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma-Ata-Cazaquistão. A Declaração de Alma-Ata estimulou os governos a construir sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde, acreditando ser esta uma forma de reduzir as desigualdades, controlar as endemias, distribuir recursos e estimular a paz mundial (12).

Trinta anos após a Conferência de Alma-Ata, em outubro de 2008, em um comentário no Lancet, Starfield e outros autores desenvolveram uma reflexão sobre a APS nestes 30 anos. Nesta reflexão, destacam o surgimento de evidências sobre a efetividade, a eficiência e os menores custos da atenção primária à saúde. Evidências de que sistemas de saúde que distribuíram os recursos de acordo com as necessidades de suas populações, eliminaram os co-pagamentos, assumiram a responsabilidades pelo financiamento e que orientaram seus sistemas de saúde para a atenção primária são mais custo-efetivos (13).

Alguns países em desenvolvimento têm buscado investir em sistemas de saúde com melhores resultados nos indicadores de saúde para parcelas significativas das suas populações, com melhor acesso e mais orientados para a família e para a comunidade, como a Tailândia, o Brasil e Cuba (13). Apesar disso, são poucos os países que têm orientado seus sistemas para APS (2).

3.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

Os conceitos de atenção primária à saúde, atenção básica e Programa Saúde da Família (PSF), tem sido, no Brasil, permeados também por uma falsa polêmica que, ora caracteriza uma política de caráter universal e integral, sendo a APS a porta de entrada deste sistema, ora uma política focalizada, em que apenas as populações mais excluídas teriam o acesso a uma espécie de cesta básica da saúde (15).

O movimento da reforma sanitária brasileiro, iniciado na década de 1970, em pleno regime militar, foi um movimento civilizatório. Defendia uma mudança de valores na sociedade brasileira, trazendo a solidariedade como valor estruturante. Foi desencadeado por profissionais de saúde e intelectuais, teve eco na população, ganhando mais força no período que precedeu a elaboração da Constituição Brasileira de 1988. Assim, a chamada “Constituição Cidadã” teve influência direta destas idéias e aprovou um sistema de saúde com caráter universal, igualitário, descentralizado, com participação popular e controle social, com envolvimento de todas as esferas de governo no seu financiamento e com financiamento 100% estatal (16).

Coerentemente com estes valores, os intelectuais defensores da Reforma Sanitária, propunham a construção de uma rede de unidades básicas de saúde, capazes de garantir o acesso universal, igualitário e com qualidade para a população brasileira (16). Mas esta proposta só ganhou espaço na política pública, quando da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

3.3 O Programa Saúde da Família

Em 1994, o MS criou o PSF orientando que fosse constituído por uma equipe mínima formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Estes profissionais assumiriam a responsabilidade por um território claramente definido com uma população adscrita de até 4.500 habitantes.

Este programa, quando da sua criação, não era compreendido por alguns setores como estratégia reordenadora do modelo de atenção. Foi sendo ampliado ao longo dos anos até que, em 2007, na Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério publicou sua intenção de “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS” (4). Assim, os objetivos de cobertura mudaram, o financiamento foi ampliado e a incorporação de novas equipes aconteceu em todo país. Mas a estrutura mínima sugerida, não foi alterada.

3.4 A Avaliação de Serviços de Saúde

O referencial teórico para avaliação de serviços de saúde aqui utilizado foi construído pelo trabalho de Avedis Donabedian. Tal pesquisador propôs a avaliação de serviços de saúde através do tripé estrutura, processo e resultado. Para tanto, define a estrutura de um serviço de saúde como sendo o conjunto dos atributos que definem como o cuidado é prestado. Este conceito contempla recursos materiais (suficiência das instalações, dos equipamentos e dos recursos financeiros), recursos humanos (suficiência do número e qualificação das pessoas) e estrutura organizacional (suficiência de médicos disponíveis, métodos de revisão do trabalho e métodos de reembolso). O processo é a própria forma na qual o cuidado é prestado, considerando-se as atividades realizadas pelos profissionais, seu processo de diagnóstico, suas recomendações e tratamentos.

Os resultados denotam a efetividade dos cuidados e seu impacto sobre o estado de saúde dos pacientes e das populações.

Donabedian descreve a necessidade de avaliação dos três elementos, mas ressalta que uma boa estrutura, amplia a razão de probabilidades de um bom processo e,

este, de bons resultados (14).

3.5 A relação da estrutura com os resultados

Donabedian afirma que, observando o tripé estrutura, processo e resultado, para ter a expectativa de processos e resultados satisfatórios, é imprescindível que a estrutura esteja satisfatória. Mas também afirma que o detalhamento da estrutura e da medida em que cada característica estrutural interfere no processo e nos resultados, ainda carece de estudos (17).

Um estudo realizado pelo departamento de saúde pública de Londres, em 2004 (18), avaliou a relação entre estrutura da atenção primária à saúde e indicadores de cuidados em saúde. Com um delineamento ecológico, comparou a relação entre disponibilidade de médicos generalistas com resultados em saúde. A disponibilidade foi distribuída em três categorias: privação mínima, privação média e privação máxima de médicos generalistas. Estes dados foram comparadas à taxa de mortalidade, hospitalizações, gestações na adolescência, e outros indicadores de resultado. Foi encontrada fraca associação entre disponibilidade dos profissionais e os indicadores de resultado, no sentido de que, quanto menor a privação na oferta de médicos, melhores os resultados (18).

Kringos e cols propuseram um sistema em que se monitore estrutura, processo e resultado das unidades de saúde de 31 países europeus. Neste trabalho, buscaram evidências científicas para a avaliação da APS de forma a melhorar a compreensão da prestação de cuidados primários e criar oportunidades para melhorar a tomada de decisão. (17).

O Ministério da Saúde preconiza, através da Política Nacional de Atenção Básica (4) e do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (11), uma

série de características de estrutura e processo que devem ser contempladas nas UBS com a finalidade de garantir qualidade assistencial. Estas características estruturais preconizadas referem-se ao tamanho da população adscrita, os limites do território, a composição da equipe, os tipos de modelos organizacionais, a proporção de profissionais por habitante, a proporção de agentes de saúde por enfermeiro, a carga horária dos profissionais, a formação profissional, a área física, os insumos, a existência de uma sistemática de avaliação das ações, as atividades multidisciplinares (reunião de equipe e discussão de caso), a presença de conselho local de saúde, o sistema de referência e contra-referência, o uso de sistemas de informação, a oferta de consultas/habitante/ano e o tempo de permanência do profissional na UBS.

Assim, apesar de parecer óbvio que serviços mal estruturados terão mais dificuldades para alcançar os resultados esperados, é preciso investigar a dimensão da carência de estrutura nos serviços no presente momento. Quanto e exatamente onde estão as deficiências de estrutura da APS no Brasil, é uma questão que merece maior aprofundamento no país e, particularmente, em Chapecó.

3.6 A possibilidade de avaliar a orientação para a APS

As dificuldades na avaliação de serviços de saúde, de gestão, de incorporação de novas tecnologias e de diretrizes clínicas no Brasil foram detalhadas no trabalho de Krauss- Silva (19). A autora cita as dificuldades de generalizações, para o cenário brasileiro, das avaliações de tecnologia realizadas em outros países. Para tanto, considera a baixa qualidade dos dados, as diferenças de custos, um número pequeno de profissionais nos centros formadores habilitados a desenvolver avaliações de tecnologias em saúde (19).

A avaliação da atenção primária à saúde é ainda mais complexa por envolver múltiplas disciplinas. A qualidade da atenção a nível individual é mais fácil de medir do que a qualidade ao nível do sistema de saúde e da comunidade (20).

Alguns instrumentos têm sido elaborados visando avaliar a Atenção Primária à Saúde. Entre eles, o Primary Care Assessment Tool – PCATool, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária. Este instrumento apresenta originalmente versões auto aplicáveis para profissionais, versões destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto) e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield & cols na *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, o PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. Foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2).

Os conceitos dos atributos da APS foram aprofundados pela autora Barbara Starfield. O acesso de primeiro contato envolve a localização do serviço próxima à população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência da acessibilidade. *A atenção ao primeiro contato* leva em conta o uso do serviço a cada novo problema de saúde ou novo episódio de um problema antigo e a percepção deste uso pelo usuário. Assim temos o acesso como um elemento estrutural e a atenção ao primeiro contato como elemento processual (2).

O cuidado das pessoas ao longo do tempo, designado *longitudinalidade*, a responsabilização por todos os problemas de saúde do usuário, caracterizada como *integralidade*, a coordenação de todas as informações e a integração das decisões acerca

do cuidado, definido como *coordenação dos cuidados*, e o *acesso de primeiro contato* são os atributos essenciais da APS (2).

O *enfoque na família*, a *competência cultural* e *orientação comunitária* são considerados atributos derivados dos anteriores (2). O *enfoque na família* está presente quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar. A *competência cultural* envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais. A *orientação comunitária* é caracterizada como uma abordagem que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas a ofertar a uma determinada comunidade.

Através de 77 questões, divididas em blocos que correspondem aos atributos da APS (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação dos cuidados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) o PCATool, versão profissionais de saúde, avalia os atributos da APS pela experiência dos profissionais de saúde e define um escore de orientação para a APS.

As respostas são estruturadas seguindo uma escala tipo Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, sendo 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim. A avaliação advém do conjunto de escores de cada atributo, gerando um escore global que caracteriza o grau de orientação do serviço ou sistema de saúde à atenção primária.

O escore essencial é obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e o escore geral da APS, pelo valor

médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para este escore é transformado para uma escala entre 0 e 10, como se segue:

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{\text{escore obtido} - 1 \times 10}{4 - 1}$$

$$4 - 1$$

Os escores geral e essencial podem ser dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore quando $< 6,6$ e Alto Escore quando $\geq 6,6$.

3.7 A atenção primária à saúde em Chapecó

Chapecó é um município de médio porte do oeste de Santa Catarina, com 182.809 habitantes (21), localizado na bacia hidrográfica do Rio Uruguai. A base econômica da região é agroindustrial, com forte investimento no setor de suínos e aves, ocupando uma parcela significativa da população produtiva nestas atividades. Apresentou crescimento econômico e populacional acelerado na última década, ampliando de 141 mil habitantes em 2001, para 182 mil em 2011, com média de 4 mil habitantes novos por ano. Da mesma forma, o IDH que chegava a 0,761 em 1991, evoluiu para 0,848 em 2000 (22). Os dados brasileiros indicam que em 2010 o IDH brasileiro foi de 0,699 e o do estado de Santa Catarina foi 0,840, sendo o segundo estado brasileiro no ranking do IDH. A mortalidade infantil reduziu de 14,6 em 2002 para 13,0 em 2008 (10). A mortalidade tem se concentrado nas doenças cardiovasculares (28,2%), seguida das neoplasias (20,2%) e das causas externas (15,9%), obedecendo ao padrão nacional de ampliação dos óbitos por doenças crônico-degenerativas e causas externas (10). O abastecimento de água pela rede pública atingia 82% da população em 2000, e a rede de esgoto pública de apenas 6,7%, tendo 88% da população a utilização de fossa séptica ou fossa rudimentar (10).

Os dados do DATASUS/2010 descrevem a rede assistencial constituída por 27 Unidades Básicas de Saúde públicas, 52 clínicas especializadas na rede privada e 5 clínicas especializadas na rede pública, 26 unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, 1 hospital público com 300 leitos, 13.884 internações por ano, 12 leitos de UTI, centros de alta complexidade em ortopedia, neurocirurgia, oncologia e transplantes. Um hospital privado com 60 leitos, 5 leitos de UTI. O município tem 1026 médicos, chegando assim a 5,8 médicos/1000 habitantes, sendo que 634 destes atendem ao SUS e 392 não atendem ao SUS. Os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (5) detalham a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família que atingiu em junho de 2009, 64% de cobertura com 88% de cobertura de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). A maior parte dos enfermeiros e médicos da rede pública de Chapecó é formada por servidores públicos municipais, com vínculo empregatício com o município e estabilidade. Há uma parcela destes que trabalham sob regime de contrato emergencial e temporário. Uma parcela tem vínculos com outras instituições como o Hospital Público Regional, o Hospital privado, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), as universidades e as escolas técnicas profissionais (10).

A rede de atenção primária à saúde vem sendo ampliada ao longo dos últimos anos. Em 1996 havia 16 Unidades Básicas de Saúde e 258 trabalhadores na Secretaria Municipal de Saúde. Em 2004, eram 24 Unidades Básicas e 664 trabalhadores. Hoje são 27 Unidades Básicas e 1055 profissionais. Este crescimento acompanhou o crescimento da população e da receita do município (10).

Tabela 1: Descrição da ampliação do número de Unidades Básicas de Saúde, do número de profissionais na Secretaria Municipal de Saúde, da população do município, da Receita Tributária Líquida, da proporção do gasto com saúde, da proporção da cobertura de saúde da família, em Chapecó/SC, entre 1996 e 2010.

ANO	UBS	Profissionais de saúde ligados à SMS Chapecó	População	Receita Tributária Líquida	Proporção do gasto em saúde	Proporção da cobertura de ESF
1996	16	258	131.014	36.077.943,13	9,63%	0%
2004	24	664	161.391	78.302.818,42	18,58%	41,51%
2010	27	1055	182.809	147.498.970,12	20,55%	86%

Fonte: Datasus, siops, www.saude.gov.br/dab

O quadro acima demonstra a realidade de um município que vem ampliando seus investimentos na rede pública de saúde. Resta saber se esta ampliação vem sendo acompanhada de uma reorientação de modelo assistencial de forma a tornar o sistema orientado para a Atenção Primária à Saúde.

As características estruturais das 27 UBS são distribuídas de forma heterogênea no município de Chapecó e no país. Em Chapecó, os territórios são claramente definidos, mas em algumas situações, as unidades estão longe das residências de parcela significativa dos usuários. O vínculo profissional varia de profissionais concursados com vínculo empregatício estável para contratos emergenciais e temporários. A disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico é distribuída por critérios populacionais entre as unidades, mas o acesso a eles está na dependência da logística de agendamentos e na fila de espera já gerada. A população adscrita, por exemplo, varia de 800 a 16.000 habitantes, entre as unidades. Quanto à formação profissional, há unidades com médico, enfermeiro e odontólogo com formação em saúde da família, bem como, unidades com nenhum profissional com formação específica para APS. Da mesma forma existem, equipes que estão há 10 anos na mesma unidade e equipes que tem rotatividade de até 4 médicos e enfermeiros diferentes em um ano.

Atualmente, a oferta na rede básica foi ampliada e o município dispõe de 37 equipes de saúde da família em 27 unidades. Em maio de 2010, foi atingida a cobertura

de 86% da população cadastrada em Estratégia de Saúde da Família. No país, no mesmo período, a cobertura chegou a 53% da população cadastrada (5).

Esta ampliação precisa ser avaliada visando identificar se a destinação de recursos públicos resultou em maior acesso aos serviços de saúde, com atendimento mais integral, com acompanhamento longitudinal, com coordenação dos cuidados pela APS, com orientação comunitária, enfoque familiar e competência cultural. Medir as variáveis de estrutura e processo, nos serviços de atenção primária, considerando-se as orientações de estrutura fornecidas pelos documentos do Ministério da Saúde e a avaliação dos atributos da APS através do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, pode identificar os elementos que se constituem em obstáculos para a qualidade do sistema de saúde. Assim, os resultados desta avaliação podem auxiliar os tomadores de decisão a orientar os investimentos públicos no sentido de corrigir as deficiências de estrutura e processo encontradas, buscando maior qualidade assistencial.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura e os processos de cuidado nas Unidades Básicas de Saúde do sistema de saúde do município de Chapecó, SC, considerando-se o grau de orientação para a atenção primária à saúde e a adequação às características estruturais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever aspectos da estrutura das Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó, avaliando a adequação destes aspectos às orientações do Ministério da Saúde;

Medir o grau de orientação para Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Chapecó, por meio das experiências dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a orientação para a Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Birn AE. Small(pox) success? Cien Saude Colet 2011 Feb;16(2):591-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tng=pt&pid=S1413-81232011000200022.
2. Starfield B. Primary Care:balancing health needs, services, and technology.Brasília: UNESCO,Ministério da Saúde, 2002. 726p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool - Brasil. Brasília, DF, 2010. Disponível: http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Manual_PCATool_VF.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde,Política Nacional de Atenção Básica, 2007.4(7-9). Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf,
5. Brasil. Departamento de Atenção Básica. 2010.[Citado 2011 Jan 20] Disponível em <http://dab.saude.gov.br/>
6. Macinko J. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc Sci Med.2007 Nov, 65(10):2070-80.
7. Rosa Filho LA. Factors associated with interpersonal continuity of care: a population-based study. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008 Apr; 24(4) 915-925.
8. Samico I, Hartz ZMA. Atenção a saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev. Bras. Saúde matern. Infant, 2005; 5(2):229-240.
9. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E.Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica a saúde. Cienc. Saúde coletiva, 2006 Jul; 11(3):657-667.
10. Datasus -Departamento de Informática do SUS [homepage]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipesc.def>
11. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, 2010 [Citado 2011 Jan 20] Disponível em <http://dab.saude.gov.br/>
12. Fendall NR. Declaration of Alma-Ata. Lancet. 1978 Dec 16. 2(8103):1308
13. Rawaf S. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet 2008 Oct 18.Disponível www.the-networktufh.org/download.asp?file=Article_TheLancet
14. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine; 1997 Nov; 121 (11):1145

15. Rodrigues Gil CR, Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006 Jun 22(6):1171-1181. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>
16. ABRASCO CARU. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. In: Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2006; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2006 Jul. Disponível: www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070306142552.pdf
17. Kringos DS, Boerma GW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*, 2010; 27: 11-81.
18. Gulliford M, Jack R, Adams G. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Services Research*, 2004. Published 11 de junho de 2004. Available from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/12>
19. Krauss-Silva L. Technology assessment in health care: methodological and operational questions. 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2):199-207.
20. Heath I, Rubinstein A, Stange K, van Driel M. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *British Medical Journal*. 2009 Apr 18;338(7700): 911. In: ProQuest Medical Library [database on the Internet] [cited 2010 Jun 21]. Available from: <http://www.proquest.com/>; Document ID: 1700463461.
21. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/Acesso em 08/06/2011>.
22. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD. Ranking do IDH dos municípios brasileiros. 2010. Disponível: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm). Acesso em 06/08/2011.

ARTIGO

Avaliação da estrutura e dos processos nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Chapecó, SC: um estudo de adequação

Angela Moreira Vitória 1
Erno Harzheim 2
Sílvia Takeda 3
Lisiane Hauser 4

- 1 – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó
- 2- Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- 3- Médica epidemiologista do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição
- 4 - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

Angela Moreira Vitória

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

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

CEP 91.330-630

angelavit@unochapeco.edu.br

*** Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública**

Avaliação da estrutura e dos processos nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Chapecó, SC: um estudo de adequação

RESUMO

Este estudo buscou avaliar, em um município de médio porte, a adequação da estrutura e dos processos da atenção primária à saúde às orientações disponíveis. **Metodologia:** Usando um recorte transversal, avaliamos a estrutura, com base nas orientações do Ministério da Saúde, através de entrevistas com as 24 coordenadoras de UBS, e os processos, com base no grau de orientação para APS pelo PCATool-Brasil, através de entrevistas com 98 médicos e enfermeiros. **Resultados:** Encontramos adequação a uma série de características estruturais e inadequação a outras como, por exemplo, alto número de habitantes por equipe, baixa oferta de consultas, baixa formação profissional para a APS e falta de avaliação sistemática das ações. Da mesma forma, um processo satisfatório em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato (escore: 3,6) e longitudinalidade (escore: 6,0). **Conclusão:** A adequação do sistema de saúde de Chapecó implica em ampliar 56 mil consultas médicas/ano, 2 novas UBS, estimular a formação profissional para APS e estimular a avaliação sistemática das ações.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Saúde da Família

ABSTRACT

This study sought evaluate, in the scenario of a mid-size city, the adequacy of the structure and processes of primary health care (PHC) to the directions available. **Methodology:** Using a cross-sectional study, we evaluate the structure on the basis of the directions of the Health Ministry, through interviews with 24 the coordinators of the Health Basic Units (HBU), and process on the basis of the level measurement for PHC measured by Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), through interviews with 98 professional doctors and nurses. **Results:** We observe accordance with a whole series of structural characteristics directions by the Health Ministry and inadequate to others as, for example, on the high number of inhabitants by team, the low offer of medical consultations, vocational training low for PHC and lack of systematic evaluation of actions. At the same time, it demonstrates a satisfactory process in some attributes of the PHC and unsatisfactory in relation to the first-contact access (score: 3,6) and longitudinality (score: 6,0). **Conclusion:** The adequacy of the health system Chapecó implies enlarge 56 thousand medical consultations/year, 2 new HBU, stimulate vocational training for PHC and encourage the systematic evaluation of actions.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Research, Family Health Program

Introdução

As ações dos serviços de saúde estão gerando impactos positivos na saúde da população? Esta é a principal pergunta a responder nos nossos esforços avaliativos. Mas além desta resposta, precisamos também responder exatamente o que deve ser alterado no serviço de saúde para melhorar o seu impacto. Donabedian propôs três eixos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, intimamente interligados - estrutura, processo e resultado – demonstrando ser imprescindível uma estrutura adequada para se alcançar processos assistenciais e, conseqüentemente, resultados em saúde satisfatórios (1). Habicht, Victora e Vaughan propuseram, baseado em Donabedian, que a avaliação de programas e serviços de saúde buscasse orientar o tomador de decisão (2). Diante de estratégias ou programas que já dispõem de evidências de plausibilidade e de probabilidade, o eixo de avaliação mais adequado para auxiliar o tomador de decisão será adequabilidade da mesma, isto é, identificar a existência de obstáculos que dificultem a operacionalização dos programas, estratégias ou serviços, partindo de aspectos de oferta (estrutura), para utilização e cobertura (processo), alcançando, por fim, a avaliação de resultados.

O Ministério da Saúde vem optando por um modo de prestar o cuidado na APS e o caracterizando como Estratégia Saúde da Família-ESF. A avaliação deste modo de prestar o cuidado tem apresentado resultados positivos como: a redução da mortalidade infantil (3), redução de internações por condições sensíveis à APS (4) e avanços na integração da ESF à rede assistencial (5). Os estudos que avaliaram a qualidade da ESF, comparando-a as UBS Tradicionais, descrevem a superioridade da primeira em relação à última. Mas esta superioridade foi observada em aspectos bastante frágeis como: discreta melhora na continuidade dos cuidados (6), melhor satisfação do usuário e do profissional (7) e melhor desempenho nos cuidados aos portadores de hipertensão e diabetes (8). Da mesma forma, esses estudos evidenciaram fragilidades em ambas as formatações ao identificar problemas de acesso e integralidade (7), uso pouco freqüente de protocolos clínico-assistenciais e dificuldade de acesso à medicação nas Unidades Básicas de Saúde (8). Assim, a ESF não é, ao menos por enquanto, uma estratégia que

dispõe de evidências de plausibilidade e de probabilidade, a ponto de podermos apenas avaliar as dificuldades na sua operacionalização. É necessário, portanto, avaliar a estrutura e os processos da ESF e do conjunto da APS, observando a adequação dos diferentes modelos organizacionais às orientações vigentes.

No contexto da avaliação da APS, Starfield et al (9) criaram o instrumento PCATool (10). Tal instrumento, validado no Brasil (11), mede a extensão dos atributos da APS através da análise dos aspectos de estrutura e processo. No âmbito nacional, o MS também propôs critérios acerca de elementos de estrutura e de processo com intuito de garantir qualidade nos serviços de APS (12,13).

Assim, este trabalho objetiva avaliar a estrutura das UBS de Chapecó, através da avaliação da adequação das 24 UBS às orientações do MS, bem como avaliar os processos de atenção através da medida do escore de orientação para a APS, utilizando o PCATool/Brasil versão profissionais. A ausência de esforços avaliativos da APS em municípios com população menor de 200 mil habitantes, onde reside 55% da população brasileira (14), é marcante. Assim, o presente estudo objetiva contribuir para identificar as limitações e potencialidades de aspectos da estrutura e dos processos, em um município de médio porte, buscando melhor qualidade assistencial.

Metodologia

Foi realizado um estudo de avaliação com ênfase na adequação da estrutura e dos processos nos serviços de APS em Chapecó, por meio de delineamento transversal com coleta de dados primários, entre abril e outubro de 2010. Chapecó é um município de médio porte, localizado no oeste de Santa Catarina, com 182.809 habitantes, crescimento demográfico de 3,4% ao ano, atingindo 4 mil novos habitantes por ano, IDH de 0,848 em 2000, e uma rede de serviços de APS de ampliação recente, contando com 24 Unidades Básicas de Saúde, com 86% de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação da Estrutura

A unidade de análise utilizada foram as UBS do município de Chapecó. Para este fim, todas as coordenadoras das UBS foram entrevistadas e responderam quanto à presença ou ausência de um conjunto de características estruturais. A escolha destas características teve como base as recomendações apresentadas em duas publicações do

Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (12) e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (13).

As características pesquisadas foram o tamanho da população adscrita, a existência de delimitação clara do território da UBS, a composição da equipe, os tipos de modelos organizacionais caracterizados como ESF, UBS Tradicionais e modelos mistos, a relação profissional por habitante, a proporção de agentes de saúde por enfermeiro, a carga horária dos profissionais, a formação profissional com especialização para a APS ou ausência desta formação, a área física, os medicamentos, a existência de uma avaliação sistemática das ações, as atividades multidisciplinares (reunião de equipe e discussão de caso), a presença de conselho local de saúde, a presença de sistema de referência e contra-referência, o uso de sistemas de informação, a oferta de consultas/habitante/ano e o tempo de permanência do profissional na UBS em anos.

A variável *avaliação sistemática das ações* foi considerada como presente quando a mediana das respostas dos profissionais quanto à: avaliação de serviços ou programas, pesquisas, avaliações através de organizações comunitárias, conselhos gestores, análise de dados e estatísticas locais, avaliação dos programas através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auditorias em prontuários, respondidas no PCATool, esteve acima de 6,6. O ponto de corte escolhido foi o mesmo do PCATool, visto que estas questões derivaram deste instrumento e ainda, em uma escala Likert, uma mediana 6,6 significa que a mediana das respostas dos profissionais esteve em *Com certeza Sim* ou *Provavelmente Sim* em ao menos 4 das 7 questões. A variável *atividades multidisciplinares* foi considerada presente quando a mediana das respostas dos profissionais de uma mesma UBS, quanto ao tempo semanal dedicado a discussão de caso com a equipe e reunião de equipe, foi maior do que 4 horas por semana.

A oferta de consultas médicas básicas foi avaliada comparando-se o número de consultas médicas básicas ofertadas na UBS, informadas pelo coordenador, com o ponto de corte de 2,34 consultas por habitante por ano, conforme o parâmetro da Portaria GM 1.101/2001(15). Esta Portaria foi elaborada a partir do estudo da série histórica de consultas médicas básicas (clínico, pediatra, ginecologista e saúde da família) oferecidas no país, seguido do crivo de uma consulta pública para especialistas, visando adequar os parâmetros às necessidades de assistência da população brasileira.

Avaliação dos Processos

A unidade de análise utilizada para a avaliação dos processos foram os profissionais médicos e enfermeiros da APS de Chapecó. Foi realizado um censo com os médicos e enfermeiros do município. Foram considerados como perdas os profissionais não encontrados após três visitas consecutivas.

Os profissionais responderam ao PCATool /Brasil – versão profissionais, um questionário padronizado, validado no Brasil, composto por 77 questões sobre a APS. A partir de uma escala Likert, as respostas são consolidadas em escores que variam de 0 a 10, sendo considerado alto escore, quando acima de 6,6. São calculados escores para cada um dos atributos da APS. Os escores de Primeiro Contato- Acesso, Atendimento Continuado, Coordenação, Coordenação: Sistemas de Informação, Integralidade: Serviços Disponíveis, Integralidade: Serviços Prestados, compõem o ‘Escore Essencial’, e os escores para Enfoque na Família e Enfoque na Comunidade, compõem o ‘Escore Derivado’. Ambos, escore Essencial e Escore Derivado, compõem o ‘Escore Geral de APS’.

Além do PCATool, que contempla elementos de estrutura e processo, investigou-se alguns outros aspectos do processo de trabalho dos profissionais.

Coleta, apropriação e análise dos dados

As coordenadoras das UBS foram entrevistadas pela pesquisadora principal. Os médicos e enfermeiros foram entrevistados por estudantes, devidamente treinados e sob supervisão da pesquisadora principal. Os dados foram apropriados no EPIDATA (16) e depois exportados para o SPSS/PASW 18.0. Procedeu-se a análises descritivas de tendência central e de variabilidade, e de intervalos de confiança para a média populacional.

Aspectos éticos

Todos os entrevistados receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, ausência de riscos ao entrevistado, garantia de sigilo das informações, e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A realização do estudo foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó, sob o número 036/2010.

RESULTADOS

O estudo compreendeu a rede de serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Chapecó/SC, composta por 24 UBS e 123 profissionais médicos e

enfermeiros. Das 24 UBS do estudo, foram entrevistadas todas as coordenadoras de unidades e 98 profissionais, totalizando 80% dos médicos e enfermeiros. As perdas representaram 25 profissionais (15%). Houve 4 exclusões por atestado médico (3%) e 2 recusas (1,6%).

Avaliação da Estrutura

A presença das características estruturais sugeridas pelos documentos do Ministério da Saúde nas UBS de Chapecó, bem como, a proporção de UBS em que a cada característica está presente, estão detalhadas na Tabela 1.

Todas as UBS têm *território claramente definido*, e tanto as UBS/ESF, como as UBS Tradicionais, dispõem de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No cadastro do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) constam 165.246 pessoas cadastradas, das 182.809 residentes (17), revelando uma cobertura SUS de 90% no município. Foi encontrada uma média de 6.885 habitantes por UBS e de 3.685 por ESF, variando de 690 a 16.386. Duas UBS atendem mais do que 12 mil habitantes

Apenas 1 UBS não contava com *equipe completa*, no período da coleta de dados, por ausência de auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, e ausência de auxiliar ou técnico administrativo. Em 58% das UBS, a maioria dos profissionais não possui especialização voltada para a APS - Medicina da Família e Comunidade, Enfermagem da Família, Clínica Médica ou Ginecologia e Pediatria.

Foi observada ausência de sala de espera com espaço para 15 cadeiras em 34% das UBS, ausência de sala de educação em saúde em 46% das UBS, ausência de corredores com espaço para cadeiras de rodas em 25%, ausência de rampas de acesso em 30%, ausência de sanitários para pessoas com deficiência em 50%, ausência de sala de coleta de exames em 30%, ausência de sala de procedimentos em 71%, ausência de sala de observação em 80%, ausência de dispensário de medicamentos em uma UBS e acesso a sala de vacina desta UBS através da sala de curativos.

Os *tipos de modelo organizacional* de UBS encontrados foram: ESF, em 18 UBS (75%); UBS Tradicional, em 2 UBS (8%); UBS Tradicional + ESF, em 2 UBS (8%); ESF + UPA, em 1 UBS (4%); ESF + UPA + UBS Tradicional, em 1 UBS (4%). Mesmo nas UBS classificadas pela coordenadora como ESF, existe *presença de pediatra* em 58%, de *ginecologista* em 29%, *clínico* em 50% e *enfermeiro* em 33%, desvinculado da ESF com acesso direto ao usuário.

O número médio de *consultas médicas/habitante/ano ofertadas*, nas especialidades de saúde da família, ginecologia, pediatria, clínica médica e enfermagem é, respectivamente, 1,79; 0,6; 0,24 ; 0,55 e 1,38. A oferta de consultas básicas composta pelo somatório da oferta de consultas de medicina de família e comunidade, ginecologia, pediatria e clínica médica dividida pelo total de habitantes do município é de 2,03.

Apesar de todas as UBS disporem de *consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem*, como está descrito na Tabela 1, a relação entre o número de consultórios médicos e de enfermagem e o número de profissionais médicos e enfermeiros foi menor do que 1 em 45% das UBS, demonstrando que estas UBS não dispõem de um consultório para cada médico e enfermeiro. Realizando o cálculo da taxa de ociosidade de consultórios de atendimento básico [$Tx = 1 - (\text{n}^\circ \text{ de horas de consulta dos profissionais por ano} / \text{n}^\circ \text{ de horas disponíveis de consultório por ano})$] foi encontrada um valor de 0,57.

As coordenadoras da maioria das UBS (83%) negam possuir um *sistema para avaliação da satisfação do usuário*, sendo que 4 (17%) informam que o Conselho Local de Saúde cumpre este papel. Em todas as UBS, a coordenação afirmou dispor de *sistema de referência e contra-referência*, mas quanto à contra-referência, 19 UBS (79%) consideram o sistema parcialmente adequado e 5 (20%) consideram inadequado. Em nenhuma UBS o sistema de contra-referência foi considerado adequado.

Entre todas as características avaliadas, identifica-se maior adequação de algumas características e menor em outras. Observam-se como características atendidas em todas as UBS: “*Máximo de 5 ESF por UBS*”, “*Máximo de 30 mil habitantes se não for ESF*”, “*Território claramente definido*”, “*Máximo de 30 ACS por enfermeiro*”, “*Consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem*”, “*Disponibilidade de medicamentos da lista básica*”, “*Presença de Conselho Local de Saúde*”, “*Presença de sistema de referência e contra-referência*”. Características não atendidas em até 50% das UBS foram: “*Especialização para a APS*”, “*Oferta de consultas acima de 2,34 consultas por habitante por ano*”, “*Uso de sistemática de avaliação das ações*” e “*Atividades multidisciplinares*”.

Avaliação dos Processos

Foram entrevistados 98 profissionais nas UBS de Chapecó, 51 (52%) médicos e 47(48%) enfermeiros. A maioria deles (66%) tem alguma especialidade: 17(17%) em

medicina de família e comunidade, 19 (19%) em especialidades básicas como pediatria, ginecologia ou clínica médica e 28 (29%) tem outras especialidades.

Observou-se um tempo médio de permanência do profissional na UBS de 2,7 anos nas ESF e de 3,2 anos nas UBS Tradicionais e mistas. Os profissionais referem que a maior proporção do tempo de trabalho é dedicado a consultas por demanda espontânea e consultas programadas e menos do que 10% do tempo para educação em saúde e visitas domiciliares.

O Escore Geral Médio de APS estimado pelo PCATool-Brasil resultou em 7,09 (IC:6,95-7,24), sendo um alto escore de orientação para a APS. O Escore Essencial Médio de APS foi de 6,86 (IC:6,91-7,01), considerado ainda um alto escore, mas próximo do ponto de corte. O escore para o Primeiro Contato - Acesso teve a pontuação mais baixa, com 3,65 (IC:3,4-3,9), enquanto o escore de Atendimento Continuado resultou em 6,0 (IC: 5,83-6,34). Todos os demais atributos resultaram em alto escore, destacando-se os atributos de Coordenação: Sistemas de Informação e o atributo de Enfoque na Família. O escore dos médicos para o atributo de *primeiro contato-acesso* nas UBS com UPA foi de 3,4, e nas UBS sem UPA, 3,6.

Comparando o Escore Geral de APS com o tipo de modelo organizacional da UBS, encontrou-se alto escore em todos os tipos. O escore mais alto foi encontrado na UBS que funciona como ESF + UPA e foi de 7,78. A média de Escore Geral nas 18 Unidades ESF foi 6,9 (DP: 0,4). Este resultado foi menor do que o escore médio das 2 UBS Tradicionais, que foi 7,2 (DP: 0,4).

Discussão

A avaliação da estrutura e dos processos dos serviços de saúde de atenção primária à saúde em Chapecó sugere que o município está adequado a uma série de características estruturais orientadas pelo Ministério da Saúde e inadequado a outras. Ao mesmo tempo, demonstra um processo satisfatório em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato e longitudinalidade.

A realização de avaliações da estrutura e dos processos na atenção primária deve subsidiar os tomadores de decisão em suas ações. Especificamente no sistema de saúde de Chapecó, pode-se afirmar que a reorientação do modelo assistencial ainda carece de algumas ampliações de estrutura. Entre elas, merecem destaque a ampliação da rede de UBS, a ampliação do número de consultas e a formação profissional para a APS.

A média de número de usuários encontrada foi de 6.885 por UBS e de 3.685 por ESF. Duas UBS atendem mais do que 12 mil habitantes, encontrando-se acima do limite orientado pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB 2006 para as UBS com ESF. Assim, é recomendável que o município de Chapecó construa duas novas UBS nas regiões mais populosas. A Taxa de ociosidade de consultórios básicos foi de 0,57. Este dado demonstra a existência de horas de ociosidade em alguns consultórios básicos em algumas UBS. Desta forma, este dado também ressalta a necessidade de um planejamento adequado da ampliação da rede, para minimizar o paradoxo da demanda reprimida associada a capacidade ociosa. A PNAB orienta também que a média de habitantes por ESF no município seja de 3 mil habitantes. Para atingir esta meta, o município de Chapecó deve ampliar as atuais equipes de Saúde da Família de 37 para 45.

A oferta de consultas médicas básicas, composta pelo somatório da oferta de consultas de medicina de família e comunidade, ginecologia, pediatria e clínica médica dividida pelo total de habitantes do município, encontrada foi de 2,03. O parâmetro da portaria 1.101/2001 (15) é de 2,34. Assim, precisam ser ampliadas das atuais 366 mil consultas para 422 mil consultas/ano, atingindo, ao menos, o parâmetro brasileiro de 2,34 consultas/habitante/ano. Recentemente, Royal College of General Practitioners publicou diretrizes para os cuidados urgentes. Destacou a necessidade de oferta suficiente de consultas médicas informando a demanda atual na Inglaterra de 5,3 consultas/habitante/ano (18).

A baixa formação profissional em APS pode ser enfrentada através do estímulo ao programa de residência em saúde da família. A formação dos profissionais poderá resultar no estímulo ao desenvolvimento de ações educativas e no estímulo a criação de uma sistemática de avaliação das ações.

O uso dos sistemas de informação parece estar ainda muito focado na coleta dos dados para alimentar o sistema, visto que os profissionais informam dispor de sistemas de informação, mas informam não realizar avaliações sistemáticas das ações.

Outras demandas de adequação de estrutura marcantes referem-se à necessidade investimento na modernização do sistema de referência e contra-referência, adequações de estrutura física com construção de salas de observação, de procedimentos, e construção de sala de vacinação na UBS que não a dispõe.

Aliado a isto, os dois atributos da APS que resultaram em Baixo Escore foram o acesso de primeiro contato (escore médio 3,6) e a longitudinalidade (escore médio 6,0).

O conceito trabalhado por Starfield descreve que o acesso implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou episódio, para o qual as pessoas procuram cuidados em saúde (9). A medida do escore de acesso de primeiro contato no PCATool depende de respostas positivas quanto às possibilidades de o usuário encontrar a equipe de saúde aos finais de semana, à noite, por telefone e quanto à facilidade de agendar consultas e avaliações. Uma revisão sistemática (19) informa que o acesso, na experiência individual, é resultante da interação dos determinantes do acesso, da severidade percebida da doença e da expectativa da efetividade do tratamento. Os determinantes do acesso são sociais (hora de abertura das unidades de saúde, barreiras geográficas, barreiras étnicas, etc) e econômicos (copagamento, custos de viagem). Assim, este resultado de baixo grau no atributo de acesso de primeiro contato é coerente com as carências estruturais apresentadas, de população numerosa para cada equipe e baixa oferta de consultas, mas também é coerente com a estrutura organizacional dos serviços com alta rigidez de horários de funcionamento e formas de contratos de trabalho. Desta forma, observa-se a necessidade de ampliar os recursos financeiros do SUS, permitir a ampliação do horário de trabalho e a superação de limitações legais que são obstáculos à organização de jornadas de trabalho noturnas e em finais de semana

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, associado a uma relação de confiança entre profissional e usuário (19). A medida do escore de longitudinalidade depende de respostas positivas quanto a 13 questões sobre o paciente ser atendido sempre pelo mesmo profissional, o profissional conhecer o paciente, com quem mora, seu trabalho, os medicamentos que usa, conhecer seus principais problemas, se tem tempo suficiente para explicar sobre os seus problemas. Foi encontrado baixo escore na maioria das questões, com escore abaixo de 3 nas questões sobre o profissional saber onde mora o paciente, saber seu emprego e conhecer o histórico médico completo. Significando que a grande maioria dos profissionais respondeu não ou provavelmente não a estas questões. Além disso, a média de tempo do profissional da UBS em anos encontrada foi de 3,2 para médicos e 2,7 para enfermeiros, novamente demonstrando a relação coerente das deficiências de estrutura nas deficiências nos processos. Um sistema que não garante o acesso ao usuário quando este se encontra em uma situação de sofrimento agudo, perde a credibilidade, mesmo para as demais demandas, gerando baixo interesse, inclusive no usuário, em manter o cuidado longitudinal (19). Disto se depreende um impacto das dificuldades de acesso na longitudinalidade.

Outros estudos brasileiros repetem os resultados de alto grau de orientação geral para APS com baixo grau no atributo de acesso de primeiro contato. Em Montes Claros/MG, por exemplo, com a utilização do PCATool-versão infantil, aplicado aos cuidadores de crianças, foi encontrado grau de orientação para a APS de 6,6, exatamente no ponto de corte e de 5,5 no atributo de acesso de primeiro contato, quer dizer, abaixo do ponto de corte (20). Kolling, em um estudo de linha de base dos municípios do Telessaúde do Rio Grande do Sul, utilizando a versão profissionais do PCATool, encontrou alto o grau de orientação para a APS de 7,2 e baixo grau no atributo de acesso de primeiro contato de 5,8 (21). Outro estudo com o PCATool, nas UBS do município de Porto Alegre, com a aplicação do PCATool-versão profissionais, encontrou 6,6 como grau de orientação para a APS e 3,5 no grau do atributo de acesso de primeiro contato (22). Stralen encontrou, na região centro-oeste do país, um escore de acesso de 2,0 e o Índice Composto da Atenção Básica de 3,19, medida semelhante ao Escore Geral de APS, entrevistando usuários e profissionais de saúde (23), através da versão do PCATool adaptada por Almeida (24).

O estudo de Giovanella também encontrou fragilidades no acesso. Através de entrevistas a profissionais, usuários e ACS, identificou que apenas metade dos pacientes que adoeceram nos 30 dias anteriores a entrevista, foram atendidos na UBS, em 4 capitais brasileiras. Este resultado variou um pouco entre os municípios pesquisados, encontrando 52% em Belo Horizonte, 47% em Vitória, 41% em Aracaju e 28% em Florianópolis. Apesar desta dificuldade de acesso, os profissionais não têm a percepção desta dificuldade. Ao perguntar aos profissionais se concordavam que “*A população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde*”, a grande maioria respondeu concordar. Assim, 92% em Aracaju, 89% em Belo Horizonte, 87% em Florianópolis e 83% em Vitória dos profissionais responderam concordar que a população procura primeiro a UBS quando necessita de atendimento. Este resultado demonstra que a percepção dos profissionais quanto ao acesso de primeiro contato tende a ser muito otimista em relação à avaliação dos usuários (25). Assim, esta medida do grau de orientação para a APS, em especial do atributo de acesso de primeiro contato, no município de Chapecó, pode ficar ainda mais preocupante se considerarmos que a avaliação contemplou apenas a experiência dos profissionais e não realizamos nenhuma medida da percepção do usuário em relação ao acesso. Sugere-se a realização de novas avaliações que contemplem a percepção do usuário como, por exemplo, através do PCATool- Brasil, versão para usuários (11). O estudo de

Giovanella também detalha as dificuldades de acesso à média complexidade e à assistência hospitalar, corroborando com os resultados da avaliação do sistema de saúde de Chapecó, que identifica insatisfação com o sistema de referência e contra-referência (25).

A soma dos cinco fatores: população acima do recomendado, oferta de consultas abaixo do recomendado, falta de sistemática de avaliação das ações, falta de formação profissional e debilidades no sistema de referência e contra-referência, pode dificultar a reorientação do modelo de atenção, na medida em que dificultam a efetivação dos atributos de acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados. Precisamente aí, localiza-se um dos grandes desafios da reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil e em Chapecó.

As limitações do estudo referem-se ao pequeno número de UBS para avaliação de estrutura, a avaliação apenas segundo a experiência dos profissionais e gestores locais, sem abordar os usuários, e a falta de parâmetros validados para medida de características estruturais. Estas limitações impediram a realização de análises estatísticas que investigassem associação entre as carências estruturais e seu impacto no processo. De outra forma, a falta de parâmetros validados gerou a sugestão de um instrumento para medida de características estruturais em APS.

Sugerimos a utilização desta sistemática de avaliação de adequação da estrutura, aliada à avaliação de processo, através da medida do grau de orientação para a APS, como metodologia de avaliação da APS no Brasil por permitir fácil e rapidamente a tomada de decisão. Esta sistemática permite identificar o ponto de processo de reorientação do modelo assistencial em que nos encontramos para, a partir desta avaliação, propor as estratégias de adequação de estrutura e processo. Tanto a estrutura como o processo, estão aquém do desejado para um sistema de saúde universal, igualitário, orientado para a APS e com resultados satisfatórios para a população. Assim, é fundamental ampliar os investimentos em saúde de forma a construir novas estruturas para parcela significativa das UBS em Chapecó, investir largamente em formação profissional para a APS e em modernização do sistema de referência e contra-referência. Para a garantia da qualidade da atenção primária à saúde é imprescindível a definição de recursos sistemáticos e suficientes, ambientes agradáveis, tempos de espera toleráveis e superação das carências estruturais para a caracterização da UBS como porta de entrada real do SUS, com efetivação do atributo de acesso de primeiro contato e de longitudinalidade, para efetiva reorientação do modelo e orientação para a APS.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine. Washington, 1997 Nov; 121 (11):1145-1150.
2. Habicht J, Victora C, Vaughan J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. International Journal of Epidemiology. Oxford, 1999; 28:10-18
3. Macinko J. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc Sci Med. 2007 Nov; 65(10):2070-80.
4. Fernandes V, Caldeira A, Faria A, Neto J. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. São Paulo, 2009; 43(6): 928-36
5. Giovanella L, Mendonça M, Almeida P, Escorel S, Senna M, Fausto M, Delgado M, Andrade C, Cunha M, Martins M, Teixeira C. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2009; 14 (3): 783-794
6. Rosa Filho LA. Factors associated with interpersonal continuity of care: a population-based study. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008 Apr; 24(4) 915-925.
7. Samico I, Hartz ZMA. Atenção a saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern Infant. Recife, 2005; 5(2): 229-240.
8. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica a saúde. Cienc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2006 Jul; 11(3):657-667.
9. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
10. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice, United States, 2001; 50(2): 161-175.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, Primary Care Assessment Tool –PCATool- Brasil. Brasília, 2010. Disponível em:
http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/manual_instrumento_avaliacao%20APS%20PCATool%20Brasil.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Básica, 2007. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2007. Disponível em
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf.
13. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, 2010 [Citado 2011 Jan 20] Disponível em
<http://dab.saude.gov.br/>
14. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM 1.101 de 12 de junho de 2002. Disponível:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>
16. Andrade C, Brasil P, Oliveira R. Aplicativos de informática para uso em pesquisa. EpiData R. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008. Disponível:
http://www.fiocruz.br/pesquisaclinica/media/Roteiro_EpiData%5B2008%5D.pdf
17. Datasus -Departamento de Informática do SUS [homepage]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipesc.def>
18. Royal College of General Practitioners. Urgent care: a practical guide to transforming same-day care in general practice, 2009.BMA.
Disponível:www.primarycarefoundation.co.uk/report.html
19. Mendes E, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. 2007. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf
20. Caldeira AP, Leão CDA. Assessment of association between qualification of doctors and nurses in primary health care and the quality of care. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 2010. Disponível:
http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=6638
21. Kolling J. Orientação à Atenção Primária à Saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>
22. Castro R. Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível: <http://hdl.handle.net/10183/18766>

23. Stralen C, Belisário S, Stralen T, Lima A, Massote A, Oliveira C. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. 2008. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):148-158.
24. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de uma avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho do serviço de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde; 2006. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=441833&indexSearch=ID>
25. Giovanella L, Mendonça M, Almeida P, Escorel S, Senna M, Fausto M, Delgado M, Andrade C, Cunha M, Martins M, Teixeira C. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. 2009. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):783-794.

Tabela 1. Distribuição das UBS conforme presença ou ausência da característica estrutural considerada adequada pelo Ministério da Saúde, segundo informações obtidas na entrevista com as coordenadoras das 24 UBS de Chapecó/SC, 2010.

	UBS ADEQUADA: com presença da característica estrutural	UBS INADEQUADA: com ausência da característica estrutural
<i>Do território</i>	n (%)	n (%)
1. Máximo de 4 mil habitantes/ESF e média de 3 mil/ESF na UBS	8(33%)	16(67%)
2. Máximo de 5 ESF/UBS	24(100%)	0
3. Máximo de 12 mil habitantes, se ESF*	20(92%)	2(8%)
4. Máximo de 30 mil habitantes, se não for ESF**	2 (100%)	0
5. Território claramente definido	24 (100%)	0
<i>Da composição da equipe</i>		
6. Equipe completa composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal ou técnico, auxiliar de enfermagem ou técnico, ACS	23 (95%)	1(4%)
7. Máximo de 750 pessoas por ACS	21 (87%)	3 (12%)
8. Máximo de 12 ACS por ESF*	21 (87%)	1(4%)
9. Máximo de 30 ACS por enfermeiro, se não for ESF**	2 (100%)	0
10. Carga Horária de 40 horas para os médicos, enfermeiros e odontólogos	18 (75%)	6 (25%)
<i>Da formação profissional</i>		
11. Realização de curso introdutório em Saúde da Família	23 (95%)	1(4%)
12. Especialização para a APS***	10 (41%)	14 (58%)
<i>Da estrutura física e medicamentos</i>		
13. Área física com espaço para recepção, arquivos, sala de vacinação	23 (95%)	1(4%)
14. Consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem	24(100%)	0
15. Relação do nº de consultórios médicos e de enfermagem > 1/ profissional médico e enfermeiro	11 (45%)	13 (54%)
16. Sala de observação	5 (20%)	19 (79%)
17. Sala de espera com espaço para 15 pessoas/ESF	16 (67%)	8 (33%)
18. Disponibilidade de medicamentos da lista básica	24 (100%)	0
<i>Do processo de trabalho</i>		
19. Tipo de modelo organizacional de acordo com a ESF	18(75%)	6(25%)
20. Oferta de consultas por habitante acima de 2,34	9(37%)	15(62%)
21. Uma sistemática de avaliação das ações	5 (20%)	19 (79%)
22. Atividades multidisciplinares	8 (33%)	16 (66%)
23. Presença de Conselho Local de Saúde	24 (100%)	0
24. Sistema de referência e contra-referência	24 (100%)	0

*2 UBS (8% da amostra) não foram avaliadas por serem UBS tradicionais e a característica em questão só se aplica as UBS habilitadas como ESF.

**Só foram avaliadas as 2 UBS cadastradas como UBS Tradicionais.

***Especialização em MFC, Enfermagem da Família

Tabela 2. Formação profissional e aspectos do processo de trabalho dos médicos e enfermeiros das UBS de Chapecó/SC, 2010.

		Médicos (as)	Enfermeiras(os)
Nº de profissionais(n)		51	47
Formação Profissional			
Especialização			
	Sim	32 (62%)	33(70%)
Especialização para APS (MFC, MPS)			
	Sim	7(13%)	10(21%)
Processo de Trabalho			
Tempo médio de vínculo com a UBS (em anos)		3,2 (0,1-19)	2,7 (0,1-16)
Nº médio de consultas/semana		119 (28-170)	113 (16-250)
% de tempo semanal dedicado a atividades coletivas de educação em saúde		3% (0-24)	8%(0-30)
% do tempo semanal dedicado a Visita Domiciliar		7% (0-20)	10% (0-30)
% do tempo semanal dedicado a reuniões		3% (0-10)	8% (0-40)
% do tempo semanal dedicado a consulta demanda espontânea		36% (0-99)	51% (0-99)
% do tempo semanal dedicado a consulta programada		46% (0-95)	14% (0-50)
% do tempo dedicado a discussão de caso com a equipe		2% (0-10)	6% (0-30)

Tabela 3. Média dos Escores Geral, Essencial e dos Escores dos atributos de orientação para APS, obtidos da pontuação resultante das entrevistas do PCATool entre profissionais médicos e enfermeiros das UBS de Chapecó/SC, 2010.

	Média	IC (95%)
Escores Médios dos Atributos		
<i>Acesso de primeiro contato</i>	3,6	(3,40-3,90)
<i>Longitudinalidade</i>	6,0	(5,83 - 6,34)
<i>Coordenação dos Cuidados</i>	7,2	(6,97 -7,53)
<i>Coordenação –Sistemas de Informação</i>	8,8	(8,55 - 9,07)
<i>Integralidade-Serviços Disponíveis</i>	7,7	(7,57 - 7,96)
<i>Integralidade-Serviços Prestados</i>	7,6	(7,33 - 7,89)
Score Médio Essencial	6,8	(6,71 - 7,01)
<i>Orientação Familiar</i>	8,6	(8,32 - 8,91)
<i>Orientação Comunitária</i>	6,9	(6,65 - 7,26)
Score Médio Geral	7,09	(6,95 - 7,24)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de uma avaliação da estrutura e dos processos da Atenção Primária à Saúde no município de Chapecó, esperava-se também compreender melhor o nível de evidência em que se encontram as orientações de estrutura da APS. A revisão de literatura possibilitou a percepção de que as orientações aos tomadores de decisão quanto à estrutura adequada para uma boa prática na APS ainda carecem de melhores níveis de evidência. Os tomadores de decisão utilizam o consenso de especialistas para respaldar importantes orientações, como, por exemplo, a oferta de consultas médicas básicas por habitante por ano. Considerando-se que existe um instrumento validado para medir a qualidade da APS, do ponto de vista do processo, esperava-se poder avaliar a disponibilidade da estrutura na APS em Chapecó, compará-la as orientações disponíveis aos gestores e avaliar elementos do processo de atenção à saúde medido pelo PCATool,

Este trabalho possibilitou a avaliação da atenção primária à saúde em município de médio porte no Brasil, localizado no interior do país, tendo como foco a avaliação da estrutura e dos processos, e através de uma metodologia de simples execução. Esta avaliação da estrutura, aliada a elementos dos processos, pode subsidiar os gestores municipais na tomada de decisão quanto aos investimentos públicos.

Evidenciaram-se carências estruturais significativas, mas passíveis de correção por políticas públicas. Entre elas, população acima do recomendado, oferta de consultas abaixo do recomendado, falta de sistemática de avaliação das ações, falta de formação profissional e debilidades no sistema de referência e contra-referência.

Demonstra-se assim, que precisam ser ampliados os investimentos em APS para garantir estrutura adequada para o exercício das ações de promoção, prevenção e assistência na atenção primária. Identifica-se que apenas 13% dos médicos e 21% dos enfermeiros têm formação para a APS. Este elemento indica a necessidade do investimento em formação profissional específica.

Espera-se, com este trabalho, contribuir na construção de uma sistemática que, de forma adequada às necessidades de avaliação de municípios deste porte, avalie um

sistema municipal de saúde do ponto de vista de estrutura e processo. Com isso, procura-se estimular uma cultura de avaliação da APS no país. E para a consolidação desta cultura, há uma exigência de construção de melhores evidências para as orientações de estrutura da APS. Mais estudos serão necessários, com poder de análise estatística, visando encontrar associações entre oferta de estrutura, seu impacto sobre os processos e, conseqüentemente, o impacto sobre os resultados.

Concomitantemente, esta cultura de avaliação deve provocar ações concretas de correção de deficiências de estrutura e processo na atenção primária à saúde, buscando a excelência da APS no Brasil.

ANEXOS



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: **Características das Unidades de Saúde que favorecem o grau de orientação para a Atenção Primária a Saúde**

Pesquisador Responsável: **Angela Moreira Vitória**

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: **UFRGS**

Telefones para contato: (49) 9142-2466 – (49) 3328-3614

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**Características das Unidades de Saúde que favorecem o grau de orientação para a Atenção Primária à Saúde**”, de responsabilidade da pesquisadora Angela Moreira Vitória.

O presente trabalho tem o objetivo de identificar as características das unidades básicas de saúde que as tornam mais orientadas para a Atenção Primária à Saúde. A literatura já demonstra que os sistemas de saúde orientados pela atenção primária tem melhores resultados e são menos onerosos. Assim, o Brasil tem realizado um forte investimento na reorientação do modelo de atenção, tanto através de financiamento para habilitação de equipes de estratégia de saúde da família como através de políticas transversais de reorientação da formação profissional. Ocorre que algumas unidades de saúde, independentemente do fato de estarem ou não na estratégia de saúde da família, são mais orientadas para a atenção primária do que outras. Identificar os fatores que levam a melhores resultados em alguns espaços e não em outros tornará possíveis alterações nas políticas de forma a promover estas modificações.

Serão realizadas entrevistas com médicos e enfermeiros de todas as unidades de saúde de Chapecó utilizando o instrumento Primary Health Care Assessment Tool – PCATool, com o objetivo de medir o escore de orientação para a atenção primária. Serão realizadas entrevistas com os diretores das unidades de saúde, com vistas a levantar os dados de estrutura das unidades. Após este processo, será realizada uma análise estatística que visará testar a associação entre estas variáveis, buscando identificar, entre as características estruturais, uma diferença de desempenho no escore do PCATool.

Não há desconforto ou risco ao voluntário. Há uma expectativa de benefício com os resultados do trabalho que deverá vir a orientar as políticas públicas para facilitar a reorientação do modelo de atenção.

Qualquer dúvida em relação aos procedimentos de pesquisa devem ser levadas ao pesquisador pelo entrevistador. O pesquisador compromete-se a procurar o voluntário para os esclarecimentos.

A participação neste trabalho é voluntária e este consentimento pode ser retirado a qualquer tempo.

As informações serão confidenciais e sigilosas. A privacidade do sujeito da pesquisa será garantida durante todo o processo.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Chapecó, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do profissional

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ
CREDENCIADA PELO DECRETO ESTADUAL
Nº 5.571, DE 27 DE AGOSTO DE 2002.
PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DE SANTA CATARINA DE 28/08/2002

AVENIDA SOLADOR ATILIO FONTANA, 591E
TEL: (49) 3321-8000 | FAX: (49) 3321-8263
CAIXA POSTAL: 747
CHAPECÓ | SC | CEP 89609-000

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisadores Responsáveis: **Angela Moreira Vitória**
Registro do CEP: **036/10**
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária Regional de Chapecó – UNOCHAPECÓ – analisou o protocolo de pesquisa Nº. 036/10, referente ao projeto de pesquisa: “**Características das Unidades de Saúde que Favorecem o Grau de Orientação para Atenção Primária a Saúde**”.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO** – pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Chapecó, 07 de abril de 2010

Jorge Luis Mattias

Coordenador do Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
End: Av. Sem. Atílio Fontana, 591-E, Bairro Efapi- Cep:89609-000 – Caixa Postal: 747- Chapecó – SC.
Email: cep@unochapeco.edu.br

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

Identificação do pesquisador:
QUESTIONÁRIO PARA DIRETORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE Identifique-se e diga: "Este questionário trata das características de estrutura de seu serviço de saúde. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a estrutura do seu serviço de saúde. Não há respostas certas ou erradas." (Não esqueça o TCLE)
INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA
A1. Data de aplicação do questionário: / /
A2. Código do Distrito Sanitário: _____
A3. Nome da Unidade de Saúde: _____
A4. Tipo de serviço de saúde: ()
<ul style="list-style-type: none"> 1. Unidade de Saúde da Família 2. Unidade Básica Tradicional – sem Estratégia de Saúde da Família 3. Unidade Mista : Tradicional + Saúde da Família no mesmo local 4. Unidade Mista : Saúde da Família localizada em hospital 5. Unidade Mista : Saúde da Família + Pronto Atendimento 24 horas no mesmo local 6. Unidade Mista : Saúde da Família + Pronto Atendimento 24 horas no mesmo local + Unidade Tradicional no mesmo local 7. Não sei/ não se aplica
A5. A população atendida é oriunda da área: ()
1 Rural 2. Urbana 3. Ambas
A6. Quantos profissionais trabalham na Unidade? (escrever o número de profissionais entre os parênteses)
<ul style="list-style-type: none"> 1. Médicos de Família () 2. Pediatras () 3. Ginecologistas () 4. Clínicos () 5. Enfermeiros () 6. Técnicos de Enfermagem () 7. Auxiliares de enfermagem () 8. Técnicos administrativos () 9. Serviços Gerais () 10. Agentes Comunitários de Saúde () 11. Dentistas..... () 12. ACD Auxiliar de consultório dentário. () 13. () 14. ()

15.()
 16.()
 17.()
 18.()
 19.()
 20.()
 21.()
 22.()

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

B1. Qual seu nome completo?.....

B2.Sexo () 1 Masculino 2 Feminino

B3. Data de Nascimento / /

B4. Qual a sua profissão? () 1 Médico(a)
 2 Enfermeiro(a)
 3 Odontólogo(a)
 4 Outros(as).....

B5. Qual a data de sua formatura? / /

B6. Você possui especialização?
 () 1 sim 2 não

Se a resposta for NÃO, passe para a questão B12.

B7.Qual a especialização? A() B() C() D()

1. Medicina de Família (residência)
2. Medicina de Família (prova de título)
3. Clínica médica (residência)
4. Clínica médica (prova de título)
5. Pediatria (residência)
6. Pediatria (prova de título)
7. Saúde Pública (curso de especialização)
8. Saúde de família (especialização)
9. Ginecologia (residência)
10. Ginecologia (prova de título)
11. Enfermagem comunitária (especialização)
12. Enfermagem comunitária (residência)
13. Medicina Preventiva e Social (residência)
14. Gestão em Saúde Família
15. Outras

B8. Qual a data de conclusão do curso A:
 A (/ /)

B9. Qual a data de conclusão do curso B:
 A (/ /)

B10. Qual a data de conclusão do curso C:
 A (/ /)

B11. Qual a data de conclusão do curso D:
 A (/ /)

B12. Você realizou curso introdutório em Saúde da Família?

() 1 sim 2 não

DADOS DO GESTOR

C1. Você já participou de cursos de formação de gestores em saúde pública?

() 1 sim 2 não

Se a resposta for NÃO, passe para a questão número C5.

C2. Qual o nome do curso?

A.....
B.....
C.....

C3. Qual a carga horária?

A
B.....
C.....

C4. Qual a data de conclusão do curso A:

A (/ /)

C5. Qual a data de conclusão do curso B:

B (/ /)

C6. Qual a data de conclusão do curso C:

C (/ /)

C7. Há quanto tempo é coordenador desta unidade (em meses)?

C8. Teve outra experiência como gestor?

() 1 sim 2 não

Se a resposta for NÃO, passe para a questão número C11.

C9. Qual foi a experiência como gestor?

A.....
B.....
C.....

C10. Por quanto tempo?

A.....
B.....
C.....

C11. Há colegiado gestor (um grupo de pessoas que assume a responsabilidade pela gestão da unidade) nesta unidade?

() 1 sim 2 não

Se a resposta for NÃO, passe para a questão número C17.

C12. Qual a composição deste colegiado? (escrever o número de profissionais entre os parênteses)

1. () médicos
2. () enfermeiros
3. () profissionais de nível médio
4. () usuários
5. ()
6. ()
7. ()
8. ()
9. ()

C13. Como foi a escolha deste colegiado? ()

1. Eleito entre a equipe
2. Eleito no Conselho Local de Saúde
3. Eleito com voto aberto da comunidade
4. Indicado pelo Diretor da Unidade
5. Indicado pelo gestor
6. Outra forma.

Qual?.....

C14. Qual a forma de funcionamento (periodicidade de reuniões, tipo de tema que entra em pauta, tipo de deliberação que o colegiado é capaz, etc.)?

.....

C15. O colegiado usa sistemas de informação para sua tomada de decisão?

() 1 sim 2 não 9 não sei

Se a resposta for NÃO, passe para a questão número C17.

C16. Que sistema de informação o colegiado utiliza?

- 1 () SIAB
- 2 () DATASUS
- 3 () Outros.

Quais?.....

C17. A gestão da UBS usa sistemas de informação?

() 1 sim 2 não 9 não sei

Se a resposta for NÃO, passe para a questão número C19.

C18. Que sistema é utilizado pela gestão da UBS?

- 1 () SIAB
- 2 () DATASUS
- 3 () Outros.

Quais?.....

C19. Há algum sistema para que o usuário expresse a sua avaliação da Unidade?

1. () Não
2. () Ouvidoria
3. () Caixa de sugestões na Unidade
4. () Outro

.....	
DADOS DO TERRITÓRIO	
D1. Qual a população adscrita desta unidade de saúde pelo SIAB?
D2. Qual a população adscrita desta unidade pelo GEMUS?
D3. Qual a população adscrita pelos dados das agentes comunitárias de saúde?
DADOS DA ESTRUTURA DA UNIDADE	
E1. Quantas equipes de saúde da família existem nesta UBS?	
E1. Quantas equipes de saúde da família existem nesta UBS? ()	
E2. Quais os médicos da UBS que atuam na ESF?	
A _____	
B _____	
C _____	
D _____	
E _____	
F _____	
E3. Qual a carga horária?	
A _____	
B _____	
C _____	
D _____	
E _____	
F _____	
E4. Quais as suas especialidades?	
A _____	
B _____	
C _____	
D _____	
E _____	
F _____	
E5. Quais os enfermeiros da UBS que atuam na ESF?	
A _____	
B _____	
C _____	
D _____	
E _____	
F _____	

E6. Qual a carga horária?

- A _____
- B _____
- C _____
- D _____
- E _____
- F _____

E7. Quais as suas especialidades?

- A _____
- B _____
- C _____
- D _____
- E _____
- F _____

E8. Existem pediatras na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?

()

E9. Existem clínicos na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?

()

E10. Existem ginecologistas na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?

()

E11. Existem enfermeiros na UBS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário? Se sim, escreva a carga horária total destes profissionais nos parênteses?

()

E12. Que nota você daria de zero a 10, à estrutura física da Unidade de Saúde?

()

E13. Quantos dias de visita domiciliar dos profissionais de nível superior são agendados por equipe/mês?

()

E14. No último mês, em que proporção de dias houve disponibilidade de carro para visita domiciliar?

()

E15. Qual o tempo de espera para consulta agendada na UBS (em dias)?

()

E16. Qual a oferta de consulta médicas de saúde da família/mês (ver anexo abaixo)?

()

E17. Qual a oferta de consultas de enfermagem de saúde da família por equipe/me?

()

E18. Qual a oferta de consulta médicas de clínico/mês(ver anexo abaixo)?

()

E19. Qual a oferta de consulta médicas de pediatra/mês(ver anexo abaixo)?

()



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

Identificação do pesquisador:

--	--

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Identifique-se e diga: "Este questionário trata das características do seu serviço de saúde. Nas perguntas em que nos referimos a "seu serviço de saúde", estas se referem a você e às pessoas que trabalham diretamente com você. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade do cuidado efetuado pelos médicos e enfermeiros do seu serviço. Não há respostas certas ou erradas."(Não esqueça do TCLE)

A . INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA	
A1. Data de aplicação do questionário:	
A2. Código do Distrito Sanitário:	
A3. Nome da Unidade de Saúde:	
A4. Tipo de serviço de saúde: ()	
1. Unidade de Saúde da Família	
2. Unidade Básica Tradicional – sem Estratégia de Saúde da Família	
3. Unidade Mista : Tradicional + Saúde da Família no mesmo local	
4. Unidade Mista : Saúde da Família localizada em hospital	
5. Unidade Mista : Saúde da Família + Pronto Atendimento 24 horas no mesmo local	
6. Unidade Mista : Saúde da Família + Pronto Atendimento 24 horas no mesmo local + Unidade Tradicional no mesmo local	
7. Não sei/ não se aplica	
A5. A população atendida é oriunda da área: ()	
1. Rural	
2. Urbana	
3. Ambas	

B. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

B1. Nome completo:

B2. Sexo: | | 1 Masculino 2 Feminino

B3. Data de nascimento: | | | |

B4. Qual é a sua profissão? | | 1 Médico(a) 2 Enfermeiro(a)

B5. Qual a data de sua formatura? | | | |

B6. Você possui alguma especialidade? | | 1 Sim 2 Não

B7. Qual é a especialidade? A () B () C () D () B8. Qual foi o ano de término?

1. Medicina de Família (residência) Ano de término: | | | |

2. Medicina de Família (prova de título) Ano de término: | | | |

3. Clínica médica (residência ou prova de título) Ano de término: | | | |

4. Pediatria (residência ou prova de título) Ano de término: | | | |

5. Saúde Pública (curso de especialização) Ano de término: | | | |

6. Saúde de família (especialização) Ano de término: | | | |

7. Ginecologia (residência ou prova de título) Ano de término: | | | |

8. Enfermagem comunitária (especialização ou residência) Ano de término: | | | |

9. Medicina Preventiva e Social (residência) Ano de término: | | | |

10. Residência Multiprofissional Ano de término: | | | |

11. Outras Qual?..... Ano de término: | | | |

12. Outras Qual?..... Ano de término: | | | |

B9. Em quantos locais você trabalha? | |

B10. Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho?				
				horas por semana
B11. Há quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde?				
		anos		meses
B12. Há quanto tempo você trabalha na SMS Chapecó?				
		anos		meses
B13. Neste serviço de saúde, qual sua carga horária semanal? (Favor estimar)				
				horas por semana
B14. Neste serviço de saúde, qual é o número médio de consultas por semana que você atende? (Favor estimar)				
				consultas por semana
B15. Qual a porcentagem aproximada de <i>consultas</i> por idade?				
Idade de 0 a 12 anos				%
Idade de 13 a 20 anos				%
Idade de 21 a 40 anos				%
Idade de 41 a 60 anos				%
Idade acima de 60 anos				%
B16. Qual a porcentagem da sua carga horária semanal que você dedica a cada uma destas atividades ?				
Educação Comunitária				%
Visitas Domiciliares				%
Reuniões				%
Consulta por demanda espontânea				%
Consultas programadas				%
Discussão de caso com a equipe				%
B17. Qual o grau de satisfação com o seu trabalho neste serviço de saúde? (use o Cartão de Respostas nº 2)				
“Carinha”	A	B	C	D

B18. Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador deste serviço de saúde?(use o Cartão de Respostas nº2)					
“Carinha”	A	B	C	D	E
B19. Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre os membros da sua equipe de saúde? (use o Cartão de Respostas nº2)					
“Carinha”	A	B	C	D	E
B20. Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde? (use o Cartão de Resposta nº2)					
“Carinha”	A	B	C	D	E
B21. Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço? ()					
1. Concursado – estatutário					
2. Contrato temporário – emergencial					
3. Outro					
B22. No último mês, quanto você recebeu neste serviço? R\$					
B23. No último mês, quanto você recebeu levando em consideração todos os seus locais de trabalho? R\$					
B24. No último mês, qual foi a renda estimada da sua família? R\$					

C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO

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

D. ATENDIMENTO CONTINUADO

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

E. COORDENAÇÃO

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

F. COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)

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

Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	4	3	2	1	9
F5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4	3	2	1	9
F6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos	4	3	2	1	9
F7. Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	4	3	2	1	9
F8. Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	4	3	2	1	9
F9. Outros (Favor especificar)					

G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

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

G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)

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

H.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)

**Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção(H1 - H18).
Se você atende apenas adultos, não responda às perguntas H14 - H18.**

Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H1. Alimentos saudáveis ou sono adequado	4	3	2	1	9
H2. Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	4	3	2	1	9

Perguntas H3 - H13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H3. Uso de cintos de segurança	4	3	2	1	9
H4. Abordagem de conflitos familiares	4	3	2	1	9
H5. Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados	4	3	2	1	9
H6. Níveis de colesterol	4	3	2	1	9
H7. Medicações em uso	4	3	2	1	9
H8. Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	4	3	2	1	9
H9. Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	4	3	2	1	9
H10. Prevenção de queimaduras por água quente	4	3	2	1	9
H11. Prevenção de quedas	4	3	2	1	9
H12. Prevenção de osteoporose em mulheres	4	3	2	1	9
H13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4	3	2	1	9

Perguntas H14 - H18 apenas se aplicam a crianças (abaixo de 18).

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

I. ENFOQUE NA FAMÍLIA

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

Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira de sua avaliação de saúde?					
I4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	4	3	2	1	9
I5. Discussão sobre fatores de risco familiares, ex. genéticos	4	3	2	1	9
I6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	4	3	2	1	9
I7. Discussão sobre fatores de risco sociais, ex. perda de emprego	4	3	2	1	9
I8. Discussão sobre condições de vida, ex. refrigerador em condições de funcionamento	4	3	2	1	9
I9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	4	3	2	1	9
I10. Discussão sobre as funções parentais	4	3	2	1	9
I11. Avaliação de sinais de abuso infantil	4	3	2	1	9
I12. Avaliação de sinais de crise familiar	4	3	2	1	9
I13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	4	3	2	1	9
I14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	4	3	2	1	9

J.ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares ?	4	3	2	1	9
J2. Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4	3	2	1	9
J3. Seu serviço de saúde obtém opiniões de usuários que possam ajudar no fornecimento de melhores cuidados de saúde?	4	3	2	1	9
J4. Seu serviço de saúde pode adaptar serviços ou programas de saúde em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?	4	3	2	1	9
Seu serviço de saúde usa os seguintes tipos de dados para determinar que programas/serviços são necessários à comunidade que atende?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
J5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)	4	3	2	1	9
J6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex., DSTs, TB)	4	3	2	1	9
J7. Taxas de imunização da comunidade	4	3	2	1	9
J8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais	4	3	2	1	9
J9. Informações clínicas do próprio serviço (nº de gestantes, nº de pacientes hipertensos, nº de pacientes c/ TB)	4	3	2	1	9
J10. Outros (Favor especificar)					

Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J11. Pesquisas com os seus pacientes	4	3	2	1	9
J12. Pesquisas na sua comunidade	4	3	2	1	9
J13. "Feedback" (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	4	3	2	1	9
J14. "Feedback" (retorno das informações) da equipe de saúde	4	3	2	1	9
J15. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	4	3	2	1	9
J16. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados	4	3	2	1	9
J17. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	4	3	2	1	9
J18. Presença de usuários no Conselho Gestor ou Conselho Distrital de Saúde	4	3	2	1	9
J19. Outros (Favor especificar)					

Seu serviço de saúde utiliza alguma das seguintes atividades para alcançar as populações da comunidade que atende?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J20. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos	4	3	2	1	9
J21. Vínculos com serviços/organizações religiosas	4	3	2	1	9
J22. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitários	4	3	2	1	9
J23. Agentes comunitários ou membros do conselho gestor/conselho distrital de saúde	4	3	2	1	9
J24. Outros (Favor especificar)					

K.COMPETÊNCIA CULTURAL

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