



Edital nº. 49/2005 – MCT-CNPq / MS-DAB/SAS – PROCESSO nº. 40241/2005-1

**INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
EM UNIDADES DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO**

COORDENADORA: Regina Maria Giffoni Marsiglia

INSTITUIÇÃO EXECUTADORA: CENTRO DE ESTUDOS AUGUSTO LEOPOLDO AYROSA GALVÃO - CEALAG

INSTITUIÇÃO COLABORADORA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

PESQUISADORES:

Arnaldo Sala
Carla Gianna Luppi
Julia Valeria
Selma Patti Spinelli
Maria Olinda Carreira
Oziris Simões

PESQUISADORES DE CAMPO:

Denise Andrade
Jardelina do Nascimento Santos
Jéssica Vilan Bove
Jucélia Barbosa
Maria Emília Carmineti

**São Paulo
Março/2008**

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	03
INTRODUÇÃO: Antecedentes Históricos da Atenção Primária em São Paulo	06
INTEGRALIDADE, MODELOS ORGANIZACIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA, AVALIAÇÃO: Aspectos Conceituais e Conceitos Operacionais.....	15
OBJETIVOS E HIPÓTESES	34
METODOLOGIA	35
RESULTADOS:	
1. Caracterização das Regiões Norte e Centro-Oeste da Cidade de São Paulo (2004-2007)	53
2. Cenários da Pesquisa: Unidades Básicas de Saúde e Distritos Censitários	65
3. Entrevistas com Gerentes e Observações	70
4. Questionários com Profissionais	113
5. Questionários com Usuários e Acompanhantes.....	144
6. Triangulação das Percepções.....	170
CONCLUSÕES	183
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
ANEXOS	191

APRESENTAÇÃO

No projeto original sob o título “INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM UNIDADES DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO”, havíamos nos proposto a analisar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde organizadas sobre modelos diferentes para saber se algum deles levava à maior observância do princípio da Integralidade na atenção à saúde. No entanto, dada à redução do orçamento foi necessário também concentrar e simplificar o trabalho de campo, o que nos levou a desistir da análise do processo de trabalho cotidiano, que exigiria uma observação mais intensa desse processo e levantamento de uma série de outras informações. Assim sendo, optamos por concentrar o olhar investigativo sobre os limites e possibilidades da efetivação do princípio da Integralidade em cada modelo de organização dos serviços de atenção básica existente na cidade de São Paulo no momento atual:

- 1) Nos serviços organizados sob modelo da Ação Programática em Saúde, que se constituiu como modelo hegemônico das unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo, a partir da década de 70, na reforma proposta pela Secretaria de Estado da Saúde na final dos anos 60, conhecida como Reforma Dr. Walter Leser. Ele resultou da discussão da proposta da Secretaria durante sua administração. As unidades organizadas segundo este modelo serão denominadas nesta pesquisa de Unidades Básicas de Saúde/ Ação Programática ou pela sigla - **UAP**;
- 2) Nos serviços organizados exclusivamente sob o modelo do Programa de Saúde da Família – PSF proposto pelo Ministério da Saúde em 1995 que passou a ser implantado na cidade de São Paulo a partir de 2001 na gestão do Dr. Eduardo Jorge Sobrinho à frente da Secretaria Municipal de Saúde. Denominadas nesta pesquisa de Unidades Básicas de Saúde/ Programa Saúde da Família ou pela sigla - **USF**. A implantação do PSF na cidade de São Paulo foi realizada através de parcerias estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde com Instituições de Atenção a Saúde ou Instituições de Ensino na área da Saúde;

- 3) Nos serviços organizados concomitantemente sob os dois modelos: Ação Programática e Programa Saúde da Família, juntados no mesmo espaço como resultado do processo de implantação do PSF a partir de 2001 na cidade de São Paulo nas UBS municipais e da municipalização das Unidades Básicas de Saúde estaduais nesse mesmo período, aqui denominadas “Unidades Mistas” ou pela sigla - **UM**

Em virtude dessas mudanças a base teórico-conceitual concentrou-se na discussão sobre os sentidos atribuídos ao princípio da Integralidade, na vertente horizontal e vertical, na Atenção Básica. A constituição deste referencial foi desenvolvida a partir de Seminários realizados entre os membros da equipe de pesquisa constituída no primeiro semestre de 2006, com a finalidade de homogeneizar os conceitos teóricos, refinar a metodologia e readequar o trabalho de campo para que parte dos objetivos fossem preservados.

Assim sendo, o presente estudo busca analisar que dimensões da Integralidade que estão sendo contempladas nos modelos de Atenção Básica, historicamente realizados na cidade de São Paulo na última década.

Tendo em vista a especificidade desse processo na cidade de São Paulo, constituiu-se para os fins de pesquisa, uma tipologia de modelos assistenciais, baseada na diferenciação da organização de Serviços de Atenção Básica, encontrados na Região Norte e Região Centro-Oeste do município a partir de 2001.

As notações de referência são:

1. Unidades Básicas de Saúde que seguem o modelo da Atenção Programática - **UAP**;
2. Unidades Básicas exclusivas de Programa de Saúde da Família - **USF**;
3. Unidades Básicas Mistas, organizadas concomitantemente nos modelos de Atenção Programática e Programa de Saúde da Família - **UM**.¹

¹ A notação – UM – Unidade Mista foi adotada no trabalho, para facilitações da referência. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, estas Unidades são referidas como UBS/PSF, sem que o termo apareça, ou seja: Mista como exercício de práticas conjuntas que necessariamente se interpenetrem.

Nestes três modelos assistenciais buscou-se caracterizar o processo da Integralidade, considerando em sua forma generalizada como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde que se articula para realização do cuidado à saúde, ações estas estruturadas no mesmo espaço, com saberes que se interpenetram e cujo molde é garantido na visualização/concreção da organização do serviço ali prestado

INTRODUÇÃO

Caracterização do Problema: Antecedentes Históricos da Atenção Primária em São Paulo.

Desde o início do século XX os serviços de saúde têm sido classificados em diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade tecnológica e as atribuições. Lord Dawson of Penn, propôs no início do século XX na Inglaterra um sistema de saúde organizado em três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (Starfield, 2002: 30).

Em 1977, a Assembléia Mundial da Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde, definiu como meta principal que até o ano 2000 os países deveriam proporcionar aos seus cidadãos um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva, declaração esta que foi denominada de “Saúde para todos no ano 2000” (Starfield, 2002: 30). E no ano seguinte, (1978), na Conferência de Alma-Ata, foram especificados, alguns componentes fundamentais da organização da Atenção Primária, tais como:

- Educação em saúde;
- Saneamento ambiental (em especial, águas e alimentos);
- Programas de saúde materno-infantil (imunizações e planejamento familiar);
- Prevenção de doenças endêmicas locais;
- Tratamento adequado de doenças e lesões comuns;
- Fornecimento de medicamentos essenciais;
- Promoção de boa nutrição;
- Medicina tradicional (Ministério da Saúde, 2001:15).

Dez anos depois, a Organização Mundial da Saúde reafirmou, na década de 90, um conjunto de princípios que constitui a base da Atenção Primária nos serviços de saúde.

Esses princípios, divulgados na Carta de Lubliana (1996), apontam que os sistemas de atenção à saúde devem ser:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a promoção e proteção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem nos serviços e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- Direcionados para a Atenção Primária (Starfield, 2002: 21);

A Atenção Primária dirige-se a pacientes que, em geral, têm múltiplos diagnósticos e queixas vagas, os quais normalmente não podem ser identificados em diagnósticos mais precisos. As propostas de tratamento, neste sentido, devem buscar uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos (Starfield, 2002: 21), considerando-se que mesmo em países e regiões de grande desigualdade na distribuição de riquezas, os serviços de saúde podem ter influência razoável na melhoria da situação de saúde, especialmente se eles tiverem uma rede de Atenção Primária bem desenvolvida. Isso se deve ao fato da Atenção Primária não focar apenas a enfermidade do indivíduo, mas concentrar-se também nas condições de vida, trabalho e ambiente da população de uma determinada região (Starfield, 2002:21). Utiliza-se, para isso, de uma rede de serviços de saúde e de outras instituições existentes naquela localidade, além do atendimento nos domicílios.

No Brasil, a Atenção Primária se desenvolveu basicamente através de dois grandes modelos teóricos: o modelo da Programação em Saúde ou Atenção Programática, nos anos 70, e o modelo do Programa de Saúde da Família, nos anos 90. O modelo de Atenção Programática originou-se da atuação da Saúde Pública, no século XX, concretizada em quatro grandes fases: a primeira, de priorização do Saneamento do Meio através de obras de engenharia sanitária e normas de controle sobre a população; a segunda, das Campanhas Sanitárias, “programas verticais” voltados para o controle das grandes epidemias; a terceira, da

Educação em Saúde e Prevenção, incentivando a saúde materno-infantil e a criação dos primeiros centros de saúde por influência da Fundação Rockefeller, representada no Brasil por Paula Souza; e, a quarta, de Integração dos Serviços de Saúde Pública com os serviços de assistência médica, incentivada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nos anos 60.

Nos anos 70 as Secretarias Estaduais e municipais de saúde foram incentivadas a reorganizar seus serviços sob o modelo da Ação Programática: programas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental, saúde bucal e programas especiais para atendimento à tuberculose e hanseníase.

Dentro desta perspectiva, incentivou-se a constituição da ação dos serviços numa base territorial, o acompanhamento das pessoas ali residentes, desenvolvimento de ações de promoção (educação em saúde, por exemplo) e prevenção à saúde (programas de imunização, por exemplo), reduzindo a Atenção à demanda espontânea da população aos serviços.

O Programa de Saúde da Família (PSF), consolidado pelo Ministério da Saúde em 1995, procurou substituir as práticas convencionais da Atenção Primária orientando-se pelos princípios da Vigilância em Saúde. Incentivou as Unidades da Saúde da Família a trabalharem com o território de abrangência, a responsabilização de equipes multiprofissionais por um conjunto de até 1.000 famílias, cadastramento prévio dessas famílias no território e a sua instalação em postos de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes nos municípios². Segundo a proposta, as Equipes de Saúde da Família deveriam:

- Conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais são responsáveis;
- Identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais a população esta exposta;

² As UBS – unidades básicas de saúde, são de denominação oficial nos documentos e amplamente citadas na literatura dos estudos pertinentes, sob a denominação Atenção Básica. Aparecem referidas à rede física do Sistema Único de Saúde.

- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
 - Prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção a saúde;
 - Resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
 - Desenvolver processos educativos em saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos;
 - Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.
- (Ministério da Saúde, 1997: 11).

Na cidade de São Paulo

No caso do Estado de São Paulo, os Programas da Ação Programática foram implantados no espaço dos centros de saúde da rede estadual constituída a partir da reforma da Secretaria de Estado da Saúde em 1972, na gestão do Dr. Walter Leser, tendo sido criada entre outras, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade . E na cidade de São Paulo, em 1974, com a reforma da Secretaria de Higiene e Saúde, sob direção do Dr. Cornélio Roseburgo, através da Atenção Programática nos Postos de Saúde do Município. Portanto, a experiência da Atenção Primária organizada sob o modelo de Ação Programática, que alguns chamam atualmente de “tradicional”, foi implantado há mais de três décadas, disseminado nos vários municípios do estado e nas várias regiões da cidade de São Paulo, e mantêm-se até o momento atual, como uma das formas de organização dos serviços de saúde nesse nível.

Já a organização dos serviços de Atenção Primária nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF) é mais recente, e vem sendo incentivado pelo Ministério da Saúde desde 1995, em parceria com gestores estaduais e municipais. É uma estratégia de universalização da Atenção Primária e reorientação do Sistema de Saúde no Brasil para ações de promoção, prevenção da saúde e assistência à saúde, de maneira integrada, em um território definido.

A proposta, apresentada no documento do Ministério da Saúde, “*Saúde da Família: uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*” (1997), demonstra uma estreita articulação entre os princípios da Medicina de Família, Medicina Comunitária e Atenção Primária (Novaes, Jatene et al., 1999).

No Município de São Paulo, começou a ser implantado em 1995, por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS). Este fato se deu em virtude dos serviços de saúde do Município de São Paulo terem sido transformados em cooperativas de saúde, operados pelo setor privado, através do Plano de Assistência à Saúde (PAS), durante as Administrações Municipais dos Prefeitos Paulo Maluf e Celso Pitta, de 1993 a 2000.

Até o ano 2001, o QUALIS foi implantado em outras Unidades Básicas de Saúde (UBS), perfazendo 226 equipes distribuídas nas Zonas Leste, Norte e Sudeste do Município, em parceria com essas duas organizações, e estendido para a Zona Sul, por meio de novas parcerias com as Irmãs Catarinas e a Organização Santamarense de Educação e Cultura (UNISA).

A partir de 2001, com a municipalização da saúde na Administração da Prefeita Marta Suplicy e do Dr. Eduardo Jorge Sobrinho, como Secretário Municipal da Saúde, o Programa de Saúde da Família foi expandido sob coordenação do nível municipal. Essa implantação do PSF no município de São Paulo foi condicionada por duas características fundamentais. Em primeiro lugar, pelo fato da proposta de implantação do PSF ter sido iniciada pela SMS/SP, só a partir de 2001, e em segundo, pela nova proposta de estruturação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SP. Alguns de seus princípios, principalmente aqueles que nortearam a política de municipalização da saúde, por meio do Projeto de Distritalização, foram apresentados como uma realização conjunta da SMS/SP e da SES/SP, por meio da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo - CSRMGSP e Direção Regional de Saúde - DIR I. Propôs-se a fusão da estrutura dos cinco Núcleos de Saúde da SES/SP e das 10 Administrações Regionais de Saúde

(SMS/SP), para a configuração inicial de 41 Distritos de Saúde anunciada em 2001 foi alterada através do Comunicado SMS nº. 87/2002, para 39 Distritos, a fim de adequar-se aos limites das Subprefeituras do município. Em 2003, definiram-se 31 Subprefeituras e 31 Coordenadorias de Saúde na cidade de São Paulo. (Ianni, A.; Nakamura, E. et al. CEDEC, 2004). Em 2005, na administração do Prefeito Jose Serra, este quadro alterou-se, sendo definidas apenas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde, responsáveis pelas cinco regiões do município: Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul.

O projeto inicial da SMS/SP para a implantação do PSF no município de São Paulo teve como meta criar 1.749 Equipes de Saúde da Família e 10.496 Agentes Comunitários de Saúde para o quadriênio de 2001/2004, incluindo também 875 Equipes de Saúde Bucal, com prioridade para os distritos mais carentes do município, esperando-se cobertura aproximada de seis milhões de habitantes. As equipes deveriam ser implantadas segundo as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº. 1886/GM de 18/12/1997. No entanto, em função da complexidade do município de São Paulo, e da necessidade política de conduzir o processo de municipalização, adotaram-se algumas estratégias próprias e o questionamento de algumas normas do Ministério, por se considerar que eram incompatíveis com as características do município, uma grande metrópole.

A SMS/SP iniciou o processo de implantação do PSF através da incorporação progressiva das Unidades Básicas de Saúde - UBS ao PSF, visando à reestruturação do sistema municipal de saúde: “a SMS/SP terá sua rede básica gradativamente transformada pela estratégia da saúde da família nos próximos quatro anos”. Tendo em vista a incorporação das UBS ao PSF, a equipe básica do PSF seria complementada por outros profissionais que integram a UBS. Pressupunha-se que a ênfase no aspecto da complementaridade impediria a sobreposição de ações.

As equipes foram viabilizadas através de novos convênios com instituições parceiras: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Casa de Saúde Santa Marcelina, Organização Santamarense de Educação e Cultura (UNISA), Associação Congregação Santa Catarina, Associação Saúde da Família, Associação Comunitária Monte Azul,

A escolha dos Distritos de Saúde para implantação do PSF recaiu sobre áreas definidas como prioritárias com base no Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo (SPOSATI, 2000). Foi priorizada a população mais carente em cada um deles, com renda familiar de até cinco salários mínimos. O número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi dimensionado para o atendimento dessa parcela da população. O Plano de Saúde em cada Distrito deveria definir as áreas de maiores riscos socioeconômicos e geográficos.

Posteriormente, em reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de 14/12/2001, a SMS/SP encaminhou à Secretaria de Estado da Saúde /SP, ofício em que apresentava o cronograma proposto para a “subrogação dos convênios PSF/QUALIS”. Estabeleceu-se, assim, o compromisso de consolidação do processo de municipalização, com o repasse progressivo das 226 equipes do QUALIS nas Zonas Norte, Leste, Sudeste e Sul, para a Secretaria Municipal de Saúde, conforme cronograma definido, a partir de janeiro de 2002.

Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde tinha contratado 670 equipes de Saúde da família através das parceiras.

Em 2005, na administração do Prefeito José Serra, a Secretaria Municipal de Saúde foi reestruturada e as 31 Coordenadorias de Saúde reagrupadas em apenas 5 Coordenadorias Regionais de Saúde que passaram a articular os Serviços de Atenção Básica e Centros de Referências (DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, Centros de Apoio, Serviço Social....) localizados no território das várias Subprefeituras, conforme **Mapa 2**.

Mapa 2. Coordenadorias Regionais de Saúde por Subprefeitura e Distrito Administrativo, Município de São Paulo



Em 2007, o total de UBS chega a 408, sendo 142 (34,8%) só modelo Saúde da Família, 176 (46,50%) só modelo de Ação Programática e 76 (18,6%) modelo Misto.

Assim, a SMS/SP detém 1008 Equipes Saúde da Família.

INTEGRALIDADE, MODELOS ORGANIZACIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA, AVALIAÇÃO: ASPECTOS CONCEITUAIS E CONCEITOS OPERACIONAIS

1 – A Integralidade

A discussão teórica da Integralidade terá sempre o cotejamento com o processo social de constituição e consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde. Assim foram selecionados os trabalhos cujo intento é clarear a prática das ações que vem sendo desenvolvidas no nosso meio.

A Integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, a Integralidade pode ser entendida como “atendimento integral” focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Integralidade pode ser considerada como um dos atributos próprios da Atenção Primária, tal como propõe Starfield (2002).

A Integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram.

Um outro ângulo de aproximação à Integralidade considera a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Se no primeiro ângulo considerado, o da integração horizontal entre prevenção, promoção e recuperação, concorrem os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde, ali cabe considerar a atuação decisiva dos gestores

que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma Integralidade, entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde.

No âmbito da prática profissional, Pinheiro & Mattos (2003) apontam a Integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

”Incorpora a dimensão da prevenção aos fatores de risco articulado à assistência - um dos sentidos da Integralidade como uma boa prática da biomedicina. Ou seja, além de diagnosticar a patologia atua com uma visão de prevenção para os demais fatores de risco não explicitados pelo paciente. Ampliando para além do profissional médico, a equipe deve estar organizada para propiciar a oportunidade de trabalhar de forma integral, para além da atitude do profissional. Portanto os sentidos da Integralidade que incidem sobre as práticas do profissional devem “discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e o controle das doenças” (Pinheiro & Mattos, 2003:39).

Na organização dos serviços e das práticas de saúde a Integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação da saúde:

“Os serviços devem, ainda, estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população sob sua responsabilidade. Nesse sentido, a Integralidade pressupõe um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca contínua da ampliação do horizonte de percepção das necessidades de saúde de um grupo populacional para além daquilo que é expresso nas demandas ao serviço de saúde. Nestes termos, Integralidade pressupõe o conceito de cuidado em saúde, que considera a relação assimétrica entre sujeitos, em que o profissional deve praticar o reconhecimento do outro como alguém diferente de si e com necessidades não redutíveis ao conhecimento que instrumentaliza o profissional de saúde” (Costa, 2004: 5-15).

É importante ressaltar que o Brasil desenvolve o maior programa de inclusão social já realizado na nossa História: o SUS. Regulamentado pela Lei 8080 de setembro de 1990, tem como eixo central garantir a todos os cidadãos a atenção à saúde, assegurando-se o acesso universal, integral e igualitário. Essa atenção deve ser oferecida de forma qualificada e continuada e por meio de medidas de Promoção a Saúde, Prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Sua organização inclui um sistema de gestão partilhada entre as três esferas de governo e representações da sociedade.

A Integralidade é um dos princípios ordenadores do SUS, assim como a Universalidade de Acesso, a Equidade, a Participação da Comunidade, a Descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera. O Sistema Único de Saúde – o SUS se configura assim como um conjunto de ações e serviços de saúde, seguindo os princípios ordenadores, dentro da concepção ampla de proteção social à saúde garantida na Constituição de 1988.

Entretanto o proposto no texto da Lei Magna, para atingir a realidade que historicamente vinha sendo delineada exigia um esforço gigantesco. Empreender a Reforma Sanitária para alcançar o SUS significava desmontar a perversidade de um sistema *“altamente centralizado, acentadamente privatizado, crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira, com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado e dicotomicamente voltados para o coletivo, tradicionalmente área de competência da Saúde Pública; e para o individual, consultas e atos de maior complexidade tecnológica e onerosos, ficando para o setor privado o atendimento mais rentável e lucrativo. Além de profundamente discriminatório e injusto, com acentuadas distorções na sua forma de pagamento”* (Elias e Cohn, 2001: 42).

A década de 1990 presenciou o avanço da descentralização do Sistema de Saúde, na busca de um modelo gerencial para uma nova estruturação, primordialmente; embora se buscasse também, ainda que a reboque desse enfoque descentralizante, os modelos assistenciais calcados na realidade possível.

Se, no plano conceitual, a Integralidade em relação ao SUS, se coloca como princípio ordenador organizativo, e se identifica com o conceito de Atenção Básica, vai além dela, quando imprime o valor da Qualidade. O conceito de Atenção Básica assim se coloca nos termos da Portaria nº. 3925, de 13 de novembro de 1998, do Ministério da Saúde, em seu Anexo I – “Atenção Básica é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no grupo Assistência Básica da Tabela do SIA/SUS, quando da implantação do PAB-Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente” (Ministério da Saúde, D.O. 220-E, de 17/11/98).

Daí a polissemia de sentidos que faz a Integralidade ser entendida, seja como essência do SUS, seja como arranjo de ações configurativas da Atenção Básica, mas, sobretudo como afirmação de valores “*que merecem ser defendidos*” (Mattos, 2003). Valores que dizem respeito à afirmação da Saúde, da Qualidade de Vida, da Integridade do ser humano, em toda vigência de sua subjetividade, autonomia, responsabilidade e identidade; nova forma de se ver o usuário, no serviço. Implica, portanto, em práticas carregadas de sentido e não necessariamente apoiadas em tecnologias pesadas.

“As tecnologias leves revelam a sabedoria prática, o não-técnico, a interação das subjetividades. A racionalidade prática não é teórica nem técnica... Abarcar o ser em sua integridade exige o reconhecimento de que as condições em que se apóia o corpo, afetam a totalidade do indivíduo e obriga o profissional a ir além do seu objetivo imediato, até as condições ambientais, culturais, sociais e subjetivas...A confiança no médico depende de seu poder de convicção em que a autonomia do sujeito emerge na medida em que o médico deixa o outro em liberdade... O “Como você se sente? revela o cuidado na interação de dois sujeitos que resolveram dialogar, numa construção e reconstrução contínua de identidades, talhada no reconhecimento da autoridade e alicerçada pela responsabilidade de relevante para o vínculo usuário-serviço, para o controle social e da gestão propriamente dita” (Costa, 2004: 515).

Daí “contemplar as iniciativas teóricas e práticas que vinculem o cuidado individual a aproximação de corte sócio-sanitário. Isto é, pensar em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos a grupos populacionais específicos em dupla direção horizontal e vertical. A organização do Setor Saúde deve se preparar para responder aos projetos de vida e seus obstáculos, dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços. A Intervenção em Saúde na escala coletiva segue o diálogo com os ‘sujeitos de carne e osso’ constituintes desses coletivos” (Ayres, 2004: 28).

O objeto deste trabalho se apóia assim no ideário da Integralidade que corresponde a um processo que se inicia na formulação de políticas de nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis de atenção até a produção de ações de cuidado em saúde, por meio de práticas para atenção e cuidado dos indivíduos.

“Esse agregado semântico da Integralidade que pontifica como valor e também como ideal regulador, leva a plurais dimensões das necessidades de saúde: os modos de vida, o acesso às tecnologias, a criação de vínculos afetivos entre usuários e serviços e a necessidade de autonomia” (Camargo, 2003: 37).

A escolha do objeto deste trabalho e o recorte da realidade do município de São Paulo aqui descrita visa demonstrar também que os modelos da Atenção Básica são produtos históricos, acumulados de distintas fases e culturas, inovações que vão restaurando o tecido social com atividades além das práticas de saúde específicas.

“A incorporação de valores de solidariedade, reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado à saúde, conformam o grande desafio da utopia da Integralidade” (Costa, 2004: 5:15).

Há que se ver aí, o esforço de uma nação em realizar um desenvolvimento social humano que faça frente à fragmentação globalitária deste começo de século XXI. Capaz de contemplar com equidade os direitos dos assistidos e dos dessassistidos, na sociedade

democrática. É impossível desconectar as especificidades da Reforma Sanitária Brasileira, do projeto societário que a move. Segundo (Mattos, 2003), a Integralidade não é apenas diretriz; é uma bandeira de luta, e parte de uma imagem-objetivo desejável:

“A noção de imagem-objetivo, tem sido usada no planejamento, para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável . Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido. Enuncia-se uma imagem-objetiva com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, daquilo que existe. Toda imagem objetiva tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade ... mas a imagem-objetivo nunca é detalhada. Ao contrário, sempre se expressa por meio de enunciados gerais” (Mattos, 2003: 41).

Calcada num senso de realidade, uma imagem-objetivo não diz como a realidade deve ser...ela traz consigo um grande número de possibilidades futuras. Talvez não devemos buscar definir de uma vez por todas a Integralidade, mas buscar a sua concreção na realidade imediata. Ou seja, buscar a Integralidade, dissecando a realidade objetiva por meio de conceitos operacionais que vislumbrem a Integralidade na prática, na organização dos serviços. Para os fins desta pesquisa propomo-nos selecionar categorias indicativas da Integralidade, por referência aos valores que as sustentam. Tendo em vista que essas categorias nos permitem analisar comparativamente os modelos assistenciais da realidade aqui exposta, será necessário partir das características dessas ações comparáveis; nestes modelos, para a posteriori avaliar a Integralidade neles.

2 – Os Modelos Organizacionais

A Atenção Primária, nos moldes da Programação em Saúde, se estrutura a partir do conceito da integração entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, reunindo profissionais de distintas formações para realizar a tarefa. No entanto, este modo de organização do trabalho compartimentaliza as áreas disciplinares que integram cada programa (criança, mulher, tuberculose, idoso, entre outros). Embora em seus pressupostos esteja claramente colocada a promoção e a prevenção a saúde, neste modelo de organização da Atenção Primária acabou fortemente marcada pela assistência médica, sobretudo dirigida à recuperação da saúde. A estruturação do modelo propiciou a hegemonia do pensamento médico de caráter curativo, como resposta a uma crescente pressão pela cobertura por assistência médica verificada nas décadas de 1970 e 1980, sobretudo.

A proposta da organização de serviços baseada nas Ações Programáticas de Saúde tem suas raízes históricas no modelo de planejamento vigente na década de 1970, calcada na idéia da integração sanitária e constituindo a dominância das ações dirigidas para o coletivo sobre aquelas que se destinam ao individual. Sua ferramenta fundamental para tornar a saúde das populações e grupos específicos é a Epidemiologia.

Atualmente a Programação vem ocupando cada vez mais o centro de um debate sobre a forma mais adequada de organizar os serviços de assistência à saúde no Brasil. Como enfatiza (Schaiber, 1993):

“... na discussão, tem-se uma reconstituição da problemática da igualdade social na medicina agora tomado como objeto central da reflexão, não mais apenas as articulações institucionais entre as diversas redes de assistência, médica e sanitária, mas a própria dimensão técnica das práticas em saúde na organização social da produção dos serviços, o que se tem designado por modelo assistencial” (Schraiber, 1993:12).

Na argumentação desses pressupostos das discussões sobre modelos assistenciais, debates que se estenderam por toda a década de 1990 e até hoje ainda suscitam embates, a autora prossegue, ancorando a discussão na Integralidade.

“... O que se busca, nesse sentido, é argüir da competência e adequação de tal ou qual conjunto estruturado de processos de trabalho para a intervenção sobre a saúde/doença de uma maneira global, tratando-se, pois dos modelos operatórios das práticas médica e sanitária e dos modelos de uma integração” (Schraiber, 1993:12).

Ao manifestar seu estranhamento sobre esses holofotes que ora se põem sobre a Programação em Saúde, como se buscasse novos atributos sob um olhar, a autora tece críticas acerca do modelo implantado (em particular ao modelo da experiência paulista), críticas que contrapõem vertentes da Saúde Pública tradicional e histórica, da corrente de construção de uma Saúde Coletiva calcada nos reclamos de um movimento sanitário conjurado enfim nos passos da Reforma Sanitária em curso.

Dado que os entraves desse processo político-societário estão entranhados na própria realidade historicamente constituída, o que se deve buscar nesta superação são alternativas na direção da integração interdisciplinar da relação serviço-usuário e da participação dos diferentes profissionais na realização do cuidado em saúde. No entanto, esta proposição não se efetivou em escala significativa na rede de serviços de Atenção Primária.

Nemes (1993), em trabalho de recuperação histórica da constituição do modelo de Ação Programática operado no Estado de São Paulo, entre o final dos anos 70 e a primeira metade dos anos 80 enfatiza as concepções acerca da prática, as quais instrumentalizam o modelo concretamente operado. Identifica neste marco institucional, as diretrizes da reforma da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, nos anos 67/69, apresentada pelo Secretário de Saúde Dr. Walter Leser no documento sobre a Reforma Administrativa do Governo do Estado de São Paulo de 1971: tal reforma promoveu uma desconcentração técnica-administrativa e reorganizou todos os equipamentos da Secretaria da Saúde unindo em uma unidade local, o Centro de Saúde, todas as ações executadas anteriormente por 25

serviços especializados verticais (dispensários de lepra, tuberculose, tracoma; postos de puericultura, centros de saúde, etc.):

“Em outros termos, a concepção do ‘Centro de Saúde como unidade sob comando único responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade a que serve’, demonstra a correspondência entre o instrumento das ações de saúde e um Coletivo, tomado como conjunto populacional/espacial delimitado” (Nemes, 1993:73).

O autor ressalta, entretanto que as metas iniciais dessa reforma foram, no entanto, apenas parcialmente atingidas.

“A projetada integração de serviços nos Centros de Saúde, por exemplo, limitou-se, na maior parte das vezes, à justaposição de atividades realizadas com regras e pessoal próprio... em que pesem tais limitações, a reforma administrativa construiu as condições institucionais necessárias para o desenvolvimento eficaz de um novo modelo tecnológico da Saúde Pública. Este novo modelo é caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada pela Secretaria da Saúde: a proposta que gerou foi denominada de Programação” (Nemes, 1993:110).

Assim concebida e estruturada tendo como pano-de-fundo as políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde, discussão essa que ocorreu, em toda a América Latina nos anos 60, claramente norteadora da V Conferência Nacional de Saúde em 1975, a Programação consubstanciou idéias dos projetos da Medicina Comunitária e do Planejamento em Saúde fundamentalmente:

- a. a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde.
- b. a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde e a ampla utilização de agentes não-médicos no serviço.

- c. a consolidação das idéias de extensão e simplificação ocorrida na Conferência Internacional em Alma.-Ata, (1978), marco referencial das políticas de extensão da chamada Atenção Primária à Saúde.
- d. o Planejamento em Saúde, como tipo de intervenção que emerge no contexto político centralizado do pós-64, penetrando pelo setor econômico, e traduzindo-se nos setores sociais como o da saúde, por diagnósticos de gastos excessivos e necessidade de racionalização dos recursos aplicados no setor.

O que caracterizou a Programação, portanto, foi a introdução da assistência médica individual na rede Centros de Saúde, subordinada à idéia de Aço Programática, na qual a assistência aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo:

“A proposição geral da Programação logrou introduzir nos Centros de Saúde a prática do atendimento médico à doença, tratando de afastar a arraigada concepção de atendimento da Saúde Pública como controle do sadio e, integrar esse atendimento em um plano geral de intervenção, articulado sob a idéia da História Natural da Doença, como definida por Leavell e Clark e organizada sobre a idéia da assistência integral” (Nemes, 1993:81).

Com toda a força de sua vigência, o modelo da Programação começou a ser questionado no bojo da crise da Previdência Social (83/87) e com as propostas das AIS – Ações Integradas de Saúde e seus desdobramentos no SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que estabeleceram que os Centros de Saúde estaduais e municipais constituíam uma Rede Básica de Serviços de Saúde, definida como a principal “*porta de entrada*” do sistema de saúde.

A partir daí, vários mecanismos de implementação da proposta da Rede Básica insistiram na desvalorização do modelo de Programação, com críticas abertas sobre a questão da “resolutibilidade”. A Programação tem sido desmantelada, mas ainda não esgotou seu papel histórico nessa passagem de um a outro modo de incorporação da assistência médica no

campo da saúde coletiva. Seus resquícios que ainda persistem, convivem com outras proposições de modelos assistenciais.

É possível perceber por outro lado, que a proposta do PSF apresenta uma série de outros desafios para a área de Recursos Humanos, exigindo mudanças em três níveis. O primeiro, no nível epistemológico, pretende que se rompa com a tradição do conhecimento disciplinar, segmentado e especializado, e, que se busque um conhecimento abrangente, que faça a síntese entre conhecimentos advindos de várias disciplinas, não só da área biológica, mas da área das ciências humanas e sociais, tendo em vista “reformular” a formação dos profissionais de saúde, na perspectiva de se obter um profissional com formação geral e de caráter interdisciplinar. Além desta rediscussão sobre conhecimento científico de caráter interdisciplinar, espera-se que haja um conhecimento geral compartilhado por toda a equipe, e que o conhecimento não considerado científico, por que originário da experiência, do senso comum ou popular, seja trazido para o interior da equipe, através da figura do Agente Comunitário de Saúde. (Marsiglia, 2005).

O PSF também exige mudanças no processo de trabalho, superando a organização inspirada nas concepções de tipo taylorista/fordistas, rompendo com a divisão sócio-técnica do trabalho dominante, com a dicotomia entre a decisão e a execução que tem sido muitas vezes responsável por um certo grau de alienação no trabalho dos profissionais de saúde. Exige que o diagnóstico da realidade, planejamento, monitoramento, avaliação e replanejamento sejam funções assumidas conjuntamente por toda a equipe: que todos saibam lidar com as informações obtidas, no sentido de retroalimentar o sistema e embasar o processo de decisão coletiva. Pressupõe ainda, mudanças nas relações no interior da equipe para que elas se tornem menos hierárquicas, com as decisões compartilhadas entre a equipe e as famílias atendidas. Relações que permitam também a criação de vínculos e responsabilização pelo acolhimento, cuidado e resolução dos problemas apresentados, inclusive na busca de encaminhamentos para níveis mais complexos de atendimento, pautando a postura da equipe pela ética do compromisso com os usuários. Requer ainda, que a equipe, além da atenção aos problemas prevalentes de saúde dos indivíduos, desenvolva conhecimentos e habilidades para a abordagem de dinâmicas familiares, de

grupos, de trabalhos comunitários e experiências de participação e controle social. (Marsiglia, 2005).

No plano dos documentos norteadores, percebe-se nitidamente a proposta audaciosa contida na *“Reorientação do Modelo Assistencial; uma estratégia para reorganizar a Atenção Básica em Saúde, com a certeza de que as mesmas já constituem uma realidade concreta no texto da mudança do modelo assistencial no qual está empenhado o país”* (Ministério da Saúde, 1997).

Muito claramente, a Unidade de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

3 Avaliação

3.1. Considerações Gerais³

A palavra avaliação, no sentido mais geral do tema, consiste em atribuir valor a algo (Aguilar & Ander Egg, 1994). Nesta acepção, o termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de avaliar (Ferreira, 1986), ou seja, conferir valor, manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso, no entanto, com o fundamento desse juízo ou com um método específico (Uchimura, 2002).

Quando se trata, contudo, de avaliar serviços ou programas, o que corresponde a situar a avaliação no campo das modelos de intervenção social e, conseqüentemente, das ciências sociais, recorre-se à utilização de:

³ Baseado em texto de Simões, Oziris (2006).

“Procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável – a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática” (Aguilar & Ander-Egg, 1994:26).

Conforme assinala Pinto (1986, apud Acurcio et al., 1991):

“Não há uma pergunta-chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. (...) Dependendo do postulado teórico assumido, encaminhar-se-á em uma ou outra direção se selecionarão algumas dimensões para análise, em detrimento de outras. (...) O que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados” (:51).

Vale ressaltar que a constituição do campo de avaliação de serviços e programas caracterizou-se pelo uso de pressupostos típicos do rigor positivista, cuja influência se mostra ainda presente, acompanhando a tendência histórica na administração pública do país de se privilegiarem dados quantitativos (Lobo, 1998). Assim, predominam os estudos que não só defendem a medição estatística como “único meio de valorar alguma coisa” (Nuto & Nations, 1999), como também concebem a avaliação como um modelo de pesquisa que utiliza métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados:

“(...) conjunto de procedimentos para a coleta e análise de dados que aumentam mais a possibilidade de ‘provar’ do que ‘afirmar’ o valor de uma atividade social” (Suchman, 1967, apud Aguilar & Ander-Egg, 1994:27).

“(...) consiste simplesmente na coleta e combinação de dados de trabalho mediante a definição de metas que proporcionam escalas comparativas ou numéricas, com o fim de justificar, os instrumentos de coleta de dados, as valorações e a seleção das metas” (Scriven, 1967, apud Aguilar & Ander-Egg, 1994:26).

“É um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos (...)” (ONU, 1984, apud Silver, 1992:198).

“A particularidade da avaliação de políticas públicas consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou ainda, que na ausência do programa x, não teríamos o resultado y” (Figueiredo & Figueiredo, 1986, apud Arretche, 1998:31).

Convém destacar que o paradigma positivista referido, tradicionalmente hegemônico em se tratando de avaliação de serviços, já começa a ser questionado (Furtado, 2001), e, segundo Deslandes (1997):

“É possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico (...)”.

Já se admite a subjetividade inerente a qualquer avaliação, seja ela de um fato do cotidiano, seja de um serviço ou programa em especial.

Não obstante, é possível encontrar, na literatura, algumas experiências de avaliação que não se prendem à medição e incorporam a subjetividade ao processo avaliativo (Bosi & Affonso, 1998; Gattinara et al., 1995; Minayo et al., 1999; Nuto, 1999; Santos, 1995). Guba & Lincoln (1990, apud Contandriopoulos, 1997) mostrando que, no estágio emergente (atual) da avaliação, pressupõe-se para a sua realização um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. Os mesmos autores apontam também três

estágios anteriores da avaliação, cuja evolução se fez possível com o desenvolvimento teórico e a acumulação do saber. (Simões, 2006).

Os critérios utilizados para organizar os estudos de avaliação, de acordo com a literatura específica (Aguilar & Ander-Egg, 2:1994; Hartz, 30:1997; Stenzel, 58:1996; Patton,46:1997), procuram dar conta das principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação (Novaes, 2000), e são os seguintes: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado. As avaliações de implantação e estratégias mostram-se mais aderidas às avaliações para decisão, pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando, quase sempre, o conhecimento e a compreensão da complexidade e das dinâmicas gerais. Busca responder a questões colocadas para aquele programa específico, e cujas respostas serão consideradas adequadas pela sua capacidade de resolver os problemas identificados, quanto ao mérito e melhorias possíveis pelos grupos de interesse envolvidos (“stakeholders”), freqüentemente numerosos, e com perspectivas em geral não concordantes. (Simões, 2006).

3.2 – Avaliação de Modelos Organizacionais

No debate que se trava em torno do modelo assistencial a ser implementado, os dois modelos de Ação Programática e do Programa Saúde da Família, são colocados como antitéticos *“Essa oposição está ora colocada de modo radical, ora mesclada a outras questões subliminares: de um lado a posição que defende a extensão de cobertura da assistência médica individual (pública ou não), tomando-a como remédio para as questões de saúde da população; de outro, a que propõe que as ações de saúde sejam planejadas a partir de critérios epidemiológicos, e que as ações de atenção individual estejam subordinados a uma ótica epidemiológica”* (Sala, 1993:117).

Dado que a realidade da cidade de São Paulo oferece uma profusão de arranjos e práticas, aqui recortadas em dois Modelos Organizacionais na Atenção Básica e mais a situação em que eles aparecem junto (não necessariamente mistos, no sentido de que “mistura” venha a significar permeabilidade entre as práticas de cada um, mas, simplificada, ‘misto’ no sentido de “estar junto no mesmo espaço”, ou seja, Unidade Básica.

Entretanto a Avaliação que se pretende não esgota propriamente o Modelo Organizacional em si. A avaliação que se pretende elege um parâmetro das organizações – a Integralidade, haja vista que ela é o princípio ordenador das práticas, as quais podem ser identificadas no real e transformadas em categorias de análise da Integralidade.

3.3. Avaliação da Integralidade

Conforme o exposto, a Integralidade no Brasil, faz parte das propostas de Reforma Sanitária desde o início da década de 1980, quando surgem programas específicos e foi finalmente assumida como diretriz para organização do SUS. Como diretriz política, ideal norteador, imagem-objetivo, a Integralidade tornou-se atributo importante na avaliação da qualidade do cuidado e na concessão das metas dos serviços e dos Sistemas de Saúde.

Entretanto há que se vencer o esforço para avaliar a Integralidade, pois aspectos como: a multifatorialidade do processo saúde/doença, a diferença entre a dimensão individual e coletiva do conceito de qualidade e a relatividade da noção do valor demonstram o fato de que os processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais complexos (Connil,2004:1417-1423).

Ainda segundo Connil (2004), em sua formulação sobre Avaliação da Integralidade, perpassamos três grupos de questões: (1) qual é o entendimento acerca desse conceito e como verificar sua expressão prática; (2) quais modelos de atenção proporcionam processos de trabalho (práticas) favorecedores de ações mais integrais; (3) qual a influência dos

fatores contextuais sobre esses processos; (4) quais os efeitos de um cuidado, serviço ou sistema integral sobre a situação de saúde.⁴

A opção mais viável foi escudar-se em estudos anteriores cujos instrumentos foram validados e por nós adaptados. Assim, estabeleceu-se um marco referencial de análise que resultasse em um instrumento abrangente para o estudo da Atenção Básica: o referencial proposto por Starfiel (2004), que se desdobra nas várias dimensões de avaliação da Atenção Básica á Saúde (Macinko et al, 2004).

No plano da **Integralidade Horizontal** as categorias observáveis derivam das concepções da Medicina Integral, tal qual se delineou historicamente. São elas:

Acessibilidade: Ao discutir as necessidades de Saúde, Costa (2004:13) cita Cecílio:

“Não há possibilidade de Integralidade e Equidade sem a garantia da Universalidade do Acesso. Além da discussão do simples consumo e acesso a determinados serviços, esse debate remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. Implica repousar aspectos da organização do processo de trabalho, da gestão e do planejamento no nível da gerência. É necessário reconhecer que as necessidades de saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual. A busca da Acessibilidade no Serviço implica reconhecer ali uma constante reconceituação de necessidades de saúde que possam ser apropriadas pelos profissionais daquele serviço, daquela população. A busca de critérios de priorização, a questão das barreiras, a chegada e utilização de serviços, a busca ativa, a criação de demanda, a criação de facilidades de uso do espaço físico são possíveis na esfera da gerência, na micro política das Unidades. Encontrar uma lógica de organização e funcionamento relacionada às necessidades dos usuários, sem modelar a demanda. A não acessibilidade fecha a porta de entrada” (Cecílio, 2001:113).

⁴ Dado o alcance e as limitações do Projeto de Pesquisa, nossa proposta não contemplou o 3º item dessas questões.

Acolhimento: rede de conversações cujo escopo é buscar as singularidades dos sujeitos. O acolhimento se dá não somente à chegada do usuário no serviço, mas no contínuo das interações, por meio de escuta qualificada.

“Esta singularização que identifica vem da sabedoria prática, que não é de natureza técnica ou teórica, mas decorre de uma conduta profissional por referência a valores humanos do assumir, agir em função do outro/reconhecer sua biografia e a estória do seu adoecimento. Um espaço físico intimista, ou mesmo a postura dos profissionais já na recepção prenuncia a caráter do Acolhimento” (Costa, 2004:14).

Vínculo: além de abranger a questão da adscrição, a qual diz respeito ao uso regular, é uma relação de confiança, *“relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada por subjetividades”* (Cecílio, 2001:113).

Enfoque familiar: condição necessária à prática da Medicina Integral, é a essência da Integralidade, pois qualifica o atendimento e possibilita a criação de demanda pela prevenção e promoção. Ele é visível nas reuniões das equipes e no prontuário.

No plano da **Integralidade Vertical**, as categorias observáveis criam um nexo entre as ações do serviço e os encaminhamentos a outros níveis do Sistema de Saúde.

O fluxo e a coordenação: o fluxo organiza o percurso do usuário para as modelos de atendimento existentes na Unidade. Compõe-se de uma série de notações físicas que facilitam a orientação dos usuários, tais como placas e setas, bem como garante os Registros, cadastramentos e agendamentos. As ações dos profissionais que trabalham em equipe são concatenadas em termos dos objetivos de cada um e comuns no cuidado do usuário. O elenco de serviços e as valorizações explicitadas na descrição destes serviços é uma medida exemplar.

Encaminhamentos: referência para exames, para consultas especializadas, para internações. Devem ser considerados aqui, o agendamento, o controle da realização do atendimento, o retorno dos resultados, o tempo médio gasto na obtenção do atendimento e a estruturação desse fluxo de encaminhamento para além da Unidade, nas instâncias de supervisão.

Orientação comunitária: A capacidade, no nível da Atenção Primária, de reconhecer as necessidades da comunidade e de promover ações intersetoriais nas ações comunitárias, alicerçando os laços de Solidariedade Social.

OBJETIVOS

Tendo por objeto as dimensões da Integralidade em Modelos de Atenção Básica, foram objetivos deste trabalho geral:

- Avaliar a observância da concepção de Integralidade horizontal e vertical na Atenção Básica em Unidades Básicas de Saúde da Cidade de São Paulo;
- Comparar a observância da Integralidade horizontal e vertical nas Unidades Básicas que seguem o modelo das UAP, com as unidades que seguem o modelo da Saúde da Família USF, e com as unidades que apresentam, no mesmo espaço os dois modelos de Ações Programáticas e de Saúde da Família (UM);
- Comparar as percepções sobre a observância da Integralidade Horizontal e Vertical entre os gerentes das Unidades Básicas, os profissionais e usuários/acompanhantes.

HIPÓTESES

1. Os princípios da Atenção Primária, em especial a observância da Integralidade horizontal e vertical da atenção, podem ser avaliados através da observação da prática e coleta das opiniões dos agentes institucionais e usuários dos serviços;
2. Há diferenças nas práticas entre os modelos de organização da Atenção Básica no que diz respeito à observância da Integralidade.

METODOLOGIA

1. Escolha de UBS das Regiões Norte e Centro-Oeste da Cidade de São Paulo.

As **razões para a escolha** das Unidades Básicas de Saúde das regiões citadas estão ligadas ao fato de apresentarem praticamente toda a variabilidade das Unidades Básicas de Saúde de São Paulo, por que:

- estão localizadas em distritos de diferentes níveis socioeconômicos, classificados em 6 dos 7 estratos do Ranking do Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo (Sposati, A., 2000; Cançado, 2002);
- nesses distritos há uma porcentagem variável da população em condições de alta vulnerabilidade social, isto é, 0,6% da população dos distritos da Subprefeitura Sé e 40,6% da população dos distritos da Subprefeitura Freguesia do Ó/ Brasilândia encontram-se nesta condição (SAS/CEM-CEBRAP, 2004);
- as experiências das UBS desses distritos com o modelo de Ações Programáticas datam de quase três décadas, enquanto o modelo de Saúde da Família existe em alguns dos serviços na Cidade de São Paulo desde 1995, na época da experiência de parceria da Secretaria de Estado da Saúde com entidades de interesse público, sob a denominação de Qualis (Qualidade Integral na Saúde). O modelo estendeu-se a UBS localizadas em vários distritos, com a implantação do PSF e a municipalização dos serviços de Atenção Primária da Cidade de São Paulo a partir de 2001;
- nessas regiões (Norte e Centro-Oeste) encontramos quatro parceiras diferentes da Secretaria Municipal de Saúde/SP para implantação do PSF na Cidade de São Paulo:

a) Fundação Zerbini: desde as experiências do Qualis de 1995 a 2000, nas Subprefeituras da Freguesia do Ó/Brasilândia, que foram ampliadas como PSF a partir de 2001 para unidades dos Distritos de Casa Verde e Cachoeirinha (parceria interrompida em 2006);

b) Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, parceira da Secretaria Municipal de Saúde para a implantação do PSF a partir de 2001, nas Subprefeituras de Santana, Tremembé/Jaçanã da Coordenadoria de Saúde – Norte e nos Distritos de Sé e Santa Cecília da Coordenadoria Regional de Saúde – Centro-Oeste, Subprefeitura Sé.

c) Associação Saúde da Família, parceira da SMS/SP para a implantação do PSF também nas Subprefeituras de Freguesia do Ó/ Brasilândia;

d) Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, parceira da SMS/SP para a implantação do PSF em Perus na Coordenadoria Regional de Saúde – Norte, Subprefeitura de Perus e Pirituba.

2. Fases da Pesquisa

O estudo foi realizado em duas fases cronologicamente encadeadas:

1ª fase: caracterização geral das regiões escolhidas, para a pesquisa de campo, do ponto de vista social, demográfico, de indicadores de saúde e características das UBS aí existentes.

2ª fase: escolha de uma amostra intencional de 10 UBS dentre as 86 existentes nas duas Regiões, Norte e Centro-Oeste (Sé), para estudo aprofundado.

3. Estratégia de Amostragem:

3.1. Amostra de Unidades

A amostra das UBS foi de caráter intencional, de forma a conter os fatores relacionados a diferenciações no processo de organização dos serviços, em primeira instância, entre os dois modelos de Atenção Primária – Saúde da Família e Ação Programática – e as unidades de modelos mistas. Numa segunda etapa, as unidades de saúde foram diferenciadas segundo a condição socioeconômica da população de sua área de abrangência, por meio de um Índice de Exclusão Inclusão Social (IEX) da Cidade de São Paulo (Sposati, 2002), e do nível de Vulnerabilidade Social dos distritos censitários (SMADS, CE, Cebrap..., 2004), de forma a obter pelo menos uma unidade básica localizada em distrito com indicadores mais e menos favoráveis, por tipo de modelo de Atenção Primária.

Estas unidades deveriam ser escolhidas respeitando as regiões envolvidas no projeto, ou seja, na Região Centro-Oeste foram escolhidas três unidades que respeitassem a condição anterior, e na Região Norte, foram escolhidas sete unidades, sendo que as escolhas também respeitaram a condição da etapa anterior.

Na última etapa prevaleceram outros critérios que funcionaram como índices de desempate: as parcerias na organização da Atenção Primária no modelo Saúde da Família; a presença ou não de experiências de integração com centros de formação de recursos humanos, no caso o Programa de Integração Docente Assistencial (Pida, 1980-1994).

Como critérios de exclusão de UBS foram considerados:

3.1.1. Presença de especialidades

3.1.2. Centro de especialidades

3.1.3. Localização em Distritos Limítrofes no Índice de Exclusão Social (na condição de melhor ou pior)

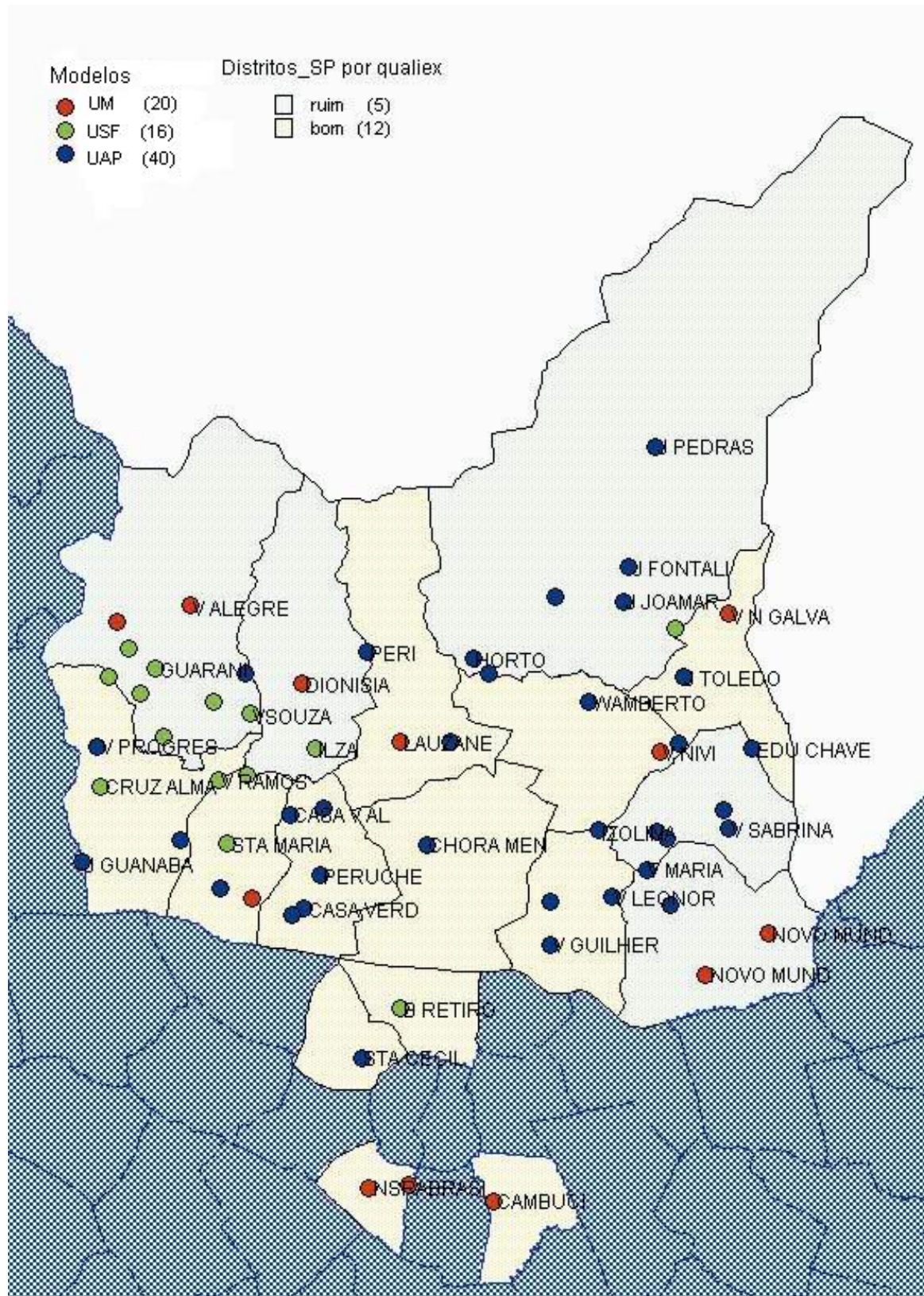
3.1.4. Unidades com problemas estruturais, tais como:

- a. Espaço físico
- b. Número de médicos (CNES)
- c. Administrativos

Os critérios de inclusão e exclusão foram submetidos à equipes regionais de saúde para confrontar os dados secundários com a situação atualizada das unidades de saúde. Para compor as categorias de condições socioeconômicas por meio do Índice de Exclusão/Inclusão Social, foi adotado como critério de corte a mediana dos valores encontrados nos distritos administrativos envolvidos no estudo das duas regiões da cidade.

A distribuição obtida foi comparada com índices correlatos que mostraram comportamento semelhante, tais como: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Vulnerabilidade Social; e um indicador composto para acompanhar o desempenho das unidades de saúde criado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. As unidades do universo do estudo podem ser localizadas no **Mapa 3**, e as unidades que compuseram a **amostra**, nas duas regiões, podem ser conhecidas no **Quadro 1**.

Mapa 3. UBS dos Distritos das Regiões de Saúde Norte e Centro-Oeste (Sé), SMS/PMSP (2004).



Quadro 1. Unidades de Saúde incluídas na amostra. São Paulo (set. 2007).

Área	Modelo	Unidades
Central		
	PSF	Bom Retiro
	MISTA	Cambuci
	MISTA	Barra Funda
Norte		
	PSF	Cruz das Almas
	PSF	Guarani
	MISTA	JAE
	MISTA	Carombé
	UBS	Chora Menino
	UBS	Peri
	UBS	Vila Ede

4. Instrumentos de Coleta de Dados Empíricos

4.1. Quatro tipos de **Questionários** foram aplicados, de acordo com a avaliação que se pretendia fazer:

- 1) para os gerentes das UBS (**Anexo 1**);
- 2) para os profissionais que atuam nessas UBS (**Anexo 2**);
- 3) para os usuários dessas UBS (**Anexo 3**);
- 4) para os acompanhantes de usuários de 18 anos de idade (no caso de gestante com menos de 18 anos, a própria usuária foi entrevistada) (**Anexo 4**).

A aplicação do questionário foi dirigida para colher dados para a análise de três atores diferentes: o dos gerentes, o dos trabalhadores de saúde que atuam nas UBS e o dos usuários dos serviços. As estratégias de estudo indicaram também:

Os Profissionais de Saúde: foram entrevistados considerando-se dois estratos – os que compõem as Equipes de Saúde da Família e os que atuam no modelo de Ação Programática – com o intuito de comparar os resultados das avaliações dos trabalhadores entre os dois modelos de atenção primária. O questionário foi composto por 92 questões específicas sobre aspectos da atenção básica e que correspondem aos indicadores de Atenção Básica mais utilizados.

Usuários de serviços e acompanhantes de usuários: responderam ao questionário em todas as UBS selecionadas, independentemente da estratégia de atenção, com o objetivo de avaliar os serviços prestados pela rede em geral. Os questionários para usuários contêm cerca de 100 perguntas, a maioria delas usadas no questionário para profissionais, incluindo também algumas questões sobre demografia e saúde, o que abriu a possibilidade de cotejar esses dados com aqueles oriundos da experiência do usuário no momento do atendimento.

Tanto nos questionários aplicados aos profissionais quanto nos aplicados aos usuários e acompanhantes, as respostas dos entrevistados foram classificadas em uma escala ordinal, à qual se atribuiu um valor entre zero e cinco. As respostas foram somadas, calculadas o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão e o total calculado por pessoa entrevistada.

Para cada entrevistado (usuário, acompanhante ou profissional) foram explicadas as diferentes opções de resposta para que se identificasse a distância relativa entre cada resposta. Os pesquisadores que aplicaram os questionários explicaram aos respondentes que cada resposta possuía um significado numérico (nunca=0; quase nunca=1; algumas vezes=2; muitas vezes=3; quase sempre=4; sempre=5) que deveria corresponder ao número de vezes que o evento perguntado aconteceu, considerando-se uma semana típica.

O Questionário dirigido aos profissionais e aos usuários (ou seus acompanhantes) buscou avaliar a efetivação da Integralidade dos serviços a partir de oito dimensões:

- 4.1.1.** Acessibilidade: relaciona-se aos horários e dias de atendimento, à facilidade de se consultar e obter medicamentos e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso.
- 4.1.2.** Porta de Entrada: relaciona-se ao uso de serviços preventivos, de consulta médica e de atendimento de emergência.
- 4.1.3.** Vínculo: relaciona-se à qualidade das relações entre profissionais de saúde e população.
- 4.1.4.** Elenco de Serviços: relaciona-se à gama de serviços de atenção primária oferecidos pela unidade de saúde.
- 4.1.5.** Coordenação: relaciona-se à articulação de ações que garantam a qualidade na continuidade do atendimento pelos profissionais dos serviços, e para consultas referenciadas a especialistas.
- 4.1.6.** Enfoque Familiar: relaciona-se à consideração da família e do ambiente familiar nas consultas do serviço.
- 4.1.7.** Orientação para a Comunidade: relaciona-se ao quanto o serviço considera o contexto social das necessidades de saúde da população no planejamento de suas ações.
- 4.1.8.** Profissionais de Saúde: relaciona-se à qualificação dos profissionais de saúde do serviço.

4.2. Entrevistas Semiestruturadas com os gerentes das UBS que compuseram a amostra foram gravadas e posteriormente transcritas;

As Entrevistas Semiestruturadas com Gerentes das Unidades abordam os mesmos tópicos do Questionário, mas permitindo uma manifestação mais livre dos entrevistados sobre:

- 4.2.1. Acessibilidade;
- 4.2.2. Acolhimento;
- 4.2.3. Vínculo;
- 4.2.4. Coordenação;
- 4.2.5. Enfoque Familiar;
- 4.2.6. Orientação Comunitária;
- 4.2.7. Pessoal;
- 4.2.8. Gerenciamento;
- 4.2.9. Capacitação;
- 4.2.10. Sugestões e comentários do entrevistado.

4.3. Observação do funcionamento da UBS durante uma semana em dias e períodos alternados.

A **Observação** direta dessas unidades básicas foi realizada por dois pesquisadores capacitados, durante uma semana, em períodos alternados, com o objetivo de acompanhar o funcionamento da UBS nos seguintes aspectos (**Anexo 5**):

- 4.3.1. Acolhimento;
- 4.3.2. Recepção;
- 4.3.3. Fluxo;
- 4.3.4. Segmento;
- 4.3.5. Triagem;
- 4.3.6. Encaminhamentos;

- 4.3.7. Orientações;
- 4.3.8. Educação em Saúde;
- 4.3.9. Reunião de Equipe;
- 4.3.10. Supervisão de Enfermagem;
- 4.3.11. Orientação dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde.

5. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (**Anexo 6**)

Os gestores entrevistados, os profissionais das UBS, usuários e acompanhantes de usuários que responderam ao questionário foram previamente informados acerca dos objetivos e métodos da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6. Construção de Consensos

Para a realização do estudo foram realizados encontros com os gestores regionais e locais para discutir vários aspectos da metodologia. Em todos foi possível garantir um alto grau de motivação e de contribuição para modular os objetivos, as hipóteses, a metodologia e os instrumentos de pesquisa.

Com base nessa experiência de participação do corpo dirigente regional, altamente positiva, foi realizada uma aproximação do método Delfos (Hartz e Silva, 2005) (estratégia de consenso) para as categorias de integralidade, tomando como referência a experiência prática entre os profissionais que ocupam cargos diretivos nas regiões investigadas.

As categorias colocadas em discussão foram os mencionados anteriormente, encontrados por (Starfield, 2002): acesso, porta de entrada, vínculo, coordenação, enfoque na família e

orientação comunitária; acrescidos das categorias encontradas em (Hartz e Silva, 2005): enfoque na promoção com tecnologia de comunicação, integração entre promoção, prevenção e recuperação, protocolos para ações prioritizadas, estratégias de acolhimento, equipe multiprofissional.

Todos foram avaliados pela possibilidade de identificar a integralidade nos seus vários sentidos, ou seja: integração entre a promoção, prevenção e tratamento; na integração entre as áreas distintas de conhecimento (programáticas) e integração entre os níveis de atenção à saúde.

Categorias Consensuadas

A estratégia de consenso foi delineada da seguinte forma:

1. inquérito com autopreenchimento de uma planilha de avaliação dos critérios por todos os envolvidos (gestores e assessores da SMS regional e pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo).
2. discussão dos resultados entre os envolvidos.
3. avaliação dos resultados do inquérito e das discussões, com retificação, exclusão e ou inclusão dos critérios.

Os participantes foram orientados a avaliar com notas de 0 a 10 cada critério de integralidade em cada sentido de acordo com a planilha em anexo.

Os resultados foram globalizados em médias, segundo os dois grupos (gestores e pesquisadores) e comparados segundo as diferenças para cada categoria da Integralidade. As diferenças são apresentadas de acordo com a distância entre as médias dos pesquisadores em relação aos gestores. Na **Tabela 1** os valores em negrito indicam quando as médias das avaliações foram abaixo de sete, ou seja, quando foram apreciados como

pouco capazes de identificar as características desejadas. Participaram da avaliação quatros gestores e seis pesquisadores.

Na avaliação da apreensão da integração entre a promoção, prevenção e tratamento ocorreram maiores concordâncias em relação às possibilidades de desempenho das categorias. Apenas em dois itens ocorreram maiores distancias na avaliação, com maiores expectativas dos gestores do que nos pesquisadores: acessibilidade e porta de entrada.

A integração das áreas programáticas também apresentou grande concordância entre os dois grupos de avaliadores. Dois itens apresentaram avaliações abaixo da média: orientação comunitária e utilização de protocolos. Em relação à orientação comunitária é mais compreensível o resultado, mas sobre a utilização de protocolos o resultado chama a atenção para a possibilidade de ter havido incompreensões no entendimento do item.

Na avaliação dos dois grupos as categorias teriam desempenho pior na apreensão da integração vertical, com vários itens em que as avaliações ficaram abaixo da média: vínculo, enfoque familiar, orientação comunitária, enfoque nas ações de promoção, integração das ações de promoção, prevenção e tratamento, promoção da autonomia em saúde.

Pela apreciação dos resultados decidiu-se não alterar nenhuma das categorias para, assim, permitir comparação com estudos correlatos.

Tabela 1. Diferenças* entre as médias das avaliações de gestores e pesquisadores sobre as categorias para avaliar integralidade nas ações da atenção primária segundo o sentido da integração.

Categorias	Integração entre promoção, prevenção e tratamento.	Integração entre áreas programáticas	Integralidade entre níveis (primário, secundário e terciário)
Acessibilidade	3,4	-0,2	0,4
Porta de entrada	2,4	2,3	1,8
Vínculo	-1,5	-0,8	3,7
Coordenação-“hierarquização da ações”	1,3	-0,4	0,3
Enfoque familiar	0,5	1,5	4,8
Orientação comunitária	0,5	-0,8	-0,2
Enfoque nas ações de promoção com utilização de tecnologia de comunicação social	-1,4	-0,2	2,4
Existência de integração das ações promocionais, preventivas, curativas e de recuperação	0,0	0,8	1,3
Utilização sistemática de protocolos de atenção aos agravos prioritizados	1,3	-3,9	0,6
Adoção de estratégias explicitadas de acolhimento	-1,2	-0,8	0,5
Promoção de autonomia em saúde (empoderamento)	0,3	1,8	0,5

* as diferenças são apresentadas em relação aos gestores (média dos gestores – média dos pesquisadores), as negativas indicam médias maiores para os pesquisadores; e os valores em negrito estão indicando avaliações com média menor que sete.

7. Plano de Análise

7.1. Modelo Lógico

A apreensão do processo de organização das ações com vistas às práticas de Integralidade envolveu a consideração de diferentes sentidos atribuídos à Integralidade, de modo que pudessem ser postos nos seguintes termos, com vistas à operacionalização de sua apreensão:

7.1.1. Promoção / prevenção / tratamento;

7.1.2. Integração entre áreas distintas de conhecimento;

7.1.3. Integração entre dimensão tecnoideológica do trabalho e os sujeitos (possibilidade de os sujeitos envolvidos avaliarem e também adequarem e utilizarem as técnicas em saúde à luz do modo de vida e projeto de vida).

Foram identificadas onze categorias de análise, seis delas baseadas no trabalho de Starfield (2002) e cinco no trabalho de Hartz e Silva (2005):

<ul style="list-style-type: none">• Acesso• Porta de entrada• Vínculo• Coordenação• Enfoque na família• Orientação comunitária
<ul style="list-style-type: none">• Enfoque na promoção com tecnologia de comunicação• Integração entre promoção, prevenção e recuperação• Protocolos para ações prioritizadas• Estratégias de acolhimento• Equipe multiprofissional

Estas categorias orientaram a definição das perguntas nos questionários, dos tópicos nas entrevistas semiestruturadas com os gerentes das unidades e o roteiro de observação da unidade. (**Anexo 7**)

7.2 Dimensões da Integralidade Horizontal:

Na apreensão da Integralidade em seu sentido “horizontal”, buscou-se a articulação entre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os momentos considerados na realização das ações foram:

- acolhimento, ou primeiro contato;
- fluxo para as modelo de atendimento existentes na unidade;
- cadastramento e visitas aos domicílios;
- reuniões;
- agendamentos.

Para cada um destes momentos foram caracterizados: os objetivos, os conteúdos, a operacionalização e o profissional que realiza a atividade.

7.3. Dimensões da Integralidade Vertical:

No sentido “vertical”, a apreensão da Integralidade busca a Integração da unidade básica com os diferentes serviços que prestam ações de média e alta complexidade. Os momentos aqui considerados foram:

- referência para exames;
- referência para consultas especializadas;
- referência para internações.

Nestes três momentos, foram considerados o agendamento, o controle da realização do atendimento, o retorno dos resultados, o tempo médio gasto para a obtenção do acesso ao atendimento de referência e para a contra-referência, e a estrutura que administra o fluxo de referenciamento.

7.4 A Descrição da Unidade

A descrição da unidade de saúde contemplou as categorias de análise da organização das ações em cada um dos três sentidos de Integralidade. O **Quadro 2** ilustra esta combinação:

Quadro 2. Categorias de Análise e Sentidos da Integralidade (set. 2007)

Categorias de análise de organização das ações	Promoção / prevenção / tratamento ↓	Integração entre áreas distintas de conhecimento ↓	Integração entre dimensão tecnoideológica do trabalho e os sujeitos ↓
Acesso ⇨	<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DA UNIDADE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação - Entrevista com o gestor - Questionário com os profissionais - Questionário com os usuários - Questionário com os acompanhantes 		
Porta de entrada ⇨			
Vínculo ⇨			
Coordenação ⇨			
Enfoque na família ⇨			
Orientação comunitária ⇨			
Enfoque na promoção com tecnologia de comunicação ⇨			
Integração entre promoção, prevenção e recuperação ⇨			
Protocolos para ações prioritizadas ⇨			
Estratégias de acolhimento ⇨			
Equipe multiprofissional ⇨			

7.5. Análise dos Dados Quantitativos

Os dados obtidos a partir dos questionários de usuários/acompanhantes e profissionais foram consolidados com a finalidade de obter as proporções de respostas positivas (sempre, quase sempre); intermediárias (muitas vezes e algumas vezes); e negativas (nunca, quase nunca), estabelecendo-se comparações entre as modelos de organização dos serviços. Foi utilizado para essas consolidações o software EpiInfo, versão Windows 3.4.3, e o Stata versão 10. Para verificar a significância estatísticas nas comparações entre proporções foram realizados os testes de qui-quadrado. Nas comparações entre as variáveis contínuas (idade, tempo de trabalho na unidade), foram realizados os testes ANOVA, com uma tolerância de erro ao aceitar as diferenças significantes de até 5% exclusivamente.

A descrição dos resultados foi sistematizada segundo as categorias de análise: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, enfoque comunitário e profissionais de saúde.

Foram realizadas comparações entre os três modelos de unidades de saúde para todas as questões formuladas segundo as respectivas categorias de análise, e também entre unidades que possuem equipes de PSF, as USF em contraposição às UAP, e exclusivamente USF e UAP para a apresentação dos resultados das entrevistas com os profissionais de saúde. Para estes dois últimos modelos foram verificadas também as possíveis diferenças nas percepções dos profissionais que atuam em unidades cujo distrito administrativo - sede tem melhores ou piores Índice de Exclusão Social.

7.6 Análise das Entrevistas Semiestruturadas com os Gerentes e das Observações do Pesquisador

Foram apresentadas as informações e opiniões dos dez gerentes por categorias de análise e separadas pelos três tipos de unidade: UAP, USF e UM. Algumas “falas” foram transmitidas para permitir ao leitor conhecer mais profundamente o material coletado. Buscou-se também cotejar os depoimentos dos gerentes com as observações *in loco* do pesquisador.

7.7. Organização dos Resultados para Apresentação:

7.7.1. Apresentação da caracterização das duas regiões que constituíram o universo da pesquisa e dos distritos das unidades definidas na amostra (1ª fase da pesquisa);

7.7.2. Apresentação das informações e opiniões colhidas nas entrevistas semiestruturadas com os gerentes das unidades cotejadas com as observações dos pesquisadores;

7.7.3. Apresentação dos resultados colhidos através de questionários com profissionais das unidades;

7.7.4 Apresentação dos resultados colhidos nos questionários com os usuários e os acompanhantes;

7.7.5. Aproximação do cotejo das opiniões expressas pelos gerentes; das observações dos pesquisadores; das respostas dos profissionais; das respostas dos usuários e acompanhantes, sobre cada categoria de análise, nas dimensões horizontal e vertical da Integralidade num processo de triangulação das percepções.

RESULTADOS

1. Caracterização Social, Demográfica e de Saúde das Regiões Norte e Centro-Oeste que Constituíram o Universo da Pesquisa na Cidade de São Paulo (2004-2007)

Região Norte do município de São Paulo constituída por sete Subprefeituras: Perus, Pirituba, Freguesia do Ó, Casa Verde, Santana, Tremembé e Vila Maria.

1. 1. Região Norte

Tabela 2. Caracterização demográfica da Região Norte, Município de São Paulo (2005)

Indicador	Ano	Região Norte	Município de SP
Nº de habitantes	2005	2148835	10744060
Crescimento populacional (% ao ano)	1996/2005	0,7	0,8
% de crianças < 10 anos	2005	16,7	16,8
% de adolescentes (10 a 19 anos)	2005	15,3	15,4
% de idosos > 60 anos	2005	10,5	10,1
Taxa Bruta de natalidade (1000 hab)	2005	17,0	16,7
Taxa Bruta de mortalidade (1000 hab)	2005	6,4	6,0
% Pop. Sem Plano/Convênio saúde	2000	54,1	53,8

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

Observa-se que a situação populacional da Região Norte do município de São Paulo é muito próxima da média do município de São Paulo, ao contrário das outras regiões.

Tabela 3. Dados Socioeconômicos da Região Norte, Município de São Paulo (2005)

Indicador	Ano	Região Norte	Município de SP
% de abastecimento de água (cômodos)	2000	97,9	97,6
% Coleta de esgoto	2000	99,4	97,2
% Coleta de lixo	2000	97,4	97,3
% Chefes de Família c/ < de 3 anos de estudos	2000	17,9	17,2
% Chefes de família c/ 12 ou + anos de estudos	2000	14,3	19,5
% Pop. c/ renda < de R\$ 400,00	2000	32,8	35,3
Pop. Com renda família > R\$ 2.660,00	2000	3,0	3,4
% Pop. Favelada	1996	5,7	7,6

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo (2005).

Podemos observar que a Região Norte apresenta dados socioeconômicos bastantes próximos da média geral do município de São Paulo, exceto no que diz respeito aos “chefes de família com mais de 12 anos de estudos”, em que o desempenho da região é de 15% ou menos em relação ao município, semelhante à da população favelada.

Analisando a situação socioeconômica da Região Norte no Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo (Sposati, coord. 1996/2000; Cançado 2002) - baseado em indicadores e índices compostos que resultaram na classificação dos 96 Distritos do Município de São Paulo em um Ranking em que o distrito de Jardim Ângela, na Região Sul se encontra na pior posição (1º estrato) e os Distritos de Moema, na Região Sudeste, e Jardim Paulista, na Região Centro-Oeste, ambos na melhor posição (8º estrato) - podemos verificar que os 18 distritos que compõem a Região Norte estão classificados entre o 1º e o 5º estrato.

A vulnerabilidade social⁵ dos distritos, medida por padrões socioeconômicos e demográficos, foi definida em trabalho conjunto da Secretaria Municipal de Assistência Social/ Cebrap/ FAU/USP/ Sead/ Sesc/ ECA/USP (2004). O trabalho considerou as diferentes situações de risco a que a população residente poderia estar exposta em função: do sexo do chefe de família, da presença de crianças de 0 a 4 anos, de adolescentes e de idosos nas famílias estudadas, além da escolaridade e da renda do chefe de família e das condições de saneamento e habitação. Os distritos foram classificadas em 8 grupos de

⁵ Entendida como um somatório de situações de precariedade, como renda e baixa escolaridade, além da composição demográfica das famílias aí residentes, crianças de 0-4 anos, chefes de família do sexo feminino com baixa escolaridade, adolescentes responsáveis por domicílios, analfabetos, idosos, bem como exposição a situações de riscos variados, tais como gravidez precoce, morte violenta etc. Os setores censitários do Município de São Paulo foram classificados, a partir de combinações específicas das dimensões demográficas e de privação socioeconômica em oito grupos, entre os quais três foram considerados como de alta privação: a) grupos com famílias mais jovens, com péssimos indicadores de renda e educação, com poucas mulheres como chefes de família e com baixa escolaridade, grande concentração de crianças de 0 a 4 anos e de adolescentes; b) grupos com famílias adultas, com quase um terço de chefes de família mulheres com baixa escolaridade, grande presença de crianças pequenas e adolescentes, o que estimula diferentes mecanismos de reprodução social da pobreza; c) grupos com muitos chefes de família do sexo feminino com baixa escolaridade, a maior concentração de crianças de 0 a 4 anos e de jovens de 15 a 19 anos, muitos chefes de família analfabetos, três quartos dos chefes ganham até três salários mínimos (*Mapa da Vulnerabilidade Social da População da Cidade de São Paulo*, 2004).

vulnerabilidade social, sendo que no 1º grupo não se encontrava nenhum tipo de privação e, no 8º grupo, a privação era altíssima, levando a graus diferenciados de vulnerabilidade.

Tabela 4. Dados Gerais das Subprefeituras da Região Norte, Município de São Paulo (2004)

Subprefeitura	População	Distrito	Ranking/ Exclusão	Pop.alta vulnerabilidade %
Perus	109.091	Anhanguera	2º	31,9
Pirituba	389.965	Perus	2º	25,1
		Jaraguá	2º	
		Pirituba	3º	
Freguesia do Ó	392.247	São Domingos	3º	40,6
		Brasilândia	1º	
Casa Verde	312.972	Freguesia do Ó	4º	24,2
		Cachoeirinha	2º	
		Casa Verde	4º	
Santana	315.299	Limão	3º	3,0
		Mandaqui	4º	
		Santana	5º	
Tremembé	253.012	Tucuruvi	4º	34,6
		Jaçanã	3º	
Vila Maria	303.190	Tremembé	3º	18,7
		Vila Guilherme	4º	
		Vila Maria	3º	
TOTAL	2.075.776	Vila Medeiros	3º	

Fonte: Cealag/SMAS/SP – 3ª Revisão do BPC, Município de São Paulo (2004).

Na Região Norte da Cidade de São Paulo vive aproximadamente 20% da população do município.

Com grande extensão geográfica, possui áreas de maior concentração populacional, como os distritos administrativos de Anhanguera, em Perus, e Brasilândia, na Freguesia do Ó/Brasilândia, bem como regiões com mobilidade geográfica mais estável, como Santana e Vila Maria (Silva et al., 2004, Crevelim e col. 2004)

Podemos observar que o distrito que apresenta o mais alto grau de exclusão social na Região Norte é o de Brasilândia, seguido dos distritos de Anhanguera, Perus, Jaraguá e Cachoeirinha, enquanto o distrito em melhor situação é o de Santana. No que diz respeito à porcentagem da população que reside em distritos de alta vulnerabilidade social, as taxas

mais altas ocorrem na Subprefeitura da Freguesia do Ó, seguida da Subprefeitura de Tremembé, enquanto as Subprefeituras de Santana e Vila Maria apresentam menor porcentagem de população em distritos de alta vulnerabilidade.

Tabela 5. Causas e coeficientes de mortalidade, Região Norte e Município de São Paulo (2005)

Indicador	Ano	Norte	Município
1º causa de morte	2005	D. Isquêmica - Coração	D. Isquêmica - Coração
2º causa de morte	2005	D. Cérebro - Vasculares	D. Cérebro - Vasculares
3º causa de morte	2005	Pneumonia	Pneumonia
Coef. mortalidade infantil (1000 nv)	2005	12,7	12,7
Coef. mortalidade neonatal Precoce (1000 nv)	2005	5,9	5,8
Razão de mortalidade materna (100.000 nv)	2004	53,3	52,2
% Mortalidade precoce (< 60 anos) por diabetes	2005	21,1	20,5
% Mortalidade precoce (< 60 anos) por AVC	2005	26,3	24,4
Coef. mortalidade por homicídios (100.000 hab)	2005	23,9	25,9
Coef. mortalidade atropelamentos (100.000 hab)	2005	5,8	6,00
Coef. mort. pneumonia idosos (100.000 idosos)	2005	351,4	288,0

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. 2005

Observa-se, no que diz respeito às três primeiras causas de mortalidade, que a Região Norte apresenta uma situação bastante próxima da média do município de São Paulo. A mesma situação ocorre em relação aos coeficientes de mortalidade infantil, neonatal precoce, materna, precoce por diabetes, AVC, homicídios e atropelamentos, que são também bastante semelhantes ao do município.

Mapa 4. Unidades Básicas de Saúde, Região Norte, Município de São Paulo, 2004.



A Região Norte apresenta uma longa tradição de Atenção Básica em Saúde. Desde a década de 1970 houve uma expansão e implantação de várias UBS, estaduais inicialmente, e municipais a partir da década de 1980. Assim a região contava em 2004 com 76 UBS: 31 eram da Prefeitura e 45 foram municipalizadas a partir de 2001. Na região encontramos 77,8% das UBS em que estava constituído o Conselho Gestor (SMS/SP, CEInfo, 2005).

Tabela 6. Unidades Básicas de Saúde municipais e municipalizadas por Subprefeitura, Região Norte, Município de São Paulo (2004)

Subprefeituras	UBS		TOTAL
	Municipais	Municipalizadas	
C. Verde / Cachoeirinha	2	10	12
Freguesia do Ó / Brasilândia	7	9	16
Jaçanã / Tremembé	6	4	10
Perus	2	2	04
Pirituba	6	9	15
Santana / Tucuruvi	4	3	7
Vila Maria / Vila Guilherme	4	8	12
TOTAL	31	45	76

FONTE: Secretaria Municipal da Saúde – Coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família (2004).

Essas UBS estavam distribuídas nos dois modelos de Atenção Básicas: existiam 40 UBS só com o modelo da UAP, 16 foram estruturadas apenas nos modelos de Saúde da Família (USF) e, em 20, coexistiam os dois modelos da Atenção Básica: Ação programática e Saúde da Família.

Segundo a SMS/SP a implantação do PSF a partir de 2002 ampliou o quadro de funcionários da Atenção Básica na Região Norte em 30%.

No Município de São Paulo, o PSF começou a ser implantado em 1996, através de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e parceria com duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (Projeto Qualis). A partir de 2001, com a municipalização da saúde, o Programa de Saúde da Família foi expandido, sob coordenação do nível municipal, através de parcerias da SMS/SP com instituições parceiras. Na Região Norte, em 2004, as parceiras eram:

Associação Saúde da Família

A Associação Saúde da Família é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos que mantém parceria com a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF. Tem a Associação inserção em duas Coordenadorias Regionais de Saúde – Norte e Sudeste. Com 870 (12%) trabalhadores inseridos no PSF, ocupa a segunda posição no conjunto das demais parceiras em número de profissionais contratados – 531 Agentes Comunitários de Saúde, 184 auxiliares de enfermagem, 92 enfermeiros e 63 médicos.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

A Irmandade da Santa Casa de São Paulo é uma instituição filantrópica, secular, com longa tradição na prestação de serviços de saúde e educacionais na área médica, em particular. Tem parcerias com o Poder público nos vários níveis de governo. É qualificada como Organização Social em Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde, gerenciando um hospital na região de Guarulhos. O Hospital da Santa Casa de São Paulo é de alta complexidade e os serviços que presta são referência universitária, com uma inserção importante nas regiões Centro e Norte de São Paulo, onde a Santa Casa também possui dois serviços hospitalares – Hospital São Luiz Gonzaga e Hospital Geriátrico D. Pedro. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua só nas regiões Norte e Centro-Oeste, empregando 147 (2%) trabalhadores no Programa de Saúde da Família – 91 Agentes Comunitários de Saúde, 29 auxiliares de enfermagem, 15 enfermeiros e 12 médicos.

Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

A Unifesp é uma instituição universitária pública que presta serviços de saúde de alta complexidade e desenvolve programas de ensino na área da saúde – graduação e pós-graduação. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atua em três regiões – Norte, Centro-Oeste e Sudeste -,

empregando 782 (10%) trabalhadores no Saúde da Família – 491 ACS, 137 AE, 79 Enfermeiros e 75 Médicos.

1.2. Região Centro-Oeste

Tabela 7. Caracterização Demográfica, Região Centro-Oeste, Município de São Paulo (2005)

Indicador	Ano	Região Centro-Oeste	Município de SP
Nº de habitantes	2005	12311249	10744060
Crescimento populacional (% ao ano)	1996/2005	-1,2	0,8
% de crianças < 10 anos	2005	11,3	16,8
% de adolescentes (10 a 19 anos)	2005	11,9	15,4
% de idosos > 60 anos	2005	16,0	10,1
Taxa Bruta de natalidade (1000 hab)	2005	15,9	16,7
Taxa Bruta de mortalidade (1000 hab)	2005	7,8	6,0
% Pop. Sem Plano/Convênio saúde	2000	39,2	53,8

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

A Região Centro-Oeste apresenta uma taxa de crescimento populacional de -1,2; a porcentagem de crianças abaixo de 10 anos era de 11,3; e a porcentagem de adolescentes na população de 11,9. A porcentagem de população sem plano ou convênio de saúde era de 39,2, valores inferiores à média do município. No que diz respeito à porcentagem de idosos e à taxa bruta de mortalidade por 1.000 habitantes, os valores da Região Centro-Oeste eram superiores à média do município de São Paulo. Apenas na taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes os valores encontrados nessa região estavam próximos ao da média do município de São Paulo.

Tabela 8. Dados socioeconômicos, Região Centro-Oeste, Município de São Paulo (2005)

Indicador	Ano	Região Centro-Oeste	Município de SP
% de abastecimento de água (cômodos)	2000	99,0	97,6
% Coleta de esgoto	2000	96,7	97,2
% Coleta de lixo	2000	97,4	97,3
% Chefes de família c/ < de 3 anos de estudos	2000	8,5	17,2
% Chefes de família c/ 12 ou + anos de estudos	2000	43,8	19,5
% Pop. c/ renda < de R\$ 400,00	2000	21,5	35,3
Pop. Com renda familiar > R\$ 2.660,00	2000	7,7	3,4
% Pop. Favelada	1996	4,6	7,6

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

Comparada a situação socioeconômica da Região Centro-Oeste com a média do município de São Paulo, podemos observar que: em termos de abastecimento de água e coleta de esgoto e lixo, as porcentagens encontradas na região são muito próximas às do município. Já em relação à porcentagem de chefes de família com menos de três anos de estudo, à porcentagem da população com renda familiar abaixo de R\$ 400,00 e à porcentagem de população favelada, é inferior à média do município. No que diz respeito à porcentagem dos chefes de família com 12 ou mais anos de estudo e porcentagem da população com renda familiar acima de R\$ 2.660,00, os valores encontrados na Região eram superiores à média do município.

Tabela 9. Dados Gerais das Subprefeituras da Região Centro-Oeste, Município de São Paulo (2004)

Subprefeituras	População	Distritos	Ranking/ Exclusão	Pop. alta vulnerabilidade (%)
Lapa	270.304	Barra Funda	5º	7,2
		Jaguara	4º	
		Jaguaré	3º	
		Lapa	6º	
		Perdizes	6º	
Sé	373.487	Vila Leopoldina	5º	0,6
		Bela Vista	5º	
		Bom Retiro	4º	
		Cambuci	4º	
		Consolação	6º	
		Liberdade	4º	
		República	3º	
Butantã	373.796	Santa Cecília	4º	22,7
		Sé	3º	
		Butantã	5º	
		Morumbi	5º	
		Raposo Tavares	3º	
Pinheiros	270.819	Rio Pequeno	3º	-
		Vila Sônia	4º	
		Alto de Pinheiros	6º	
		Itaim Bibi	6º	
		Jardim Paulista	8º	
Pinheiros		Pinheiros	6º	
TOTAL	1.288.406			

Fonte: Cealag/SMAS/SP – 3º Revisão do BPC. Município de São Paulo (2004).

Observamos que a classificação dos Distritos da Região Centro-Oeste no ranking de Exclusão/Inclusão social é bastante variada: Jaguaré, República, Raposo Tavares e Rio Pequeno encontram-se no 3º estrato; Jaguara, Bom Retiro, Cambuci, Liberdade, Santa Cecília e Vila Sônia estão no 4º estrato; Barra Funda, Vila Leopoldina, Bela Vista, Butantã e Morumbi estão no 5º estrato; Lapa, Perdizes, Alto de Pinheiros, Itaim Bibi e Pinheiros no 6º estrato; e Jardim Paulista, no 8º estrato. A porcentagem da população que vivia em distritos censitários de alta vulnerabilidade social é maior nos cinco distritos da Subprefeitura do Butantã, onde este índice alcança 22,7%.

No que diz respeito à área da Subprefeitura Sé/Santa Cecília e Supervisão Técnica de Saúde/Sé, também cenários desta pesquisa, o conjunto dos 8 distritos encontrava-se em 2004 entre o 3º e o 6º estrato no ranking da Exclusão/Inclusão social e apresentava uma porcentagem pequena da população residente em distritos censitários de alta vulnerabilidade social (0,6%).

No entanto, nessas áreas vivem grupos populacionais em situação de grande risco social, tais como: de 8 a 10 mil moradores de rua, inclusive crianças e adolescentes; profissionais do sexo; usuários de droga; ambulantes; imigrantes latino-americanos, coreanos e nigerianos, muitos deles em situação ilegal e refugiados políticos, especialmente os de países africanos.

Tabela 10. Causas e coeficientes de mortalidade, Região Centro-Oeste e Município de São Paulo (2005)

Indicador	Ano	Centro-Oeste	Município
1º causa de morte	2005	D. Isquêmica - Coração	D. Isquêmica - Coração
2º causa de morte	2005	D. Cérebro - Vasculares	D. Cérebro - Vasculares
3º causa de morte	2005	Pneumonia	Pneumonia
Coef. mortalidade infantil (1000nv)	2005	8,8	12,7
Coef. mortalidade neonatal precoce (1000 nv)	2005	4,4	5,8
Razão de mortalidade materna (100.000 nv)	2004	39,9	52,2
% mortalidade precoce (< 60 anos) por diabetes	2005	13,0	20,5
% mort precoce (< 60 anos) por AVC	2005	14,3	24,4
Coef. mortalidade por homicídios (100.000 ha.)	2005	15,8	25,9
Coef. mortalidade atropelamentos (100.000ha.)	2005	4,5	6,00
Coef. mort. pneumonia idosos (100.000 idosos)	2005	286,9	288,0

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. 2005

Mapa 5. Unidades Básicas de Saúde, Região Centro-Oeste, Município de São Paulo, 2004.

Unidades Básicas De Saúde Município De São Paulo REGIÃO CENTRO-OESTE



A região Centro-Oeste possuía 33 UBS, sendo que 18 eram da Prefeitura, 12 foram municipalizadas a partir de 2001 e 3 são serviços-escola conveniadas com o Estado e que se mantém dessa maneira: CSE Butantã, CSE Barra Funda e CSE Geraldo de Paula Souza, pertencentes respectivamente à faculdade de Medicina da USP, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Faculdade de Saúde Pública - USP.

Tabela 11. Unidades Básicas de Saúde municipais, municipalizadas e CS Escola por Subprefeitura, Região Centro-Oeste, Município de São Paulo (2004)

Subprefeituras	UBS		CS Escola	TOTAL
	Municipais	Municipalizadas		
Butantã	8	5	1	14
Lapa	4	5	00	9
Pinheiros	2	1	1	4
Sé / Santa Cecília	4	1	1	6
TOTAL	18	12	3	33

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde – Coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família (2004).

Das 33 UBS da Região Centro-Oeste, 18 eram do modelo UAP, 3 eram Saúde da Família e 12 modelo UM (Misto).

2. Cenários da Pesquisa: Situação das Unidades Básicas Sorteadas e dos Distritos onde estão Implantadas

2.1. Unidades Básicas de Saúde: Modelo USF

Fizeram parte da pesquisa três UBS organizadas exclusivamente sob o modelo Saúde da Família - USF, localizadas em distritos administrativos diferentes da Cidade de São Paulo: uma em um distrito da Região Centro-Oeste e as outras duas em dois distritos da Região Norte da Cidade de São Paulo.

As características demográficas e socioeconômicas desses distritos, bem como de sua população são bem diferentes: o distrito Bom Retiro, localizado na Região Centro-Oeste, Subprefeitura da Sé, possui 26.520 habitantes (IBGE, 2000), dos quais aproximadamente 8% vivem em setores censitários de alta vulnerabilidade social.

Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde implantada na década de 1970 pela Secretaria de Estado da Saúde no modelo de Ação Programática, mas que foi municipalizada a partir de 2001, passando a funcionar predominantemente no modelo de Saúde da Família - USF a

partir de então. Conta com três equipes contratadas na parceria da SMS/PMSP com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A clientela atendida é constituída por segmentos diferentes: famílias residentes há muitas décadas na área; trabalhadores do mercado formal, especialmente do sexo feminino, no setor terciário, no comércio e serviços; famílias trabalhadoras não cobertas pela legislação trabalhista e previdenciária em geral; imigrantes latino-americanos em situação ilegal no país, que prestam serviços às confecções locais. As trabalhadoras do mercado formal recorrem à unidade para atendimento no fim da jornada de trabalho, buscando o Ginecologista.

Na Região Norte da cidade estão localizadas as outras duas unidades de saúde do modelo USF, e embora pertençam à mesma Subprefeitura da Freguesia do Ó, estão em distritos censitários bem diferentes: uma das unidades está no distrito da Brasilândia que possui 247.324 habitantes (2000), dos quais 54% reside em setores censitários de alta vulnerabilidade social.

Foi implantada pela Secretaria Municipal de Saúde em 1982 como UBS, a partir da pressão do movimento local de saúde, e transformada em 2001 em unidade USF. O prédio é uma construção ampla. São 6 grupos de USF, na parceria da SMS/PMSP com a Associação Saúde da Família. Os Agentes Comunitários de Saúde, bem como a maior parte do pessoal de nível técnico dessa unidade residem nas imediações. Apenas os médicos e enfermeiros moram fora do distrito ou em outras regiões da cidade. A cobertura dessas equipes é aproximadamente 24 mil pessoas residentes na área.

A outra USF está localizada no distrito da Freguesia do Ó, onde residem 144.923 habitantes (2000), 18% das quais em setores de alta vulnerabilidade social. Foi construída pela SMS/SP na década de 1980, reorganizou-se segundo o modelo de Saúde da Família a partir de 2001, na parceria da SMS/SP com a Associação Saúde da Família.

2.2. Unidades Básicas de Saúde: Modelo Ação Programática

As três UAP pesquisadas estão localizadas na Região Norte da cidade de São Paulo, respectivamente, nas Subprefeituras da Vila Maria, Casa Verde e Santana. A primeira no distrito de Vila Medeiros com 140.564 habitantes (2000), dos quais 19% residem em setores censitários de alta vulnerabilidade social. A unidade fica localizada no fundo de um vale de acesso limitado às outras vilas. A população do entorno é de apenas 26.583 habitantes, e próximo a unidade existe uma favela em que residem cerca de 8mil pessoas. Trata-se de uma unidade implantada pela Secretaria de Estado da Saúde, há mais de 16 anos, e que foi municipalizada a partir de 2001. O prédio é amplo e bom, há consultórios médicos e odontológicos, possui assistente social, psicóloga, educadora de saúde e um setor de Regulação de Consultas e exames especializados.

A outra unidade está em uma área de 147.631 habitantes (2000), 40% dos quais residem em setores censitários de alta vulnerabilidade social. É uma unidade “herdada” da Secretaria de Estado da Saúde que foi municipalizada. Está situada em uma avenida servida por farta condução e de grande comércio. Mas a população tem nível socioeconômico precário, e há uma favela bem populosa em péssimas condições de higiene. Em 2001 houve um plano de se implantar o Saúde da Família nessa unidade, mas tal fato não ocorreu, e em 2006 foi implantada ao lado dele uma AMA (Assistência Médica Ambulatorial) que funciona todos os dias.

A terceira unidade, no distrito de Santana conta com 113.401 habitantes (2000), 3% dos quais em setores de alta vulnerabilidade social. Foi implantada pela SMS/SP em 1982 e desenvolveu experiências das Ações Integradas em Saúde (AIS) nessa fase, quando a unidade atendia também previdenciários com necessidades mais simples de atenção à saúde. Passou nos anos 90 pela experiência de ter sido uma unidade do PAS ⁶.

A população é de classe média alta, dentre as quais, 69% tem convênio ou plano privado de saúde.

⁶ Plano de Atenção à Saúde, caracterizado por uma organização de caráter privado que baseava seu trabalho em cooperativas de trabalhadores.

2.3. Unidades Básicas de Saúde: Modelos Mistos - UM

As quatro UM pesquisadas foram escolhidas da seguinte maneira: duas estão localizadas na Região Centro-Oeste, uma na área da Subprefeitura da Sé, no distrito do Cambuci: conta com 28.717 moradores (2000), nenhum em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Trata-se de uma unidade com área física não muito grande que deve abrigar os programas, rotinas e demandas dos dois modelos: AP e SF, com as exigências de atender acamados nos domicílios e desenvolver atividades na sua área de abrangência. É uma unidade básica antiga implantada nos anos 70, pertencente inicialmente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que foi municipalizada a partir de 2001 e implantou 3 equipes de Saúde de Família, na parceria da SMS/SP com a Unifesp. Há no seu entorno uma população de aproximadamente 80 mil pessoas, 25% das quais (segundo a Gerente entrevistada) com mais de 70 anos. Nas últimas décadas vem atendendo também grupos de população da cidade que vivem em situação de risco social e maior vulnerabilidade; tais como: moradores de rua, de cortiços e pensões. As equipes de Saúde da Família dão cobertura a três mil famílias, aproximadamente 12 mil pessoas.

A outra, localizada no distrito da Barra Funda, conta com 12.965 habitantes (2000), dos quais 15% residem em setores censitários de alta vulnerabilidade social. É uma unidade-escola ligada à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e há 2 anos a ISCMSP. Fundada em 1966 por um convênio da instituição de ensino com a Secretaria de Estado de São Paulo de Saúde para testar e avaliar os recém definidos programas de saúde da SES/SP nos anos 70, resultantes da denominada reforma Dr. Walter Lezer. Desde então vem atendendo as famílias residentes na área; nos anos 80 passou a atender os trabalhadores das equipes, firmas e serviços da região e a partir dos anos 90, também parte da população que vive em situação de vulnerabilidade social no centro da cidade; população de rua, profissionais do sexo, crianças e adolescentes em situação de risco, idosos. A partir de 2001, quando a SMS/PMSP estabeleceu uma parceria com a Irmandade de Santa Casa para contratação de Equipes de Saúde da Família, esta unidade recebeu duas delas.

As outras duas UM pesquisadas estão na Região Norte: uma na área da Subprefeitura de Santana. Tem 113.401 habitantes (2000), 3% residente em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Esta é uma unidade antiga e tradicional, implantada no final da década de 1970 pela Secretaria Municipal de Saúde, para desenvolver os programas de saúde no modelo das Ações Programáticas; passou a servir no final dos anos 90 como unidade de referência para casos mais complexos e usuários para tratamento de Diabetes Melitus. Em 2001, com a implantação do PSF pela SMS/PMSP recebeu uma das equipes, na parceria da Secretaria com a Unifesp (Universidade Federal de São Paulo). Como era uma única equipe do PSF ela foi destinada ao atendimento da população que reside no conjunto habitacional do Cingapura (implantado nos anos 90 pela administração Paulo Maluf na PMSP). Essa unidade mista está localizada em uma área do distrito de Santana que possuem grandes prédios comerciais, bancos etc..., e a população do entorno é de 68mil habitantes.

A outra UM está na área da Subprefeitura da Freguesia do Ó, mas no distrito da Brasilândia; conta com 247.324 habitantes (2000), 54% dos quais em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Foi implantada em 1982 pela SMS/PMSP em resposta também a um movimento social de saúde bem organizado que existia na região. Tornou-se uma unidade do PAS (Plano de Assistência à Saúde), nos anos 90 na gestão de Paulo Maluf na Prefeitura de São Paulo. Em 2001, quando da implantação do PSF recebeu 4 equipes. Atualmente tem 5 ginecologistas, 3 pediatras e 4 médicos clínicos.

Em síntese, a distribuição das unidades pesquisadas, segundo modelos, regiões, distritos censitários, população geral e por setores censitários de alta vulnerabilidade social foi conforme a **Tabela 12**.

Tabela 12. Unidades Básicas Pesquisadas, Cidade de São Paulo (2007)

Modelo UBS	Região Cidade SP	Distrito Administrativo	População (2000)	População em setores censitários de alta vulnerabilidade social, 2004. (%)
USF	Norte	Brasilândia (Vila Guarani)	247.324	54%
UM	Norte	Brasilândia (J. Carombé)	247.324	54%
UAP	Norte	Cachoeirinha (J. Peri)	147.631	40%
UAP	Norte	V. Medeiros (Vila Ede)	140.564	19%
USF	Norte	Freguesia do Ó (Cruz das Almas)	144.923	18%
UM	C. Oeste	Barra Funda	12.965	15%
USF	C. Oeste	Bom Retiro	26.520	8%
UAP	Norte	Santana (Chora Menino)	113.401	3%
UM	Norte	Santana (JAE)	113.401	3%

3. Entrevistas com Gerentes e Observações dos Pesquisadores

3.1 Perfil dos Gerentes Entrevistados

Dos entrevistados, sete são do sexo feminino e três do sexo masculino; cinco são médicos (Pediatras, um Clínico e um Sanitarista), dois são enfermeiros (um de Saúde Pública e outro com experiência hospitalar), dois Assistentes Sociais e um Dentista. O tempo em que estão na gerência também é variado embora na maioria sejam funcionários antigos da SMS. Destes, seis estão exercendo a função de gerentes entre 1 e 3 anos, dois há seis anos e um há três meses. Observa-se que os dois que tem mais tempo de gerência (seis anos), um vem desempenhando em uma unidade do modelo Ação Programática e o outro, em uma unidade Mista - UM.

3.2 Integralidade Horizontal

Acessibilidade

Na Unidade de Saúde da Família localizada na Região Centro-Oeste, havia três equipes, mas uma delas não tinha médico no momento de pesquisa; na outra, o profissional atendia das 7 às 14hs. Apresentava uma demanda reprimida para marcação de consulta, com espera de dois meses. Segundo a gerência, a mudança na sistemática de marcação de consulta, que passou a ser diariamente, exigia que as pessoas procurassem muitas vezes a unidade sem obter atendimento, ao mesmo tempo em que pressionava a recepção, com filas no início da manhã de aproximadamente 30 pessoas, ocasionando reclamações entre os usuários e stress entre os funcionários. A situação se agravava, conforme se pode perceber pela observação do pesquisador, por dificuldades na área da informática, pois os usuários deveriam apresentar o Cartão SUS e o funcionário registrar, mas frequentemente “o sistema caia”, ocasionando mais insatisfação e pressão, criando um clima tenso no setor.

Para as famílias cadastradas nas microáreas das equipes de Saúde da Família, a situação era menos difícil porque os ACS podiam marcar as consultas previamente para elas na unidade e informá-las da data quando faziam as visitas domiciliares.

Assim sendo, para as pessoas residentes na área, mas não cadastrados nas Equipes de Saúde da Família, bem como para os que só trabalham na área, o acesso à unidade é mais difícil: na observação foi possível verificar também que trabalhadores da área que buscam a unidade, tendem a ser “mais jovens e com melhor aparência física”.

Uma das questões apresentadas na entrevista com a gerência é que com essa sistemática de agendamento e por causa da demanda reprimida, está ocorrendo um alto absenteísmo nas consultas agendadas.

Para as famílias cadastradas na Saúde da Família, embora, haja maior acesso ao serviço, a gerência informa que o número de equipes é suficiente, calculando-se que na área há ainda de 6 a 7 mil pessoas não cadastradas.

A outra unidade do modelo Saúde da Família localizada na Região Norte apresenta um horário de atendimento mais amplo, com cobertura pelas várias equipes, das 7 as 19hs, o que facilita o acesso dos usuários. A localização é boa, bem como a planta do prédio é adequada, embora a topografia do bairro seja muito acidentada. Há preocupação dos ACS em cadastrar as famílias recém chegadas à área e marcar a primeira consulta através de um tipo de “Vale Consulta”.

O acesso a medicamentos é bom para usuários cadastrados, bem como para usuários de outras UBS, mas segundo a gerência, essa demanda para medicamentos, somada pela demanda de usuários de convênios e planos de saúde que residem na região, tem se constituído como um problema para a unidade.

“O acesso ao medicamento ocorre pelos usuários do PSF e também por usuários de outras unidades, o que causa problemas para o posto, que tem buscado intercambiar com os demais postos; ocorre também aqui a busca de medicamentos por usuários de convênios. Já o acesso ao medicamento pelos diabéticos é feito no posto de referência (unidade mais complexa no distrito de Santana), mas o encaminhamento também é problemático”.

A terceira unidade de PSF pesquisada, também está localizada na Região Norte da Cidade. Segundo a gerência, a sua cobertura hoje é de 3.500 famílias, isto é, 19.500 pessoas, o que corresponde a 70% da população do seu entorno. Na entrevista ela informou que a unidade atende dois tipos de população que vivem em duas áreas locais: uma de pior nível sócio-econômico, que reside mais longe, e que em virtude da topografia do bairro, apresenta maior dificuldade de acesso á unidade. Essa população reside na favela, nos cortiços e em habitações subnormais. Já o outro seguimento de usuários, vive em melhores condições de habitação, apresenta nível social econômico médio e muitos têm convênios e planos de saúde particulares, portanto são “famílias de classe média”.

A localização da unidade é muito boa, bem como o prédio é bem construído, com boa distribuição interna, corredores amplos, conforme foi observado pelo pesquisador. O horário do atendimento também favorece o acesso, porque funciona durante doze horas das 7 às 19hs diariamente. O agendamento é realizado através do cartão SUS na própria unidade ou de um ticket de encaminhamento fornecido pelo ACS, quando da visita domiciliar às famílias cadastradas.

O tempo de espera para uma consulta gira em torno de 30 dias, segundo informação da gerência. Outro aspecto mencionado na entrevista, é que o ACS tem encontrado dificuldades de acesso às famílias que residem nas extremidades de sua microárea.

Quanto às unidades localizadas na Zona Norte e organizadas sob o modelo de Ação Programática, encontramos diferentes situações: a primeira delas foi municipalizada, e conta com um número maior e mais diversificado de funcionários. A experiência anterior do gerente na área hospitalar e de pronto socorro, bem como sua formação em administração hospitalar fez com que essa unidade fosse “organizada por gerências e cobrado os resultados das encarregadas”, segundo ela declarou ao pesquisador.

O horário de atendimento era de 12 horas, mas foi reduzido para o horário das 7 às 17hs por motivos de segurança na região:

“A unidade atendia anteriormente até as 19hs, mas por problemas de segurança foi reduzido em 2 horas (o funcionamento), mas estamos discutindo o retorno para até as 19hrs”.

Essa unidade oferece uma certa barreira de caráter topográfico para o acesso dos idosos e pessoas com deficiências, mas a “demanda não é exagerada”, informou o gerente entrevistado.

Características que também chamaram a atenção na pesquisa de campo é que nessa unidade existe estágio de residentes de Medicina. Quem colhe material para o exame de

Papanicolau é o próprio ginecologista (e não a enfermagem como nas outras UBS), e que apenas um profissional, o pediatra, tem contato fora da unidade com a escola de ensino fundamental, especialmente preocupado com a prevenção do consumo de álcool e drogas entre os adolescentes.

A segunda unidade estudada no modelo de UAP também está localizada em um distrito da Região Norte: está instalada em um prédio de dois pavimentos, sendo que na ala direita do primeiro pavimento foi implantado em 2006 uma AMA (Assistência Médica Ambulatorial) pela SMS/SP, para atendimento de consultas especializadas de emergência. Do primeiro para o segundo pavimento não existem rampas, apenas escadas, o que dificulta o acesso de idosos, deficientes ou outras pessoas com dificuldade de locomoção.

Do ponto de vista físico a unidade é de fácil acesso, mas a circulação no seu interior é dificultada porque os consultórios ficam no 2º pavimento, mesmo assim o afluxo de pessoas é muito grande, todos os dias. Para o gerente entrevistado, o acesso é dificultado não só pela estrutura física do prédio, mas por que há falta de funcionários, havendo grande demanda para a farmácia no início da semana, porque as pessoas atendidas na AMA (que funciona aos sábados) procuram aí obter a medicação prescrita. A isto acrescenta-se a falta de funcionários capacitados, principalmente na Recepção.

O retorno no geral é para trinta dias e na percepção da gerência, há falta de mais auxiliares de enfermagem. Houve um aumento da procura da unidade pelos idosos que residem na região, provavelmente pela perda do poder aquisitivo. O mesmo gerente explica que esses idosos são exigentes e costumam queixar-se quando têm que esperar pelo atendimento ou consideram que não foram bem atendidos em suas demandas. Na entrevista o gerente fez suas considerações a respeito da “missão” da Unidade Básica de Saúde:

“Porque eu acho que ele se perdeu. O que aconteceu com as unidades? (Elas) abriram as portas totalmente. Tem um lado bom, mas tem um lado ruim, porque abriu as portas, mas não tem como dar conta. E isso trouxe um usuário que chega achando que tem que ser atendido “em tudo”. E a gente não consegue. Eu acho que os profissionais se perderam

muito, porque o que a população mais gostaria é que não tivesse consulta agendada, que eles chegassem e fossem atendidos. Se transformar isto aqui em P.A. (Pronto Atendimento), eles vão amar. Mas não é o nosso objetivo”.

A terceira UM pesquisada localiza-se na Região Norte da cidade, na Subprefeitura de Santana. O prédio é antigo e bem distribuído, mas segundo a gerência, a população de sua área de referência, prevista em 68 mil habitantes é muito maior do que a unidade tem capacidade para atender, pelo fato de muitos trabalhadores de um Shopping Center próximo buscarem um atendimento nessa unidade, além dela receber encaminhamentos de outras UBS especialmente de casos de Diabetes Melitus. Considera a gerência que há um grande contingente de “população usuária itinerante”, atendendo-se de 250 a 300 usuários por dia. Para a gerência há uma “crise de identidade” da demanda dessa unidade de saúde: boa parte é formada pelos idosos da região, são poucas as crianças que a procuram, e a maioria das gestantes que fazem pré-natal na unidade não moram na Região (quando muito, apenas trabalham lá). A maior parte dos funcionários são antigos, próximos da aposentadoria e atendem no programa de Saúde Bucal e no Ambulatório de Especialidades Odontológicas, diferentes das que são atendidas nos CEOS (Centros de Especialidades em Odontologia) que a SMS/PMSP implantou no final da gestão da Prefeita Marta Suplicy (2000-2004). O gerente entrevistado considera que há uma indefinição sobre os usuários das Unidades Básicas de Saúde: no momento atual devem ser UBS no modelo antigo de Ação Programática ou no modelo de Saúde da Família? Pronto atendimento? AMA (Assistência Médica Ambulatorial)? Unidade de passagem?

Observou o pesquisador que os funcionários nesta unidade ficam com frequência em suas salas, bem como a Equipe de Saúde da Família tem sua “sala própria”, pouco interagindo entre si. A unidade é de fácil acesso pela sua localização, daí a presença do que a gerência denomina de “população itinerante”, bem como de usuários referenciados por outras unidades, para tratamento de Diabetes Melitus ou na Saúde Bucal. Apesar de o espaço físico ser bom, é mal distribuído e mal sinalizado; o saguão é pequeno e há muitos papéis afixados nas paredes o que confunde os usuários; os corredores são estreitos, os

funcionários não usam crachá e o agendamento para a primeira consulta está demorando dois meses.

A quarta UM pesquisada localiza-se na Região Norte também, no distrito de Brasilândia, em uma área de população empobrecida, e tem como população adstrita 70 mil habitantes. O prédio é amplo e 4 equipes de PSF foram implantadas em 2001 na parceria de SMS/PMSP com a Associação Saúde da Família. A unidade está bem localizada por que há varias linhas de ônibus que chegam nas proximidades, apesar da topografia irregular, assim demandam a essa unidade não só moradores da região, mas usuários de outras regiões, o que traz reflexos na recepção e no acolhimento da unidade. Durante a entrevista, a gerência queixou-se do fato de ser uma unidade mista:

“É difícil administrar uma unidade mista, pois são dois programas com remuneração diferentes, processos diferentes”.

Na acessibilidade as diferenças entre os modelos levam a aparecer queixas por parte dos usuários, reforçada na entrevista:

“...pelo lado do usuário (também) que diz: porque o meu vizinho tem visita em casa e eu não”.

Acolhimento

No acolhimento da USF foi possível observar que havia diferenças nas atitudes dos funcionários: os mais antigos pareciam mais preparados para indagar ao usuário o motivo da queixa, se era possível esperar, ou deviam ser encaminhados para o atendimento mais resolutivo da enfermagem e do médico naquele momento.

Outro fator que a dificultava o acesso, ocorria no próprio Acolhimento: os funcionários mais jovens eram obrigados a antes consultar a enfermagem para saber se o usuário deveria ser encaminhado para seu atendimento. Indaga-se se isto não acaba introduzindo no cotidiano uma dificuldade a mais no próprio Acolhimento.

Já com respeito às famílias e trabalhadores imigrantes, a contratação de dois ACS, de origem latina em uma das equipes de PSF tem facilitado o Acolhimento dessas famílias, principalmente pela facilidade de comunicação, seja pela língua, seja pela compreensão de seus padrões culturais, relações de gênero e comportamento reprodutivo.

A alta demanda e o espaço exíguo da unidade fazem com que os usuários que cheguem atrasados as consultas agendadas, não sejam atendidos, e obrigados a remarcarem as consultas, ampliando ainda mais a pressão sobre a recepção.

A ação do ACS também se faz notar na busca ativa de sintomáticas para tuberculose e orientação para as não sintomáticas, na fila do Acolhimento.

Na segunda USF pesquisada, localizada na Região Norte foi possível observar que no Acolhimento, auxiliares de enfermagem e enfermeiras atendem diretamente os que não têm consulta agendada e buscam resolver as demandas.

Na outra USF localizada na Região Norte, o Acolhimento prevê usuários não agendados, deixando-se uma “reserva técnica” para poder encaixar esses casos. Os prontuários dos agendados são, separados de véspera e os usuários só precisam chegar 15 minutos antes da consulta marcada. Não há filas de espera nem aglomerações, o fluxo é pequeno, embora segundo a gerente, passem mais ou menos 300 pessoas por dia na unidade.

Durante o período de observação, o pesquisador percebeu que no Acolhimento os funcionários são muito atenciosos, e procuram não criar nenhuma restrição de atendimento. Mesmo as pessoas que procuram a unidade para passar pela Perícia Médica, que é exigida para obter Isenção Tarifária no sistema de transporte, seja por necessidade social, idade ou deficiência são previstas e “diluídas” no atendimento de todos os dias, passando antes por um assistente social e depois pelo médico.

Na observação do pesquisador na primeira UAP pesquisada, o Acolhimento pareceu ser bastante eficiente, “mas frio”: os funcionários se preocupavam mais com o manejo do computador do que com o contato pessoas com os usuários. “O atendimento chega a ser cansativo pela espera para quem chega”. Os próprios usuários parecem dizer, “não tem jeito”, olham para os lados e para a funcionária mais lenta, como que perguntando: “será que ela achou meu nome?”.

Para o observador ainda, a “monotonia” do atendimento parece existir também nos outros espaços da UAP, exceto no setor de Regulação para marcação das consultas, psicologia, do serviço social e grupos de orientação.

Nas unidades AP pesquisadas as consultas são marcadas diariamente, mas a exigência do usuário apresentar o Cartão SUS dificulta o fluxo de atendimento. Essa unidade recebe também encaminhamentos de outras cinco unidades próximas, bem como pessoas que residem no distrito e vivem em situação de alta vulnerabilidade social.

As restrições para o atendimento decorrem do número de senhas, que a unidade pode oferecer, e também da área de abrangência atendida, que é muito superior á sua capacidade instalada. Informou a gerência:

“Aqui no AMA são atendidas de 350 a 380 pessoas por dia. Na unidade são de 280 a 320 pessoas por dia. Na segunda-feira, Na dispensação de medicamentos da farmácia chega-se a atender a 700 pessoas, porque a AMA funciona de sábado e a Unidade Básica de Saúde não, e a farmácia está localizada na unidade básica de saúde”.

Na observação foi possível perceber que o primeiro contato de qualquer pessoa que procura a unidade é com o encarregado de segurança patrimonial que presta informações pontuais. Na unidade não há uma estrutura ou espaço de Acolhimento propriamente dito; também não há setas, cartazes indicativos nem mesmo o telefone a Ouvidoria é de fácil visualização. Os usuários buscam informações entre si. Na recepção está todo o material de registro da unidade: arquivos, computadores...

A Carteira de Identidade e o cartão SUS são exigidos para atender a demanda do usuário; separam –se os guichês de primeira demanda e o de consultas pré-agendadas, que confirmou-se na observação das segundas-feiras, dado o não funcionamento da farmácia da unidade para atender à demanda dos usuários de AMA no final de semana, é muito grande a procura nesse guichês, ocasionando-se conflitos que em geral são encaminhadas à gerência para solução.

Na entrevista, o gerente manifestou várias vezes sua preocupação com a qualificação dos funcionários para o Acolhimento, ao mesmo tempo em que justificava a não existência de uma atividade organizada nesse sentido pela pressão da demanda que é muito grande:

“A Saúde ficou desorganizada. Teve o PAS, depois foi difícil a organização da saúde como um todo (início dos anos 2000, na gestão da Prefeita Marta Suplicy e Dr. Eduardo Jorge Sobrinho como Secretário Municipal de Saúde)... agora é o AMA...tudo é para nós: a marcação de especialidades, fazer cartão SUS, dispensação de medicamentos, aumentou a demanda, aumentou o serviço e eles (funcionários) estão muitos estressados”.

Como a unidade não tem Assistente Social, quando há alguma demanda de caráter social que exija encaminhamentos para instituições da área de assistência social, os funcionários é que se mobilizam para fazer os contatos intersetorialmente e resolver os problemas como podem.

A satisfação dos usuários com o acesso ao atendimento é variável, alguns conseguem atender suas necessidades mais facilmente, outros têm que esperar, como no uso do Planejamento Familiar, que forma grupos de apenas 20 participantes e abre agenda uma vez por mês. Às vezes o usuário vem à consulta agendada, mas se o médico faltar, ele deve reagendar, como no caso do Programa de Saúde da Mulher, em que há demora de mais de dois meses para se conseguir marcar consulta.

A terceira unidade organizada exclusivamente no modelo de Ação Programática pesquisada também está localizada na Região Norte, em um prédio reformado e em terreno amplo. A

população adstrita é de 58 mil habitantes, mas tendo uma porcentagem importante da população de classe média alta na área, boa parte não frequenta: assim parte significativa das crianças vacinadas na unidade não residem no entorno: vem de bairros e distritos próximos como Lauzane, Mandaqui, Casa Verde, Brasilândia e Jardim Peri. Segundo o gerente, há ainda na área, muitos idosos que usam a unidade porque não têm planos de Saúde. Os funcionários da unidade na sua maioria são funcionários municipais, mas os contratados mais recentes estão sob o regime da CLT. A boa localização da unidade, a disponibilidade de transporte no bairro facilitou o acesso de usuários que moram mais longe. As consultas novas são marcadas com pequeno prazo de espera, em geral de uma semana, mas já chegou a demorar meses. Os que têm consulta agendada aguardam no local de uma a duas horas para serem atendidos, o que causa reclamações dos usuários. Na opinião da gerência faltam consultórios para melhora o atendimento. Passaram a fazer o agendamento de novas consultas, conforme normas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, mas sempre reservam duas vagas na agenda de cada profissional para a “procura do dia” estratégia que o gerente chama de “encaixe” ou “reserva técnica”. Por falta de clínicos, tem usado também um sistema de rodízio, contando a unidade com profissionais de fora para atender á demanda, mas a estratégia, segundo a gerência, tem sido mais exitosa na atenção às crianças do que aos adultos. A unidade não tem tido falta de medicamento para fornecer, mas o programa Remédio em Casa foi desativado por falta de profissionais fixos para desenvolvê-lo.

As doenças crônicas são encaminhadas para uma unidade da área que é mais complexa, mas as relações com outros níveis de atenção tem sido descontínuas, como em relação às CAPS (Centro de Assistência Psicossocial) e CRI (Centro Referência ao Idoso). A própria unidade é referência para Saúde Mental da área, mas só conta com dois psiquiatras, que não dão conta da demanda.

Das quatro unidades denominadas de “Mistas” porque têm no seu interior os dois modelos: Saúde da Família e Ação Programática, a primeira analisada localiza-se na Região Centro-Oeste da cidade (Sé), numa área de população idosa e de segmentos muito vulneráveis socialmente, conta com três Equipes de Saúde da Família, com previsão de implantação de

mais uma equipe, mas não há espaço físico para que essa ampliação se efetive. Quanto ao acesso, para uma parte de população a topografia facilita, mas para outra parte não.

Quanto ao Acolhimento na UM situada na Região Centro-Oeste, há queixas da gerência e o mesmo foi observado pela pesquisadora que o sistema informatizado é falho: “o sistema cai toda hora”, criando muita tensão na recepção. Os usuários que têm consulta agendada se atrasarem mais de 30 minutos não são mais atendidos e precisam reagendar a consulta: por outro lado, como pode haver faltas e atrasos por parte dos paciente agendados previamente, recomenda-se aos que não tem consulta marcada que venham a unidade e “que se arrisquem a conseguir encaixar-se nessas vagas”, mas sem garantia de que serão atendidos.

Os funcionários de Recepção no geral atendem de forma pontual e procuram resposta às demandas: mas há diferenças entre eles, alguns são mais atenciosos e corteses, o que faz com que os usuários procurem ser atendidos sempre por esses funcionários, ou até agendar consulta com o mesmo médico, embora esta não seja a rotina da unidade a não ser no caso das equipes do PSF. As filas se formam e se esvaziam ao longo do dia, mas não ultrapassando dez pessoas nos horários de pico, conforme observação do pesquisador.

Na observação do pesquisador, o Acolhimento fica prejudicado muitas vezes porque não se passa a informação adequada para os usuários na recepção sobre seus direitos: conforme se verifica, sobre o passe de transporte para que a gestante venha a todas as consultas do Pré-Natal e quantas viagens serão asseguradas no Bilhete Único de transporte. O Acolhimento acaba sendo prejudicado por problemas estruturais: falta de organização, de capacitação dos funcionários, ou até do atendimento incompleto e rápido que alguns deles dispensam aos usuários.

Na observação também foi possível perceber que na sala de Regulação de Vagas para as especialidades e exames complementares o Acolhimento é mais efetivo: os usuários são convidados a sentar-se e o funcionário procura informá-los sobre os serviços para os quais estão sendo encaminhados, porque há vagas na especialidade requerida e indaga-se é de fácil acesso para ele.

Já na sala de procedimentos de enfermagem, vacinação e na recepção, não se observou esse tipo de Acolhimento, pensado como uma “rede de conversações” entre usuários e equipes de saúde para uma melhor compreensão das informações e das necessidades apresentadas.

A segunda UM, localizada na Região Centro-Oeste, é também um Serviço Escola. Encontra-se instalado em uma avenida com vários galpões, e a população que dela se serve vem da Barra Funda, de duas favelas locais (do Gato e do Moinho), dos cortiços, e atualmente também parte da população de rua e profissionais do sexo.

A articulação entre os dois modelos AP e SF se somou à complexidade anterior dessa unidade que é espaço de treinamentos de futuros profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e de capacitação de funcionários do SES/SP de nível inferior e de nível técnico, além de produzir pesquisas em Atenção Básica.

Convive no dia a dia, às vezes mais harmonicamente, outras vezes mais conflituosamente, os diferentes interesses e perspectivas de estudantes, docentes, profissionais e usuários. A unidade, segundo a gerência, funciona com “porta aberta” para a demanda.

Na recepção os funcionários são atentos e acolhem bem as demandas dos usuários, dos mais diferentes segmentos, como foi possível ser observado pelo pesquisador. São executados muitos procedimentos de enfermagem, especialmente curativos em usuários que não fazem parte da demanda cadastrada, na Saúde da Família, mas que participa há muito tempo dos programas de Saúde da Criança, Mulher, Adulto, Saúde Mental e Saúde Bucal, conforme o modelo de Ação Programática.

Na observação foi possível perceber que os usuários tem uma avaliação positiva de qualidade do atendimento, e da postura dos funcionários, mas também se queixam da demora e de tempo de espera, porque a unidade é um serviço escola. Queixam-se também que as atividades de ensino dificultam a formação de vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde especialmente com os médicos.

A demanda é muito grande e não é possível atender a todos, tornando os agendamentos muito demorados, de 60 a 90 dias para se marcar uma consulta: “a não ser que o Acolhimento avalie e encaixe”, afirma o gerente.

A gerência procura garantir uma certa prioridade para o atendimento das gestantes no Programa “Mãe Paulistana” da SMS/PMSP e para o atendimento aos recém nascidos. O Cartão SUS é solicitado para a marcação de consultas e procedimentos, mas o sistema informatizado sofre do mesmo problema das outras UBS: “o sistema, cai frequentemente”, além disso, há usuários com demanda para medicação que não residem na área adscrita.

Pela observação da pesquisa foi possível identificar dois horários de pico na pressão da demanda: às 7 horas da manhã e às 15 horas da tarde, que correspondem aos horários dos dois turnos de consultas e coleta de material para exames complementares. Na farmácia, o horário de maior demanda é das 12 às 13 horas, juntamente na hora de almoço, aumenta a frequência de usuários de sexo masculino, provavelmente trabalhadores, que é muito pequena nos outros horários. Essa demanda no horário de almoço cria um ambiente mais tumultuado na unidade porque coincide também com o horário de troca de funcionários ou do almoço, enquanto continua a atender.

Vínculo

Analisando a questão do vínculo entre os funcionários e a população a gerência de uma das unidades do modelo Saúde da Família apontou as dificuldades de trabalhar com este aspecto no cotidiano dos serviços, em que o estresse está sempre presente:

“É muito difícil gerenciar pessoas da forma como eles se comportam, se relacionam com a população... se é uma postura favorável para estabelecer vínculos...o estresse deles é muito grande, porque o relacionamento humano é sempre muito complicado e (ainda) se relacionar com as questões de saúde....o individuo (usuário) vem aqui, ele já vem com uma carga emocional muito grande...está em sofrimento e aí encontra um funcionário irritado,

estressado sobrecarregado... a cada entrevistado em conflito ...já conversei individualmente, em equipe... mas a gente não consegue resolver”.

A observação do pesquisador confirmou a “fala” da gerência: percebe-se que há uma certa irritabilidade e intenção de “despachar” logo o usuário, no comportamento da maior parte dos funcionários, havendo é certo, algumas exceções. Mesmo quando a informação é correta, o clima na recepção não é favorável, não “dá espaço” para o usuário comunicar-se.

No entanto, o próprio pesquisador refere que é normal perceber uma certa abertura para o desenvolvimento de vínculos entre funcionário e usuários, quando o ACS ajuda na recepção, reconhecendo pessoas, conversando em um tom de maior proximidade.

Outro aspecto observado foi à comunicação da língua do usuário, no caso de imigrantes bolivianos, por parte do auxiliar de enfermagem no atendimento, deixando o usuário mais tranquilo e confiante. A contratação de ACS(s) e auxiliares de enfermagem que falassem espanhol melhorou a comunicação com esse segmento da população local que imigrou para trabalhar nas confecções da região.

Na outra unidade Saúde da Família, localizada na Região Norte da cidade, estimula-se o desenvolvimento de vínculos entre funcionários e usuários sempre atendidos pelos mesmos profissionais; nestes casos e as relações entre os próprios usuários parecerem “bem calorosas”, na observação do pesquisador.

No momento da observação, apenas houve dificuldades em um dos dias pela manhã porque estava faltando médico em uma das Equipes de Saúde da Família: os médicos das demais equipes estavam atendendo os usuários dessa microárea, e “encaixando” no agendamento as demandas mais urgentes (os que apresentam exame alterado ou usam medicamentos controlados).

Para a gerência da unidade não há problemas de relacionamento entre funcionários e usuários e há preferência entre os usuários na procura de funcionários que os atendem constantemente:

“Eu acho que o vínculo tem que ser firmado, não tendo tido solicitações com relação a isso. Ainda não é o ideal, mas agora está muito melhor. Aqui não temos muitas queixas dos usuários na Ouvidoria...quando há reclamações, procuramos ouvir os dois lados: o usuário e o funcionário”.

Já nas três unidades pesquisadas que desenvolvem exclusivamente o modelo de Ação Programática, queixa-se a gerente da unidade localizada na Região Norte, de que há um distanciamento entre os funcionários e usuários; é possível perceber vínculos com o usuário apenas em projetos específicos, como o de Terapia Comunitária. Essa afirmação foi observada na prática pelo pesquisador: há fluidez nas conversas, os usuários acreditam e confiam nos técnicos, é um espaço de escuta, orientação e apoio. Os encontros são agendados e “aguardados”, pelo usuário como algo que poderá ajudá-los. Essa atividade de Saúde Mental é referência para as unidades da Região e para outras unidades, contando a equipe com a participação de um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social.

Na outra unidade de modelo de Ação Programática, o vínculo não obedece a um padrão geral: fica na dependência das características pessoais de cada funcionário que atende: os usuários procuram falar sempre com os funcionários que os ouvem e que conhecem pessoalmente, já que nessa unidade há muitos funcionários antigos. No geral a postura dos profissionais é pragmática, buscam resolver logo a demanda, já que a pressão por atendimento é muito grande. Durante a observação, o pesquisador verificou que nos dias em que a demanda diminui devido a condições climáticas, por exemplo, os funcionários se mostram mais tranquilos na orientação aos usuários.

A gerência procura garantir que o atendimento de cada usuário sempre seja realizado pelo mesmo profissional, mas nem sempre o consegue, por causa de férias dos funcionários, da procura do usuário em situação de emergência; neste caso procuram “encaixar-se” com

outros médicos. Na entrevista, a gerência relatou ainda que há dificuldades no desenvolvimento de vínculos entre funcionários e usuários, especialmente quando aqueles estão em desvio em função.

Na terceira unidade deste modelo misto, foi possível constatar que há vínculos bem desenvolvidos entre os profissionais de enfermagem e os usuários, mas não entre os médicos e usuários, porque estes profissionais rodiziam mais no atendimento.

A gerência pede que os usuários venham sempre no horário do profissional que os atende, mas nem sempre isto é possível; especialmente quando há médicos em férias, neste caso o usuário será atendido por outro profissional.

Nas reclamações junto à Ouvidoria, não havia nenhuma queixa de usuários a respeito da falta de vínculo com os profissionais que os atendem, mas foi possível observar, pelo pesquisador, que as consultas duram em média 10 minutos.

Entre as quatro unidades de modelo mistas constatou-se em uma das localizadas na Região Centro-Oeste da cidade, que há uma pressão grande dos idosos no atendimento, eles exigem seus direitos, mas segundo a gerência, há dificuldades operacionais na unidade para atender essa demanda e de desenvolver um vínculo efetivo entre funcionários e usuários, muito embora reconheça que este princípio está no “discurso” da Política de Saúde. Da parte desses usuários idosos, como eles freqüentam há vários anos um programa de atividade física em um Balneário local, numa ação intersetorial entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Esportes do município, eles desenvolvem um forte vínculo entre si nessas atividades. Outra forma de estimular a formação de vínculos entre funcionários e idosos, aparece no Programa de Atendimento aos Acamados. Alguns deles conseguem conversar por telefone com os profissionais que os atendem e tirar suas dúvidas quanto à medicação de que fazem uso.

No mais, nas atividades desenvolvidas no modelo AP nessa unidade, são raras as manifestações de que existam vínculos fortes entre funcionários e usuários. Exceção ao setor de Regulação de Encaminhamentos para consultas de nível ambulatorial, fora da unidade, que durante a observação do pesquisador, se revelou mais receptivo, com uma certa preocupação de “escutar” mais atenciosamente a demanda e as necessidades dos usuários. Nos outros setores, a escuta é mais formal, sem se deter muito nas particularidades do caso ou incentivar a expressão do usuário. Aspecto positivo observado e confirmado pela gerência, é que na Recepção sempre há um esforço de garantir o atendimento do usuário com o mesmo profissional.

Já nas equipes organizadas sob o modelo Saúde da Família nessa mesma unidade entre os vínculos profissionais e usuários são mais fortes, especialmente nas atividades grupais.

Na outra UM pesquisada localizada também na Região Centro-Oeste na cidade, o fato de ser uma unidade em que o ensino de futuros profissionais é um dos objetivos, o vínculo dos profissionais com usuários é mais restrito, porque os estudantes atendem o usuário antes dos clínicos que os orientaram, mas para a gerência, mesmo assim o vínculo da unidade com a comunidade é muito forte e entre funcionários e usuários é bem desenvolvido, apesar do ensino e da presença constante de estudantes no atendimento:

“Há uma preocupação muito séria do que devemos fazer para manter o vínculo do médico com o paciente, através do residente e do aluno....eles estão aqui para aprender, mas você tem que fazer com que o paciente saia sabendo que ele tem um médico só.”

Já no modelo Saúde de Família, o estudante tem acompanhado o ACS com frequência e percebe o vínculo que este estabelece com as famílias.

Em uma das UM localizadas na Região Norte, predominam o modelo de Ação Programática, porque a unidade é referência para as demais, existindo apenas uma Equipe de modelo Saúde da Família, que concentra sua atividade na atenção às famílias que residem em um conjunto habitacional popular, localizado nas proximidades da unidade.

A gerência considera que não tem tido dificuldades com a questão do vínculo entre profissionais e os usuários mesmo no atendimento de equipes organizadas sob o modelo de Ação Programática:

“não aparecem (queixas) nem nas poucas Ouvidorias que tive desde janeiro, quando comecei...acho que o que facilita o vínculo é você se comprometer com o usuário; é quando você garante o vínculo.”

Na observação do pesquisador, foi possível acompanhar a chegada de usuários, especialmente dos que buscam os glicosímetros; a espera é de cinquenta minutos, pois o mesmo funcionário dispensa o medicamento, registra as solicitações médicas e orienta os usuários sobre o uso, mas nenhum dos pacientes soube informar o nome do profissional que o atendia.

Já na única Equipe de Saúde da Família existente nessa unidade, uma das gestantes que estava sendo atendida não sabia do Programa Mãe Paulistana, nem que teria direito a um cartão que lhe garantiria o transporte para chegar à UBS. As consultas realizadas naquele momento da observação pareceram também muito rápidas para o pesquisador.

E na última UM pesquisada, a gerência apontou que não havia reclamações sobre o vínculo entre usuários e funcionários. Na observação, o pesquisador relata que o relacionamento era de certa informalidade, até meio indisciplinado entre usuários e funcionários: conversam alto, há muito ruído no saguão de espera e na sala de vacinação. As consultas também são rápidas e os usuários encaminhados em seguida para uma educadora em saúde, lembrando a proposta das Ações Programáticas, de desenvolver a pós consulta, após o atendimento médico.

Enfoque Familiar

Nas unidades SF o enfoque familiar é parte constitutiva da proposta. No caso da USF que fica situada na Região Central da cidade, há dois tipos de prontuários: o prontuário familiar para os moradores cadastrados na Saúde da Família e o prontuário individual, para os trabalhadores da região que são atendidos na unidade. Nesta unidade, os ACS indagam sobre a família, especialmente nos casos de busca ativa para tuberculose. Nas situações de maus tratos ou dificuldades de comunicação verbal, caso dos imigrantes que residem na região, é reforçado ainda mais o enfoque familiar.

Na USF localizada na Região Norte, a gerência incentiva através da supervisão o registro no prontuário familiar, embora considerasse que esta abordagem já estivesse contemplada no processo de trabalho, especialmente dos ACS nas microáreas e nas visitas domiciliares pelas equipes completas, o que ocorria duas vezes por semana. Na observação do pesquisador sobre uma das reuniões de equipe, ficava claro a abordagem familiar, contemplando aspectos sociais na discussão e no planejamento das visitas, processo que exigia um tempo maior, o que dificultava a equipe atingir as metas de produtividade exigidas pela direção.

Na outra USF também ficou claro o enfoque familiar no tipo de prontuário, nas decisões e nas circulações das informações entre os membros da equipe. Cada prontuário tem seu número, o número da área, o número de microárea e o número da família. Quando a equipe e o ACS acham necessária a visita domiciliar está é realizada por toda a equipe ao mesmo tempo.

Já nas UAP, o enfoque familiar não é enfatizado: no caso de uma destas unidades só foi observado pelo pesquisador no atendimento de caso de tuberculose, em que o estagiário de enfermagem indagou sobre os familiares.

Na outra UAP estudada, ela havia-se preparado há alguns anos atrás para ter equipes de Saúde da Família. Chegou-se a implantar prontuários familiares, mas como não passou a

contar com essa mudança de modelo, os prontuários voltaram a ser individuais, desorganizados, com folhas soltas, não se observou nenhum estímulo para os familiares dos usuários comparecerem ao serviço ou participar de atividades na unidade. O máximo que alguns profissionais (não todos) orientavam é que os familiares participassem do tratamento do usuário. Os grupos são eventuais quando a enfermagem dispõe de tempo, mas não contam com a participação dos médicos. Reuniões sobre Promoção da Saúde e Prevenção são pontuais e eventuais, em geral ocorrem só por ocasião em campanhas, como Dia Internacional Anti-Tabaco.

Nesta unidade a gerência relata que tentou organizar os prontuários logo que assumiu sua função:

“Olha, eu fui levantar essa questão assim que eu entrei na gerência. A gente procura algum dado e eles esquecem de anotar... precisamos anotar o que o paciente veio fazer... Não tenho isso, tenho uma folhinha que ficava dentro da caixa”.

Os profissionais que mais procuram informações sobre a família são os pediatras, para orientar ou encaminhar a criança para outros profissionais. Fica dependendo do interesse dos funcionários, obter informação sobre as famílias. Portanto, o enfoque familiar não aparece como uma ação sistemática; ocorre eventualmente e pontualmente. Às vezes resultante de uma demanda da Vigilância, Sanitária ou Epidemiológica, nos casos de tuberculose.

Na terceira UAP pesquisada parece que o enfoque familiar depende do usuário, quando informa dados sobre sua família, mas como os prontuários são individuais, pouco é registrado. Nesta unidade, no atendimento às crianças há menções ao perfil da família especificamente no relatório do assistente social; aí também há grupos com adolescentes, realizados por uma educadora, mas essa atividade não foi mencionada pela gerência quando expôs o trabalho da unidade, e também não foi mencionada a abordagem da família .

O enfoque familiar nas unidades mistas AB/PSF não foi identificado durante a observação do trabalho das equipes de ação programática, mas apareceu no trabalho das equipes de Saúde da Família, especialmente dos ACS. Essas unidades contam com psicólogos e assistentes sociais que em seu atendimento buscam informações sobre a família dos usuários. Na unidade mista que conta com apenas uma Equipe de Saúde da Família, foi observado pelo pesquisador que algumas famílias cadastradas e visitadas pelo ACS não tinham noção do que era o PSF e não sabiam que a família toda deveria ser objeto de atuação dessa equipe. Em uma das unidades mistas da região Norte, percebeu-se que havia intercâmbio entre os profissionais dos dois tipos de modelo: um clínico do programa de Saúde do Adulto do modelo de ação programática, um dia por semana fazia visita domiciliar para famílias que eram do PSF. A gerência desta unidade procurava “integrar” os profissionais dos dois tipos de modelos e os dois processos de trabalho, o que aparecia no fluxo dos usuários e nas ações de coordenação. No entanto, mesmo com este esforço, o prontuário familiar não era usado nas reuniões de equipe e os registros realizados em folhas diferentes para cada atendimento.

Fluxo e Coordenação

Nas Unidades de Saúde da Família foi possível perceber como se dava o fluxo de atendimento, sistemática de marcação de consultas exposta anteriormente. Havia uma concentração da demanda como “procura do dia” no Acolhimento, ocasionando conflitos, esperas, dificuldades no atendimento e estresse de funcionários e usuários. No próprio Acolhimento existia outra “barreira” para o primeiro atendimento, advindo da norma de que a recepção deveria consultar a enfermagem antes de decidir se o usuário poderá ser encaminhado internamente.

A gerência considerava que o fluxo na unidade estava distante do preconizado pelo Modelo do Saúde da Família porque acaba cedendo para o atendimento eventual e reforçando o crescimento do Acolhimento:

“as pessoas preferem vir para consulta eventual do que para um atendimento agendado...precisamos fazer um levantamento das faltas (mês, consultas agendadas previstas), pois achamos que é muito grande”.

Vale lembrar que na observação da dinâmica de algumas unidades percebeu-se que como ocorre uma longa espera para se agendamento de consultas (dois meses em geral), muitos usuários optavam pela procura do “atendimento do dia”, pressionando o Acolhimento. Nesta direção, apareceu o depoimento da gerência:

“então todo mundo chega na unidade, independentemente de cadastro, da região onde mora, independentemente de qualquer coisa todo mundo é atendido. Então atende-se de 40 a 60 pessoas no mesmo dia”.

Quanto às funções de Coordenação, percebe-se que a Gerência tem pouca autonomia e nenhum poder sobre os recursos:

- físicos e financeiros;
- sobre orçamento, sobre o “custo” das atividades de sua unidade;
- sobre os recursos humanos;
- homogeneizar relações, condutas, procedimentos e rotinas.

Como afirma um gerente é uma estratégia difícil:

“...é difícil gerenciar pessoas, a relação entre elas e destas com os usuários...”

E embora haja protocolos e orientações para tanto, na prática esses protocolos não são contínuos, mesmo havendo reuniões mensais com os profissionais para atingir esses objetivos:

“Ah, eu faço reunião na hora que eu achar importante. Eu paro tudo e falo para eles virem falar comigo.”

Na USF localizada na Região Norte, os registros no prontuário são considerados pela gerência, como primordiais para o fluxo dentro da unidade e encaminhamentos para outros níveis de atenção. treinamentos para o registro de informações, para acompanhamento das famílias, para organizar e controlar o que está sendo desenvolvido, visualizando-se a todo momento, os dados do SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica):

“Tenho em vista que muitos ACS não tem o segundo grau de escolaridade, aparecem erros e falhas de preenchimento. Decidi que a enfermagem deve fazer também a supervisão de tudo o que for registrado)”.

Nesta unidade a gerência considera que para haver coordenação, é necessário realizar reuniões de vários tipos: mensais com todos os funcionários, mas sem “fechar o posto”; com enfermeiros e médicos, por equipes, palestras sobre assuntos de interesse de trabalho. Outro aspecto proposto, foi a divisão dos dias para atendimento específicos: adultos, crianças...

Foi possível perceber que além da intencionalidade da gerência, o fluxo interno nessa unidade era facilitado pelo espaço físico e pela organização interna da unidade.

Na terceira USF, também foram enfatizados os registros dos atendimentos no prontuário e em cadernetas que ficam com os usuários e o programa Mãe Paulistana era seguido em todos os seus elementos. Procurava-se articular as ações de Promoção de Saúde, Prevenção e Assistência. Usuários eram convidados a participar dos grupos e as listas de inscrição para estes ficavam no balcão da recepção.

Havia orientação para a confecção de um calendário das reuniões de Planejamento Familiar e do grupo de Saúde Mental, conduzido pelo médico e acompanhado por ACS, com direito a orientações individuais por parte do médico ao final da atividade. A gerência relacionou as atividades de Promoção e Prevenção, os procedimentos de Controle e Tratamento das Doenças Endêmicas, as atividades desenvolvidas pela Saúde Bucal junto às escolas da área, bem como a relação da unidade com as creches.

A Coordenação é realizada por meio de reuniões de equipe e reuniões com todos os funcionários, reuniões administrativas a cada dois meses, supervisão de prontuários e supervisão semanal da enfermagem junto aos ACS.

Nas unidades do modelo de Ação Programática, o espaço físico, a organização interna e os recursos humanos foram considerados como fundamentais pela gerência para o resultado do trabalho da unidade. Em uma dessas UAP, a gerência comentou que a Atenção Básica é considerada como a “porta de entrada” do sistema. As diversas propostas da SMS/SP para as unidades tem partido dessa idéia, mas não resolvido seus problemas:

“Em cada gestão se tenta reinventar a roda. Na verdade, já se tem onde caminhar, é só investir, botar gerente, gerenciamento...às vezes se ganha para administrar coisas que são incompatíveis”.

Para esta gerência, coordenar é fiscalizar, cobrar pessoalmente os encaminhamentos por funções nesta unidade, “tenho certa aversão de reunir por reunir, só para cumprir agenda”, afirmou na entrevista.

Como acompanhar as várias atividades da unidade? Vacinação, coleta de material para exame laboratorial, recepção, sala de regulação, prontuário?

O principal problema para as gerências são os recursos humanos, mais do que o espaço físico da unidade, e dentre os problemas, os que mais trazem transtornos são os “desvios de função”:

“...pessoas em funções que não são do seu cargo...tem nível operacional (funcionário) atendendo na recepção, com dificuldade de acessar o computador... na limpeza, o serviço foi terceirizado e tivemos que registrar o pessoal em outra atividade”.

Na outra unidade deste modelo, o fluxo ocorre de acordo com as possibilidades de atendimento do dia, já que depende do rodízio dos profissionais e a organização desse fluxo é produzida diariamente ou por semana, quando é possível, define a gerência. Pela observação do pesquisador, durante a semana do trabalho de campo, o acúmulo de atendimentos ocorreu na área de Saúde Mental, já que a unidade é referência para esse atendimento para as outras unidades da região. Na recepção, a espera é mais demorada para este atendimento, “há mais desabafos e reclamações” de usuários, o que leva a gerência a priorizar a presença de agentes da segurança neste local.

Na observação pareceu ao pesquisador que não há apenas um fluxo e sim “fluxos” individuais; as reuniões mais organizadas também ocorrem entre os profissionais de Saúde Mental. Apareceram reclamações da gerência de que a unidade não tem sala para reuniões daí a dificuldade para realizá-las, bem como para as atividades educativas e reuniões de grupos de usuários. Há atividades de Prevenção, mas não fica clara a articulação com a Promoção em Saúde e o Atendimento; especialmente quando é necessário o trabalho fora da unidade encontram-se resistências dos funcionários em sair da unidade e usar os espaços da comunidade para as atividades.

Nas unidades mistas pesquisadas o fluxo é variado, mas em geral há uma organização física do espaço interno da unidade, fluxos diferentes para cada modelo de organização dos serviços, e desafios para a Coordenação dos dois modelos. No modelo das unidades mistas localizadas na Região Centro-Oeste, há espaço para realização de reuniões técnicas mensais; no caso da Saúde da Família foi preciso fazer uma redefinição da área de abrangência e capacitação das equipes para vencer os receios de trabalhar na favela, mas os resultados tem sido muito bons, conforme a gerência. Já no modelo de Ação Programática, há limites no trabalho de prevenção e com a comunidade, por falta de recursos humanos para atuar junto às gestantes que abandonam o pré-natal e os casos de Tb que abandonam o tratamento. Mas a área física, a dificuldade de aplicação de protocolos e a falta de supervisão, trazem da área de RH problemas para a gerência, especialmente porque são funcionários muito antigos e estão cansados - “é um pessoal difícil de motivar...”

Na outra unidade mista, a gerência aponta as dificuldades para ordenar o fluxo e exercer as funções de Coordenação na convivência dos dois modelos no mesmo espaço físico, que na sua opinião não é muito favorável para qualquer fluxo. Os espaços das equipes que atendem em cada uma das unidades são diferentes e busca-se integrá-las nas reuniões gerais da unidade, ou em algumas poucas atividades em comum. A reunião geral mensal leva à redução do atendimento nesse horário, mas é considerada essencial pela gerência para o bom andamento das atividades. Os cartões de vacinação das gestantes e das crianças tem as ações bem registrados em ambas as unidades.

Nas unidades mistas pesquisadas na Região Norte, em uma delas que é referência para as demais e conta apenas com uma equipe de Saúde da Família, foi difícil caracterizar o fluxo de atendimento: considera a gerência que a “população é de passagem”, por isso não consegue sistematizar o fluxo, nem priorizar demandas. É o médico que avisa quando o caso requer prioridade:

“há casos em que o usuário chega para marcar especialista, mas não traz o encaminhamento e como é idoso, fica difícil voltar para casa...e não sabe para quem o médico o encaminhou”.

Na observação não foi possível visualizar um atendimento de uma equipe do modelo de Ação Programática, que articulasse ações de Prevenção, Promoção e Atendimento. Apesar disto a gerência tenta garantir o funcionamento dos grupos de Planejamento Familiar, encaminhamento para especialistas dos usuários do Saúde da Família, aconselhamento da enfermagem, mas não consegue fazer o mesmo para os idosos nem para os diabéticos e hipertensos.

A Equipe do Saúde da Família fica isolada no “fundo” da unidade, mas a gerência procura fazer com que os auxiliares de enfermagem da equipe rodiziem na farmácia e na sala de vacina da unidade.

Na observação, constatou-se que há ausência de supervisão de gerência que na tentativa de integrar os diferentes setores; sua maior preocupação parece ser com a supervisão técnica de enfermagem.

Na outra unidade mista localizada na Região Norte, a gerência demonstra que procura sempre fazer com que os funcionários esclareçam para os usuários as possibilidades e limites do atendimento na unidade. Tem procurado melhorar o registro nos prontuários, organizar o atendimento distribuindo senhas para a coleta de exames agendados, dando prioridade às crianças.

Em virtude da falta de funcionários, especialmente de auxiliares de enfermagem, muitas vezes as equipes acabam sendo desestruturadas; a gerência usa a estratégia de “fazer escala” para garantir os atendimentos e apontar “coringas” para enfrentar a ausência dos funcionários; procura controlar “as reservas técnicas” no agendamento das consultas, mas queixa-se de que no caso de clínica médica, é difícil pois a procura é muito grande”.

A gerência informou que há atividades de Planejamento Familiar, controle de DST/AIDS e as Equipes de Saúde da Família organizam grupos na comunidade. Os casos de Saúde Mental são encaminhados ao CAPS porque a equipe de Saúde Mental foi desestruturada.

Procuram definir protocolos para a sala de medicações, mas são raras reuniões de equipe ou capacitação.

3.3 Integralidade Vertical

Encaminhamentos

Comentando as dificuldades da referência e contra-referência para as unidades Saúde da Família, a gerência queixa-se das dificuldades para o agendamento externo, já que a unidade não pode fazê-lo diretamente, nem na presença do usuário: é preciso rever a

Regulação - Sistema de vagas da SMS/PMSP. Como muitos exames são marcados nesse sistema para 30 ou 40 dias depois, o absentismo é grande, às vezes chega a 50%. Outro ponto importante, é que os níveis mais complexos de atenção não enviam informações para a unidade:

“A unidade sempre envia o documento de referência e contra-referência. Mas o paciente volta sem nada por escrito, só verbal... um ortopedista mandou um papelzinho pela paciente, dizendo “encaminhar para o cirurgião de “joelho”. Como é que a unidade vai ter uma referência dessas?”

Para a USF localizada na Região Norte, parte da sua necessidade de referência é coberta por outras Unidades Básicas de Saúde da mesma região, como no caso dos diabéticos. Nestas situações as unidades criam entre si um sistema que funciona bem melhor, como apontou a gerência:

“Temos uma relação de usuários, com protocolozinho. É cadastrado aqui, mas retirado lá”.

As especialidades para as quais se encontra mais dificuldade são: ortopedia, hematologia e vascular. Segundo a gerência, também não há demanda reprimida para mamografia, nem para consulta de cardiologia; há ambulatórios de especialidades em hospitais municipais da Região bem como uma AMA local. Mas a unidade tem recebido a demanda de usuários que são atendidos na AMA e vão buscar a medicação na Unidade Saúde Família:

“Aconteceu que com as receitas do AMA, as pessoas vinham buscar medicação aqui, mas a fila deles aumentou e eles não queriam esperar; a gente começou a cortar, pois trabalhamos com consumo médio mensal de medicamentos.”, diz a gerente.

A outra unidade apresentou dificuldades para o encaminhamento de seus usuários para atenção mais complexa, especialmente para exames de imagens. As unidades acabam criando algumas estratégias e fluxos de encaminhamentos entre elas, para melhorar a situação. Nesta unidade há dificuldades para marcação de ultrassonografia: segundo a gerência há uma lista de 300 mulheres aguardando ultrassom desde 2005, dependendo também do Sistema de Regulação do Bolsão de Vagas, e a demanda para ortopedia é grande e não tem referência.

Nas unidades do modelo de Ação Programática, os problemas são semelhantes: há dificuldades para a marcação de consultas em especialidades e também para avisar o usuário quando se consegue marcar. 10% deles não são localizados, e a unidade é obrigada a substituir esse usuário agendado previamente por outro naquela especialidade. As maiores dificuldades encontradas são para as especialidades de ortopedia, endocrinologia, neurologia e cardiologia.

A outra unidade tem um fluxo de referência para exames complementares para um laboratório da região e parece que o funcionamento é bom, recebendo os resultados pela Internet. Mas no caso de encaminhamentos para especialidades encontram as mesmas dificuldades que as demais. Quando é para serviços da própria Secretaria Municipal da Saúde ou para os Centros de Referência (Idoso, DST), o processo é mais rápido: as unidades têm cotas de vagas para usar, embora muitas vezes sejam insuficientes e a marcação por telefone apresente problemas.

Observou o pesquisador que na UAP, que tem ao lado uma AMA, há médicos que atendem nos dois serviços. A pressão da demanda é grande e o encaminhamento para especialidades ou exames complementares depende das ofertas de vagas na regulação: não há priorização ou avaliação de risco do usuário; usa-se o critério de “seguir a fila”. A orientação para exames complementares é realizada por um profissional dos Recursos Humanos, que também controla a Central de vagas.

Pela observação do pesquisador, o profissional de RH acessa constantemente a Central de Vagas para verificar se alguma delas não foram usadas e se ele pode “encaixar” um usuário. Os exames conseguidos mais rapidamente são os solicitados pelo Programa de Planejamento Familiar e a unidade costuma fazer mutirões para a coleta de Papanicolau. Dentre as especialidades, a que demora mais é a ortopedia.

Quanto às Unidades Mistas, a localizada na Região Centro-Oeste aponta que tem facilidade para atendimento no Call Center da Prefeitura e os serviços são mais próximos, enquanto os encaminhamentos no sistema do nível estadual (SIGA) são para serviços localizados em bairros e distritos mais distantes: as dificuldades com a volta de informação e orientação das especialidades para as unidades são as mesmas bem como o absenteísmo dos usuários em consultas e exames marcados para muito tempo depois.

A outra Unidade Mista pesquisada na Região Centro-Oeste apresenta as mesmas dificuldades que as demais, embora encontre mais facilidade no encaminhamento para as especialidades na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo porque é um dos seus serviços. O absenteísmo dos usuários nas consultas e exames marcados com muita antecedência chega a 40% segundo a gerência. O fato do usuário ser avisado da marcação depois, por telefone, por um funcionário da unidade representa um acúmulo de trabalho e pouca garantia de sua presença no dia marcado. No caso do Saúde da Família quem avisa o usuário da marcação de consultas nas especialidades é o Agente Comunitário de Saúde.

Na terceira Unidade Mista pesquisada, a gerência também aponta as mesmas dificuldades para a referencia de pacientes para outros níveis de atenção:

“gasta-se grande energia, reencaminhando os usuários para outros serviços, como o CRI (Centro de Referência do Idoso), pois a população idosa parece ser mais presente... é preciso discutir com os usuários os encaminhamentos possíveis, lugares de atendimento... se procura sempre nas imediações do endereço dele. É um trabalho de formiguinha...”

A coleta de material nas unidades para exames complementares é realizados sempre no mesmo dia da semana, enquanto os exames externos podem demorar até 6 meses. É importante considerar que a dependência externa de vagas dificulta a dinâmica do encaminhamento: o usuário pode ser enviado para qualquer região da cidade.

Na outra Unidade Mista pesquisada na Região Norte o sistema de referência para especialidades é o mesmo, mas aí funciona o contato pessoal entre gerentes, em geral funcionários antigos, para facilitar o processo. Como afirmou uma gerente entrevistada:

“Esse tipo de integração é comum e sempre necessário. Eu conheço os diretores das AMAS... quando tem pedido do Raio X, se você pede a eles, fazem mais rápido.”

Para esta gerência, as normas para o encaminhamento aos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) não são claras. Quanto à contra-referência, as informações dos serviços de média complexidade para a unidade encontram as mesmas dificuldades das outras unidades pesquisadas. Observaram os pesquisadores que no modelo Saúde da Família, nas discussões das equipes é possível perceber que há um acompanhamento do processo pelos profissionais.

Relações com a Supervisão Técnica e Coordenação Regional de Saúde da SMS/PMSP.

Nas Unidades Saúde da Família localizadas no centro da cidade há queixas a respeito da morosidade na substituição de funcionários, bem como à falta de autonomia da unidade para tomar decisões. Na área financeira, o único recurso a que se pode recorrer é a verba de adiantamento bancário para serviços de manutenção ou conserto de equipamentos. Como aponta a gerência:

“Eu acho que é assim, tem algumas posições que são definidas... a gente questiona, a gente questiona e a gente questiona: E fica questionando porque a decisão já vem lá de cima.”

Já nas outras Unidades Saúde da Família localizadas na Região Norte, não há queixas quanto ao relacionamento com os níveis superiores da Secretaria Municipal de Saúde: há visitas na unidade, reuniões gerais com todos os equipamentos de saúde da região e outras reservadas só para as Unidades Saúde da Família. A gerência avalia que a Supervisão Técnica local mesmo assim, ainda é muito distante, está presente apenas quando “há problemas” na unidade:

“ às vezes quando a gente tem poucos problemas dentro da unidade, isso distancia um pouco...(já) quando se tem uma reclamação, dificuldades... eu acho que a gente procura mais a Supervisão...é muito importante quando estão mais aqui, (Supervisão e Coordenação Regional), visitando a unidade”.

A avaliação de gerência de uma das Unidades de Ação Programática é positiva no que diz respeito às relações da unidade com os níveis superiores da administração municipal, e estas reuniões são semanais:

“Nós temos uma supervisão hoje bem atuante... Eles dão uma resposta, mesmo quando é para dizer que “não dá”. Temos avaliação diária da unidade, eles conhecem os problemas existentes nas UBS's...há um relatório de toda a unidade, eles vem aqui mensalmente”.

Na terceira Unidade de Ação Programática pesquisada, também localizada na Região Norte as relações com os níveis superiores da Secretaria Municipal de Saúde são bem estreitas e constantes. Foi possível o pesquisador presenciar três visitas desses níveis à unidade; nessa unidade, como nas outras duas da Região Norte, os arranjos inter-gerências para encaminhamento de pacientes parecem quase “institucionalizados”. A gerência desta unidade considera que a implantação de uma AMA nas proximidades não representou um aumento de demanda para a unidade; esse aumento já vinha ocorrendo antes da implantação dela.

Na Unidade Mista da Região Centro-Oeste houve queixas da gerência quanto à reposição de recursos humanos:

“Pedimos duas auxiliares administrativas e veio uma, parece que por ser a Região Central, ela sempre fica por último... então a periferia acaba sendo priorizada e a gente fica sem.”

A piora das condições sociais e de qualidade de vida de vários segmentos que vivem no centro da cidade não é reconhecida pelos níveis superiores e a área não é considerada como prioritária na Política de Saúde e de RH do município.

As reuniões com os níveis superiores são semanais, mas há muitas atividades que devem ser concretizadas a partir dessas reuniões, o que sem discussões com as unidades, leva à desmotivação. Ao mesmo tempo, a própria gerência aponta como positivo o fato da Supervisão Técnica local ter elencado uma série de pontos, que são avaliados mensalmente, através de uma visita da Supervisora à unidade.

As Unidades Mistas localizadas na Região Norte participam também de reuniões semanais com os níveis superiores da Secretaria Municipal de Saúde, mas o gerente de uma delas tem a impressão de que:

“Ficamos apagando incêndio, não discutimos o SUS. (as reuniões com a supervisão) não devem ser para apagar incêndio, tem que ser um lugar para planejar ações de saúde e para melhorar a qualidade de vida.”

A sensação desta gerência é de que com a organização das Coordenadorias, dos Distritos e das Supervisões, a estrutura da SMS/SP ficou mais hierarquizada e centralizada.

Na quarta Unidade Mista pesquisada, a gerência sente-se “respeitada” pela Supervisão Técnica local, mas considera que nesses níveis circulam bem as informações através de reuniões, e-mails e memorandos, mas os níveis de decisão estão mais acima:

“nem a Supervisão, nem a Coordenação contratam. Quem contrata é a Secretaria (municipal)”.

Relação com a Parceira

Apenas as Unidades Saúde Família e as Mistas têm serviços e equipes implantadas a partir das parcerias estabelecidas entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e instituições de ensino ou entidades dedicadas à prestação de serviços de saúde na cidade, modelo que começou a existir a partir da administração de Prefeita Marta Suplicy, para a instalação do PSF, partir de 2001. As Unidades de Ação Programática como modelo puro, são da própria Secretaria Municipal ou eram unidades estaduais que foram municipalizadas a partir de 2001.

As Unidades Saúde da Família pesquisadas apresentam parceiras diferentes: para uma delas, localizada na Região Centro-Oeste, a parceira é a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, para as outras duas, localizadas na Região Norte da cidade, a parceira é a Associação Saúde da Família. Segundo a gerência da Unidade Saúde da Família da Região Centro-Oeste a relação com a parceira apresenta dificuldades, especialmente, pela morosidade na contratação ou substituição de membros das equipes.

Quanto às Unidades Saúde da Família da Região Norte, em uma delas a gerência informa que o interlocutor da parceira participa de reuniões periódicas em que são tratados assuntos relativos ao PSF. Já na outra Unidade Saúde da Família da Região Norte, a gerência queixa-se de que gostaria de haver maior proximidade nessa relação, principalmente no recrutamento de pessoal para compor as equipes: há uma divisão de tarefas nesse processo, mas a unidade e a própria Supervisão Técnica da SMS/SP não participam da seleção, que é inteiramente definida pela parceira:

“... a unidade faz a divulgação na microárea para o recrutamento do ACS... a parceira manda as provas prontas para serem aplicadas no local... corrige as provas, faz uma dinâmica e seleciona o candidato. O RH da Supervisão não elabora um perfil, inclusive nunca participou desse processo.”

A gerência considera que a instituição parceira não está totalmente integrada na prestação do serviço: limita-se à contratação de pessoal. Mais recentemente tem-se buscado maior aproximação, procurando realizar uma avaliação conjunta do desempenho do ACS. Mas no que diz respeito à seleção e contratação de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para compor a equipe, a seleção fica inteiramente nas mãos da instituição parceira.

Em uma das Unidades Mistas da Região Centro-Oeste em que a instituição parceira é a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a gerência tem uma avaliação positiva: ela é muito receptiva e o pessoal que é contratado para as equipes do PSF “são muito animados...” o que já é mais difícil com os funcionários de SMS que atuam no Modelo de Ação Programática:

“São funcionários antigos... tudo que se propõe eles dizem que estão cansados, são muito antigos, parecem que só estão esperando a aposentadoria”.

Nas outras Unidades Mistas, não houve manifestações das gerências sobre a relação com a parceira: quando muito se limitaram a repetir o que estava previsto entre as partes nos documentos formais.

Orientação Comunitária

Nesta categoria foram englobadas as atividades realizadas pelas unidades na comunidade ou em associação com entidades locais, bem como a questão do controle social sobre o trabalho das unidades, o funcionamento do Conselho Gestor e participação dos usuários nessa instância.

Nas Unidades de Saúde da Família, foi possível identificar naquela localizada na Região Centro-Oeste da cidade, contatos esporádicos da unidade com algumas igrejas locais, movimentos de Saúde e desenvolvimento de atividades físicas com grupos de idosos que residem na área.

No entanto a gerência da unidade queixa-se de que tem encontrado muita dificuldade para se compor ou recompor o Conselho Gestor da Unidade, que já funcionou bem em anos anteriores, mas que no momento, apesar dos esforços dela própria em incentivar as pessoas e representantes de grupos locais a participar, o resultado tem sido negativo. Nas últimas três reuniões marcadas para o Conselho Gestor não compareceu ninguém e antigos participantes mudaram da Região.

Para o pesquisador deve se considerar os segmentos sociais que se servem dessa unidade: idosos que participam de caminhadas, mas que parecem não ter outro tipo de vínculo com a unidade; trabalhadores do mercado informal local que residem em outras regiões da cidade e imigrantes ilegais que trabalham nas confecções locais. É possível que esses segmentos apresentem muitas dificuldades para participar do Conselho Gestor, e até de valorizar o Controle Social.

Na outra Unidade de Saúde da Família localizada na Região Norte identificou-se trabalhos de Promoção em Saúde e Prevenção, especialmente dirigidos a idosos, mulheres e escolares. Nessa unidade, a presença de um assistente social parece reforçar o eixo das atividades fora do serviço, juntamente com o trabalho desenvolvido pelos ACS. Articulam também uma ação intersetorial: saúde, educação e assistência social, nas atividades de Isenção Tarifária para pessoas com deficiências, em tratamento contínuo, gestação e no Programa Mãe Paulistana; na busca por benefícios previdenciários ou assistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada para idosos e pessoas com Deficiências.

Em 2007 houve um treinamento dos ACS pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente para trabalhar com o ambiente. Quanto à participação da população no Conselho Gestor da unidade, apesar da eleição, os membros eleitos não comparecem às reuniões.

Na outra Unidade de Saúde da Família, foi mais perceptível na entrevista com a gerência, a questão de participação da população local: o Conselho Gestor é ativo, os conselheiros tem sido capacitados, também há incentivo de um profissional do Serviço Social, além dos ACS. Diz a gerência:

“Eu acho o conselho gestor super importante....(com o curso de capacitação de conselheiros)...os conselheiros vão compreendendo melhor o papel deles”.

A abordagem intersetorial foi observada pelo pesquisador, já que vem ocorrendo nessa unidade: a capacitação dos ACS pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente (Projeto PAVIS), o que segundo a gerente proporcionou trocas entre os ACS de toda Região Norte. Nas Unidades de Ação Programática, todas três localizadas na Região Norte da cidade, percebeu-se em uma delas relações com escolas, creches e atividades relativas a idosos na comunidade, bem como a presença de um Conselho Gestor ativo: participa de discussões na unidade e do orçamento na Subprefeitura local.

Na outra unidade o Programa de Saúde Bucal desenvolve atividades nas escolas da região. Mas segundo a própria gerência, a comunidade local não conta com:

“... uma rede institucional social, como igrejas, clubes de serviços, etc... os programas são desenvolvidos no interior do serviço apenas”... atividades de promoção da saúde como caminhadas, “aqui não consegui nada”.

Na terceira unidade de Ação Programática não houve relato de atividades comunitárias nem atividades intersetoriais. A percepção da gerência sobre a participação da população e do Controle Social é mais centrada no desenvolvimento dos serviços de atendimento ao consumidor - SAC e das queixas na Ouvidoria. As maiores reclamações segundo a gerência:

“É a falta de clínicos seguida da fila de espera no encaminhamento e às vezes falta de medicamento... (existe uma pasta onde se separa essas queixas)...repasso as queixas e dentro das urgências são obrigadas a fazer a lista das mais urgentes”.

No entanto, a mesma gerência informa que o Conselho Gestor nessa unidade é atuante: os membros desse Conselho é que acessam as reclamações do SAC e da Ouvidoria. Na opinião da gerência, com as sucessivas eleições foi havendo um entendimento melhor do papel do conselheiro e as capacitações, treinamentos e orientações para o desempenho do papel do conselheiro são fundamentais e devem atender as possibilidades de dias e horários dos usuários:

“...no Conselho Gestor também tem elementos da comunidade que participam do Conselho Gestor de Supervisão Técnica: são pessoas enjoadas”.

Nas UM a orientação para a comunidade parece ter sofrido um impulso com a implantação das Equipes de Saúde da Família. Há mobilização para a construção de uma nova unidade, trabalho nas escolas, creches e abrigos e relação com o Fórum das Entidades da Região do Cambuci e Liberdade (FERCAL). Nesse processo, o Conselho Gestor da unidade tem se mobilizado junto à Câmara Municipal e Secretaria de Educação para obter parte do terreno que lhe pertence e que fica ao lado do terreno da unidade. Segundo a gestora:

“Há várias associações na área, mas o FERCAL, representa melhor a comunidade por agregar a grande maioria das comunidades da Região”.

Do ponto de vista da intersetorialidade há um trabalho com a Secretaria Municipal de Esportes, em um Balneário em que são desenvolvidas atividades com adolescentes, diabéticos, hipertensos e obesos.

No caso da outra UM pesquisada, as relações intersetoriais ocorrem, mas não de forma sistemática: os trabalhos são mais pontuais com escolas, creches, albergues e entidades que trabalham com idosos. A existência do Conselho Gestor nessa unidade foi de apenas dois anos, houve eleições para seus membros, mas acabou se esvaziando.

Na outra UM, na Região Norte, as atividades comunitárias ocorrem apenas a partir das ações da única Equipe de Saúde da Família, dirigidas a um conjunto habitacional local. Segundo a gerência:

“Após a construção do Cingapura (conjunto habitacional), sobrou um alojamento e neste galpão foram instaladas quatro salas que sentem para o Núcleo Comunitário. A Secretaria de Habitação está fazendo a doação (desse terreno) para a associação de moradores e ela tem uma parceria com uma ONG para efetivar ali como Centro Comunitário, projeto que prevê padaria, sala de vídeo comunitário para o PSF”.

O Conselho Gestor de unidade já teve o mandato de seus membros vencido e está com data marcada para a recomposição. Segundo a gerente, há alguns problemas nessa área porque:

“...o pessoal confunde muito a participação com privilégios”.

As atividades dessa unidade em relação à comunidade também são pontuais e episódicas: quando necessário, às enfermeiras vão as creches, quando há evidências, fazem-se campanhas na comunidade e com as entidades.

Na outra UM, na Região Norte, há uma preocupação da gerência em cumprir as metas preconizadas para os dois modelos que a própria unidade se impôs ao atender no PSF. Há relações dessa unidade com uma ONG que lida com a Nutre Mistura, com a Casa da Mulher da Brasilândia, mas apenas para encaminhamento de casos de violência intrafamiliar e, com igrejas, para o uso e implantação de padarias. As atividades mais permanentes são do Programa de Saúde Bucal nas escolas e creches locais, com possibilidades de encaminhamento de casos mais especializados para a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas e com o serviço Escola da unidade de Odontologia da USP. O Conselho Gestor foi ativo quando da necessidade de se conseguir médicos para a unidade.

Capacitação

Para as Equipes de Saúde da Família foram previstos na proposta original da SMS/SP vários níveis de capacitação. Na Unidade Saúde da Família localizada na Região Centro-Oeste, a gerência queixa-se de que essa capacitação não tem sido suficiente:

“Desde que estou aqui (agosto de 2005), as auxiliares de enfermagem não passaram por nenhum tipo de treinamento... os ACS receberam mais recentemente capacitação sobre o meio ambiente” (pela Secretaria do Verde e meio Ambiente)”.

Observa-se nesta unidade que a capacitação para atuar nas Equipes de Saúde da Família limitou-se ao Módulo Introdutório ao programa, não tendo continuado o segundo módulo, que deveria aprofundar conhecimentos para a Atenção a Criança, Mulher e Adultos, já que os profissionais devem ser generalistas. A enfermagem tem se encarregado do treinamento dos auxiliares de enfermagem e ACS através da Supervisão.

No caso dessa unidade em que muitos usuários são imigrantes, latinos americanos, orientais e africanos, não há também nenhuma capacitação específica para as equipes. Afirma a gerência:

“A gente fala, conversa, mostra, não há treinamento, o que eu busco fazer é mostrar um treinamento informal...a gente vai conversando no dia a dia”.

Em outra UM, localizada na Região Norte aparecem as queixas da gerência, considerando que tem na unidade funcionários mais antigos, remanescentes de unidades anteriores e que são resistentes às novas tecnologias (registros, informática). Já da parte dos profissionais de nível técnico e universitário ela percebe pouca disposição para as capacitações. O que procura fazer é treiná-los em serviço, fazer com que as equipes interajam entre si: traz palestrantes e profissionais de fora da unidade para motivar seus funcionários, e não perde a esperança:

“porque eu acho o PSF uma coisa boa; daqui a algum tempo vai ter um reflexo grande; já estão se acostumando a fazer Prevenção, isso vai se refletir nas doenças cardiovasculares nas médias de morbimortalidade, no auto cuidado; eu acho que isso vai refletir muito no futuro”.

Na outra Unidade de Saúde da Família da Região Norte, a equipe passou apenas pelo Módulo Introdutório do PSF; os ACS foram capacitados no Projeto PAVIS com a Secretaria do Verde e Meio Ambiente e o projeto de sua Habilitação Técnica ficou em suspenso. Lembra a gerência que os auxiliares de enfermagem não tem nenhum treinamento e que para todos deveria haver capacitação continuada. Mas seu problema maior é com a Equipe de Saúde Bucal que não participa do Programa de Saúde da Família, mas que permanece na unidade após a transformação da organização no Modelo de Ação Programática em modelo de Saúde da Família:

“Temos seis dentistas porque temos um módulo com seis cadeiras. Mas não temos Agente de Consultório Dentário – ACD e nem Técnico de Higiene Dental – THD. Colocamos nessas funções duas auxiliares de enfermagem e uma atendente, mas elas não têm o preparo técnico exigido para função”.

Nas Unidades do modelo Ação Programática a capacitação é menos frequente ainda. Em uma delas, a gerência reclama que os funcionários não foram capacitados para o Acolhimento e para o uso da Informática na recepção e por isso passa por vários problemas. Tem que se contentar com os funcionários que recebe de SMS/SP e quanto à limpeza, o serviço foi terceirizado.

Na outra unidade de Ação Programática, a gerência costuma reafirmar a validade dos protocolos para a capacitação dos funcionários e que duas experiências de capacitação foram positivas.

Entre Unidades Mistos, em uma delas, a gerência queixa-se de que não há capacitação para Atenção Básica no modelo de Ação Programática; apenas treinamento por áreas de

especialidades e na maior parte das vezes, esse treinamento não é para atuação na unidade. Há muitos treinamentos, ultimamente, mas desorganizados, sem planejamento, o que leva o profissional a ficar afastado muito tempo do trabalho, ocasionando transtornos no agendamento do atendimento. Para ela:

“Falta investimento da Prefeitura nos recursos humanos, no sentido de motivação, ter acolhimento para os funcionários... o funcionário precisa estar bem para atender bem”.

Na outra UM, a gerência refere que há capacitações externas e internas realizadas pela própria unidade. As Equipes do Saúde da Família tem tido muita capacitação e treinamento, especialmente os ACS; depois são os enfermeiros e em seguida os médicos. Já no caso das Equipes do modelo de Ação Programática, o treinamento é diluído e realizado mais internamente para se ter um “olhar mais diferenciado” para as necessidades locais da população que vive na rua, e dos imigrantes. A unidade utiliza-se de metodologias participativas e treinamentos. As reuniões mensais têm sempre uma parte destinada a algum tipo de capacitação para os membros das equipes dos dois tipos de modelos de organização do Serviço. Mesmo assim, refere falta de treinamento das Equipes de Saúde da Família para a realização de curativos e vacinação.

Outra UM da Região Norte, a gerência reclama que há profissionais resistentes aos treinamentos, e que a própria gerência não é informada do conteúdo das capacitações e nem recebe feedback dos funcionários sobre o que aprendeu. Citou como produtiva a capacitação dos ACS sobre ambiente em parceria com a Secretaria do Verde e Meio Ambiente.

A mesma queixa de que as capacitações não respeitam as necessidades do atendimento nas unidades apareceu na fala da gerência da outra unidade pesquisada na Região Norte:

“O pessoal estava saindo muito e desorganizando a unidade, (Mas elogiou a do GERUS: ‘assim a vista da gente, a visão da área de trabalho fica ampliado...não só a da administração’)”.

4. Questionários com Profissionais das Unidades

4.1 Características Gerais

Na distribuição dos 105 profissionais entrevistados encontramos diferença nas respostas entre enfermeiros, médicos e outros profissionais. Os médicos e enfermeiros foram mais entrevistados nas unidades mistas, pois nestas foi necessário fazer representar as equipes de UAP e as de USF. Os outros profissionais também foram mais entrevistados nas unidades mistas.

A maioria dos profissionais trabalha na unidade de saúde de 5 a 6 anos (36,2%). Para todos os modelos de atendimento o tempo de trabalho mais comum é o mesmo, exceto para as UAP, onde a maioria dos profissionais atua há mais de 6 anos, 46,2%, ($p < 0,05$).

O número de profissionais que atua nas unidades onde a condição socioeconômica dos moradores dos distritos sede das mesmas, medido pelo Índice de Exclusão (IEX), e indexados de acordo com os distritos envolvidos no estudo, apresenta diferenças significativas, sendo maior para as unidades mistas com 76,6%, seguido das unidades tipo USF com 65,5% e por último as UAP com 34,6%.

A média do tempo de trabalho na unidade segundo Iex não apresenta diferença significativa ($p > 0,05$), de acordo com as categorias profissionais. A média também não apresenta diferença significativa, exceto para os Agentes Comunitários de Saúde, que tem maior tempo de casa nos distritos sede de unidades com maior Iex, 4,8 anos, comparado com os distritos com menor Iex que estão a 1,5 anos em média.

Os médicos e os outros profissionais universitários são os membros mais antigos das unidades de saúde, com média de “anos de casa” de 8,0 e 11,3 respectivamente. Em seguida, auxiliares de enfermagem com 7,6 anos de casa em média. Todas as outras categorias profissionais tem menos que 5 anos em média. A maior média de anos de casa foi encontrada em quatro unidades: UAP (14,2) e (7,1), UM (7,3) e UM (7,2).

Na maioria das unidades de saúde a média de anos de casa é maior para os profissionais universitários, para algumas unidades também contribuem os auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos⁷, conforme pode ser observado na **Tabela 13**.

Tabela 13. Distribuição das médias de tempo de trabalho nas unidades de saúde segundo categorias profissionais.

Unidades	Agente comunitário de Saúde	Auxiliar Administrativo	Auxiliar de enfermagem	Enfermeiros	Médicos	Outros Profissionais
B. Funda	6	0,5	9,5	9,5	11	4
B. Retiro	5,5	2,5	5	3,5	4	0
Cambuci	4,5	1	5,,5	4	8	8
Carombé	1,5	5	7	3	3	14
Chora menino	-	4,5	5	5,5	14	6
Crus das Almas	2,5	6	10	2,5	3,5	21
V. Ede		2	7	1,5	12	10
Jd. Guarani	1,5	1	3	6	5	1
JAE	5,5	4	5	7,5	8,6	17
Jd. Peri	-	17	19,5	3	9,5	21

4.2 Integralidade Horizontal

Acessibilidade

A acessibilidade foi verificada por meio dos seguintes aspectos: suprimento de medicamentos e equipamentos, pagamento por consulta, obter consulta em menos de 24 horas, atendimento no fim de semana, horário de funcionamento, funcionamento após as 18 horas, telefone para informações na unidade, telefone para dúvida após fechamento da unidade e espera de mais de 30 minutos para atendimento.

⁷ Todos os administrativos foram classificados como Auxiliar de Administração.

O suprimento de medicamentos irregular de acordo com as respostas dos profissionais foi mais freqüente nas UAP, 50,0%, sem diferença significativa em relação aos outros modelos de atendimento ($p>0,05$).

Por outro lado as melhores avaliações no suprimento de medicamentos regular foram obtidas pelos profissionais das USF, que consideram quase sempre bem supridos em 65,6% das entrevistas, seguido de 63,9%, na avaliação dos profissionais das unidades mistas e 46,2% para as UAP, a diferença foi pequena e não significativa estatisticamente ($p>0,05$).

A pouca regularidade no funcionamento do equipamento básico para cumprir com suas funções essenciais foi observada para as UAP, 34,6%, seguida das mistas, 25,5%, e USF, 15,6%. As diferenças aparecem principalmente entre UAP e USF, mas não foram significativas estatisticamente ($p>0,05$).

As situações de maior regularidade são observadas pelas unidades tipo USF seguidas das mistas, 65,7% e 51,1%. Já as UAP, apenas 38,5%. Novamente observa-se diferenças entre os tipos de unidades mas com significância apenas entre USF e UAP ($P<0,05$).

A consulta “não urgente”⁸ em 24 horas é conseguida apenas algumas vezes para 34,6% dos profissionais que atuam nas UAP, seguida das unidades mistas para 27,7% dos entrevistados.

As maiores freqüências se concentram nas avaliações mais negativas, a maior porcentagem positiva, para a condição "quase sempre", foi de 18,8%, nas USF.

Para a avaliação máxima, "sempre" a maior porcentagem foi também para o USF com 21,9%, seguida das mistas com 14,9% e das UAP com apenas 7,7%, todas muito baixas, com diferenças, mas sem significância estatística ($P>0,05$).

⁸ Respostas baseadas na população que procura o posto diariamente e não uma média de toda a população coberta. No caso de unidades Mistas, cada profissional pensou na população do serviço do qual faz parte.

Para a condição de “funcionamento da unidade pelo menos uma vez por semana além das 18 horas”, ocorreu variação, de 96,9% para as USF, 74,5% para as mistas e 50,0% para as UAP, com significância estatística ($p < 0,01$).

Ao comparar as referências sobre nunca abrir após as 18 horas verifica-se que as UAP têm larga margem de diferença e significativa ($p < 0,01$), com 46,2% das respostas, seguidas das mistas com 19,1%. Para os profissionais das USF não houve referência de não abertura.

Todos os profissionais referiram a existência de um telefone para pedir informações⁹, com altas frequências para os três modelos de atendimento 91,5%, 90,5% e 88,5% respectivamente para UM, USF e UAP, sem diferença significativa.

Com exceção dos profissionais das UAP que em 11,5% das respostas referiram sempre existir um telefone para marcar consultas e tirar dúvidas quando a unidade está fechada, a imensa maioria referiu a inexistência deste recurso.

A necessidade de espera por mais de trinta minutos para ser atendido na unidade apresenta grande dispersão de respostas. Nas unidades mistas, para todos os intervalos de frequência houve pelo menos 20% de respostas, variando de “algumas vezes” até “sempre”. Pode-se entender, portanto que não há um padrão de resposta neste tipo de unidade, devendo provavelmente estar mais relacionado com a dinâmica de cada unidade.

Também para as unidades com PSF verifica-se grande variação, mas a frequência das respostas é menor, com referências de menos de 10% aproximadamente para cada situação de resposta, “de muitas vezes” até “sempre”.

⁹ Todas as respostas dadas pelos entrevistados foram relacionadas apenas com a opção informações e não com a opção marcar consultas, uma vez que este serviço não existe em nenhuma das unidades.

O padrão das respostas para as UAP é semelhante à das unidades mistas, 53,8% e 68,1% respectivamente, mas bem diferente das unidades tipo USF, com 28,2% de respostas que indicam sempre ocorrer espera; a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Os resultados foram sintetizados na **Tabela 14**.

Tabela 14. Frequência de respostas positivas e negativas em relação ao acesso aos serviços por modelos de unidades

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística (UMxUSFxUAP) USFxUAP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
ACESSIBILIDADE											
suprimento de medicamentos	n	6	13,3	5	16,1	6	24,0	17	16,8	-	-
	s	39	86,7	26	83,9	19	76,0	84	83,2		
funcionamento ideal dos equipamentos	n	14	30,4	6	18,8	10	40,0	30	29,1	-	-
	s	32	69,6	26	81,3	15	60,0	73	70,9	s	s
paga para atender	n	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	-
	s	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
consegue marcar consulta em 24hs	n	31	67,4	18	56,3	19	76,0	68	66,0	-	-
	s	15	32,6	14	43,8	6	24,0	35	34,0		
abre depois 18 hs	n	10	21,3	0	0,0	12	46,2	22	21,0	s	s
	s	37	78,7	32	100,0	14	53,8	83	79,0		
telefone para marcar consultas ou informações	n	2	4,3	2	6,3	2	8,0	6	5,8	-	-
	s	44	95,7	30	93,8	23	92,0	97	94,2		
telefone para contatos com a unidade fechada	n	46	100,0	32	100,0	22	95,7	100	99,0	-	-
	s	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,0		
espera mais de 30 minutos para ser atendido	n	15	31,9	23	71,9	12	46,2	50	47,6	s	s
	s	32	68,1	9	28,1	14	53,8	55	52,4		

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Porta de Entrada

Para a verificação do reconhecimento da unidade básica funcionando como porta de entrada do sistema, ou seja, até que ponto os usuários passam pela unidade para realizar consultas ou procedimentos em outros níveis de atenção, uma clinica hospitalar ou consulta especializada. Os resultados encontrados estão resumidos na **Tabela 15**.

Em praticamente todas as respostas obteve-se a referência desse tipo de dinâmica. A frequência de respostas foi praticamente igual para todos os modelos de atendimento, com pequeno predomínio das unidades tipo USF, com 87,5% das respostas, para 78,7% e 76,9% para UM e UAP respectivamente.

Tabela 15. Frequência de respostas positivas e negativas em relação aos modelos de unidade, como porta de entrada aos outros níveis de assistência à saúde

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística ³ (UMxUSFxUAP) USFxUAP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
PORTA DE ENTRADA											
a unidade funciona como porta entrada	n	4	8,5	1	3,1	2	7,7	7	6,7	-	-
	s	43	91,5	31	96,9	24	92,3	98	93,3		

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Vínculo

As questões abordadas para apreciação do vínculo na percepção dos profissionais das unidades foram: existência de população adscrita, possibilidade de atendimento pelo mesmo profissional, tirar dúvidas após a consulta com o mesmo profissional, tempo de consulta suficiente para dúvidas, usado o prontuário nas consultas, se sabem todos os medicamentos utilizados e se podem comprar os mesmos.

A existência de população adscrita¹⁰ foi maioria nas respostas dos profissionais nos três modelos de atendimento, 87,5%, 84,6% e 63,8% para USF, UAP e UM respectivamente, com diferença a favor das unidades de USF, mas sem significância estatística.

Outra vez as respostas para as unidades mistas não se revelam como uma gradação intermediária entre as unidades tipo USF e as UAP. Este fato em particular deve chamar a atenção, pois é sabido que as unidades tipo USF têm adscrição de clientela por definição de programação, entretanto as UAP não a possuem e fazem uso desta lógica muito pouco frequentemente.

Portanto era para se esperar uma gradação coerente com esta lógica. Uma possível explicação para esta ocorrência pode ser uma dificuldade no entendimento do conceito de população adscrita, confundindo-o com população de área programática (como por exemplo, para as ações de Vigilância Epidemiológica), ou área de influência (área onde se encontra a demanda potencial da unidade).

Para a grande maioria dos profissionais nos retornos às unidades, os clientes são atendidos pelo mesmo profissional. As respostas se concentraram nas frequências mais altas, ou seja, “quase sempre” e “sempre”, para os três modelos. As unidades tipo USF apresentam a maior frequência de respostas para “sempre” com 62,5%, comparadas com 53,8% para as UAP e 46,8% para as UM, entretanto as diferenças não são significativas ($p > 0,05$).

Interessante observar que neste ítem não se verifica uma gradação consistente das maiores frequências para as USF, depois mistas e UAP.

Se nos retornos os clientes têm grandes chances de ser atendidos com os mesmos profissionais que o atenderam da primeira vez, para tirar dúvidas sobre o seu tratamento após a consulta já seria muito difícil que fossem atendidos pelo mesmo profissional, conforme revelam as respostas dos profissionais para os três modelos de atendimento,

¹⁰ Maioria das repostas foi positiva porque a pergunta é direcionada para se tem ou não população adscrita, e não se consegue ou tem como preocupação cobrir de fato toda esta população.

apenas com ligeira diferença para menos nas unidades do tipo USF. A somatória das respostas que indicam a impossibilidade deste atendimento para dúvidas por telefone mostra: 80,7%, 63,8% e 53,1% para as unidades tipo UAP, mistas e USF respectivamente. A diferença entre as unidades que tem PSF e as UAP tem significância estatística ($p < 0,05$).

Ao serem questionados se os clientes dispõem de tempo suficiente para exporem suas dúvidas e preocupações, os profissionais deram respostas mais favoráveis nas unidades mistas, 42,6%, seguidas das unidades tipo USF e UAP com frequências de respostas praticamente iguais de 34,4% e 34,6% ($p > 0,05$). Para este item novamente tem-se uma espécie de inversão da lógica esperada, ou seja, os profissionais das unidades mistas foram os que responderam com maior frequência, se comparado com o esperado, que seria maior para os do PSF.

O uso do prontuário nas consultas não mostrou diferencial importante entre os modelos de atendimento. Um fato importante foi a referência de que não é na totalidade das consultas que se usa o prontuário; 15,6% para USF, 11,5% para as UAP e 10,6% para as UM.

Quando indagados se são informados de todos os medicamentos utilizados pelos usuários na hora do atendimento verifica-se uma variação significativa e importante, entre os modelos. As frequências para as situações mais positivas (sempre) foram relativamente altas para USF e Mistas, 75,0% e 68,1%, e bem menores para as UAP com 30,8% das respostas ($p < 0,01$). Se forem consideradas apenas as respostas incondicionais, mas ao acrescentar as que somem uma parcela de dúvida, as diferenças praticamente não existem (93,2% UM, 93,5% USF e 82,6% UAP).

Não foi observada a mesma tendência de resposta para o conhecimento sobre a impossibilidade de comprar medicamentos pelo usuário. As unidades mistas apresentaram uma frequência menor de respostas mais positivas (sempre) do que na questão anterior que é muito semelhante, 51,1%; o mesmo ocorre para as respostas dos profissionais das USF, com 65,6%, as unidades do tipo UAP têm uma frequência um pouco maior de referências positivas (sempre) de 42,3%, por comparação com a questão anterior. As diferenças

observadas não são significativas ($p>0,05$). Aumentam as freqüências de respostas negativas para as mistas, 27,7%. As unidades do tipo USF apresentaram uma freqüência duas vezes maior que na questão anterior de respostas mais negativas (algumas vezes) com 12,5%. Como se pode ver na **Tabela 16**.

Tabela 16. Freqüência de respostas positivas e negativas em relação a vínculo, segundo modelos de unidades

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística	
		n	%	n	%	n	%	n	%	(UMxUSFxUAP)	USFxUAP)
VINCULO											
os usuarios são consultados pelo mesmo profissional a cada consulta	n	8	17,0	4	12,5	0	0,0	12	11,4	-	-
	s	39	83,0	28	87,5	26	100,0	93	88,6		
população adscrita	n	7	15,2	1	3,1	3	11,5	11	10,6	-	-
	s	39	84,8	31	96,9	23	88,5	93	89,4		
usuario pode tirar duvida com o mesmo que o atendeu	n	30	63,8	17	53,1	21	87,5	68	66,0	s	s
	s	17	36,2	15	46,9	3	12,5	35	34,0		
há tempo suficiente para as consultas	n	9	19,1	12	37,5	9	34,6	30	28,6	-	-
	s	38	80,9	20	62,5	17	65,4	75	71,4		
os prontuários estão disponíveis nas consultas	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0		
profissionais sabem que medicamentos os usuarios usam	n	3	6,8	2	6,5	4	17,4	9	9,2	-	-
	s	41	93,2	29	93,5	19	82,6	89	90,8		
profissionais sabem se usuario não pode comprar medicamentos	n	8	17,4	5	16,7	4	17,4	17	17,2	-	-
	s	38	82,6	25	83,3	19	82,6	82	82,8		

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p<0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Elenco de Serviços

Em 39 itens sobre oferta de serviços, apenas 12 apresentaram diferença significativa a partir das respostas dos profissionais segundo modelo de organização de serviços. A maioria dos itens que são oferecidos de forma diferente pelos tipos de unidades de saúde é relacionada a atividades de promoção da saúde¹¹, tais como: planejamento familiar, grupo de planejamento familiar, conselhos sobre alimentação ou nutrição, educação preventiva

¹¹ Solicitado para os entrevistados que considerassem se a unidade tivesse um trabalho mais intenso com estas questões e não apenas o que é dito em consulta ou em algum trabalho esporádico.

odontológica, educação sobre violência doméstica e conselhos sobre atividade física. Com exceção de “educação preventiva odontológica” que ocorre mais nas UAP, todas as outras são mais frequentes nas unidades que tem equipes de PSF, conforme **Tabela 17**.

Tabela 17. Frequência de respostas positivas e negativas em relação ao elenco de serviços oferecidos por modelos de unidades.

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística	
		n	%	n	%	n	%	n	%	(UMxUSFxUAP)	USFxUAP)
ATIVIDADES PROMOÇÃO											
conselhos nutrição	n	15	32,6	15	46,9	18	81,8	48	48,0	s	-
	s	31	67,4	17	53,1	4	18,2	52	52,0		
conselhos atividade física	n	8	17,4	9	28,1	12	50,0	29	28,4	s	-
	s	38	82,6	23	71,9	12	50,0	73	71,6		
orienta sobre álcool	n	22	51,2	19	61,3	15	78,9	56	60,2	-	-
	s	21	48,8	12	38,7	4	21,1	37	39,8		
educação sobre água	n	13	30,2	15	48,4	15	68,2	43	44,8	s	-
	s	30	69,8	16	51,6	7	31,8	53	55,2		
educação violência	n	17	37,0	16	51,6	16	84,2	49	51,0	s	-
	s	29	63,0	15	48,4	3	15,8	47	49,0		
educação acidentes domésticos	n	23	53,5	17	54,8	19	86,4	59	61,5	s	-
	s	20	46,5	14	45,2	3	13,6	37	38,5		
educação saúde bucal	n	8	18,6	16	51,6	0	0,0	24	24,0	s	-
	s	35	81,4	15	48,4	26	100,0	76	76,0		

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

As outras atividades são relacionadas a atendimento, sendo em parte as mais habituais: tratamento de diabetes, hipertensão arterial e tratamento odontológico; outra parte se refere a áreas mais específicas: atendimento a idosos¹², DST, tuberculose, saúde mental e pequenas cirurgias. As UAP apresentam maior oferta dos atendimentos odontológicos e de saúde mental, de acordo com a Tabela 18.

¹² Maior parte das respostas dadas reflete a possibilidade desta população ser atendida pelo clínico da unidade em um atendimento específico para idosos.

Tabela 18. Frequência de respostas positivas e negativas em relação ao elenco de serviços oferecidos por modelos de unidades.

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística (UMxUSFxUAP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	UMxUSFxUAP	USFxUAP
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E DE PREVENÇÃO											
vacina adulto	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	25	100,0	104	100,0	-	-
vacina criança	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	25	100,0	104	100,0	-	-
atende crianças	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	-
atende adultos	n	0	0,0	1	3,1	2	7,7	3	2,9	-	-
	s	47	100,0	31	96,9	24	92,3	102	97,1	-	-
atende idosos	n	0	0,0	0	0,0	3	11,5	3	2,9	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	23	88,5	102	97,1	-	-
pré-natal	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	-
planejamento familiar	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	46	100,0	32	100,0	25	100,0	103	100,0	-	-
grupo planejamento familiar	n	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,0	-	-
	s	44	100,0	32	100,0	22	95,7	98	99,0	-	-
atende DST	n	3	6,7	6	19,4	7	31,8	16	16,3	s	s
	s	42	93,3	25	80,6	15	68,2	82	83,7	-	-
atende tuberculose	n	0	0,0	0	0,0	4	16,7	4	3,9	-	-
	s	46	100,0	32	100,0	20	83,3	98	96,1	-	-
controle das endêmicas	n	3	8,8	4	12,9	6	27,3	13	14,9	s	s
	s	31	91,2	27	87,1	16	72,7	74	85,1	-	-
controle das epidêmicas	n	1	2,2	4	12,5	2	8,7	7	7,0	-	-
	s	44	97,8	28	87,5	21	91,3	93	93,0	-	-
atende DANT	n	5	11,1	3	9,4	5	20,8	13	12,9	-	-
	s	40	88,9	29	90,6	19	79,2	88	87,1	-	-
controle diabetes	n	0	0,0	0	0,0	3	12,0	3	2,9	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	22	88,0	101	97,1	-	s
controle HAS	n	0	0,0	0	0,0	3	11,5	3	2,9	-	s
	s	47	100,0	32	100,0	23	88,5	102	97,1	-	-
tratamento de ferimentos	n	4	8,7	0	0,0	0	0,0	4	3,8	-	-
	s	42	91,3	32	100,0	26	100,0	100	96,2	-	-
prevenção Ca Mama	n	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	1,0	-	-
	s	44	100,0	31	100,0	24	96,0	99	99,0	-	-
prevenção Ca Colo	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	-
prevenção cirurgias	n	44	95,7	31	96,9	26	100,0	101	97,1	-	-
	s	2	4,3	1	3,1	0	0,0	3	2,9	-	-
saúde mental	n	12	26,1	14	43,8	5	19,2	31	29,8	s	-
	s	34	73,9	18	56,3	21	80,8	73	70,2	-	-
atende odontológico	n	5	10,6	15	48,4	0	0,0	20	19,2	s	-
	s	42	89,4	16	51,6	26	100,0	84	80,8	-	-
existem protocolos	n	2	4,5	1	3,1	3	13,0	6	6,1	-	-
	s	42	95,5	31	96,9	20	87,0	93	93,9	-	-

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Coordenação

As questões realizadas para verificação das atividades relacionadas com o papel de coordenação foram: um bloco sobre registro de informações nos prontuários; de informações relativos a programações voltadas para gestantes e crianças; outro conjunto referente às normas para encaminhamento dos usuários aos outros níveis do sistema de saúde; um conjunto sobre as normas para realização de exames laboratoriais; sobre a supervisão periódica para ajustar as necessidades de referência para especialidades e por último um bloco sobre a disponibilidade dos prontuários para os usuários e auditoria de prontuários. O conjunto dos resultados está sintetizado na **Tabela 19**.

O registro das informações é obrigatório no atendimento de crianças de acordo com a maioria das respostas obtidas dos profissionais de todos os tipos de unidades, sem diferenças significativas ($p > 0,05$). As maiores frequências de respostas positivas (sempre) foram dadas pelos profissionais das USF, 87,5%, seguidas das mistas e UAP com 72,3% e 69,2% respectivamente.

Pode-se dizer que a expectativa seria de respostas totalmente positivas para esta questão, ou seja, não é admissível o não registro. Entretanto observa-se uma frequência considerável 4,1% de respostas negativas (algumas vezes, quase nunca) para as unidades mistas e de 7,7% de referências de desconhecimento sobre esta questão para os profissionais das UAP.

O registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento foi apontado com muita frequência pelos profissionais de todas as unidades de saúde. As unidades de saúde tipo UAP apresentaram uma frequência maior de dúvidas, ou seja, 3,8% de quase sempre e 3,8% de muitas vezes.

A existência de um cartão de registro das ocorrências em posse das grávidas foi respondida com frequência quase plena por todos os profissionais de todas as unidades.

Para a existência de colheita de material para exames de laboratório na própria unidade todas as respostas foram positivas, para todos os modelos.

Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para a unidade, em praticamente 100% das unidades segundo as respostas dos profissionais de todas as unidades.

O agendamento da consulta de retorno¹³ do usuário/cliente para saber os resultados dos exames nunca é feito diretamente pela unidade em aproximadamente 42% das respostas dos profissionais, das unidades tipo UM e UAP.

Para as mesmas modelos outros 40%, aproximadamente, (36,2% e 46,2%), referem que sempre são realizados os agendamentos na unidade.

Os profissionais das unidades tipo USF referem que o agendamento é feito na sua maioria na unidade 59,4% das vezes.

A maioria das vezes o usuário é avisado¹⁴ desse agendamento, sendo 95,7% para as unidades UM, 87,5% para as USF e 80,8% para as UAP; as diferenças encontradas não são significativas estatisticamente ($P=0,09$), mas indicam uma tendência, ou seja, nas unidades tipo UM os clientes são mais frequentemente avisados do que nas do tipo USF ou UAP.

A existência de supervisão periódica sobre as necessidades de referência aos outros níveis de atenção apresentou uma divisão das respostas entre 38,4% para as UAP e 56,2% para as unidades tipo USF com referências positivas, e de 23,1% para as UAP e 31,3% para as USF de referências negativas ou da inexistência de supervisão. As diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas ($p>0,05$).

¹³ Considerado “pela unidade” quando recebem o exame e já agendam o retorno. Quando é o usuário que agenda no dia da coleta foi considerado inexistente o agendamento pela unidade.

¹⁴ Considerado avisado mesmo quando for informado no dia da coleta para quando deve marcar o retorno.

A possibilidade dos usuários examinarem seus prontuários apresentou variação polarizada com frequências positivas de 42,3% (UAP), 53,1% (USF) e 55,3% para as unidades tipo UM. Outro pólo de respostas com referências negativas tiveram as maiores frequências de respostas as UAP, e UM com 38,5% e 36,2%, respectivamente, depois para as USF com 31,3%. Ainda que se observem diferenças que tendem para maiores possibilidades dos clientes das USF examinarem seus prontuários, esta prática não é frequente para nenhum dos modelos, e neste estudo as diferenças encontradas não foram significativas ($p>0,05$).

A disponibilidade dos prontuários no momento das consultas é plena para a maioria dos profissionais com: 84,4%, 80,8% e 78,7% ($p>0,05$), para: USF, UAP e UM, respectivamente.

As parcelas restantes, mais importantes, foram referentes a respostas negativas, tendo as USF frequência um pouco menor de 12,5%, depois as UAP com 15,4% e por ultimo as UM com 19,1%.

A existência de auditorias de prontuários médicos não apresentou uniformidade a partir da referencia dos profissionais: para cerca de dois terços, pelas respostas nas UAP e UM, nunca se realizam, e para as USF quase a metade; as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

Para os profissionais das USF as auditorias são sempre realizadas conforme 50,0% das respostas, diferindo significativamente dos outras modelos, que não passa de 25% das respostas ($p>0,05$).

As UAP apresentaram a maior frequência de respostas negativas com 57,7%, seguidas pelos outros modelos de atendimento com porcentagens iguais de 25% aproximadamente, a diferença é importante, mas não é significativa.

As unidades tipo USF apresentaram a maior frequência de respostas positivas com 34,4%, seguidas das tipo UM com 23,4% e das UAP com 19,2%.

Tabela 19. Frequência de respostas positivas e negativas em relação à coordenação dos serviços oferecidos segundo modelo de unidade.

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística	
		n	%	n	%	n	%	n	%	(UMxUSFxUAP)	USFxUAP)
COORDENAÇÃO HORIZONTAL											
registro dados no atendimento crianças	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	24	100,0	103	100,0	-	-
registro imunizações e sobre crescimento	n	2	4,3	2	6,3	0	0,0	4	3,9	-	-
	s	45	95,7	30	93,8	24	100,0	99	96,1	-	-
registro pré-natal	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	24	100,0	103	100,0	-	-
as gestantes são portadoras de cartões	n	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	1,0	-	-
	s	46	100,0	32	100,0	24	96,0	102	99,0	-	-
normas para realização exames	n	0	0,0	4	12,5	1	4,0	5	5,0	-	s
	s	43	100,0	28	87,5	24	96,0	95	95,0	-	s
existe coleta exames laboratoriais	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	-
exames retornam para unidade	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	-
agendamento para ver resultado e na unidade	n	23	48,9	7	21,9	12	48,0	42	40,4	s	-
	s	24	51,1	25	78,1	13	52,0	62	59,6	s	-
usuário é avisado	n	2	4,3	2	6,3	1	4,3	5	4,9	ns	-
	s	45	95,7	30	93,8	22	95,7	97	95,1	ns	-
existe supervisão para necessidade de referencias	n	14	32,6	13	41,9	9	45,0	36	38,3	ns	-
	s	29	67,4	18	58,1	11	55,0	58	61,7	ns	-
usuário pode ver prontuário	n	17	37,8	10	37,0	11	47,8	38	40,0	ns	-
	s	28	62,2	17	63,0	12	52,2	57	60,0	ns	-
prontuários estão disponíveis	n	1	2,1	1	3,1	0	0,0	2	1,9	ns	-
	s	46	97,9	31	96,9	26	100,0	103	98,1	ns	-
auditoria prontuários	n	25	61,0	13	43,3	16	69,6	54	57,4	ns	-
	s	16	39,0	17	56,7	7	30,4	40	42,6	ns	-

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Coordenação Vertical

Sobre a existência de normas definidas para a transferência de informações entre pacientes entre os vários níveis de atenção, o padrão de respostas ficou entre frequências muito altas para as respostas positivas (sempre) e frequências relativamente baixas de respostas bem negativas (nunca), mas importantes pelo significado, como se pode ver na **Tabela 20**.

As positivas foram de: 84,4%, 80,8% e 76,6%, para as USF, UAP e mistas respectivamente. As negativas foram: 6,4%, 3,8% e 3,1%, para as UM, UAP e USF, respectivamente.

Sobre a frequência em que os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência as respostas se concentraram nas condições positivas (sempre) com 90,6%, 88,5% e 83,0% para as USF, UAP e UM, respectivamente.

Deve-se notar que para todos os modelos ocorreram respostas que indicam a inexistência dessas normas 17,0%, 11,5% e 9,4%, para as UM, USF e UAP, respectivamente.

As respostas sobre a indicação e ou discussão dos possíveis lugares de atendimento dos profissionais de atenção básica no momento de encaminhamento de clientes, apresentaram padrão comum, com praticamente a maioria referindo que nunca ocorre.

As unidades tipo USF foram as que tiveram respostas mais negativas com 68,8%, seguida das UM com 66,0% e das UAP com 57,7%, sem diferença estatística ($p > 0,05$).

Os profissionais referiram de forma positiva em apenas 18,8% das USF, 21,3% das UM e 19,2% das UAP.

A existência de mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista foi apontada em praticamente 100% das respostas para todos os modelos de atendimento.

Em relação aos encaminhamentos, quando os pacientes são referidos, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido, as respostas também obedeceram a um padrão bem definido, em torno de 84,0% das situações foram referidas positivamente (sempre) para profissionais de todos os tipos de atendimento.

Deve-se destacar, no entanto que uma porcentagem das respostas foi negativa (algumas vezes e nunca), com 4,2% para as UM, 7,7% para as UAP e 15,7% para as USF, com pequenas diferenças não significantes ($p>0,05$).

Os profissionais de atenção básica não recebem informações escritas, sobre os resultados das visitas referidas a médicos especialistas, com a frequência esperada e se distribuem de forma muito variável entre os tipos de unidades, mas de uma forma geral este procedimento é bem menos comum do que o esperado, que deveria ser na totalidade dos encaminhamentos, considerando a continuidade esperada nas ações da atenção básica em saúde. As UAP foram as que menos tiveram respostas negativas com 42,3%, seguidas pelas unidades UM com 63,8% e das USF com altas proporções de não recebimento, as diferenças observadas são significativas ($p<0,01$).

As entrevistas das UAP resultaram em respostas menos negativas em parte porque uma parcela de suas respostas foi para as condições mais positivas com maior frequência, (quase sempre) 19,2%, que as mistas e USF, com 10,6% e 6,3% respectivamente. Outra parcela considerável das respostas obtidas pelos profissionais das UAP foi de desconhecimento, com 23,1%.

Ao inquirir se existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica as respostas foram quase totalmente positivas, variando de 89,4% para as unidades tipo UM até 84,4% para as USF. Os profissionais das unidades das USF foram os que deram respostas negativas mais frequentemente, se referindo à inexistência das regras.

Tabela 20. Frequência de respostas positivas e negativas em relação à coordenação dos serviços oferecidos segundo modelo de unidade.

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística (UMxUSFxUAP) USFxUAP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
COORDENAÇÃO VERTICAL											
normas para transferências informações entre níveis	n	5	10,9	2	6,5	1	4,0	8	7,8	-	-
	s	41	89,1	29	93,5	24	96,0	94	92,2		
normas referencia e contra- referência	n	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	1,0	-	-
	s	42	97,7	31	100,0	26	100,0	99	99,0		
discutem encaminhamento com os usuários	n	34	72,3	26	81,3	18	75,0	78	75,7	-	-
	s	13	27,7	6	18,8	6	25,0	25	24,3		
normas para consultas com especialista	n	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	1,0	-	
	s	47	100,0	32	100,0	25	96,2	104	99,0		
encaminhamentos são feitos por escrito	n	2	4,3	5	15,6	2	8,0	9	8,7	-	-
	s	44	95,7	27	84,4	23	92,0	94	91,3		
recebem informações por escrito dos especialistas	n	30	66,7	26	83,9	11	55,0	67	69,8	s	-
	s	15	33,3	5	16,1	9	45,0	29	30,2		

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas.

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Enfoque Familiar

O enfoque familiar foi verificado pela existência do prontuário familiar, e por questões que verificassem a preocupação da equipe em relação à família como participante do problema do usuário e como grupo potencialmente sujeito a riscos quanto à sua saúde. Para maiores detalhes os resultados foram sintetizados na **Tabela 21**.

As respostas sobre a forma de organização dos prontuários segundo orientação familiar também apresentaram grande variação entre as modelos de atendimento.

As USF apontaram 78,1% das respostas positivas, o que chama a atenção, pois deveriam ser 100%, uma vez que esta forma de organização é um princípio do programa.

As unidades tipo UM apresentaram frequência de respostas positivas de 51,1%, que pode ser compatível com a situação intermediária destas unidades, nos seus princípios organizativos, ou seja, o fato de ter equipes de PSF não influenciou as unidades para adotar um padrão único de organização dos prontuários.

Os profissionais das UAP foram os que deram as respostas mais negativas, 69,2%, refletindo a sistemática habitual deste modelo de atendimento.

As diferenças encontradas entre as respostas dos profissionais, sobre o prontuário familiar, por modelo, foram significativas, tanto nas referências positivas como nas negativas.

Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família na maioria das vezes, nos três modelos de atendimento. As UAP apresentaram a maior frequência de respostas positivas com 61,5%, depois foram as USF com 59,4% e as tipo UM com 55,3% ($p>0,05$).

A segunda escala de respostas também é positiva (quase sempre) com porcentagens praticamente iguais em torno de 15% ($p>0,05$).

As respostas negativas também não apresentaram diferenciação entre as unidades ($p>0,05$).

Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde na opinião da maioria dos profissionais de todos os tipos de unidades. As USF apresentaram as maiores frequências com 75,0%, depois as unidades tipo UM, 66,0% e as UAP com 57,7%. Apesar de indicar uma tendência de acordo com as hipóteses em estudo as diferenças encontradas não tiveram significância estatística ($p>0,05$).

Ao adicionar as respostas que indicam “quase sempre”, as frequências de respostas positivas se igualam para as USF e UM, 85,1% e 84,4%, respectivamente, e diferem das UAP que passa a 65,4% ($p=0,09$).

Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento) na maioria das respostas obtidas dos profissionais entrevistados, com predomínio para as unidades tipo UM com 61,7%, depois 59,4% para as USF e com frequência menor as UAP, 30,8%. As respostas positivas tendem para um predomínio nas unidades onde atuam equipes do PSF, comparadas com as das equipes das UAP, ainda que as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas ($p=0,06$).

Em segunda escala de frequência de respostas tem-se quase sempre, com 12,8%, 12,5% e 19,2%, para UM, USF e UAP, respectivamente ($p>0,05$).

As respostas negativas (quase nunca e nunca) também foram relativamente importantes com: 12,8%, 15,7%, 23,0%, para UM, USF e UAP respectivamente, ainda que também não tenham sido estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Outro destaque é para a porcentagem considerável de profissionais que responderam não saber referir: 6,4%, 9,4% e 15,4%, para as UM, USF e UAP respectivamente.

Tabela 21. Frequência de respostas positivas e negativas em relação à orientação familiar por modelo de unidade

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística	
		n	%	n	%	n	%	n	%	(UMxUSFxUAP)	USFxUAP)
ORIENTAÇÃO FAMILIAR											
prontuário familiar	n	18	41,9	0	0,0	19	76,0	37	37,4	s	-
	s	25	58,1	31	100,0	6	24,0	62	62,6		
informação sobre doenças dos familiares	n	8	18,6	3	10,7	3	12,5	14	14,7	-	-
	s	35	81,4	25	89,3	21	87,5	81	85,3		
discutem a saúde dos usuários com familiares	n	3	6,4	4	12,5	5	21,7	12	11,8	s	-
	s	44	93,6	28	87,5	18	78,3	90	88,2		
perguntam sobre fatores risco social	n	6	13,6	5	17,2	6	27,3	17	17,9	-	-
	s	38	86,4	24	82,8	16	72,7	78	82,1		

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p<0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Orientação Comunitária

A orientação comunitária foi abordada nas questões para saber, por um lado, o quanto a comunidade é considerada no estabelecimento de prioridades de assistência e satisfação no serviço prestado pela equipe; por outro lado, se existem mecanismos de identificação de problemas na comunidade, como, por exemplo, visitas domiciliares.

Outro aspecto que foi verificado foi a oferta de serviços mais coletivos como saúde escolar ou atividades intersetoriais. Como último aspecto foi verificado também o tipo de participação da comunidade na organização das atividades a serem oferecidas aos usuários. O conjunto dos resultados foi sintetizado na **Tabela 22**.

A maioria dos profissionais referiu que não são realizadas enquetes com usuários para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades percebidas da população, 55,4%, 56,3% e 61,5% para as unidades mistas, USF e UAP respectivamente.

Embora existam diferenças entre as respostas dos profissionais dos três tipos de unidades, elas são pequenas e não significativas ($p > 0,05$), e não modificam o significado das respostas, ou seja, as enquetes se realizam muito esporadicamente.

Por outro lado as enquetes para identificar problemas de saúde da população¹⁵ já apresentam um padrão diferente, pois as unidades mistas e UAP apresentam um padrão de resposta semelhante a anterior e as equipes do USF referem a existência desse tipo de enquete com grande frequência em 62,6% das respostas, contra 31,9% para as unidades mistas e 15,4% para as UAP, diferenças significativas ($p < 0,01$).

As negativas são relativamente frequentes: pelo menos 20% dos profissionais de todas as modelos referem que nunca ocorrem tais enquetes, sendo que esta proporção é 29,7% para as unidades mistas e 42,3% nas UAP, ainda que as diferenças não tivessem significância estatística ($p > 0,05$).

¹⁵ No caso das equipes de PSF foram considerados os levantamentos que os ACS fazem para o cadastro da famílias constante no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A participação de representantes da comunidade na direção da unidade foi confirmada pelos profissionais pelo menos na opinião da maioria dos entrevistados de todos os tipos e organização do trabalho.

As maiores citações de que sempre ocorrem participações foram dos profissionais das UAP com 92,3%, seguido pelas citações dos profissionais que atuam nas USF com 75,0% e por último das unidades mistas com 61,7%, diferenças significativas ($p < 0,01$).

Os profissionais das UAP foram consistentes, ao não citarem a possibilidade de não ocorrer a participação, já 15,6% dos profissionais do USF referiram nunca ocorrer a participação, assim como 12,8% das UM.

A maioria das citações dos profissionais confirma sempre oferecer serviços de saúde escolar pelas unidades de todos os tipos, sendo que as tipo USF foram em 68,8%, as UAP 65,4% e as UM 51,1%, ($p > 0,05$).

Em relação à oferta de visitas domiciliares as diferenças são muito importantes, pois enquanto para os entrevistados que atuam nas USF as respostas foram que sempre são oferecidas, em 100% das vezes, nas UAP apenas a metade refere a mesma condição, diferença significativa ($p < 0,01$).

As unidades mistas como na maioria das vezes representam à posição intermediária com 78,7% de citações de que sempre ocorrem.

Consolidando a mesma tendência parte dos profissionais da UAP referem que nunca são realizadas as visitas domiciliares em 34,6% das citações, em contraposição às citações dos profissionais das USF e UM com 6,4% das citações ($p < 0,01$).

Os profissionais das unidades mistas e USF concordam nas proporções de citações que indicam sempre trabalhar ou combinar com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais, com 51,1% e 50,1%,

respectivamente. As equipes das UAP apontaram que em apenas 19,2% das vezes ocorrem tais atividades. Indicando as mesmas interpretações as equipes das UAP foram as que mais citaram a inexistência dessas ações, com 42,3%, seguida do USF com 25,0% e das unidades mistas com 14,9%. As diferenças observadas entre as unidades mistas e as do USF comparadas com as UAP apresentaram significâncias estatísticas ($p < 0,05$)

Tabela 22. Frequência de respostas positivas e negativas em relação a orientação comunitária por modelo de unidade.

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM		USF		UAP		TOTAL		significância estatística	
		n	%	n	%	n	%	n	%	(UMxUSFxUAP)	USFxUAP)
ORIENTAÇÃO COMUNITARIA											
enquetes satisfação dos usuários	n	26	72,2	18	58,1	16	69,6	60	66,7	-	-
	s	10	27,8	13	41,9	7	30,4	30	33,3		
enquetes morbidade	n	21	52,5	10	31,3	17	77,3	48	51,1	s	-
	s	19	47,5	22	68,8	5	22,7	46	48,9		
representantes na direção	n	8	21,1	6	20,0	0	0,0	14	15,2	-	-
	s	30	78,9	24	80,0	24	100,0	78	84,8	s	
existem serviço de saúde escolar	n	15	35,7	6	18,8	6	24,0	27	27,3	ns	-
	s	27	64,3	26	81,3	19	76,0	72	72,7		
visitas domiciliares	n	3	6,5	0	0,0	9	36,0	12	11,7	s	-
	s	43	93,5	32	100,0	16	64,0	91	88,3		
programas intersetoriais	n	12	30,8	12	40,0	14	73,7	38	43,2	s	-
	s	27	69,2	18	60,0	5	26,3	50	56,8		
existe autonomia reorganizar serviços	n	10	24,4	9	29,0	9	39,1	28	29,5	-	-
	s	31	75,6	22	71,0	14	60,9	67	70,5		

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Capacitação dos Profissionais

A autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade não apresentou diferença na opinião dos profissionais das unidades de todos os tipos de modelo. Este resultado pode estar indicando que este atributo se relaciona mais com a política de gestão do que com o modo de organização local. Entretanto seria esperado que as equipes das USF estivessem mais propensas a exercer estes papéis. Os resultados foram condensados na **Tabela 23**.

Todas as equipes dos três modelos das ações de Atenção Primária referem que as unidades estão sempre com pelo menos um médico para atendimento.

Para a ocorrência de substituição de médicos por enfermeiros ou outros profissionais a maioria dos entrevistados referiram que nunca acontece, os profissionais que atuam nas USF foram mais enfáticos com 81,3% das respostas, seguidos das equipes das unidades mistas com 72,3% e das UAP com 61,5%. As diferenças observadas entre as respostas das unidades mistas e as do tipo USF comparadas com as UAP são significativas ($p < 0,05$).

A maioria dos profissionais do USF refere que os médicos sempre recebem treinamento específico para Atenção Primária, com 71,9% das respostas, para os profissionais das unidades mistas a referência é um pouco menor com 59,6% e nas UAP bem inferior com 34,6%, diferenças significativas ($p < 0,05$). Se for considerado o conjunto de respostas com dúvidas sobre a ocorrência, não se verifica diferença entre os tipos de unidades de saúde.

Os profissionais das UAP deixaram de responder, por não saber, com frequência relativamente grande 50%, comparado com as mistas com 21,3% e do USF com 18,8%.

Os treinamentos para o conjunto da equipe de saúde sempre ocorrem na visão de 84,4% dos profissionais das USF, diferindo das unidades mistas que acreditam em 61,7% e dos profissionais das UAP com 53,8%. Não há diferenças entre as respostas das unidades mistas e UAP, mas as unidades das USF diferem das UAP, diferenças significativas ($p < 0,05$).

A capacitação da equipe segundo a diversidade cultural da comunidade foi mais citada pelos profissionais do USF, que das UAP e UM, nesta ordem; ainda que não seja sempre. Os profissionais do USF confirmaram que sempre são capacitados em 65,7% das respostas, os das UAP em 38,4% e das UM em 53,3%. As unidades Mistas que contam com equipes das USF não apresentam diferenças, mas as USF diferem das UAP ($p < 0,05$).

Pelo menos 25% das citações referem à inexistência destes treinamentos em todas os modelos de atendimento, sendo maior para os profissionais das UAP, 34,6%.

As respostas se basearam sempre em dados ou informes publicados para os profissionais do USF em 40,6% das respostas, com garantia da confiança para 87,6% das citações quando não são baseadas em dados. As unidades mistas apresentam frequência de respostas intermediárias entre UAP e USF, com 12,8% dos profissionais referindo que sempre se basearam em dados e quando não podem garantir o que dizem em 59,6% das citações.

Os profissionais da UAP referiram que se basearam em dados em suas respostas em 15,4% e garantem confiança em 38,5% das vezes.

Tabela 23. Frequência de respostas positivas e negativas em relação à capacitação dos profissionais por modelo de unidade.

DIMENSÕES E QUESTÕES	nunca sempre	UM ¹		USF		UAP		TOTAL		significância estatística	
		n	%	n	%	n	%	n	%	(UMxUSFxUAP)	USFxUAP)
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS											
a unidade conta com pelo menos um medico	n ² s	0 47	0,0 100,0	0 32	0,0 100,0	0 26	0,0 100,0	0 105	0,0 100,0	-	
substituição de médicos	n s	42 3	93,3 6,7	28 4	87,5 12,5	19 6	76,0 24,0	89 13	87,3 12,7	-	-
médicos treinados	n s	8 29	21,6 78,4	2 24	7,7 92,3	2 11	15,4 84,6	12 64	15,8 84,2	-	-
equipes treinadas	n s	6 36	14,3 85,7	1 29	3,3 96,7	5 17	22,7 77,3	12 82	12,8 87,2	-	s
capacitados diversidade cultural	n s	17 25	40,5 59,5	10 21	32,3 67,7	14 10	58,3 41,7	41 56	42,3 57,7	-	s
respostas baseada em dados	n s	22 24	47,8 52,2	9 23	28,1 71,9	8 18	30,8 69,2	39 65	37,5 62,5	-	-
confiança nas respostas	n s	1 46	2,1 97,9	2 30	6,3 93,8	1 25	3,8 96,2	4 101	3,8 96,2	-	-

1- UM: unidades mistas, USF: unidades do PSF e UAP: unidades orientadas por ações programáticas

2 - n: nunca, s: sempre.

3 - s: p<0,05, para a comparação entre proporções pelo teste de qui-quadrado.

Contexto do Entorno da Unidade

Para verificação da importância do entorno da unidade no estabelecimento das relações com a mesma, as escolhas foram dirigidas pela diferenciação dos distritos administrativos sede das unidades de saúde, de acordo com a classificação no Índice de Exclusão para a cidade de São Paulo. Como não se dispunha de possibilidades para realização da pesquisa em muitos estratos, foram criados dois, a partir dos IEX dos distritos envolvidos: estrato com melhores e piores índices, sendo que o ponto de corte foi o valor mediano dos distritos das áreas envolvidas no estudo.

O estrato que contém os melhores índices no conjunto de distritos que contém as unidades estudadas apresenta IEX que varia de -0,37 a +0,20, e o estrato com os piores varia de -0,80 a -0,36.

A situação dos distritos estudados na zona central e norte em comparação com os estratos para a cidade de São Paulo são apresentados no **Quadro 3**.

Quadro 3. Distribuição dos IEX¹ para a cidade de São Paulo segundo estratos de exclusão, comparados com os distritos das áreas estudadas.

Estratos para São Paulo	Limites do IEX		Distritos em estudo		
	Inferior	Superior	Distritos	IEX	Estrato
1 - Jardim Paulista, Moema	0,97	1,00	-	-	-
2 - Lapa, Consolação, Vila Mariana, Perdizes, Santo Amaro, Itaim Bibi, Alto de Pinheiros, Pinheiros	0,26	0,43	-	-	-
3 - Socorro, Bela Vista, Barra Funda, Vila Leopoldina, Santana, Tatuapé, Saúde, Morumbi, Butantã, Campo Belo	0,02	0,25	Santana – JAE, Chora Menino B. Funda – B. Funda	0,12 0,04	Melhor
4 - Penha, Vila Prudente, Freguesia do Ó, Vila Sônia, Vila Matilde, Liberdade, Bom Retiro, Casa Verde, Carrão, Jaguará, Vila Formosa, Ipiranga, Vila Guilherme, Belém, Santa Cecília, Mandaqui, Cursino, Água Rasa, Tucuruvi, Cambuci, Mooca, Pari, Campo Grande	-0,24	0,00	B. Retiro – B. Retiro F.Ó. – Cruz das Almas	- 0,15 - 0,23	Melhor
5 - Vila Andrade, Raposo Tavares, Parque do Carmo, Vila Medeiros, Tremembé, Vila Maria, Cangaíba, Artur Alvim, São , ateus, Ponte Rasa, Ermelino Matarazzo, Jaçanã, Jabaquara, Limão, Brás, Cidade Líder, Sé, Rio Pequeno, Jaguaré, Pirituba, Sacomã, Aricanduva, São Domingos, República, São Lucas	-0,48	-0,27	Medeiros – V. Ede	- 0,46	Pior
6 - São Rafael, Cachoeirinha, Cidade Ademar, Marsilac, Sapopemba, Perus, Vila Jacuí, Jardim São Luís, José Bonifácio, Anhanguera, Itaquera, Cidade Dutra, Campo Limpo, Jaraguá, São Miguel	-0,72	-0,51	Cachoeirinha – Jd.Peri	- 0,70	Pior
7 - Jardim Ângela, Grajaú, Lajeado, Cidade Tiradentes, Parelheiros, Jardim Helena, Iguatemi, Pedreira, Brasilândia, Itaim , Paulista, Capão Redondo, Vila Curuçá, Guaianazes	-1,00	-0,76	Brasilândia – Guarani, Carombé	- 0,81	Pior

Fonte: Atualizado para 2002, seguindo apresentação do Ranking de Exclusão com dados de 2000 por Sírío J. B. Cançado, In Revista FAPESP, no. 83:1- 4, janeiro (2003).

Para verificar a influencia das condições socioeconômicas do entorno da unidade de saúde foram feitos cruzamentos das questões segundo os estratos com piores e melhores IEX; as questões que apresentaram variações significativas, segundo as dimensões utilizadas para estudo da Integralidade foram:

Acesso:

Q4 – suprimento de medicamentos

Q11- telefone para marcar consultas ou duvidas

Vinculo:

Q15 – exame pelo mesmo profissional

Q17 – em caso de duvidas liga para o mesmo profissional

Q21 – profissional sabe que o usuário não pode comprar remédio

Elenco de serviços:

Q46 – educação sobre violências domesticas

Orientação Comunitária:

Q76 – representantes da comunidade nos conselhos

Q78 – oferece visitas domiciliares

Q79 – realiza programas intersetoriais

Os profissionais das unidades situadas nos distritos com piores IEX foram os que mais declararam a inexistência de telefone para marcar consultas na unidade de saúde, apesar de que a resposta a maioria é positiva e não difere entre os estratos de IEX.

Entretanto para a possibilidade de ser examinado pelo mesmo profissional, tendo retornado para a consulta foram os profissionais dos estratos com melhores IEX que referiram nunca existir esta possibilidade com 16,7% das respostas para apenas 2,6% no outro estrato.

Também para a situação em que os profissionais deveriam ser informados se os usuários não conseguem comprar os medicamentos, aqueles do estrato de melhores IEX referem que

só ocorrem apenas algumas ou nunca em 21,2% das respostas, contra 7,7% para os de piores IEX.

A maioria dos profissionais do estrato com IEX pior nega a possibilidade dos usuários tirarem as dúvidas sobre seu tratamento, falando com o mesmo profissional que o atendeu, com 76,9% das respostas contra 57,6% para o estrato com melhores IEX, diferença significativa ($p < 0,05$).

Em relação ao elenco de serviços quase a totalidade das respostas não apresenta diferença significativa, apenas para “educação sobre violências domésticas” que apesar das opiniões ficarem divididas entre os que acham que existe e os que discordam, ocorreu menor número de referências positivas entre os profissionais do estrato de piores IEX, apesar de ser uma diferença de 33,3% para 51,5%, não foi significativa ($p = 0,07$).

Em relação à Orientação comunitária os profissionais do estrato com melhores IEX foram os que mais negaram a participação de representantes da comunidade na direção da unidade ou nos conselhos de saúde, com 21,2% das negativas contra nenhuma do estrato de piores IEX.

Por outro lado para as questões sobre visitas domiciliares e programas intersetoriais foram os profissionais do estrato de piores IEX que apresentaram as maiores e significantes negativas.

Diferenças entre os Modelos

Nas comparações entre os três modelos de organização do trabalho na atenção básica em saúde foi possível observar algumas diferenças que se pode atribuir, ora para um tipo ora para outro, mas as verificações estatísticas foram feitas principalmente comparando-as conjuntamente. Para verificar a importância de cada tipo, foram realizadas comparações supondo três situações: 1. Apenas os profissionais das unidades mistas em confronto com

as UAP, 2. Agregando os profissionais das unidades mistas e as USF exclusivo comparados com os da UAP e 3. Apenas os profissionais das unidades de USF com os das UAP.

O **Quadro 4** sintetiza os achados para as três formas de consolidação dos dados e destaca as questões que apresentaram diferenças significantes, ou que estiveram no limite das possibilidades.

De uma forma geral o que se pode observar é a inexistência de diferenças no conjunto de questões para as três formas de comparação dos dados, ou seja, qualquer um dos cruzamentos apresenta diferenças entre unidades com equipes de USF e as UAP. A dimensão que apresenta o maior número de questões com diferenças significantes é “Elenco de Serviços”. Das 39 possibilidades de serviços, apenas nove não apresentaram diferenças em nenhum tipo de cruzamento dos dados; para o item “atendimento odontológico” não foi verificada diferença significativa entre os profissionais das unidades mistas e das UAP.

Apenas um dos 19 itens referentes a coordenação apresentaram diferenças significantes, “notificação por escrito no retorno dos especialistas”, sendo que as diferenças só se destacam quando são agregados os profissionais que atuam nas USF.

Para a dimensão “enfoque familiar” as diferenças se verificaram para os itens, “prontuário familiar” e “falar com a família sobre o usuário”, em todos os tipos de cruzamentos.

Um número maior de itens foram significantes na dimensão “orientação comunitária”, com diferenças para todos os cruzamentos, exceto a “participação de representantes da comunidade na direção da unidade”, que só foi significativa nos cruzamentos com a presença dos profissionais das unidades mistas. Provavelmente estes profissionais estão fazendo a diferença.

A “substituição dos médicos por outros profissionais” na dimensão dos profissionais, foi a que contribuiu com diferença em relação à comparação das respostas dos profissionais das UM e das UAP.

Quadro 4. Dimensões e respostas às questões que apresentaram diferenças significativas por tipo de agregação dos profissionais de acordo com a organização do serviço.

Dimensões e questões	Tipos de cruzamentos dos dados			
	Unidades mistas com UAP	Todas com PSF com UAP	Só USF com UAP	
Acesso				
Q10	abrir depois da 18 horas	▲	▲	▲
Q15	exame pelo mesmo profissional nas duvidas pode ligar para o mesmo profissional	▲	▲	▲
Q17		▲	▲	▲
Elenco de serviços				
Q26	atendimento para idosos	▲	▲	▲
Q30	atendimentos à DST	▲	▲	▲
Q31	programa de controle de Tuberculose	▲	▲	▲
Q32	controles/tratamento doenças endêmicas	▲	▲	▲
Q35	tratamento/controle diabetes	▲	▲	▲
Q36	tratamento/controle hipertensão	▲	▲	▲
Q41	orientação frente a álcool e tabaco	▲	▲	▲
Q43	conselhos sobre nutrição	▲	▲	▲
Q44	conselhos sobre atividade física	▲	▲	▲
Q45	educação sobre saneamento água	▲	▲	▲
Q46	educação sobre violência domestica	▲	▲	▲
Q47	educação sobre acidentes domésticos	▲	▲	▲
Q48	educação sobre saúde bucal	▲	▲	▲
Q49	atendimento odontológico		▲	▲
Coordenação				
Q60	notificação por escrito dos especialistas		▲	▲
Enfoque familiar				
Q70	prontuário familiar	▲	▲	▲
Q72	falar com família sobre o usuário	▲	▲	▲
Orientação comunitária				
Q75	enquetes sobre problemas de saúde	▲	▲	▲
Q76	representantes da comunidade	▲	▲	
Q78	oferece visitas domiciliares	▲	▲	▲
Q79	programas intersetoriais	▲	▲	▲
Profissionais				
Q82	substituição dos médicos	▲		

5. Questionário com Usuários/Acompanhantes

Foram entrevistados 184 usuários das dez unidades básicas de saúde incluídas no estudo. Os resultados das Tabelas 1 a 10 estão apresentados segundo o modelo de atenção que o usuário efetivamente estava em seguimento: PSF ou não. As características que apresentaram associação com o modelo de atenção, nessa primeira análise, foram posteriormente investigadas em relação ao modelo da unidade de saúde: USF, UAP e UM. Essa segunda análise está apresentada da **Tabela 34 a 39**.

Características Sociodemográficas

Dos 184 usuários entrevistados 92 eram atendidos pelo modelo PSF (60 em USF ou 32 em UM) e 92 pelo modelo Não PSF (32 em UAP ou 60 em UM).

A distribuição das características sociodemográficas segundo o modelo de atenção está apresentada na **Tabela 24**. Dos 184 usuários 28,6% eram homens. A média de anos de estudo encontrada foi de 6,4 (0-16). A média de idade foi de 29,5 anos (0,5-85). Não ocorreram diferenças segundo o modelo de atenção e características sociodemográficas.

Tabela 24. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características sociodemográficas e modelo de assistência, São Paulo (2008)

Características	Não PSF		PSF		TOTAL		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	23	25,0	29	68,5	132	71,7	
Feminino	69	75,0	63	31,5	52	28,3	0,326
Cor da pele							
Branca	39	42,4	35	38,1	74	40,2	
Preta	14	15,2	15	16,3	29	15,7	
Parda	37	20,2	39	42,4	76	41,3	
Amarela	2	2,2	1	1,1	3	1,6	
Indígena	0	0	1	1,1	1	0,5	0,803

Saúde do usuário

Quando questionado sobre sua saúde, **Tabela 25**, nos últimos 30 dias, mais da metade dos entrevistados relatou saúde muito boa ou boa. Apenas, 12% relatou um estado de saúde ruim nos últimos 30 dias. 25% dos usuários relataram que deixaram de fazer alguma atividade em decorrência de algum problema de saúde. Dos problemas de saúde dos usuários foram relatados com maior frequência problemas de coluna, 40%, hipertensão arterial, 34%, depressão 19%, diabetes 15%, artrite 12%, obesidade (10%). Não ocorreram diferenças segundo modelo de atenção e estado de saúde dos usuários.

Tabela 25. Distribuição dos usuários entrevistados segundo estado de saúde e modelo de atenção, São Paulo (2008)

Estado de Saúde	NÃO PSF		PSF		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Estado de saúde						
Muito bom	11	12,0	9	9,8	20	10,9
Bom	40	43,5	34	37,0	74	40,2
Regular	30	32,6	38	41,3	68	37,0
Ruim	11	12,0	7	7,6	18	9,8
Muito ruim	0		4	4,4	4	2,2
Deixou de realizar atividades nos últimos 30 dias						
Não	72	78,3	65	71,4	137	74,9
Sim	20	21,7	26	28,6	46	25,1
Problema coluna						
Não	50	55,6	58	63,7	108	59,7
Sim	40	44,4	33	36,3	73	40,3
Artrite						
Não	81	90,0	79	85,9	160	87,9
Sim	9	10,0	13	14,1	22	12,1
Câncer						
Não	91	98,9	91	98,9	182	98,9
Sim	1	1,1	1	1,1	2	1,1
Diabetes						
Não	51	83,6	46	86,8	97	85,1
Sim	10	16,4	7	13,2	17	14,9
Asma						
Não	87	94,6	86	94,5	173	94,5
Sim	5	5,4	5	5,5	10	5,5
Hipertensão						
Não	56	60,9	65	70,7	121	65,8
Sim	36	39,1	27	29,4	63	34,2
Problema coração						
Não	83	91,2	86	93,5	169	92,4
Sim	8	8,8	6	6,5	14	7,7
Depressão						
Não	72	78,3	77	83,7	149	81,0
Sim	20	21,7	15	16,3	35	19,0
Obesidade						
Não	83	90,2	82	89,1	165	89,7
Sim	9	9,8	10	10,9	19	10,3

Acessibilidade

Dos 183 usuários com resposta válida sobre se acha fácil conseguir um atendimento 11,5% nunca acharam fácil e 46,5% sempre acharam fácil conseguir atendimento. Não ocorreu diferença nas respostas segundo modelo de atenção. A maioria dos entrevistados (62%) relatou muita dificuldade em conseguir uma consulta em 24 horas, e 95% em encontrar o posto aberto no final de semana, 60% relataram nunca encontrar o posto aberto após as 18 horas (**Tabela 26**). Em relação ao agendamento 71,4% relatou que sempre consegue agendar consulta por telefone, porém a maioria 74% só o faz com o posto aberto.

68% dos usuários relataram esperar mais de 30 minutos para uma consulta; 40% sempre deixam de trabalhar para ir ao posto. A metade dos usuários declarou sempre ter medicações no posto. 85% relataram que sempre tem equipamentos. Destaca-se que foi encontrada diferença segundo o modelo de atenção nos usuários que relataram encontrar a unidade aberta após as 18 horas: dos 134 usuários com resposta válida, 50 não sabiam ou não responderam e mais usuários do PSF relataram que encontrariam o posto aberto após as 18 horas (65%), $\chi^2=7,18$; $p=0,028$.

Tabela 26. Distribuição dos usuários entrevistados segundo acessibilidade e modelo de atenção, São Paulo (2008)

Características	Não PSF		PSF		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Fácil conseguir consulta*							
Nunca	10	10,9	11	12,1	21	11,5	
Às vezes	40	43,5	37	40,7	77	42,1	
Sempre	42	45,6	43	50,6	85	46,4	0,918
Consegue consulta 24 horas							
Nunca	56	62,9	55	61,8	111	60,2	
Às vezes	18	20,2	14	15,6	32	17,4	
Sempre	15	16,8	20	22,5	35	19,1	0,542
Posto aberto finais de semana							
Nunca	72	94,7	74	94,9	146	94,8	
Às vezes	0		3	3,8	3	1,9	
Sempre	4	5,3	1	1,3	1	1,3	0,091
Posto aberto após as 18							
Nunca	47	69,1	33	50,0	80	59,7	
Às vezes	5	7,3	3	4,5	8	6,0	
Sempre	16	23,4	30	45,4	46	34,3	0,028
Marca consulta por telefone							
Nunca	16	20,0	19	24,4	35	22,1	
Às vezes	4	5,0	6	7,7	10	6,2	
Sempre	60	53,1	53	67,9	113	71,5	0,587
Espera mais de 30 minutos							
Nunca	11	12,0	13	14,3	24	13,1	
Às vezes	15	16,3	19	20,9	34	18,6	
Sempre	66	71,7	59	64,7	125	68,2	0,599
Tinha remédio							
Nunca	9	10,2	6	6,7	15	8,5	
As vezes	34	39,1	36	40,0	70	39,5	
Sempre	44	50,6	48	53,3	92	52,0	0,677
Deixou de trabalhar							
Nunca	38	41,3	41	45,1	79	43,2	
As vezes	13	14,1	18	19,8	31	17,0	
Sempre	41	44,6	32	35,2	73	39,8	
Tinha equipamento							
Nunca	3	3,4	4	4,5	7	3,9	
As vezes	7	7,9	8	9,0	15	8,3	
Sempre	79	88,8	77	86,5	156	87,5	0,889

Porta de entrada:

Quase a totalidade dos usuários (90%) consideram a unidade como porta de entrada para controle de saúde preventivo. Aproximadamente 60% utiliza o serviço para resolver problemas de saúde no geral e, 87% procuram a unidade básica antes de procurar o médico especialista. Não ocorreu diferença significativa na distribuição das respostas segundo modelo de atenção (**Tabela 27**)

Tabela 27. Distribuição dos usuários entrevistados segundo porta de entrada e modelo de atenção, São Paulo (2008)

Características	UAP		PSF		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Preventivo							
Nunca	2	2,2	2	2,2	4	2,2	
Às vezes	8	8,8	7	7,7	15	8,2	
Sempre	81	89,1	82	90,1	163	89,6	0,964
Problemas saúde UBS							
Nunca	22	23,8	16	17,6	38	20,9	
Às vezes	13	14,1	24	26,4	37	20,2	
Sempre	56	60,9	51	56,0	107	58,8	0,108
Procura para encaminhar especialista							
Nunca	7	7,95	10	11,36	17	9,66	
Às vezes	3	3,41	3	3,41	6	3,41	
Sempre	78	88,64	75	85,23	153	86,93	0,745

Vínculo:

Em relação ao vínculo aproximadamente 70% dos usuários relataram que sempre foram atendidos pelo mesmo médico; 72% relataram que sempre tem tempo de tirar as dúvidas com o profissional que atende; 83% consideram que os profissionais de saúde compreendem as suas perguntas e, aproximadamente, a mesma frequência respondem claramente. Apenas 6% dos profissionais não anotam as consultas nos prontuários. Quase que a totalidade dos usuários informou ao profissional a medicação que estão em uso. 60% dos usuários consideram que nunca foram tratados como doentes. 65,9% relataram ser tratados como um ser humano completo (**Tabela 28**).

Tabela 28. Distribuição dos usuários entrevistados segundo vínculo e modelo de assistência, São Paulo (2008)

Característica	UAP		PSF		TOTAL		p
	N	%	N	%	N	%	
Atendida mesmo profissional							
Nunca	7	7,7	6	6,6	13	7,1	
Às vezes	18	19,8	25	27,5	43	23,5	
Sempre	66	72,4	60	65,8	126	69,1	0,22
Duvidas tratamento							
Nunca	12	13,5	11	12,5	23	13,0	
Às vezes	12	13,5	10	11,4	22	12,3	
Sempre	65	73,0	67	76,1	132	74,7	1,0
Tempo suficiente tirar duvida							
Nunca	14	15,4	6	6,6	20	11,0	
Às vezes	16	17,6	14	15,4	30	16,5	
Sempre	61	67,0	71	78,0	132	72,5	0,12
Compreende perguntas							
Nunca	5	5,5	1	1,1	6	3,3	
Às vezes	10	11,0	13	14,1	23	12,5	
Sempre	76	83,4	77	84,5	153	84,1	0,21
Anota prontuário							
Nunca	8	8,7	3	3,4	11	6,0	
Às vezes	7	7,5	2	2,2	9	4,9	
Sempre	72	78,3	85	92,4	157	85,2	0,048
Trata como doente							
Nunca	53	57,5	55	61,8	108	59,7	
Às vezes	14	15,2	19	21,3	33	18,1	
Sempre	25	27,2	15	16,8	40	22,1	0,197
Trata como ser humano							
Nunca	20	21,6	15	16,6	35	19,3	
Às vezes	12	13,1	15	16,6	27	14,8	
Sempre	60	65,3	15	66,8	120	65,9	0,599

Elenco de Serviços:

Os usuários aparentemente reconhecem o serviço de atenção primária como espaço privilegiado de ações preventivas, apesar de alguns relatarem que ignoram os tipos de serviços fornecidos pela unidade de saúde que freqüentam. As ações preventivas relativas à atenção a saúde de mulheres e crianças foram relatadas pela maior parte dos usuários. Destaca-se que as atividades de prevenção são mais citadas e as atividades de promoção a saúde as menos citadas, e em especial aquelas de educação em saúde. Do elenco de serviços as atividades preventivas citadas sempre foram: 177 imunizações de crianças; 162 prevenção de CA de colo; 161 imunização de adulto; 78 controles de doenças epidêmicas. Porém apenas 39 relataram que sempre esperam encontrar atividades de prevenção de câncer de mama. Das atividades assistenciais programáticas foram citadas com maior freqüência – mulher: 155 pré-natal; 117 planejamento familiar; 166 atendimento criança; adulto: 165 atendimento adulto; 158 atendimento idoso; 160 controle da HAS; 139 pequenos ferimentos; 121 atendimento odontológico; 129 controle do diabetes; 69 atendimento de DST; 81 programa de tuberculose; 62 problema mental; 61 doenças crônicas. Das atividades de promoção a saúde: 103 atividades educativas de saúde bucal; 80 conselhos sobre atividade física; 75 conselhos sobre alimentação; 39 orientação álcool e tabaco; 28 atividade educativa sobre violência doméstica; 27 atividade educativa sobre preparação higiênica dos alimentos; 24 educação sobre acidentes domésticos. Ocorreu diferença na distribuição da percepção dos usuários em relação à oferta de atendimento odontológico e a problemas de saúde mental segundo o modelo de atenção. Esperariam sempre encontrar atendimento odontológico 86,2% dos usuários do modelo não PSF e apenas 65% dos usuários do PSF ($p < 0,05$). A oferta de atendimento de saúde mental ocorreu sempre segundo o relato de 76,4% dos usuários Não PSF, enquanto que dos usuários Não PSF ocorreu 46,1% ($p < 0,05$) (**Tabela 29**).

Tabela 29. Distribuição dos usuários entrevistados segundo elenco de serviços e modelo de atenção, São Paulo (2008)

Elenco de serviços	PSF		NÃO PSF		TOTAL		p
	N	%	N	%	N	%	
Vacina adulto							
Nunca	2	2,3	0		2	1,2	
Às vezes	1	1,1	0		1	0,6	
Sempre	79	96,2	82	100,0	161	98,2	0,217
Vacina criança							
Nunca							
Às vezes	1	1,1	1	1,1	2	1,1	
Sempre	89	98,9	88	98,9	177	98,9	0,994
Atende criança							
Nunca	0	0	1	1,1	1	0,6	
Às vezes	7	7,7	8	8,8	15	8,2	
Sempre	84	92,3	82	90,1	166	91,2	0,580
Atende adulto							
Nunca	1	1,1	0		1	0,5	
Às vezes	8	8,7	8	8,9	16	8,8	
Sempre	83	90,2	82	91,1	165	90,7	0,611
Atende idoso							
Nunca	3	3,4	0		3	1,8	
Às vezes	4	4,6	4	4,8	8	4,6	
Sempre	78	91,6	80	95,2	158	93,5	0,221
Pré-natal							
Nunca	0	0	1	1,3	1	0,6	
Às vezes	1	1,3	1	1,3	2	1,3	
Sempre	78	98,7	77	97,5	155	98,1	0,605
Planejamento familiar							
Nunca	2	3,4	1	1,4	3	2,4	
Às vezes	3	5,3	3	4,3	6	4,8	
Sempre	52	91,3	65	94,2	117	92,9	0,726
Grupo planejamento							
Nunca	2	4,8	5	8,2	7	6,8	
Às vezes	1	2,4	0		1	1,0	
Sempre	39	92,8	56	91,8	95	92,2	0,389
Atende DST							
Nunca	4	11,1	9	19,1	13	15,7	
Às vezes	1	2,8	0	0	1	1,2	
Sempre	31	86,1	38	80,9	59	83,1	0,331
Programa TBC							
Nunca	6	15,8	6	10,2	12	12,4	
Às vezes	1	2,5	3	5,1	4	4,1	
Sempre	31	81,6	50	84,7	81	83,5	0,620

Controles dça. Epidêmicas							
Nunca	5	12,5	5	10,0	10	11,1	
Às vezes	0	0	2	4,0	2	2,2	
Sempre	35	87,5	43	86,0	78	86,7	0,421
Atende dça crônicas							
Nunca	9	20,4	12	29,3	21	24,7	
Às vezes	2	4,5	1	2,4	3	3,5	
Sempre	33	75,0	28	68,3	61	71,8	0,586
Controle Diabetes							
Nunca	2	2,9	1	1,5	3	2,2	
Às vezes	1	1,4	1	1,5	2	1,5	
Sempre	66	95,6	63	97,0	129	96,3	0,868
Controle HAS							
Nunca	1	1,2	1	1,2	2	1,2	
Às vezes	1	1,2	2	2,5	3	1,8	
Sempre	82	97,6	78	96,3	160	97,0	0,827
Pequenos ferimentos							
Nunca	3	4,2	5	6,4	8	5,3	
Às vezes	1	1,4	2	5,6	3	2,	
Sempre	68	94,4	71	91,0	139	92,7	0,719
Prev. CA mama							
Nunca	2	7,1	3	18,7	5	11,4	
Às vezes	0		0				
Sempre	26	92,9	13	81,3	39	88,5	0,243
Prev.CA colo							
Nunca			0				
Às vezes	2	2,4	3	3,5	5	3,0	
Sempre	82	97,6	80	96,5	162	97,0	0,640
Orienta álcool							
Nunca	11	36,7	14	38,8	25	37,9	
Às vezes	0	0	2	5,6	2	3,0	
Sempre	19	63,3	20	55,6	39	59,1	0,395
Problema mental							
Nunca	12	21,7	21	48,7	33	33,7	
Às vezes	1	1,7	2	4,6	3	3,1	
Sempre		76,4	20	46,4	62	38,3	0,010
Conselhos alimentos							
Nunca	14	31,1	11	19,3	25	24,5	
Às vezes	0	0	2	3,4	2	2,0	
Sempre	31	68,9	44	77,2	75	73,5	0,197
Conselhos atividade física							
Nunca	13	27,7	9	15,4	22	20,9	
Às vezes	1	2,0	2	3,4	3	2,9	
Sempre	33	70,1	47	81,2	80	76,2	0,304

Educação preparação higiênica alimentos							
Nunca	9	14,7	7	13,1	16	14,1	
Às vezes	1	1,5	0	0	1	0,9	
Sempre	12	19,7	15	28,3	27	23,7	0,45
Educação violência							
Nunca	20	58,8	22	61,1	42	60,0	
Às vezes			0	0			
Sempre	14	41,2	14	38,9	28	40,0	0,845
Educação acidentes domésticos							
Nunca	22	62,9	20	60,5	42	61,8	
Às vezes	1	2,9	1	3,1	2	2,8	
Sempre	12	34,3	12	36,4	24	35,3	0,982
Prevenção odontologia							
Nunca	13	18,2	20	28,7	33	23,2	
Às vezes	2	2,7	4	5,6	6	4,3	
Sempre	56	78,9	47	66,2	103	72,5	0,230
Atendimento odontologia							
Nunca	8	10,1	22	27,5	30	18,7	
Às vezes	3	3,7	6	7,5	9	5,5	
Sempre	69	86,2	52	65,0	121	75,5	0,007

Coordenação

O relacionamento do usuário com o profissional de saúde enquanto gestor de seu cuidado foi em parte analisada nesse bloco. Dos 133 pacientes que tinham algum resultado de exame a grande maioria, 97%, foi informada sobre o resultado. Um pouco mais da metade dos usuários guardam seus exames em mãos e 77% traz os exames na consulta. Quase 90% dos usuários são avisados em relação ao retorno para verificar os exames realizados. Quase que a totalidade dos usuários traz nas consultas resultados de exames, relatórios para avaliação. 94,7% dos usuários relataram que o profissional que os atende sempre utiliza o prontuário (apenas um usuário relatou que o profissional nunca utilizou). Quando questionados se poderiam ver o prontuário caso quisessem 69 relataram que sim, e 58 não sabiam responder essa questão.

Das 78 mulheres que relataram pelo menos uma gestação na vida, 91% relataram ter recebido cartão de gestante. Todas as 15 mulheres que relataram estar grávidas no momento da entrevista receberam cartão de gestante. Apenas uma relatou que o profissional não solicitou o cartão durante o atendimento.

Dos 184 usuários, 64 já foram pelo menos uma vez encaminhados ao especialista. Desses total, 59,4% foram encaminhados pelo posto: 32 usuários discutiram com o profissional que encaminhou o local de atendimento e o posto ajudou sempre no agendamento; 33 relataram que o posto fornece informações de seu caso para o especialista. Apenas 23 usuários receberam informação por escrito do especialista; 26 são informados sobre os resultados dos exames do especialista no posto e 26 usuários discute com o seu profissional do posto os resultados do especialista. 19 usuários relataram que os profissionais do posto estão sempre interessados no resultado de sua consulta com o especialista (**Tabela 30**).

Em relação às diferenças observadas na coordenação do cuidado segundo modelo de atenção encontrou-se diferença estatisticamente significativa segundo a possibilidade do usuário ver o seu próprio prontuário e encaminhamento para o especialista. Dos 64 usuários encaminhados, 44 eram de Não PSF; daqueles que sempre foram encaminhados pela UBS 73,7% eram de unidade de usuários não PSF. Em relação a poder ver o próprio prontuário, dos 69 que sempre viam 62,3% eram do PSF.

Tabela 30. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características da coordenação de serviços e modelo de assistência, São Paulo (2008)

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		p
	N	%	N	%	N	%	
Informado resultado exame							
Nunca	0		0		0		
As vezes	3	4,6	1	1,5	4		
Sempre	63	95,4	66	98,5	129		0,3
Guarda resultado do exame em mãos							
Nunca	26	39,4	22	32,8	48	36,1	
As vezes	6	9,1	3	4,5	9	6,8	
Sempre	34	51,5	42	62,7	76	57,1	0,338
Traz documentos, exames quando tem em mãos							
Nunca	8	20,0	10	22,7	18	21,4	
As vezes	1	2,5	0	0,0	1	1,2	
Sempre	31	77,5	34	77,3	65	77,4	0,556
Avisado agendamento consulta retorno							
Nunca	10	14,7	2	3,0	12	8,9	
As vezes	1	1,5	2	3,0	3	2,2	
Sempre	57	83,8	63	94,0	120	88,9	0,051
Quando vem traz doctos							
Nunca	2	2,4	1	1,2	3	1,8	
As vezes	1	1,2	1	1,2	2	1,2	
Sempre	81	96,4	85	97,7	166	97,1	0,828
Prontuário atende sempre							
Nunca	1	1,2	0	0,0	1	0,6	
As vezes	4	4,8	4	4,6	8	4,7	
Sempre	78	94,0	83	95,4	161	94,7	0,588
Se quer levar prontuário pode							
Nunca	31	50,8	21	32,3	52	41,3	
As vezes	4	6,6	1	1,5	5	4,0	
Sempre	26	42,6	43	66,2	69	54,8	0,02
Cartão grávida							
Nunca	5	11,9	2	5,6	7	9,0	
As vezes							
Sempre	37	88,1	34	94,4	71	91,0	0,328
Nessa gravidez traz cartão							
Sempre	6	100,0	9	100,0	15	100,0	
Profissional pede cartão							
Nunca	0	0,0	1	11,1	1	6,7	
Sempre	6	100,0	8	88,9	14	93,3	

Consulta especialista							
Não	48	52,2	71	78,0	119	65,0	
Sim	44	47,8	20	22,0	64	35,0	0,00
Encaminhamento especialista posto							
Nunca	16	36,4	9	45,0	25	39,1	
As vezes	0		1	5,0	1	1,6	
Sempre	28	63,6	10	50,0	38	59,4	0,235
Discute local atende especialista							
Nunca	4	14,3	3	27,3	7	17,9	
Sempre	24	85,6	8	72,6	32	82,1	0,342
Posto ajuda marcar especialista							
Nunca	4	14,3	1	9,1	5	12,8	
As vezes	1	3,6	1	9,1	2	5,1	
Sempre	23	82,1	9	81,8	32	82,1	0,728
Posto fornece informação especialista							
Nunca	4	14,3	2	18,2	6	15,4	
Sempre	24	85,7	9	81,8	33	84,6	0,762
Retorna com as informações							
Nunca	11	42,3	1	9,1	12	32,4	
As vezes	2	7,7	0		2	5,4	
Sempre	13	50,0	10	90,9	23	62,2	0,062
Posto fornece informações por escrito							
Nunca	9	36,0	1	9,1	10	27,8	
Sempre	16	64,0	10	90,9	26	72,2	0,097
Discute resultado especialista							
Nunca	7	28,0	3	27,3	10	27,8	
Sempre	18	72,0	8	72,7	26	72,2	
Profissional interessado na qualidade dos especialistas							
Nunca	7	25,9	3	30,0	10	27,0	
as vezes	6	22,2	2	20,0	8	21,6	
Sempre	14	51,9	5	50,0	19	51,4	0,97

Enfoque Familiar

Quando questionados sobre o enfoque familiar os usuários declararam que apenas 18% dos profissionais abordavam questões relativas as suas condições de vida (**Tabela 31**). Porém a frequência de usuários que relatavam que os profissionais os questionavam a respeito de condições de saúde de seus familiares foi maior: 44,3%. Apenas 25,7% dos usuários relatam que os profissionais de saúde conhecem a sua família. Contraditoriamente 75% dos usuários declararam que os profissionais do posto fariam com a sua família sobre o seu estado de saúde. Um quarto dos usuários relatou que os profissionais de saúde que os atendem, perguntaria sua opinião sobre as condutas a tomar sobre a sua saúde.

Ocorreu claramente uma diferença nas respostas dos usuários segundo o modelo de atenção. Porém algumas diferenças obtidas não foram estatisticamente significantes.

Destaca-se que em relação às condições de vida 24,2% dos usuários do PSF relataram que os profissionais questionaram; apenas 12% dos usuários Não PSF relataram que seus profissionais questionaram 32% dos usuários PSF relataram que os profissionais conhecem a sua família e apenas 20% dos usuários do Não PSF ($p < 0,05$).

Tabela 31. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características do enfoque familiar e modelo de atenção, São Paulo (2008)

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		p
	N	%	N	%	N	%	
Posto pergunta vida							
Nunca	77	83,7	64	70,3	141	77,1	0,083
As vezes	4	4,4	5	5,5	9	4,9	
Sempre	11	12,0	22	24,2	33	18,0	
Pede informação de doenças da família							
Nunca	47	51,1	37	40,7	84	45,9	0,234
As vezes	10	10,9	8	8,8	18	9,8	
Sempre	35	38,0	46	50,6	81	44,3	
Posto conhece família							
Nunca	66	71,7	48	52,8	114	62,3	0,029
As vezes	8	8,7	14	15,4	22	12,0	
Sempre	18	19,6	29	31,9	47	25,7	
Falariam com a família							
Nunca	16	23,2	13	15,5	29	19,0	0,156
As vezes	6	8,7	3	3,6	9	5,9	
Sempre	47	68,1	68	81,0	115	75,2	
Pergunta opinião							
Nunca	67	75,3	60	65,9	127	70,6	
As vezes	3	3,4	4	4,4	7	3,9	
Sempre	18	20,2	27	29,7	45	25,0	

Orientação Comunitária:

Em relação à participação comunitária 24% dos usuários sempre são consultados pelo posto sobre se os serviços fornecidos atendem as suas necessidades de saúde. 62% declararam que os profissionais da unidade conhecem os problemas da comunidade. 22% relataram que a unidade solicita representantes da comunidade. Mais da metade dos usuários não sabiam se a sua unidade tinha uma atuação na escola. Dos 78 que sabiam informar apenas 40% relataram que a unidade desenvolvia atividades na escola. Dos 92 que sabem relatar se existem atividades da unidade com outros setores da sociedade como igreja e escola aproximadamente 40% relataram que sempre existe (**Tabela 32**).

Em relação às visitas domiciliares 53 % relatou que pode esperar por esse serviço.

Também no enfoque familiar ocorreu claramente diferença na frequência das respostas segundo modelo de atenção. Os usuários do PSF responderam que os profissionais de sua unidade sempre faziam visita domiciliar em uma frequência de 71% enquanto que nos usuários Não PSF apenas 29% relataram que os profissionais faziam visitas ($p < 0,05$). A representação comunitária e as atividades na comunidade também foram mais frequentes no relato dos usuários do PSF, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 32. Distribuição dos usuários entrevistados segundo orientação comunitária e modelo de atenção, São Paulo (2008)

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		p
	N	%	N	%	N	%	
Consultado se atende os seus problemas							
Nunca	67	72,8	61	67,8	128	70,3	
As vezes	4	4,4	7	7,8	11	6,0	
Sempre	21	22,8	22	24,4	43	23,6	0,0577
Sabem problemas da comunidade							
Nunca	21	26,9	13	17,1	34	22,1	
As vezes	15	19,2	9	11,8	24	15,6	
Sempre	42	53,9	54	71,1	96	62,3	0,088
Representantes do conselho							
Nunca	59	79,7	50	64,1	109	71,7	
As vezes	4	5,4	5	6,4	9	5,9	
Sempre	11	14,9	23	29,5	34		0,083
Oferece saúde na escola							
Nunca	22	64,7	22	50,0	44	56,4	
As vezes	1	2,9	2	4,6	3	3,9	
Sempre	11	32,4	20	45,5	31	39,7	0,429
Faz Visita domiciliar							
Nunca	42	62,7	5	5,6	47	29,9	
As vezes	6	9,0	21	23,3	27	17,2	
Sempre	19	28,4	64	71,1	83	52,9	0,000
Posto trabalha escola, igreja							
Nunca	29	67,4	20	40,8	49	53,3	
As vezes	3	7,0	4	8,2	7	7,6	
Sempre	11	25,6	25	51,0	36	39,1	0,032

Profissionais de Saúde:

A grande maioria, 94,5% dos usuários relatou que quando vão ao posto tem sempre pelo menos um médico trabalhando; apenas um usuário relatou que isso nunca acontece. A mesma frequência de respostas foi obtida em relação as enfermeiras (**Tabela 33**).

Quando foram questionados se recomendariam a unidade para um conhecido ou amigo 76% referiu que sempre recomendaria a unidade que utiliza. Quando questionados se os profissionais da unidade resolveriam os seus problemas de saúde, 54% responderam que sempre, porém 13% responderam que nunca resolveriam. Poucos usuários, apenas 68, recomendariam o posto para seguimento de terapias alternativas como a homeopatia. Quando questionados da participação dos profissionais nas atividades da comunidade em geral, novamente 55 usuários não sabiam responder. Daqueles que sabiam responder, 40% relatou que existe participação do profissional das atividades da comunidade.

Todos os usuários do PSF relataram que sempre a enfermeira está presente na unidade e na unidade Não PSF foram 94% ($p < 0,05$) 82% dos usuários da modelo Não PSF recomendaram a unidade do PSF e 70% fizeram essa recomendação dos usuários PSF: essa diferença não foi estatisticamente signficante ($p = 0,070$). Segundo os usuários a frequência de participação dos profissionais do PSF nas atividades na comunidade foi de 51,5%, enquanto que a frequência de participação dos profissionais Não PSF foi de apenas 31% ($p = 0,036$).

Tabela 33. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características dos profissionais e modelo de atenção, São Paulo (2008)

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		p
	N	%	N	%	N	%	
Tinha pelo menos um médico							
Nunca	1	1,1	0	0,0	1	0,6	
As vezes	4	4,4	5	5,6	9	5,0	
Sempre	86	94,5	85	94,4	171	94,5	0,574
Tinha pelo menos um enfermeiro							
Nunca							
As vezes	5	5,7	0	0,0	5	2,8	
Sempre	83	94,3	91	100,0	174	97,2	0,021
Você recomendaria esse posto							
Nunca	13	14,1	17	18,7	30	16,4	
As vezes	3	3,3	10	11,0	13	7,1	
Sempre	76	82,6	64	70,3	140	76,5	0,070
Recomendaria para homeopatia							
Nunca	52	61,2	44	53,7	96	57,5	
As vezes	1	1,2	2	2,4	3	1,8	
Sempre	32	37,7	36	43,9	68	40,7	0,554
Profissional do posto resolve							
Nunca	13	14,4	10	11,1	23	12,7	
As vezes	28	31,1	32	35,6	60	33,2	
Sempre	49	54,4	48	53,3	97	53,9	0,716
Profissional participa comunidade							
Nunca	38	62,3	27	39,7	65	50,4	
As vezes	4	6,6	6	8,8	10	7,8	
Sempre	19	31,2	35	51,5	54	41,9	0,036

Análise segundo o Modelo da Unidade de Saúde

Dos 184 entrevistados 60 eram de UAP, 64 UM e 60 USF. A análise segundo o modelo da unidade está apresentada a seguir.

Na **Tabela 34** pode se observar que segundo o tipo de unidade encontrou-se diferença estatisticamente significativa, 51% dos usuários de USF relataram encontrar unidade aberta após as 18 horas e respectivamente 34% e 19% nas UM e UAP ($p=0,032$).

Tabela 34. Distribuição de características de acesso do usuário entrevistado segundo o modelo da unidade, São Paulo(2008)

ACESSO	UM		USF		UAP		p
Unidade aberta após 18 horas	N	%	N	%	N	%	
Nunca	29	58,0	19	46,3	32	74,4	
As vezes	4	8,0	1	2,4	3	7,0	
Sempre	17	34,0	21	51,2	8	18,6	0,032

Em relação à questão relativa à anotação no prontuário não ocorreu diferença estatisticamente significativa segundo o tipo de unidade: 69% dos usuários de UM consideraram que nunca foram tratados como doentes; 57% dos usuários de USF e 52% dos usuários de USF; essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,07$) (**Tabela 35**).

Tabela 35. Distribuição de características de vínculo do usuário entrevistado segundo o modelo da unidade, São Paulo (2008)

VINCULO	UM		USF		UAP		P
	N	%	N	%	N	%	
Mesmo profissional que atende							
Nunca	2	3,1	4	6,9	7	11,7	
As vezes	14	21,9	17	29,3	12	20,0	
Sempre	48	75,0	37	63,8	41	68,3	0,293
Tempo suficiente para tirar dúvidas							
Nunca	5	7,8	4	6,9	11	18,3	
As vezes	9	14,1	10	17,2	11	18,3	
Sempre	50	78,1	44	75,9	38	63,3	0,21
Tratam como doente							
Nunca	44	68,8	29	51,8	35	57,4	
As vezes	9	14,1	16	28,6	8	13,1	
Sempre	11	17,2	11	19,6	18	29,5	0,07
Anotam no prontuário							
Nunca	2	3,1	3	5,3	6	10,7	
As vezes	3	4,7	1	1,8	5	8,9	
Sempre	59	92,2	53	93,0	45	80,4	0,17

A **Tabela 36** apresenta a distribuição do elenco de serviços segundo o tipo de unidade. Encontrou-se a mesma diferença que ocorreu em relação à oferta de atendimento de saúde bucal segundo modelo de atenção: 57% dos usuários da unidade de USF esperavam encontrar atendimento, 83% dos usuários de UM e 84% de UAP ($p < 0,05$).

Tabela 36. Distribuição de características de elenco de serviços dos usuários entrevistados segundo o modelo da unidade, São Paulo (2008)

ELENCO	UM		USF		UAP		p
	N	%	N	%	N	%	
Problema de saúde mental							
Nunca	5	15,6	17	68,0	11	26,8	
As vezes	2	6,3	1	4,0	0	0,0	
Sempre	25	78,1	7	28,0	30	73,2	0,000
Atendimento de odontologia							
Nunca	5	9,4	18	36,7	7	12,1	
As vezes	4	7,6	3	6,1	2	3,5	
Sempre	44	83,0	28	57,1	49	84,5	0,003

A **Tabela 37** apresenta a distribuição do relato dos usuários da coordenação segundo o tipo de unidade. Destaca-se a manutenção da diferença entre os tipos de unidades e o encaminhamento ao especialista: dos usuários de USF apenas 15% foram encaminhados para o especialista.

Tabela 37. Distribuição das características da coordenação de serviços segundo o relato dos usuários por modelo da unidade, São Paulo(2008)

COORDENAÇÃO	UM		USF		UAP		p
	N	%	N	%	N	%	
Informado resultado exame							
Nunca							
As vezes	1	2,1	1	2,6	2	4,4	
Sempre	47	97,9	38	97,4	44	95,7	0,798
Avisa agendamento retorno exames							
Nunca	3	6,0	2	5,1	7	15,2	
As vezes	0	0,0	2	5,1	1	2,2	
Sempre	47	94,0	35	89,7	38	82,6	0,19
Consulta especialista							
Não	36	56,3	49	84,5	34	55,7	
Sim	28	43,8	9	15,5	27	44,3	0,001
Se quer ver o prontuário							
Nunca	15	33,3	14	35,9	23	54,8	
As vezes	1	2,2	1	2,6	3	7,1	
Sempre	29	64,4	24	61,5	16	38,1	0,105

O enfoque familiar apresentou diferenças segundo o tipo de unidade, porém nenhuma estatisticamente significativa. Em relação à orientação comunitária destacou-se que os usuários de UAP dificilmente relataram a ocorrência de visita domiciliar (**Tabela 38**).

Tabela 38. Distribuição das características do enfoque familiar segundo o relato dos usuários por modelo da unidade, São Paulo (2008)

Características	UM		USF		UAP		p
<i>Posto pergunta vida</i>	N	%	N	%	N	%	
Nunca	44	68,8	45	77,6	52	85,3	
As vezes	5	7,8	1	1,7	3	4,9	
Sempre	15	23,4	12	20,7	6	9,8	0,139
<i>Pede informação da família</i>							
Nunca	22	34,4	28	48,3	34	55,7	
As vezes	6	9,4	4	6,9	8	13,1	
Sempre	36	56,3	26	44,8	19	31,2	0,06
<i>Posto conhece família</i>							
Nunca	38	59,4	33	56,9	43	70,5	
As vezes	8	12,5	9	15,5	5	8,2	
Sempre	18	28,1	16	27,6	13	21,3	0,55
<i>Falar problema de saúde para família</i>							
Nunca	8	16,3	9	16,7	12	24,0	
As vezes	2	4,1	3	5,6	4	8,0	
Sempre	39	79,6	42	77,8	34	68,0	0,703
<i>Perguntam opinião sobre tratamento</i>							
Nunca	42	66,7	41	70,7	44	75,9	
As vezes	3	4,8	3	5,2	1	1,7	
Sempre	18	28,6	14	24,1	13	22,4	0,75
<i>Consultado sobre a unidade</i>							
Nunca	45	70,3	42	73,7	41	67,2	
As vezes	5	7,8	3	5,3	3	4,9	
Sempre	14	21,9	12	21,1	17	27,9	0,844
<i>Sabem problema da comunidade</i>							
Nunca	9	16,4	10	21,3	15	28,9	
As vezes	7	12,7	6	12,8	11	21,2	
Sempre	39	70,9	31	66,0	26	50,0	0,24
<i>Pedem representante para conselho</i>							
Nunca	41	70,7	31	66,0	37	78,7	
As vezes	5	8,6	2	4,3	2	4,3	
Sempre	12	20,7	14	29,8	8	17,0	0,473
<i>Oferece saúde na escola</i>							
Nunca	10	41,7	16	53,3	18	75,0	

As vezes	2	8,3	1	3,3	0	0,0	
Sempre	12	50,0	13	43,3	6	25,0	0,153
<i>Faz visita domiciliar</i>							
Nunca	8	14,0	3	5,3	36	83,7	
As vezes	9	15,8	14	24,6	4	9,3	
Sempre	40	70,2	40	70,2	3	7,0	0,0001
<i>Posto trabalha escola, igreja</i>							
Nunca	13	44,8	14	45,2	22	68,8	
As vezes	4	13,8	3	9,7	0	0,0	
Sempre	12	41,4	14	45,2	10	31,3	0,13

A **Tabela 39** apresenta a distribuição segundo as características dos profissionais de saúde e o modelo da unidade. Nas USF os usuários relataram que sempre havia pelo menos uma enfermeira na unidade. Porém apenas 41,4% dos usuários de USF acreditam que os profissionais podem resolver seus problemas de saúde. É importante destacar que apenas 33% dos usuários de UAP desenvolvem atividades na comunidade. Não ocorreram diferenças estatisticamente significantes segundo as características dos profissionais e modelo da unidade de atenção.

Tabela 39. Distribuição das características dos profissionais segundo o relato dos usuários por modelo de unidade

PROFISSIONAIS	UM		USF		UAP		
	N	%	N	%	N	%	p
<i>Pelo menos um enfermeiro</i>							
Nunca	0		0		0		
As vezes	2	3,2	0	0,0	3	5,2	
Sempre	61	96,8	58	100,0	55	94,8	0,23
<i>Recomendaria o posto</i>							
Nunca	5	7,8	14	24,1	11	18,0	
As vezes	5	7,8	6	10,3	2	3,3	
Sempre	54	84,4	38	65,5	48	78,7	0,068
<i>Profissionais resolvem os problemas de saúde</i>							
Nunca	5	8,1	9	15,5	9	15,0	
As vezes	16	25,8	25	43,1	19	31,7	
Sempre	41	66,1	24	41,4	32	53,3	0,098
<i>Profissionais participam de atividades na comunidade</i>							
Nunca	21	46,7	17	43,6	27	60,0	
As vezes	2	4,4	5	12,8	3	6,7	
Sempre	22	48,9	17	43,6	15	33,3	0,326

Segundo as percepções dos usuários ocorreram mais diferenças segundo os critérios analisados de acordo com o modelo de atenção do que em relação ao tipo de unidade (**Quadro 5**). Não ocorreu nenhuma diferença segundo o modelo da unidade que não tenha ocorrido segundo a modelo de atenção PSF ou não.

Quadro 5. Resumo da percepção do usuário segundo os critérios analisados

Critérios	Variável	PSF	NÃO PSF	p	USF	UM	UAP	p
ACESSO	Maior acesso após 18 horas	45%	23%	S	51%	34%	19%	S
PORTA DE ENTRADA	SD	SD	SD		SD	SD	SD	
VÍNCULO	Tratar como doente	17%	27%	NS	20%	17%	29%	NS
	Anota prontuário	92%	78%	S	93%	92%	80%	NS
ELENCO DE SERVIÇOS	Saúde mental	46%	76%	S	28%	78%	73%	S
	Saúde Bucal	65%	86%	S	57%	83%	84%	S
COORDENAÇÃO	Aviso agendamento consulta retorno	94%	83%	NS	90%	94%	83%	NS
	Quer ver prontuário	66%	42%	S	61%	64%	38%	NS
	Já consulta especialista	22%	48%	S	15%	44%	44%	S
ENFOQUE FAMILIAR	Pergunta Vida	24%	12%	NS	21%	23%	10%	NS
	Pede informações doenças família	51%	38%	NS	45%	56%	31%	NS
	Posto conhece família	32%	20%	S	28%	28%	21%	NS
	Falariam com a família	81%	68%	NS	78%	80%	68%	NS
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	Consultado se atende os seus problemas	24%	23%	NS	21%	22%	27%	NS
	Sabem problemas da comunidade	71%	54%	NS	66%	71%	50%	NS
	Representantes do conselho	29%	15%	NS	30%	21%	17%	NS
	Realiza visita domiciliar	71%	28%	S	70%	70%	7%	S
	Posto trabalha igreja, escola e etc	51%	26%	S	45%	41%	31%	NS
PROFISSIONAIS	Pelo menos um enfermeiro trabalhando	100%	94%	S	100%	97%	95%	NS
	Recomendaria esse posto	70%	83%	NS	65%	84%	79%	NS
	Profissionais resolvem problemas de saúde	53%	54%	NS	41%	66%	53%	NS
	Profissionais participam atividades comunidade	51%	31%	S	44%	49%	33%	NS

6. Triangulação das Percepções

6.1. Integralidade Horizontal

Acessibilidade

Vários fatores interferem na acessibilidade aos serviços: localização da unidade, topografia do terreno, tamanho e planta física. Outros fatores também são importantes e foram captados: a existência de uma importante demanda reprimida para o atendimento na própria unidade (a marcação de consultas demora em algumas delas até 2 meses e em outras, até 3 meses).

Podemos levantar algumas hipóteses para explicar a demanda reprimida na Atenção Básica em Saúde na cidade de São Paulo: a primeira delas, é a de que não houve grande expansão da rede de serviços com a municipalização da rede de nível estadual nem com a implantação do PSF: em geral a SMS/SP usou as mesmas unidades, instalando aí os dois modelos, Ação Programática ou Saúde da Família, na última década, sem construir novos equipamentos. Mesmo tendo chegado à implantação de 1008 equipes de Saúde da Família, esse montante não chega a cobrir 25% da população, com variações entre as regiões.

Outras razões foram apontadas pela gerência para esse aumento da demanda nas Unidades Básicas de Saúde: a piora das condições de vida, o desemprego ou a inserção de pessoas apenas no mercado informal de trabalho, sem proteção previdenciária ou acesso ao Sistema Suplementar de Saúde; e, as mudanças demográficas, com envelhecimento da população acompanhada de perda do poder aquisitivo ou exclusão do Sistema de Proteção Social vigente no país.

Uma outra observação importante é que a instalação das AMA(s): Assistência Médica Ambulatorial pela SMS, avaliada no início como possibilidade de propiciar atendimento para as necessidades imediatas da população, ou como um equipamento que captaria parte

da clientela da Atenção Básica. Em qualquer dos modelos, isto não vem ocorrendo, talvez até porque o número de AMA(s) ainda é pequeno e não existe em todos os distritos.

As sistemáticas de marcação de consultas tem tido influência no acesso dessa demanda reprimida: se é aberto diariamente, a população acaba indo diariamente na unidade; quando o agendamento é realizado uma vez por mês, a demanda diária na unidade pode diminuir, mas isto não quer dizer que o acesso tenha sido garantido.

O uso de um sistema informatizado de marcação de consultas, se de um lado facilitou consultas, o acesso, por outro lado, quando apresenta problemas, “o sistema caiu” como informa a recepção da unidade ele se torna uma tecnologia restritiva. A exigência da apresentação do cartão SUS para a marcação de consultas também tem sido um fator que cria dificuldades: se o usuário não o tem, é preciso confeccioná-lo ali na hora, atrasando o atendimento, e aumentando as filas.

As unidades, segundo suas gerências fornecem medicamentos não só para sua clientela adstrita, mas também para usuários de outras unidades, ou até usuários de planos de saúde, o que por vezes leva a crises episódicas de desabastecimento, dificultando a garantia dos medicamentos a seus usuários locais.

As respostas das mistas referentes o acesso tem um duplo sentido, ou seja, em parte refletem uma percepção de que o modelo fornece os requisitos necessários para o atendimento, como e o caso dos medicamentos e equipamentos. Em outros itens investigados percebe-se que há uma certa conformidade em relação a determinados obstáculos ao acesso, como por exemplo: a não abertura para atendimento além de 18 horas, demora de mais de trinta minutos para iniciar a consulta. As unidades com equipes de PSF apresentaram um desempenho mais favorável em todos os quesitos, principalmente as USF.

De todos os usuários 46% acharam sempre fácil conseguir um atendimento, 20% sempre conseguem consulta em 24 horas, mas e 60% nunca conseguem assistência medica em 24 horas. A demora para conseguir um agendamento de consulta foi o domínio mais citado nas

questões abertas. Não ocorreram diferenças segundo o modelo de organização da unidade. Esses resultados apontam para as dificuldades de acesso rápido aos serviços de Atenção Primária. Essa dificuldade de acesso percebida pelo usuário pode impactar negativamente a sua avaliação sobre serviço, em especial no que diz respeito à resolução de queixas agudas ou subagudas.

É interessante destacar que uma variável relativa à acessibilidade que foi a possibilidade de encontrar a unidade aberta após as 18 horas ocorreu mais nas unidades PSF provavelmente as unidades PSF estão organizadas para propiciar maior maleabilidade de horário do que as unidades do modelo de Ação Programática.

Acolhimento

Na percepção da gerência e do próprio pesquisador, a demanda reprimida gera tensão muito grande na recepção da unidade, e especialmente sobre os funcionários. Mesmo para o Acolhimento, as filas se formam várias vezes ao dia, e a postura dos funcionários tem sido diferenciada: para os pesquisadores, funcionários mais antigos e experientes conseguem estabelecer uma melhor comunicação com os usuários nesse momento, enquanto os mais novos tendem a concentrar sua atenção no equipamento de informática, do que na interlocução verbal e pessoal com os usuários. Outro aspecto que não foi discutido com a gerência, mas que pode ser um fator de diferenciação no atendimento é a origem do funcionário, se a partir da Administração Municipal em Saúde ou da Administração Estadual em Saúde, os denominados “municipalizados”. No entanto, como esta questão não foi levantada na pesquisa, não se pode saber se há diferenças e de que tipo, o que mereceria a indagação em pesquisas futuras.

Porta de Entrada

Já na percepção dos profissionais de saúde, não há variação significativa entre os modelos de serviços e todos entendem que as unidades funcionam, praticamente sempre como porta de entrada ao sistema.

Ficou evidente que os usuários reconhecem a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada para as ações preventivas: 90% dos usuários apresentaram esse relato. A Atenção Primária como porta de entrada do Sistema de Saúde também é percebido por 87% dos usuários: sabem que é necessário procurar uma Unidade Básica, primeiro para conseguir consultas com especialistas. No entanto, a resolutividade da Unidade de Atenção Primária para usuários é apenas de 60%.

Nos comentários dos usuários sobre o relacionamento com a unidade, questão aberta, ocorreu à referência muito freqüente de problemas com os funcionários “*sem educação*”, especialmente dos que atendem no Acolhimento e Recepção.

Vínculo

Nas unidades organizadas exclusivamente no modelo USF, o desenvolvimento do vínculo entre os profissionais e os usuários, foi mais visível, porque são atendidos sempre pelos mesmos profissionais, o que por sua vez, parece diminuir o estresse, os conflitos e a pressão sobre a Recepção. Para os usuários do PSF as consultas na unidade e fora dela são agendadas pessoalmente pelos ACS(s), não se usa o telefone o relacionamento é informal, não distante, o que parece repercutir nas relações, também, mas amistosas entre os próprios usuários quando se encontram na sala de espera. Investe-se em uma organização prévia para que os usuários não enfrentem filas, mesmos os não agendados ou que chegam pela primeira vez à unidade. Há poucas reclamações dos usuários e pouca rotatividade entre os ACS.

No modelo de AP, percebe-se o distanciamento entre funcionários e usuários, vínculos são estabelecidos apenas em alguns projetos especiais na área de Saúde Mental ou então

dependem das características pessoais dos funcionários, e os usuários procuram sempre pelos que os atendem melhor ou já os conhecem pessoalmente. Em outra unidade AP o vínculo se desenvolveu mais entre a enfermagem e os usuários do que entre os médicos e os usuários, porque eles rodiziam, especialmente os médicos mais novos.

Nas unidades mistas - UM, percebe-se claramente não que há um vínculo desenvolvido entre profissionais e usuários, embora a recepção procure garantir que o usuário retorne sempre para o mesmo médico, mesmo no modelo AP. Em uma dessas unidades, como há ensino de medicina, o vínculo é afetado pelo rodízio dos estudantes, apesar de unidade reforçar a importância do vínculo do paciente com o seu médico.

Nas Equipes de Saúde da Família, esse vínculo é mais forte, especialmente das famílias com o ACS. E na outra unidade mista, o atendimento médico é rápido, mas parece ser compensado pela realização de pós consultas com a educadora em saúde: a questão do vínculo não é muito discutida nem parece preocupar muito a gerência e os funcionários, diante de um clima mais informal de funcionamento da unidade.

Os profissionais de todas os modelos responderam de forma favorável à maioria dos itens que refletem vínculo com os usuários.

Alguns itens merecem destaque e são eles: a existência de população adscrita, a possibilidade de tirar dúvida com o mesmo profissional após o primeiro atendimento e a existência de tempo suficiente para as consultas.

A existência de população adscrita foi referida por todos, entretanto é sabido que a responsabilidade pela cobertura a esta população é diferente entre as unidades, mas o estudo não permite esclarecer este questionamento.

A possibilidade de tirar dúvidas com o mesmo profissional após o primeiro atendimento, que indicaria o grau de preocupação das equipes em fortalecer vínculos com os usuários e garantir continuidade nas práticas, apresentou o pior desenvolvimento a partir das respostas dos profissionais. O melhor desempenho foi apontado pelos profissionais das USF.

Outro item que indicaria possibilidade estreita vínculos, é a existência de tempo suficiente para consulta que só apresentou frequência acima da mediana nas respostas dos profissionais das UM. Destaca-se que não foram os profissionais das USF os que

apresentaram melhor desempenho e por outro lado que foram os das mistas que sempre estão em posição intermediária em relação as USF e UAP.

Apesar dos modelos apresentarem diferenças segundo as variáveis relacionadas ao vínculo. A variável que apresentou diferença na distribuição foi o fato do profissional que atende anotar no prontuário: 92% dos usuários do PSF relataram que os profissionais anotavam no prontuário e 78% do modelo UAP. Ao analisar o vínculo por tipo de unidade ocorreu diferença de distribuição relativa à questão se o paciente se sente tratado como doente: 69% dos usuários de unidades UM nunca se sentiram tratados como doentes, 52% dos usuários de PSF e 57% dos usuários de unidades UAP, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,07$).

Enfoque Familiar

O enfoque familiar foi mais ressaltado nas unidades USF, especialmente por terem um prontuários familiar, embora sejam mais bem preenchidos por essas equipes do que por outros; em algumas há ênfase da gerência sobre o registro no prontuário, nas discussões em equipe, o enfoque familiar é ressaltado no dia a dia. Nas unidades AP esse enfoque não é enfatizado, os prontuários são individuais: há exceções quando as equipes se reúnem para discutir alguns casos (porque ocorre apenas em certas situações, como nos casos de Tuberculose, quando se busca orientar a família ou na pediatria na atenção a criança, no relatório do Assistente Social, ou um grupos educativos para os adolescentes).

Nas unidades mistas, o enfoque familiar fica evidente na atuação das equipes do PSF, especialmente na atuação dos ACS. Mas nas equipes implantadas a partir do modelo AP, esse enfoque, quando existe é pontual, embora se observe esforços de algumas gerências para integrar os dois modelos e incentivar abordagens das famílias também entre os profissionais que trabalham no modelo AP, com resultados insuficientes.

As unidades que possuem equipes de PSF e em particular as USF tenderam a apresentar as respostas pelos profissionais mais favoráveis a existência de orientação familiar, baseado

em todos os itens investigados, ainda que apenas para a existência de prontuário familiar se encontrou diferenças significativas.

Deve-se destacar que as respostas mais favoráveis a existência de uma preocupação com o enfoque familiar não são tão elevadas em quase todos os itens, oscilando em torno de 60%.

O enfoque familiar apresenta várias diferenças segundo os modelos de assistência e tipo de unidade, porém apenas a diferença na distribuição do conhecimento da família segundo o modelo de assistência foi estatisticamente significativa. Encontrou-se 20% dos usuários, em que o posto conhece a família no modelo UAP 32% no modelo PSF ($p=0,02$).

Elenco de Serviços:

Em relação ao elenco de serviços a variação entre os modelos de organização se concentrou na oferta de orientações educativas, ainda que tais atividades sejam pouco oferecidas em todas as unidades.

Ocorreram diferenças também em alguns tipos de tratamentos, como: para DST, tuberculose, diabetes, hipertensão arterial e para idosos; todos com predomínio das unidades com PSF em comparação com as UAP.

As UAP por sua vez predominaram no atendimento odontológico e de saúde mental.

Em elenco de serviço ficou clara a ausência de serviços de saúde mental e bucal no modelo de assistência PSF. Essa diferença fica mais evidente quando se avalia a unidade tipo PSF pura que apresentou a maior carência desses serviços, apenas 28% relataram acesso a serviços de saúde mental e 57% acesso a serviço de saúde bucal.

Fluxo e Coordenação

A organização interna da unidade: divisão de atividades, de funcionários por tarefas, dias da semana, reuniões periódicas, aparece como importante para melhorar o fluxo no interior da unidade, e depende da maneira como a gerência executa as tarefas de coordenação.

Muitos gerentes referem que os problemas mais importantes para a gerência são os referentes aos recursos humanos (capacitação, desvio de função, experiência e etc..). Em determinadas unidades o fluxo não parece muito claro, nem foi exposto mais claramente e em outras, parece haver “vários fluxos” dependendo das necessidades, demandas e experiências dos usuários com a dinâmica da unidade (algumas gerências se queixam de ressentem de adaptação maior dos recursos humanos).

Nas unidades UM fica claro que cada modelo ocupa espaço físico diferente na unidade, com fluxos próprios para o atendimento de usuários em cada modelo. O esforço de coordenação das gerências tem sido no sentido de integrar os dois modelos, proporcionar trocas de experiências e definir algumas atividades que possam ser executadas por ambas as equipes. Esses esforços em umas unidades tem resultados melhores, em outras não.

Coordenação Horizontal:

Em relação à Integração Programática, ou no interior das unidades de saúde a maioria das respostas foram altamente favoráveis a existência dos dispositivos questionados. Alguns itens tiveram respostas favoráveis com frequências mais intermediárias, em torno de 60%, como: agendamento para ver resultados de exames, existência de supervisão para avaliar necessidade de referências para especialidades e auditoria de prontuários.

Considerando que estes itens são altamente revelados da existência de uma racionalidade voltada para a integração e continuidade das práticas, uma avaliação apenas mediana, deve comprometer o desempenho desta categoria na análise.

Os profissionais das USF apresentaram respostas mais favoráveis em relação a todos os itens, ainda que não tenham diferenças significativas e comparação com os demais.

A coordenação de serviços apresentou diferenças principalmente em relação ao encaminhamento dos usuários ao especialista. Chama atenção que o encaminhamento ao especialista dos usuários PSF é muito menos frequente: apenas 15% dos usuários de unidades PSF foram encaminhados para especialista. Isso pode refletir em parte maior resolutividade desses serviços, ou carência de serviços de regulação bem estruturados nessas unidades.

6.2 Integralidade Vertical

Encaminhamentos

Os problemas de referência e contra-referência são semelhantes para as UBS, independente do modelo sob o qual estão organizados, pois dizem respeito às dificuldades de marcação de consultas especializadas e exames complementares, bem como ao absenteísmo dos usuários, dado o tempo de espera para marcação dessas consultas/ exames e à contra-referência que é muito precária: os serviços de maior complexidade não mandam informações precisas, que oriente a UBS ou devolver os casos sem resolvê-los. Já os AMA tem representado um aumento significativo de demanda para farmácia das UBS, pois as pessoas que lá são atendidas vão buscar a medicação presente nas unidades mais próximas, o que levá-o a se desabastecimento. Apontam as dificuldades maiores para algumas especialidades tais como: ortopedia, dermatologia, oftalmologia e para ultra-sonografia. Outro aspecto importante é que o encaminhamento acaba sendo agendado onde houver vaga para aquela especialidade ou exame, em qualquer região da cidade e não nas proximidades da unidade. A Regulação, mesmo que funcione, provoca uma perda das relações pessoais.

Coordenação Vertical

A integração entre os vários níveis do sistema apresenta respostas que refletem uma avaliação positiva com frequências acima de 80% para todas as unidades, nos itens sobre a existência de normas. Nos itens que refletem a dinâmica destas atividades entre os níveis de assistência as avaliações não são tão favoráveis, como: discutir os encaminhamentos com os usuários e receber informações por escrito dos especialistas.

O retorno das informações por escrito foi o item com piores resultados para todas as unidades, mas principalmente nas USF; por outro lado as UAP apresentaram as maiores frequências de respostas favoráveis.

A respeito deste item, refletir um baixo compromisso das unidades de referência com a continuidade da atenção à saúde, pode-se verificar que as USP tem melhor resultado nesta relação, podendo significar: 1. que as UAP são mais tradicionais no sistema, tem médicos mais especializado e portanto mais valorizados, 2. que as USF não possuem especialistas, são mais novas no sistema e portanto menos valorizadas.

Relações das unidades com a Supervisão/ Coordenação regional da SMS/PMSP

Parece que varia mais de acordo com a localização da unidade, se na área central ou na região norte da cidade. As relações são mais constantes e avaliados como positivas para as gerências das unidades AP ou USF da Região Norte, independentemente dos dois modelos sob as quais foram estudadas. Há uma sensação entre os gerentes das unidades da área central da cidade, que a Secretaria Municipal prioriza as unidades localizadas em regiões periféricas quando da reposição de pessoal, não considerando as unidades da região central e as novas necessidades dos segmentos da população que reside nesta área. Mas apareceram também queixas das gerências de que muitas vezes as reuniões com as supervisões acabem girando em torno de problemas imediatos, sem discussão dos projetos mais amplos para a saúde, e que a estruturação da Secretaria Municipal de Saúde em Coordenadorias e Supervisões deixou a estrutura mas centralizada: as decisões acabem ocorrendo só a nível da própria Secretaria Municipal de Saúde, sem autonomia e poder dos níveis intermediários da estrutura.

Relações com as Parceiras

As relações de parceria da SMS com instituições de ensino e assistência da cidade foram estabelecidas para a implantação do PSF a partir de 2.001. Portanto, só existem para as USF e UM Unidades de Saúde da Família ou Mistas. São parceiros diferentes, as relações não são próximas, mas limitadas as questões de constituição e as gerências das unidades queixam-se de que têm pouca ou nenhuma influência nesse processo, nem mesmo

conseguem definir o perfil dos profissionais e ACS a serem contratados. Em uma UM do tipo mista, em que a parceira é a UNIFESP, houve avaliação positiva da gerência, especificamente no que diz respeito ao interesse e entusiasmo dos profissionais ACS, contratados para as equipes Saúde da Família.

Orientação Comunitária

Nas unidades sob o modelo exclusivo de Saúde da Família, foi possível observar algumas atividades desenvolvidas pelas equipes na comunidade em geral na linha de promoção da saúde (atividade física para idosos), prevenção (atuando junto a escolares), prevenção de câncer de colo de útero e de mama, atividades que parecem mais freqüentes quando a unidade conta com Assistentes Sociais, especialmente para atividades inter-setoriais (saúde/assistência-social, educação e ambiente).

A organização dos movimentos sociais e de atuação de instituições na região parece que tem tido influência positiva, não ficando apenas na dependência dos funcionários da unidade, especialmente do ACS. Quando não há essa organização anterior ou a unidade não consegue incentivá-lo, a participação no Conselho Gestor não mobiliza a população local e sua atuação ou existência é tênue. A atuação das Equipes de Saúde da Família também não tem incentivado (ou não tem conseguido) essa participação; outro aspecto importante é que embora se perceba que no modelo Saúde da Família se aponta um grau maior de envolvimento com atividades na comunidade ele por si só não é garantia a essas atividades. Nas unidades apontadas sob o modelo de Ação Programática, dependendo da tradição do serviço na região e de um incentivo da gerência elas aparecem mais desenvolvidas.

A preocupação em desenvolver atividades mais comunitárias não apresentou um desempenho muito favorável, a partir das respostas dos profissionais à maioria dos itens investigados para todas as unidades.

Os profissionais das USF apresentaram as respostas mais favoráveis para a maioria dos itens, tendo sido significativo na comparação com os demais profissionais, apenas realização de visitas domiciliares.

Apenas dois itens tiveram respostas altamente favoráveis, a realização de visita domiciliar que já foi relatada e a participação de representantes da comunidade na direção, neste caso a favor das UAP.

A orientação comunitária apresentou resultado diverso segundo o modelo de atenção. Fica evidente que essas atividades são realizadas com maior frequência pelas unidades de PSF, porém também se deve ressaltar que em frequência inferior ao esperado para unidades de PSF, 51% dos usuários do modelo PSF relataram realizar atividades em igrejas e escolas, e apenas 26% em unidades não PSF. É interessante destacar que as unidades AP não realizaram nem a visita domiciliar como atividade comunitária, apenas 7,0% dos usuários dessas unidades relataram que apresentavam expectativa de receber visita domiciliar.

Não ficou evidente uma preferência do usuário para um o modelo de atenção ou tipo de unidade, porém chama atenção que apenas 41% dos usuários de unidade PSF entrevistados acreditavam que esse serviço resolveria os seus problemas de saúde: 66% dos usuários de unidades mistas acreditavam que o serviço resolveria seus problemas de saúde. Cabe ressaltar que esse resultado não foi estatisticamente significativo.

Capacitação

Para as Equipes de Saúde da Família havia a proposta de capacitação em vários níveis quando de implantação do modelo a partir de 2.001, mas a maioria deles só recebeu capacitação no Módulo Introdutório ao programa, e nenhum para atuação como generalistas na atenção as crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos. Esta situação é grave porque a formação predominante entre os profissionais é mais especializada quando eles adentram no Serviço Público, estando, portanto despreparados para atuarem como profissionais generalistas. O que ficou evidente foi uma capacitação dos ACS para atuar em

relação ao ambiente, organizado pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente, e que as unidades de UAP parecem menos contemplados que as demais na capacitação.

Nas unidades AP há menos capacitação ainda e elas são mais orientadas para o treinamento em serviço de acordo com a preocupação e iniciativas da gerência. Nas UM há variações, as equipes do PSF passam por capacitações mais frequentes, mas insuficientes. Nas do Modelo AP as gerências se queixam que elas se desorganizam, tirando o profissional do atendimento por muito tempo e tratando mais de conteúdos das especialidades e não da discussão sobre a própria atenção básica. Em outra unidade, a própria gerência trabalha com o treinamento do pessoal das equipes de Ações Programáticas, e quando pode, também atua com as Equipes Saúde da Família. Em todas as unidades em que houve a capacitação para o trabalho com o ambiente ela aparece como positiva e como um tipo de intervenção com outro setor, neste caso, com a Secretaria do Verde e Meio Ambiente.

É perceptível que nas unidades que possuem equipes do PSF ocorreram mais referências de treinamento dos médicos e das equipes, bem como capacitações para fazer frente a diversidade cultural da população. Os profissionais das USF responderam de forma mais favorável, em comparação com os outros modelos.

CONCLUSÕES

As pesquisas avaliativas sobre serviços, além do uso de variáveis e indicadores quantitativos (número de consultas, tempo de espera para atendimento, procedimentos etc.) podem beneficiar-se da utilização de variáveis subjetivas, tais como a percepção dos diversos segmentos sociais e sujeitos que estão envolvidos com a prestação daquele serviço, e que possam revelar experiências, vivências, expectativas e ângulos diferentes do processo estudado, como gerentes, profissionais, usuários e acompanhantes, cujas expressões podem ser de consensos ou dissensos.

A utilização de instrumentos diferentes de captação dessa percepção, aqueles mais diretivos como questionários e escalas de opinião, e outros menos diretivos, como entrevistas semi-estruturadas com pessoas chaves, muito contribuíram para o aprofundamento do conhecimento de processos complexos como o estudado. As informações e opiniões obtidas através de um instrumento podem ser complementadas por aquelas obtidas por outro, e ambas, potencializados pela observação sistemática e orientada do pesquisador sobre o cotidiano desses serviços.

Os modelos através dos quais as Unidades Básicas de Saúde estão organizadas na cidade de São Paulo e especialmente, o modo concreto como esses modelos estão funcionando em unidades diferentes, tem influência na observância do preceito constitucional da Integralidade na prestação dos serviços de saúde. Abordada a Integralidade a partir dos diversos sentidos que a ela são atribuídos, como afirmam os autores estudados, foi possível constatar que a Integralidade Horizontal, na percepção dos diversos sujeitos indagados, é mais garantida nas unidades que estavam organizadas sob o modelo da Saúde da Família, muito embora com pequenas vantagens, em relação à aquelas organizadas sob o Modelo de Ações Programáticas.

Dentre as categorias através das quais a noção de Integralidade Horizontal foi captada, as vantagens das Unidades de Saúde da Família ficaram evidentes pela menor dificuldade de seus usuários terem acesso às consultas e serviços existentes na unidade, ao vínculo estabelecido entre profissionais e usuários, especialmente com o Agente Comunitário de Saúde e às visitas domiciliares de rotina, favorecendo a abordagem familiar. Já na abordagem comunitária, as diferenças não foram tão evidentes, seja porque as Equipes de Saúde da Família não apresentaram este componente do modelo muito desenvolvido, seja porque nas Unidades organizadas sob o Modelo das Ações Programáticas, alguns profissionais mantinham atividades em outras instituições locais, como escolas e creches, conforme preconizava também esse modelo na sua origem. Nas unidades que estavam organizadas sob o dois modelos, que transcorriam paralelamente um ao outro, não havendo articulação entre eles, apesar dos esforços de algumas direções, a Integralidade Horizontal foi perceptível na atuação das Equipes de Saúde da Família.

A Integralidade Vertical, no entanto, não pareceu sofrer influência dos modelos: dificilmente é garantida para qualquer usuário, porque depende do sistema de Regulação de Vagas, que torna consultas e procedimentos fora da unidade e de maior complexidade pouco acessíveis. O tempo de espera muito longo para obter o atendimento, marcação de datas, horários e locais sem consulta prévia ao encaminhado, ocasionam um índice de absenteísmo muito grande dos usuários a essas marcações. Por outro lado, quando o encaminhamento é concretizado no nível mais complexo de atendimento, a contra referência desse nível para a Atenção Básica é de muito má qualidade: frequentemente é o usuário que traz de forma oral, informações sobre o que foi constatado nos exames complementares que realizou ou as condutas que devem ser tomadas em seguida. Raramente as informações retornam para a Atenção Básica de maneira escrita e oficial.

Além dos modelos de organização, a observância do preceito da Integralidade nas Unidades Básicas de Saúde acaba sendo dificultada por outros fatores ligados à organização do atendimento, tais como a demanda reprimida para o atendimento na própria unidade e a sistemática de agendamento orientada pela Secretaria Municipal de Saúde; fatores físicos

como o tamanho e a planta da unidade, sua localização topográfica e social em distritos censitários de maior vulnerabilidade social.

Como fator favorável à observância do preceito, percebeu-se os esforços e especialmente, a criatividade de algumas gerências no sentido de formarem redes locais que facilitem o acesso e a troca de recursos materiais entre elas. A postura, experiência e capacitação dos funcionários, especialmente daqueles que trabalham no Acolhimento e na Recepção, constituíram-se como fatores facilitadores ou “dificultadores” do acesso dos usuários que buscam os serviços na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO FA, CESAR CC, GUIMARÃES MDC. *Healthcare utilization and survival among patients with AIDS*. In Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Cad Saúde Pública 1998; 14:811-20.
- ALMEIDA-FILHO N, ROUQUAYROL MZ. *Desenhos e pesquisa em epidemiologia. Epidemiologia e saúde*. Editora Médica e Científica. MEDSI São Paulo e Belo Horizonte, 1999.
- ANDER-EGG E, AGUILAR MJ. *Avaliação de serviços e programas sociais*, tradução de Jaime A. Clasen e Lúcia Mathilde e. Orth – Petropolis, RJ: Vozes, 1994.
- AYRES, J.R. de C.M. – *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. In: Saúde e Sociedade, vol. 13 n.3 set.dez. São Paulo 2004.
- BARROS-SILVA PL, MELLO MAB. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: Características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Relatório de trabalho apresentado na reunião do CLADE, 2000 – Painel “Estado democrático e Governança no século XXI: Reformando a reforma, Republica Dominicana, 2000.
- BECH, J. *Polêmica com PSF: Contradições e novos desafios*. Tribuna Livre. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/Gostaria%20de%20polemizer.htm>>. Acesso em: 04/07/2006.
- BELLONI I, MAGALHÃES. H, SOUZA LC. *Metodologia de avaliação em políticas públicas: Uma experiência em educação profissional*. 2ª edição – São Paulo, Cortez, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- CAMACHO L A B, MATIDA AH. *Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde*. Cad Saúde Pública, RJ, 20(1): 37-47, Jan-Fev, 2004.
- CAMARGO, K.R. JR. *Um ensaio sobre a (in) definição de Integralidade*: In: PINHEIRO R,; MATTOS, R. A (org). *Os Sentidos de Integralidade* R.J.: IMP, VERJ, ABRASCO, 2001.
- Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. R.J./VERJ/IMS/ABRASCO 2003.

- CAMPBELL DT, STANLEY JC. *Experimental and quasi-experimental designs of research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company (Reprinted from handbook of Research and Teaching, American Educational Research Association 1963), 1966.
- CANÇADO, S.J.B. *Ranking do Mapa da Exclusão/Inclusão Social*. S.P: Revista Fapesp, nº 83, 2002.
- CARVALHO SN. *Avaliação de programas sociais: balanço de experiências e contribuição para o debate*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 17(3-4), 185-197, 2003.
- CECÍLIO, L.C. – *As necessidades de Saúde como centro estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde* (in) PINHEIROS, R. e MATTOS, R.A. (org) – *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. R.J: VERJ, IMS/ABRASCO, 2001.
- CHEN H. *Theory – driven evaluations*. Newbury Park: SAGE Publications, 1990.
- COHN, A.; ELIAS, P.E. – *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4ª ed. CORTEZ: CEDEC, 2001.
- CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT R. *A avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZ, Z.M.A. (org) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- COOK T D, CAMPBELL DT. *Quasi - experimentation: design and analysis for field settings*. Boston: Houghton Mifflin; 1979.
- COOK TD, REICHARDT CS. *Métodos cualitativos y cuantitativos em investigación evaluativa*. Ediciones Morata, Madrid, 1986; 1982.
- COSTA, A.M – *Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. In *Saúde e Sociedade*. Vol. 13; nº 3, set-dez. 2004.
- DONABEDIAN, A., 1966. *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Quarterly*, 44:166-203.
- DONABEDIAN, A., 1988. *The quality of care. How can it be assessed?* *Journal of the American Medical Association*, 260:1743-1748.
- DONABEDIAN, A., 1990. *The seven pillars of quality*. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114:1115-1118.
- FAIRWEATHER GW. *Community psychology for the 1980's and beyond*. *Evaluation Program Planning* 1980; 3 : 245 - 50 .

- FETTERMAN DM, *Empowerment evaluation and accreditation in higher education*, Thousands Oaks, SAGE Publications, London, New Delhi, 1997.
- FURTADO JP. *Um método construtivista para a avaliação em saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):165-181, 2001.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – *Secretaria da Saúde / Instituto de Saúde; Sistema de Monitoramento e avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo* – 2006.
- GUBA E, LINCOLN Y. *Fourth Generation evaluation*. Chapter 1: the coming of age of evaluation. SAGE Publications, Newbury Park, pg 21-49, 1989.
- HARTZ Z.M.A. CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, *Avaliação do programa materno-infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.
- HARTZ Z.M.A, SILVA, L.M.V. da. (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. EDUFBA, Salvador, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
- HORTALE, V. A., CONILL, E.M.; PEDROZA, M. – *Desafios na construção de um modelo para análise comparada de organização de serviços de saúde*. *Cad. Saúde Pública*, R.J. 15(1) 79-88 jan-mar,1999.
- IANNI, A . NAKAMURA. E. Relatório do Processo de implantação do PSF nos municípios de Diadema, Santo André, São Bernardo do Campo e São Paulo, 2004 – mimeo – CEDEC.
- LOBATO LVC, GÓIS JBH, SENNA MCM, REIS MF, VASCONCELOS M, RODRIGUES MS, *Pesquisa de avaliação do Benefício de Prestação Continuada - BPC*, Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, Programa de Estudos de Pós-graduados em Política Social, Núcleo de Avaliação de Políticas, Rio de Janeiro, maio de 2006.
- MACINKO, J., ALMEIDA, O; OLIVEIRA, E. e SÁ, P. “*Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil*”. *Int J. Health Plann Mgmt*, nº 19,2004, pp 303-317.
- MADEIRA FR. *A improvisação na concepção de programas sociais: muitas convicções, poucas constatações o caso do primeiro emprego*. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 18(2), 78-94, 2004.
- MARSIGLIA, R.M.G. *Características dos componentes das Equipes de Saúde de Família da Cidade de S. Paulo* – Consultoria UNESCO, 2005.
- MELLO AB, MARQUES M, ARAÚJO O, PACHECO, APL, COSTA AL, ALMEIDA C, NOGUEIRA F, BORGES LP, COSTA L, COLLIER MDD, ALMEIDA S, NUNES WF, *Relatório da Pesquisa sobre o impacto do*

Benefício de Prestação Continuada em Pernambuco, Centro Interuniversitário de Estudos da América Latina, África e Ásia – CIELA, Olinda, julho de 2003.

MOYSES, S. J. *PSP versus SUS*. Curitiba, junho de 2000. Disponível em <http://www.universidadesaudável.com.br/>. Acesso em 04/07/2006.

NAPOLEÃO, H. T.; OLIVEIRA JUNIOR, C. *Área Pública de Saúde*. Apostila para Concurso Público. São Paulo, 2004.

NEMES M.I.B. – *Ação Programática em Saúde: recuperação Histórica de uma política de Programação in* SCHRAIBER, LB. (org) *Programação em Saúde Hoje* – SP: Hucitec, 2ª ed. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Gabinete do Ministro. Portaria nº. 3925 de 13 de novembro de 1998 – D.º 220-E, de 17 de novembro de 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *SAÚDE DA FAMÍLIA: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

NOVAES, H.M.D. *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde*. Rev Saúde Pública 2000;34(5):547-59 547, www.fsp.usp.br/rsp.

NOVAES, M.H.; JATENE, A. et all - *Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do PSF – Qualis no município de São Paulo*. Relatório de Pesquisa. FAPESP/SP, 1999.

PATTON MQ. *How do you use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park London-New Delhi: SAGE Publications, 1987.

PATTON MQ. *Utilization-focused evaluation. The new century text*. Thousands Oaks – London New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos*. RJ - IMS-VERJ-ABRASCO, 2001.

PINHO, H. *Programa de Saúde da Família (PSF) – Original ou Hipertrofiado? Desafios Atuais no Resgate e Atualização do Modelo*. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/serviço/mural_detalhe.cfm?CodExperiencia=78>. Acesso em: 04/07/2006.

REIS, E. JFB; CAMPOS, F.E; E col. *Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas* – Cad. Saúde Pública, R.J, 6 (1): 50-60, jan-mar, 1990.

ROSSI PH, FREEMAN HE. *Evaluation, a systematic approach*. Beverly Hills: SAGE Publications, 2004.

- RUNDALL TG. *Evaluation of health services program*. In: Last J, editor. *Maxcy- Roseanau public health and preventive medicine*. 12th Ed. New York: Appleton & Lange; 1990. p. 1831-47.
- SALA, A. – *Avaliação de Programas de Saúde*. (In) SCHRAIBER, L.B.(org): *Programação em Saúde Hoje*. S.Paulo: Hucitec, 2ª ed. 1993.
- SAS/SP/CEM-CEBRAP, *Mapa da Vulnerabilidade Social da População da Cidade de São Paulo*. S.P.: 2004.
- SCHRAIBER, L. B. (org) **Programação em saúde hoje**. São Paulo. Hucitec. 1993.
- SCRIVEN M, *Evaluation thesaurus*. Thousands Oaks London-New Delhi: SAGE Publications, 1991.
- SILVA, J.A. da e DALMASO, A.S.W. – *Agente Comunitário de Saúde: o Ser, o Saber, o Fazer*. R. Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- SIMÕES, O – *Sistema de Monitoramento e avaliação de Programas Sociais: Revisão do Benefício de Prestação Continuada*. Consultoria PNUD, M.D.S., 2006.
- SMITH N. *The feasibility and desirability of experimental methods in evaluation*. *Evaluation and Program Plannin*, n 3, p 251-256, 1980.
- SPOSATTI,A. *Mapa da Exclusão/Inclusão social da cidade de São Paulo*. S.P: PUCSP/CEDEST/INPE, 2000.
- STARFIELD, B. *Primary Care: it is essencial?* *Lancet*, n. 344, p. 1129-33, 2002.
Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, MS, 2002.
- STENZEL AC B. *A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada* [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996. 133 p. Hartz ZMA, Pouvourv.
- UCHIMURA KY, BOSI MLM. *Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, nov-dez, 2002.
- WORTHEN BR, SANDERS JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. Tradução Dinah de Abreu Azevedo. Editora Gente, São Paulo, 2004.