FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

VANESSA SAYURI CHAER KISHIMA

AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REGIÃO LESTE DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2005

VANESSA SAYURI CHAER KISHIMA

AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REGIÃO LESTE DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Área de concentração: Administração e Planejamento em Saúde

Orientador: Prof. Dr Álvaro Escrivão Júnior

SÃO PAULO

2005

Kishima, Vanessa Sayuri Chaer.
Avaliação da Integração dos Serviços na Atenção Primária da Região Leste do Municipio de São Paulo / Vanessa Sayuri Chaer Kishima - 2005
139 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Júnior.
Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de saúde – São Paulo (SP) - Avaliação. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Serviços de saúde – Organização e administração. I. Escrivão Júnior, Álvaro. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(816.11)

ERRATA

Folha	Linha	Onde se lê	Leia-se

VANESSA SAYURI CHAER KISHIMA

AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REGIÃO LESTE DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Área de concentração: Administração e Planejamento em Saúde

Data de aprovação:
____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr Álvaro Escrivão Júnior
FGV - EAESP

Prof. Dr Paulo Eduardo Mangeon Elias
FGV - EAESP

Prof. Dr. Clóvis Bueno de Azevedo
FGV - EAESP

Aos meus queridos pais, Nilson e Marli,
meus principais incentivadores,
a quem devo tudo.

Com amor.

AGRADECIMENTOS

À equipe do CEDEC, sem a ajuda da qual este trabalho não teria sido possível;

Ao meu estimado orientador e amigo Prof. Dr. Álvaro Escrivão Júnior, por ter acreditado em mim desde o princípio, pelo precioso incentivo, por ter me guiado com carinho e paciência nesta empreitada;

À Coordenadoria Regional Leste, por ter aberto as portas de seus serviços e possibilitado este trabalho;

À cara amiga Cecília, pelo carinho inestimável, por ter estado sempre presente com palavras de apoio e estímulo, pelas risadas compartilhadas, pelas chacoalhadas necessárias, pelas sugestões certeiras, pelo acolhimento;

À amiga Andrea, pelas dicas pertinentes, pelo apoio, pelo incentivo de quem já trilhou esse caminho: "Just keep walking!";

À querida Giovanna, pela valiosa ajuda, pela presença constante em vários momentos, e por ter compartilhado comigo alguns dos mais difíceis;

À tia Helena e Layde, pelo apoio e palavras de incentivo e carinho;

À Patrícia, pelas importantes contribuições na análise estatística dos resultados da pesquisa, fundamental para este trabalho, pela amizade que se inicia;

À Leila Dell'Acqua, minha mãe geveriana, pelo apoio incondicional, pelo carinho e dedicação sempre presentes;

Ao meu amor, Marcio, pelo apoio e incentivo, pela paciência e compreensão inesgotáveis;

Aos meus queridos irmãos, pelo carinho e paciência;

A todos os professores da GV;

À CAPES.

“A ação caótica é preferível à inação ordenada”.
Karl E. Weick in A Psicologia Social da Organização

RESUMO

A integração dos serviços de saúde é atualmente um dos maiores objetivos do sistema de saúde brasileiro. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a reorganização assistencial é o fortalecimento dos Serviços de Atenção Primária como porta de entrada do sistema, por meio da introdução do Programa Saúde da Família. Uma das atribuições da Atenção Primária é o adequado encaminhamento a outros níveis de atenção quando necessário. O presente trabalho estudou as ações relacionadas à coordenação do percurso assistencial, à luz do instrumento PCAT - *Primary Care Assesment Tool*, criado pela Johns Hospkins, e validado no Brasil pela Escola Nacional de Saúde Pública. A metodologia utilizada foi a aplicação do instrumento a informantes-chave, na totalidade de Unidades Básicas de Saúde da Região Leste no município de São Paulo, com o objetivo de avaliar a Dimensão Coordenação nos serviços de saúde. Foi realizada análise comparativa entre o desempenho das unidades que incorporaram a estratégia do Programa Saúde da Família e o observado nas unidades sem o programa implementado. Conclusão: Em grande parte das ações avaliadas, foram observados resultados positivos, principalmente nas ações relacionadas à existência de normas específicas preconizadas pelas esferas administrativas federal e municipal. Em relação ao desempenho das diferentes modalidades, não foram observadas diferenças relevantes.

Palavras chaves: avaliação, coordenação, integração, serviços de saúde, atenção primária, sistema único de saúde, Brasil.

ABSTRACT

*The relation between health services is one of the most problems in the Brazilian Health system. The strategy adopted by the Health Ministry for the services organization is Family Health Program (*Programa Saúde da Familia*). One of the attributions of Primary Care is the referral for specialists. This study evaluated the coordination actions using the instrument Primary Care Assesment Tool, designed by Johns Hospkins, that has been validated by the National Public Health (*Escola Nacional de Saúde Pública*), in Brazil. The study was based on a survey with key informants in primary care services located in the East Region from São Paulo City. The study aims to compare the coordination activities on the services with Family Health Program to those developed in services without the strategy. Conclusion: In general the score of the activities evaluated of the coordination dimension was high, mainly in activities related with norms established by the administrative sectors. In the comparison between the primary care services the performance observed was equal.*

Key words: assessment, evaluation, coordination, primary care, health services, Brazil

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição das Instituições Parceiras do Programa Saúde da Família por Coordenadoria de Saúde no Município de São Paulo..... 32

Figura 2- Coordenadoria Regional de Saúde Leste - Unidades de Saúde Municipais e Estaduais por Supervisão Técnica de Saúde..... 49

Gráfico 1 - Média das notas da Dimensão Coordenação por tipo de informante..... 61

Gráfico 2 - Médias das Notas da Dimensão Coordenação por Supervisão Técnica de Saúde. 64

Gráfico 3 - Médias das Notas da Dimensão Coordenação por Modalidade Assistencial..... 64

Gráfico 4 - : Médias das Notas da Dimensão Coordenação por Modalidade Assistencial, segundo a percepção dos profissionais..... 66

Gráfico 5 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Disponibilidade de Informação por Modalidade Assistencial..... 67

Gráfico 6 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Referência entre Níveis de Atenção e Transferência de Informações 68

Gráfico 7 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Capacidade e Desempenho de Equipamento Laboratorial por Modalidade Assistencial 69

Gráfico 8 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Disponibilidade de Informação na Unidade Básica de Saúde por Modalidade Assistencial..... 70

Gráfico 9 Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Planejamento e Controle da Qualidade das Referências por Modalidade Assistencial..... 71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura de Serviços da Coordenadoria Regional de Saúde Leste 48
Tabela 2 – População dependente do SUS 50
Tabela 3 – Distribuição das consultas nos estabelecimentos públicos da Zona Leste, segundo tipo, 2004 53
Tabela 4 - Unidades excluídas da amostra 58
Tabela 5 - Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais em todas as modalidades assistenciais 62
Tabela 6– Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais nas UBS 62
Tabela 7 – Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais no PSF 63
Tabela 8– Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais na modalidade UBS+PSF 63
Tabela 9 – Teste de igualdade de médias 65
Tabela 10 - Teste de igualdade de médias 65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Bireme: Biblioteca Regional de Medicina
CHSRF: *Canadian Health Research Foundation*
CEDEC: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea
CSSM: Casa de Saúde Santa Marcelina
IAE: Instituto Adventista de Ensino
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB 96: Norma Operacional Básica 1996
OSEC: Organização Santamarense de Educação e Cultura
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCAT: *Primary Care Assessment Tool*
PAS: Plano de Atendimento à Saúde
PROESF: Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF: Programa de Saúde da Família
QUALIS: Qualidade Integral à Saúde
REFORSUS: Reforço à Reorganização do SUS
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo
WHO: *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
1.1 Atenção Primária 17
1.1.1 Breve Histórico – Atenção Primária à Saúde 17
1.1.2 Atenção Primária no Sistema Único Brasileiro 20
1.1.3 Norma Operacional de 1996 e a Norma Assistencial à Saúde 2001/2002/2004 21
1.1.4 O papel coordenador da Atenção Primária 23
1.2 O PSF - Programa Saúde da Família 25
1.2.1 Estrutura do Programa Saúde da Família 27
1.2.1.1 Composição da Equipe 27
1.2.2 Ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família 29
1.2.3 O Programa Saúde da Família no município de São Paulo 30
1.3 Organização da Rede de Serviços 33
1.4 Coordenação Entre os Níveis de Atenção à Saúde 35
1.5 Origens das Referências entre os Níveis de Atenção 37
1.6 Integração dos Serviços 39
1.6.1 Operacionalização dos fluxos 40
1.7 Comunicação e Interação entre Profissionais dos Níveis de Atenção Primária e Secundária 41
1.7.1 Avaliação da Coordenação 44
1.7.1.1 PCAT - *Primary Care Assesment Tool* 44
1.8 Universo Estudado - Coordenadoria Regional de Saúde Leste do Município de São Paulo 45
1.8.1 Estrutura Administrativa 45
1.8.2 Características populacionais 46
1.8.3 Estrutura dos Serviços 47
1.8.3.1 Estrutura de serviços públicos por Supervisão Técnica de Saúde 50
1.8.4 Coordenação dos Serviços na Região Leste 50
1.8.4.1 Disponibilidade de informações sobre o paciente 52
1.8.4.2 Protocolos Disponíveis 52
1.8.4.3 Utilização dos serviços 53

1.8.4.4 Objetivo Geral do Estudo 53
1.8.4.5 Objetivos Específicos do Estudo 53
1.9 Referencial Teórico 54
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 55
2.1 Critérios de Seleção 55
2.1.1 Seleção das Unidades Básicas de Saúde 55
2.1.1.1 Seleção da categoria profissional dos informantes 55
2.1.1.2 Seleção dos informantes 56
2.1.1.3 Critérios de exclusão do informante 56
2.1.1.4 Metodologia de análise do instrumento 57
2.1.1.5 Amostra analisada 58
2.1.1.6 Plano de Análise 59
2.1.2 Descrição dos termos utilizados na apresentação dos resultados do Estudo 59
3 RESULTADOS 61
3.1 Análise de *missings* 72
4 DISCUSSÃO 74
4.1 Percepções dos profissionais 74
4.2 Dimensão Coordenação 746
4.2.1 Sub Dimensão Disponibilidade de informações 747
4.2.2 Sub Dimensão Referência entre Níveis de Atenção e Transferência de Informações entre profissionais 749
4.2.3 Sub Dimensão Capacidade e Desempenho de Equipamento Laboratorial 7480
4.2.4 Sub Dimensão Disponibilidade de Informação nos Serviços de Atenção Primária 7481
4.2.5 Sub Dimensão Planejamento e Controle da Qualidade das Referências 7482
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 84
REFERÊNCIAS 87
ANEXOS 97
APÊNDICES 114

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é parte integrante da pesquisa "**Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família",** que visa avaliar a implementação do *PROESF* – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família e identificar os modelos de Atenção Básica e de PSF presentes em 62 Municípios do Estado de São Paulo, incluindo a Capital.

Participam deste estudo pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Medicina da USP, CEDEC - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, Santa Casa (Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão), Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), Escola Politécnica da USP (Fundação Carlos Alberto Vanzolini) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (Fundação Universitária José Bonifácio).

No município de São Paulo, os trabalhos vêm sendo conduzidos pelo CEDEC.

1 INTRODUÇÃO

A ausência de coordenação entre os níveis de atenção à saúde é indubitavelmente um dos maiores entraves à integralidade da assistência em todos os Sistemas de Saúde pelo mundo. A literatura refere duas grandes frentes de ação para o aprimoramento da coordenação entre serviços: estratégias para o fortalecimento da atenção primária à saúde e estratégias para aprimorar a relação entre os serviços e profissionais dos diferentes níveis (POLITZER, 2003; WHO, 1999 a,).

A estrutura de serviços baseada na atenção primária é objeto de estudo por muitos autores (WHO, 2004), sendo considerado fato a soberania da atenção primária como orientadora dos Sistemas de Saúde, verificada por meio da melhora de indicadores de saúde e financeiros (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003b).

1.1 Atenção Primária

1.1.1 Breve Histórico – Atenção Primária à Saúde

Os modelos assistenciais à saúde sofreram influência do processo de acumulação de capital e da crescente incorporação tecnológica, privilegiando o atendimento individual, a produção de atos médicos especializados e a utilização progressiva de equipamentos e medicamentos. Essa capitalização do setor, conjuntamente com o modelo liberal proposto pela classe médica, estimulou a assistência com características hospitalocêntricas, centrada no atendimento especializado, o que veio a ser denominado modelo hegemônico de assistência. (CAPOZZOLO, 2003; WHO, 2004; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

Os custos crescentes decorrentes desse modelo e a crise do capitalismo traduziram-se em dificuldades de acesso aos serviços de saúde, promovendo desigualdades no *status* de saúde da população, suscitando diversas manifestações dos profissionais pelo mundo contra o modelo instaurado (WHO, 2004).

Na Inglaterra, em 1920, o relatório Dawson já sinalizava uma preocupação com os custos crescentes, sugerindo o Estado como provedor e controlador das políticas públicas de saúde, com uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, integrando as atividades e distinguindo três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola (WHO, 2004; STARFIELD, 2003; MENDES, 2004).

O relatório propunha vínculos formais e a descrição das funções de cada um dos níveis estabelecidos[1]. Muitos países adotam essa organização até hoje, embora o conteúdo dessas ações e a forma com que são desenvolvidas sejam distintos dos daquela época (WHO, 2004).

Na década de 60, surge a proposta da Medicina Comunitária nos Estados Unidos, em decorrência de uma série de conflitos sociais gerados pelo desemprego, subemprego e pela emergência de movimentos sociais contra o racismo e a pobreza. O objetivo desse movimento era oferecer acesso aos serviços de saúde a grupos sociais que não possuíam condições para compra direta dos serviços, baseando-se na racionalização de gastos, por meio da oferta de serviços com baixa densidade tecnológica, organizados em programas destinados a problemas de saúde mais prevalentes e em grupos de risco, possuindo como fator inovador a introdução de outros profissionais de saúde na equipe da assistência, tutelados pelo profissional médico (MERHY, MALTA; SANTOS, 2004; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

> O modelo da medicina Comunitária era exclusivo aos segmentos menos favorecidos da sociedade, não causando impacto no modelo hegemônico então vigente, pois se manteve a lógica de compra de serviços médicos especializados pelas classes sociais mais favorecidas, que fortaleciam a possibilidade de acumulação de capital subsidiada pelo Estado, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de produtos médicos Donnangelo (1979 apud CAPOZZOLO, 2003).

Esse movimento não atingiu números significativos nos EUA, expandindo-se para outros países da América Latina (Brasil, Colômbia e Chile), África e Ásia, financiados pela OPAS - Organização Panamericana de Saúde e por agências americanas, como a Fundação Kellog (CAPOZZOLO, 2003).

[1] Essa formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população

O movimento da Medicina da família surge nos EUA em 1966, em resposta aos altos custos e super especialização dos modelos assistenciais, considerando como núcleo de atuação a família. Esse movimento pretendeu discutir as razões que levaram à especialização, considerando a educação médica como foco de desequilíbrio, responsável pelas distorções da prática médica e pela inadequação aos sistemas de saúde. Foi introduzido no Brasil em 1973, pela Organização Mundial de Saúde e Associação Brasileira de Ensino Médico, mas não obteve reflexo nas políticas de saúde, ou na mudança de ensino, tendo sido considerado um retrocesso ante os programas de residência já existentes (CAPOZZOLO, 2003; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

Em 1978, dentro de um contexto de grave período recessivo da economia mundial, com crescentes desigualdades no *status* de saúde das populações, foi elaborada durante a Assembléia Mundial de Saúde a proposta de uma meta social: "a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitam levar vida social e economicamente produtiva", hoje conhecida como "Saúde para todos no ano 2000" (STARFIELD, 2003; WHO, 2004).

Os princípios dessa meta foram enunciados durante a Conferência de Alma Ata, sendo estabelecida uma agenda para a reforma do setor em todos os países do mundo, com ênfase na oferta de cuidados primários de saúde para a ampla maioria da população, e recomendando mudanças no desenho dos serviços de saúde, tendo como base a regionalização, hierarquização e integração dos serviços (WHO, 1999 a; WHO, 2004; STARFIELD, 2003).

A declaração ainda estabelecia os componentes fundamentais da atenção primária à saúde: educação em saúde, saneamento ambiental (especialmente de água e alimentos), programas de saúde materno-infantis (inclusive imunizações e planejamento familiar), prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (STARFIELD, 2003).

> A partir desse momento, a atenção primária é vista como uma doutrina, propondo uma racionalidade técnica para a organização de sistemas nacionais de saúde, em que o nível primário teria função central de prestação de serviços sanitários, desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e promoção, além de atendimento para as patologias mais comuns e de menor complexidade. (MENDES, 1993).

Porém, observa-se que, em muitos países do Terceiro Mundo, a operacionalização das propostas da Organização Mundial de Saúde traduziu-se em ações de medicina simplificada para populações carentes, excluídas do setor saúde, muito semelhantes aos princípios da Medicina Comunitária, fazendo uso de programas específicos e utilização de tecnologias de baixo custo e sem referência para os níveis secundário e terciário (MENDES, 1993; WHO, 1999 a).

Muitos países capitalistas avançados desenvolveram, nos sistemas de saúde, modalidades de assistência (destacando-se os modelos inglês, canadense, espanhol e cubano) capazes de promover a atenção básica nas suas portas de entrada, com base na saúde da família. (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002). No Brasil, modelos como os Sistemas Locais de Saúde (introduzido pela OPAS), Cidades Saudáveis (baseado no modelo canadense) e Defesa da Vida foram tentativas para a reorganização da assistência que não obtiveram maior projeção principalmente pela falta de articulação administrativa entre os diversos atores do sistema. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004; ESCRIVÃO JR., 1998).

Somente a partir da década de 1990, com o apoio da esfera federal, surgiram programas consistentes e extensivos quanto a esse aspecto (CANESQUI; OLIVEIRA 2002; BODSTEIN, 2002).

1.1.2 Atenção Primária no Sistema Único Brasileiro

A organização dos serviços de saúde no Brasil caracteriza-se pela dicotomia dos serviços de saúde: de um lado, a oferta de práticas coletivas e sanitárias; e de outro, a assistência médica. Embora ainda persistam dificuldades quanto à articulação entre assistência médica e ações de controle de riscos e agravos, algumas iniciativas do Ministério da Saúde têm buscado quebrar essa dicotomia, principalmente por meio da priorização da atenção primária (HEIMANN; MENDONÇA, 2005 a).

“ A Atenção Primária é definida como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2000).

A preocupação na reorganização dos serviços pela esfera federal, no final da década de 90, é registrada com a edição das Normas Operacionais de Saúde (91, 93, 96), que são instrumentos dedicados à descentralização dos serviços para a esfera municipal, tratando eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

É importante lembrar que as normas editadas pelo Ministério da Saúde possuem um caráter transitório, conferindo a capacidade de reedição ou substituição, à medida que o processo de descentralização avança, permitindo a atualização das regras em diferentes estágios (LEVCOVITZ, LIMA; MACHADO, 2001).

Como as normas editadas em 1996 e 2002 apresentam diretrizes voltadas para organização da atenção primária, este estudo detalhará um pouco a descrição das diretrizes propostas para a reorganização dos serviços de saúde contidas nessas normas do Ministério da Saúde.

1.1.3 Norma Operacional de 1996 e a Norma Assistencial à Saúde 2001/2002/2004

Segundo a Norma Operacional de 1996 (NOB 96), a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito dos SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, estabelecendo que as ações do sistema municipal “devem estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral” (BRASIL, 1996).

A NOB 96 fortalece a “estratégia” do PSF - Programa Saúde da Família como modelo reorganizador da assistência, por meio de mecanismos de financiamento diferenciado, tais como Transferência Fundo a Fundo, segundo o valor per capita, e Transferência Fundo a Fundo, segundo os critérios definidos por programas específicos, por exemplo, tornando-a “atraente” para os gestores municipais, priorizando programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutritivas, cirurgias para catarata e varizes, atenção

de urgência, doenças infectantes, vigilância sanitária, atenção à população indígena e a outros) (BRASIL, 1996).

O impacto dessa norma é principalmente avaliado por meio da adesão dos municípios à classificação proposta (Gestão Plena do Sistema, Gestão Plena de Atenção Básica e Incipiente). Verificou-se que, em 2000, 99% dos municípios brasileiros estavam classificados pelo menos em algum tipo de gestão (VIANNA et al, 2002).

Os grandes avanços no âmbito da descentralização político-administrativa e na organização dos serviços de atenção básica induzidas pela Norma Operacional 1996 evidenciaram a necessidade de uma maior articulação entre os sistemas municipais e do fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na função reguladora, para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas (SOUZA, 2001).

Seguindo a lógica acima mencionada, a NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde é editada em 2001, com dois objetivos principais: organização da rede assistencial e fortalecimento dos serviços de atenção primária. A NOAS estabelece que todas as unidades da federação devem elaborar planos diretores de regionalização, a serem aprovados pelo Ministério da Saúde, os quais deverão explicitar o papel de cada município no sistema estadual de saúde e as prioridades de investimento para as necessidades observadas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001).

O Plano Diretor de Regionalização é coordenado pelo Gestor Estadual, com a participação do conjunto de municípios, devendo conter minimamente: divisão do território estadual em regiões e microrregiões de saúde, diagnóstico dos principais problemas, com prioridade de intervenções, constituição de módulos resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam o nível de média complexidade, visando garantir o suporte às ações de atenção primária, fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e a existência de um Plano Diretor de Investimentos, que contemple as prioridades de intervenção (SOUZA, 2001; TEIXEIRA, 2002;ALMEIDA, 2003).

O fortalecimento dos serviços de atenção primária é o segundo ponto enfatizado pela norma, que reafirma as ações estabelecidas pela NOB 96 e acrescenta uma definição das responsabilidades mínimas e os conteúdos das ações de atenção primária, secundária e

terciária. Com relação à qualidade da atenção, estabelece a criação de protocolos para a assistência médica, principalmente para os problemas de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase) (MINISTERIO DA SAUDE, 2001).

Propõe a organização de uma rede funcional e regionalizada em módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com base em territórios auto-suficientes em atenção básica à saúde, mínima de média complexidade, média complexidade e alta complexidade.

1.1.4 O papel coordenador da Atenção Primária

Considera-se a atenção primária como o *locus* privilegiado para a coordenação da atenção integral do paciente, devido à maior proximidade estabelecida com a comunidade, uma vez que representa a porta de entrada do sistema, possibilitando o estabelecimento de uma relação mais estreita com os pacientes (STARFIELD, 2004; STILLER et al, 2005).

Entretanto, sem uma adequada coordenação com os outros níveis de atenção à saúde, o papel da atenção primária como porta de entrada do sistema fica prejudicado, trazendo empecilhos à integralidade do cuidado, e seus processos ficam limitados ao mero cumprimento de ações mínimas especificadas, sem garantia da continuidade da evolução do paciente, conferindo à atenção primária o *status* de "medicina para pobres" (FORREST et al, 2000).

A atenção primária assume o papel de porta de entrada do sistema em vários países, com denominações relacionadas com o papel desenvolvido pelo médico; dentre as mais conhecidas podem-se citar o *gatekeeping* norte-americano, o *gatekeeping* inglês (atualmente denominado *filtering*), e o médico de família cubano (WHO, 1999, FORREST; STARFIELD, 1999).

É consenso que o profissional indicado para articular o manejo do paciente é o médico generalista, pois este possui o conhecimento sobre uma maior variedade dos problemas comuns que acomete a população. Já no caso do especialista, esse conhecimento restringe-se ao subconjunto de diagnósticos da especialidade em que atua (FORREST et al, 2000).

Logisticamente, o médico generalista é o mais acessível para o paciente, fator que lhe confere conhecimento sobre a comunidade em que o paciente está inserido. Nesse modelo assistencial, fica implícito que o médico consegue acumular informações suficientes para melhor compreensão sobre a condição do paciente.

A formação do médico generalista permite que o profissional veja o paciente como um todo. Os pacientes que possuem vários problemas concomitantes necessitam de uma maior coordenação, sendo esse papel desenvolvido pelo médico generalista, considerado "intérprete" dos vários "idiomas" falados por todas as pessoas no decorrer do tratamento (FORREST et al, 2000).

A capacitação e formação do profissional médico estão diretamente relacionadas com as formas de se realizar um diagnóstico. O treinamento do médico generalista condiciona-o à solicitação de exames diagnósticos mais comuns, reservando-se a tecnologia dura à pesquisa de diagnósticos mais complexos (MERHY; FRANCO, 2003). Por outro lado, o especialista, pela sua formação específica, tende a fazer uso da tecnologia de que dispõe, muitas vezes expondo o paciente a procedimentos diagnósticos desnecessários, que encarecem a assistência, além de oferecerem maiores riscos ao paciente (STARFIELD, 2004).

É questionável a capacidade de uma maior incorporação de tecnologias materiais nas unidades prestadoras de serviços de atenção primária em reduzir os encaminhamentos para especialistas. Na Inglaterra, por exemplo, onde é crescente a preocupação com as filas de espera para procedimentos especializados, foi realizada uma experiência com incorporação de mais equipamentos nas unidades prestadoras de atenção primária, verificando-se que não houve impacto significante na redução do número de referências (COULER, 1998).

A atividade de coordenação assistencial demanda uma grande quantidade de tempo do profissional médico em atividades como preenchimento de formulários e comunicação com outros provedores de serviços. Em alguns modelos assistenciais, essas atividades são desenvolvidas por outros profissionais que compõem a equipe (equipe administrativa, coordenadores de assistência), para otimizar o tempo do profissional médico (FORREST et al, 2000).

1.2 O PSF - Programa Saúde da Família

Anteriormente ao PSF, destaca-se o Programa dos Agentes de Saúde, implantado no Ceará, em 1988, como parte do Programa Comunidade Solidária, para o combate da pobreza e das graves condições econômicas e sociais da região em decorrência da seca (SOUZA,2002; HEIMANN; MENDONÇA, 2005 a).

Esse programa, que inicialmente tinha o objetivo de conter um contexto de calamidade pública, concentra-se, numa segunda fase, na viabilização de uma política de extensão de cobertura de ações de saúde, obtendo impacto importante na queda da mortalidade infantil.

A partir de 1991, o Ministério da Saúde, devido aos resultados observados, assume o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde - como prioritário para a redução dos níveis de mortalidade infantil, incentivando a sua implantação em municípios desprovidos de recursos médicos e de profissionais de saúde. Esse programa obteve êxito principalmente na Região Nordeste e Norte, estendendo-se posteriormente, às Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste (HEIMANN; MENDONÇA, 2005 a).

O programa de Agentes Comunitários de Saúde considerava como ações prioritárias aquelas referentes ao controle da mortalidade infantil e materna, tendo comprovado a importância da estruturação da atenção básica, sendo relevante para a posterior adoção do Programa de Saúde de Família pelo Ministério da Saúde (CAPOZZOLO, 2003; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

Simultaneamente, aconteciam outras experiências de programas de medicina da família não vinculadas às diretrizes do Ministério da Saúde, dentre as quais, destacamos a criação do Programa do Médico da Família em Niterói (RJ), em 1992, e em Quixadá (CE), em 1993, baseados no modelo cubano (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002; SENNA, 2002).

O PSF foi apresentado pelo Ministério da Saúde como a estratégia para reverter o modelo hegemônico da assistência à saúde, baseado na oferta de procedimentos e ações curativas, centrado na atenção hospitalar, com super utilização de serviços especializados e de alta densidade tecnológica (BRASIL, 1996).

A adoção explícita do PSF pelo Ministério da Saúde deu-se de forma totalmente centralizada, por meio de uma série de incentivos financeiros, tendo, num primeiro momento, definido um teto especial para pagamento diferenciado por procedimento para os municípios que incorporassem o programa (COSTA, 2002).

Após a edição da Norma Operacional de 1996 e a implantação do Piso de Atenção Básica em 1998, o programa alcança expansão nacional (COSTA; PINTO, 2002; COSTA, 2002; VIANNA et al, 2002a):

> Saúde da Família representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Um dos seus principais objetivos é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, práticas essas cujo desenvolvimento exige profissionais com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual ela está inserida.(MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

Algumas iniciativas, financiadas pelo Banco Mundial, em conjunto com o Ministério da Saúde, buscaram reafirmar a priorização do PSF como estratégia central para reorganização da assistência no Brasil, dentre as quais, destacaram-se o REFORSUS - Reforço à Reorganização do SUS, em 1997 e o PROESF - Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, em 2002.

O REFORSUS, que consiste numa iniciativa do Ministério da Saúde financiada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial, em 1997, agrega o PSF em seus projetos, passando a financiar os pólos de capacitação de recursos humanos e também a investir em infra-estrutura, tornando-se um importante mecanismo de fortalecimento do programa (CANESQUI; OLIVEIRA 2002; VIANNA, 2002b).

Em 2002, novamente com o incentivo do Banco Mundial e do Ministério da Saúde, é implementado o PROESF, que possui como objetivo principal a organização e fortalecimento da atenção básica no país, visando contribuir para a expansão e consolidação da estratégia de Saúde da Família.

Devido à dificuldade observada na implantação do PSF nos grandes centros urbanos, os beneficiários do PROESF são os municípios com mais de 100.000 habitantes, onde a maior concentração populacional e a heterogeneidade das condições socioeconômicas refletem-se no

desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Observa-se uma dificuldade de acesso na oferta de serviços de atenção primária, apesar de existir na maioria desses centros uma estrutura maior de serviços de média e alta complexidade.

O PROESF viabiliza recursos para a estruturação das equipes e unidades básicas de saúde, buscando integrar procedimentos de outros níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde, aperfeiçoando tecnologias de gestão com o objetivo de aumentar a resolubilidade do sistema. Dentre as metas estabelecidas pelo programa, ressalte-se a preparação e implementação de sistemas de referência e contra-referência no SUS/local, assim como a aplicação de novas práticas e protocolos de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; PROESF, 2002).

Tal programa também visa ampliar e reestruturar as várias iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos no PSF, incrementar recursos, apoiar respostas mais ágeis na educação continuada, e iniciativas de mudanças na formação dos profissionais, bem como na sua fixação.

1.2.1 Estrutura do Programa Saúde da Família

1.2.1.1 Composição da Equipe

Segundo as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (brochura Programa Saúde da Família, 2002), as equipes multiprofissionais do PSF são formadas por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (o número de agentes comunitários varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe). Recomenda-se que uma equipe faça o acompanhamento de 3.750 pessoas, não ultrapassando o número de 4.500 pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Num estudo recente, verificou-se que, em concordância com as diretrizes propostas, 94.1% das equipes têm pelo menos um médico, 95.35%, pelo menos um enfermeiro, 98.3%, pelo

menos um auxiliar de enfermagem e 94.7% contavam com quatro ou mais agentes comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo o mesmo estudo, as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe são:

?? conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
?? identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
?? elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
?? executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
?? valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
?? realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
?? resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
?? *garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;*
?? prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
?? coordenar, participar e organizar grupos de educação para a saúde;
?? promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
?? fomentar as participações populares, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
?? incentivar as participações populares, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, direito à saúde e as suas bases legais;
?? incentivar a participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
?? auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

As atribuições específicas de cada profissional são:

?? Médico: Atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve, com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população;
?? Enfermeiro: supervisiona o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio;
?? Auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária;
?? Agente Comunitário de Saúde: faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

1.2.2 Ações desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família

A Norma Operacional de Assistência à Saúde-2002 especifica as ações de atenção básica mínimas a serem desenvolvidas pelos serviços de atenção primária, com prioridade de algumas ações programáticas para patologias especificas (hipertensão, diabetes, tuberculose hanseníase) e grupos específicos: saúde da mulher e da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O programa de família é apresentado como porta de entrada do sistema local de saúde, assumindo a responsabilidade pela atenção integral da população que reside na sua área de atuação (com atendimento à demanda espontânea e programática) e reorganizando as ações e os serviços dos demais níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, BARBOZA; FACOLLI, 2005).

1.2.3 O Programa Saúde da Família no Município de São Paulo

A implantação do Programa Saúde da Família no Município de São Paulo ocorreu em 1996, com características distintas da maioria dos municípios brasileiros. Esta se estabeleceu por meio de convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde e entidades filantrópicas já consagradas na prestação de serviços na área de saúde, com o apoio do Ministério da Saúde.

A participação, naquele momento, apenas da SES - Secretaria Estadual de Saúde, sem nenhuma intervenção municipal, era decorrente da opção do Município de São Paulo pelo Plano de Assistência à Saúde, que privatizou os serviços assistenciais para cooperativas médicas.

O Município de São Paulo não estava habilitado em nenhuma modalidade de gestão, não recebendo o repasse do Ministério da Saúde para efetivar a municipalização dos serviços de saúde. Havia no município uma grande heterogeneidade na rede de serviços de atenção primária, com cerca de 200 unidades básicas estaduais e 190 unidades básicas municipais, funcionando com modelos assistenciais distintos sem nenhuma articulação.

O Projeto de Saúde da Família, que posteriormente foi denominado Projeto QUALIS - Qualidade Integral à Saúde, foi implantado no início do ano de 1996, em nove unidades, localizadas na zona Leste da cidade de São Paulo, por convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde, o MS - Ministério da Saúde e a CSSM - Casa de Saúde Santa Marcelina, compreendendo os distritos da Penha, Vila Formosa, Itaquera, Itaim Paulista e Guaianases (FRANCÉ, 2005; CAPOZZOLO, 2003,CAPISTRANO, 1999, GOLDBAUM et al, 2003).

A Casa de Saúde Santa Marcelina já era parceira da Secretaria Estadual de Saúde num projeto anterior, iniciado em 1988, denominado Programa de Consultórios de Médico da Família, baseado no modelo cubano, cuja equipe era formada por um médico e um auxiliar de enfermagem, responsáveis por 400 famílias residentes na área de atuação. A experiência foi encerrada devido à dificuldade de fixar profissionais médicos na região (CAPOZZOLO, 2003).

Houve uma mobilização dos profissionais remanescentes do programa, gestores de saúde e associações comunitárias para a implantação do Programa Saúde da Família nessa região de São Paulo, que, com o apoio das esferas estadual e federal, resultou na implantação do QUALIS em 1996 (FRANCÉ, 2005).

Posteriormente, outras organizações (OSEC - Organização Santamarense de Educação e Cultura, Associação Congregação Santa Catarina e Fundação Zerbini) firmaram convênios com a Secretaria Estadual, expandindo o QUALIS para outras regiões do município.

Em junho de 2001, extinguiu-se oficialmente o modelo cooperativo do PAS - Plano de Atendimento à Saúde. No processo de municipalização dos serviços de saúde, o número de unidades de saúde disponíveis no Município de São Paulo passou de 74 para 557, incluindo ambulatórios, postos de saúde, prontos socorros e hospitais e 217 equipes de saúde da família. Dos 15 hospitais públicos municipais, 14, que estavam sob responsabilidade do PAS, foram integrados à rede municipal (PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO, 2004).

No mesmo ano, foram estabelecidas 10 parcerias na implantação do PSF no Município de São Paulo, com instituições de ensino e pesquisa sem fins lucrativos, que assinaram convênios com o município.

As instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde desde 2001 são: Casa de Saúde Santa Marcelina, Organização Santamarense de Educação e Cultura OSEC, UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, Associação Comunitária Monte Azul, IAE - Instituto Adventista de Ensino, Associação Saúde da Família /Fundação Zerbini, Associação Congregação Santa Catarina, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein , Santa Casa de São Paulo e Fundação Faculdade de Medicina da USP (PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO, 2004).

As instituições que possuíam convênio firmado com a Secretaria Estadual firmaram convênio com a Prefeitura de São Paulo em 2001.

Figura 3 – Distribuição das Instituições Parceiras do Programa Saúde da Família por Coordenadoria de Saúde no Município de São Paulo
Fonte: Ceinfo, 2005.

A implementação do PSF em grandes Centros urbanos apresenta características distintas das observadas em municípios de menor porte. Esse fato decorre da grande incorporação e

capacidade tecnológica existente nos Centros Urbanos, que possuem uma dinâmica própria. (ELIAS; BOUSQUAT; NAKAMURA, 2004).

Considera-se como fator complicador à implementação do PSF a existência de uma estrutura de atenção básica anterior. A coexistência de dois modelos assistenciais distintos gera atritos prejudiciais à integração dos serviços (ELIAS; BOUSQUAT; NAKAMURA, 2004; SENNA; COHEN, 2002).

Um estudo de caso sobre a implementação do PSF no Município de São Paulo investigou a percepção dos gestores quanto à interação entre esse modelo assistencial e Unidade Básica Tradicional (baseado no atendimento da demanda por profissionais especialistas nas grandes áreas: Clinica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria). Alguns gestores declararam que o modelo “antigo” era insuficiente para o adequado atendimento da demanda e que a existência de modelos denominados híbridos era inviável (ELIAS; BOUSQUAT; NAKAMURA, 2004).

1.3 Organização da Rede de Serviços

Vários estudos indicam a necessidade crescente de articulação da demanda entre níveis de atenção no sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; WHO, 1999; ARTEGA; ASTORGA; PINTO, 2002).

A integração da atenção primária à rede é condicionada pela organização prévia do sistema municipal, autonomia de ação do gestor municipal para integrar a rede, condição de habilitação do município, proporção de unidades da rede SUS no território sob gestão municipal, disponibilidade de recursos e proporção de serviços públicos e privados (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2002).

Parte-se do principio de que um sistema compreende diversas instituições que se relacionam de forma articulada e organizada, pressupondo-se a oferta de assistência integral (prevenção, curativa e reabilitação), com fluxos definidos e ordenados espacialmente, de modo compatível com a demanda populacional de cada território (CAMPOS, 2003; ELIAS, 2003).

Usualmente, infere-se a classificação dos níveis de atenção por meio das cargas tecnológica, material e intelectual contidas nos serviços de saúde. Dessa maneira, os níveis são classificados em primário, secundário e terciário, de acordo com a concentração desses atributos (tecnológicos e intelectuais) nas instituições. Tal classificação, baseada nos locais de atendimento, agrupa os níveis de atenção em três tipos: hospitais especializados, hospitais de distrito e centros de saúde (ELIAS, 2003).

Essa classificação é usualmente representada por uma pirâmide, em que os níveis são hierarquizados de acordo com seu grau de complexidade. Segundo Mendes (2004), essa visão piramidal do sistema de saúde inspirou a organização mais recente proposta pela NOAS 01/02, que parte da atenção primária à saúde (menos complexa), culminando na atenção de alta complexidade.

O mesmo autor chama a atenção para as interpretações errôneas que decorrem do enfoque dado pela NOAS 01/02, uma vez que esta classifica os processos da atenção básica como de menor complexidade, se comparado aos demais níveis hierárquicos.

A atenção primária exige um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades muito mais amplas do que a solicitada nos outros níveis de atenção, exigindo do profissional da atenção primária interação constante com os usuários do serviço, responsabilização pela saúde do individuo, resolução da maioria da demanda recebida (cerca de 85%) e, quando necessário, coordenação das referências e contra referências para os outros níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A maior incorporação tecnológica envolvida nos procedimentos de média e alta complexidade faz com que esses tipos de serviços sejam certamente mais custosos, porém não mais complexos, chamando a atenção para as “conseqüências desastrosas” do uso desse termo, estabelecendo um risco de “banalização” da atenção primária com uma representação reducionista (MENDES, 2004).

Os custos crescentes do setor saúde, aliados às diferenças de estrutura regionais, levam os sistemas de saúde a buscar estratégias para garantir a integralidade de serviços à população, a custos aceitáveis (Canadá *allocation*). Essa estratégia, denominada regionalização, possui

características distintas em vários países, principalmente no que diz respeito à instituição gestora. O Brasil optou pela municipalização dos serviços de saúde, mantendo como maior instância gestora o município, com a participação das esferas estadual e federal em algumas competências.

O grau de autonomia de gestão dos recursos de cada município é dado pela estrutura de serviços de cada instância municipal, fato que desfavorece municípios com menor capacidade, promovendo discussões para melhores formas de cooperação intermunicipais, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde (NICOLETTO; CORDONI; COSTA, 2005; LIMA, 2000).

Os centros urbanos, em sua grande maioria, possuem autonomia política e administrativa para gerir seus sistemas locais, embora haja sobreposição de algumas competências entre as esferas municipal e estadual, fato que provoca atritos na coordenação do sistema municipal como um todo (ELIAS, 2003).

A natureza jurídica dos prestadores de serviços na instância municipal é outro fator que dificulta a integração entre os serviços, pois se identifica na realidade nacional um grande *mix* de prestadores públicos e privados, com distintas formas de financiamento e relações contratuais, fazendo-se necessárias novas formas de planejamento com visão integradora (CAMPOS, 2003; HEIMANN, 2005 a).

1.4 Coordenação Entre os Níveis de Atenção à Saúde

O conceito de coordenação é “a relação entre elementos que funcionam de modo articulado dentro de uma totalidade ordenada” (FERREIRA, 2004). Quando transportada para o setor saúde, coordenação significa a conexão entre serviços distintos, ou entre processos no interior de um mesmo serviço, com o objetivo de assegurar a provisão de todos os procedimentos e informações necessárias para o efetivo cuidado do paciente (IOM, 1996).

A coordenação assistencial é imprescindível para o atendimento integral com qualidade durante o trajeto do cuidado. Observa-se que essa coordenação é deficitária na prática,

resultando na fragmentação da assistência, trazendo vários malefícios, principalmente para a continuidade de atenção do usuário.

Os conceitos de continuidade e coordenação são dependentes, segundo a *Canadian Health Research Foundation* (CHRF, 2002). O conceito de continuidade pode ser dividido em três partes: continuidade de informação (disponibilidade e interpretação de informações sobre o paciente); continuidade de relação (tempo de relação do paciente com o mesmo profissional) e continuidade de gestão (provisão de serviços em diferentes níveis de atenção de maneira complementar, de acordo com a necessidade do paciente).

A crescente incorporação tecnológica (custos crescentes) e a mudança no perfil de morbidade da população (maior expectativa de vida com conseqüente aumento da prevalência de doenças crônicas) demandam cada vez mais dos gestores de saúde atitudes para promover a coordenação dos serviços, no sentido de assegurar a continuidade e integralidade da atenção à saúde. (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

As estratégias para aprimoramento da coordenação podem ser classificadas em duas dimensões: estrutural (capacidade para desenvolvimento das atividades de coordenação) e processual (desempenho dos profissionais nas atividades de coordenação).

Os sistemas de serviços de saúde, geralmente, oferecem poucos incentivos para a coordenação entre os níveis de atenção, vez que as organizações provedoras dos serviços funcionam como compartimentos isolados, sem alinhamento de objetivos e organizados em estruturas hierárquicas distintas (MENDES, 2004; ELIAS, 2003; HARTZ; CONTRADIOPOULOS, 2004).

Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se em três pontos: estrutural (modificação das fronteiras das organizações), clínico (modificações nas práticas profissionais) e cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações), sendo indispensável o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação para assegurar a integração de serviços no *continum* assistencial do paciente (MENDES, 2004; HARTZ; CONTRADIOPOULOS, 2004).

Alguns estudos brasileiros apontam a deficiência da coordenação assistencial como grande obstáculo para a integralidade da atenção, recomendando que ações devam ser tomadas para aprimoramento da coordenação entre os níveis de atenção (CAPOZZOLLO, 2003; MINISTÉRIO DA SAUDE, 2002).

Para o adequado planejamento da rede assistencial, é imperativo que o gestor conheça as necessidades de referência de sua população, com o estabelecimento de fluxos e percursos definidos entre os níveis de atenção, conjuntamente com mecanismos que assegurem a articulação entre os serviços durante o percurso assistencial. Para tanto é necessária a disponibilidade de informações sobre as demandas por assistência, assim como as causas das variações da demanda (GIOVANELLA; MINISTÉRIO DA SAUDE, 2002; WHO, 2004).

1.5 Origens das Referências entre os Níveis de Atenção

Como já referido, os serviços de atenção primária não possuem capacidade resolutiva para todas as necessidades dos pacientes, estimando-se que cerca de 10 a 15% necessitam de encaminhamento para outros níveis de atenção (O'DONNELL, 2000).

Uma referência é considerada adequada quando atende às necessidades do paciente, dentro de um tempo oportuno, com eficácia e eficiência (COULTER, 1998). As referências originam-se pelos mais diversos motivos, como demonstra o quadro abaixo.

Diagnóstico
Investigação
Tratamento
Acompanhamento com o especialista
Segunda opinião
Pedido do paciente
Compartilhamento do risco (principalmente no tratamento de casos mais complexos)
Deterioração da relação com o médico generalista
Prevenção de processos judiciais

Quadro 1 - Principais motivos para encaminhamento a especialistas

Fonte: Coulter, 1998.

As variações do número de encaminhamentos do nível primário para o secundário podem possuir como causas vários fatores. Alguns estudos relatam como determinantes das variações: a formação do profissional médico de atenção primária, a organização da estrutura dos serviços e as diferenças de morbidade da população (FORREST et al, 2002a; FORREST et al, 2002b; O' DONNELL, 2000).

Outro estudo sugere que os fatores que mais influem nas variações das taxas de referência para especialidades estão mais relacionados com: características do paciente (40%), práticas profissionais e características do médico generalista (10%). A disponibilidade dos serviços com especialidades afeta as taxas de encaminhamentos, porém sua influência ainda é desconhecida (O' DONNELL, 2000).

Um estudo conduzido com 141 médicos de família investigou a tomada de decisão para referências a outras especialidade. De 34.519 consultas analisadas, 2.534 (5,1%) geraram referências a especialistas. Dentre essas, 52,1% tiveram como motivo principal do encaminhamento diagnóstico e aconselhamento, 25,9% para tratamento contínuo com o especialista, 37,8% por procedimentos cirúrgicos e 13,6% a pedido do paciente. Observou-se mais de um motivo para encaminhamento, em média cada encaminhamento tinha 1,8 motivo. Cinco especialidades somavam 76% do total de referências: Cirurgia (45,4%), especialidades médicas (31,0%), profissionais não médicos (12,1%), ginecologia e obstetrícia (4,6%), profissionais de saúde mental (4.2%) e outras especialidades (2.0%). Os médicos de família encaminhavam os pacientes para o mesmo especialista em 86,2% das referências, o principal motivo para encaminhamento para o mesmo especialista era o conhecimento pessoal do especialista (FORREST et al, 2002a).

A determinação das taxas de referência é um importante instrumento para os gestores dos sistemas de serviços de saúde, pois lhes fornece informações para planejamento e avaliação da estrutura organizacional dos serviços (SOBOLEV, 2004).

Alguns autores (COULTER,1998; MS, 2002) questionam a utilização das taxas de referência para gestão, pois algumas variáveis relacionadas à estrutura e ao desempenho dos serviços de saúde são interferentes importantes na formação do indicador, sendo de difícil mensuração (influência das listas de espera, indicações para referência desnecessárias).

Uma estratégia descrita na literatura para administração adequada das taxas de referência é a operacionalização de auditorias nas solicitações de referências, pois estas produzem informações mais precisas sobre os motivos do encaminhamento Essa ação pode ser potencializada com a introdução de *guidelines* para sistematização do trabalho do auditor (RUDD et al, 2001 ECCLES et al; 1996).

As variáveis psicológicas intrínsecas ao profissional médico são outro fator determinante para as variações nas taxas de encaminhamento. A falta de segurança para condução de alguns casos, por exemplo, gera um aumento nas taxas de encaminhamento. Alguns autores atribuem essas variáveis à formação do profissional e sugerem estratégias de reformulação de programas na graduação da profissão, capacitações dos profissionais generalistas e formulação de *guidelines* (O' DONNELL, 2000).

1.6 Integração dos Serviços

O percurso do paciente no trajeto assistencial é dependente da articulação entre serviços e profissionais atuantes com uma estrutura administrativa que proveja essa articulação entre os níveis de atenção (STARFIELD, 2004).

A organização dos fluxos entre os níveis de atenção necessita de um adequado planejamento, baseado nas necessidades de uma população e de uma estrutura administrativa que permita essa articulação, a qual deve prover meios para o encaminhamento para os outros níveis de atenção, que consistem no componente estrutural da coordenação (centrais de marcação de consultas especializadas e exames diagnósticos), assim como assegurar a transferência de informações entre profissionais (prontuários médicos, normas para transferência de informações, sistemas de informação e ações para melhorar a cooperação entre profissionais da atenção primária e secundária) (STARFIELD, 2004; COULER,1998; KOOPMAN; MAY, 2004).

1.6.1 Operacionalização dos fluxos

A operacionalização dos fluxos é realizada através de centrais de marcação de consultas ambulatoriais e exames especializados e centrais de regulação de internações. A informatização desses processos produz mudanças significativas nos processos de trabalho e na gestão do sistema (CAMPINAS, 2004; MS, 2002).

Na experiência de informatização dos processos de marcação de consultas e exames pela Secretaria Municipal de Campinas, foi registrada a melhora da qualidade através da redução de perdas de consultas, de 25% para 5 % em alguns meses de funcionamento do sistema. Foram relatadas como principais funcionalidades do sistema: geração de agendas de especialistas, gerenciamento de cotas, transação de agendamento e módulos de gestão e relatórios (CAMPINAS, 2004).

As informações geradas por sistemas informatizados permitem aos gestores tomadas de decisão mais precisas para planejamento, monitoração e avaliação dos processos de referência e contra referência (CAMPINAS, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; TOMASI et al, 2003).

Um estudo de avaliação da implementação do PSF ressaltou a diferença observada em centros urbanos que implementaram sistemas informatizados, relatando maior agilidade nos processos, mas sublinhou que somente a existência de Centrais de Marcação não garante o acesso aos outros níveis de atenção e que, para assegurar a integralidade na provisão de serviços, é também necessária uma adequada rede de média e alta complexidade para responder à crescente demanda referenciada da atenção primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Alguns estudos relatam que o aumento de acesso aos serviços de atenção primária reduz a demanda por atendimentos hospitalares, porém essa lógica não é obedecida para consultas ambulatoriais a especialistas, sendo que o aumento de acesso na atenção primária é diretamente proporcional ao aumento da demanda por consultas especializadas (COULER, 1998; O'DONNELL, 2000).

Logo, o planejamento dos serviços de atenção primária necessita de alinhamento com os serviços de nível secundário, para assegurar a integralidade da atenção.

1.7 Comunicação e Interação entre Profissionais dos Níveis de Atenção Primária e Secundária

A continuidade assistencial prevê uma continuidade de informações sobre o paciente durante o percurso assistencial, seja no interior de um mesmo serviço (transferência de informações entre a equipe multiprofissional), ou na relação com serviços externos (encaminhamentos a outros serviços, consultas especializadas e exames diagnósticos) (STARFIELD, 2004; MCCORMICK, 1994).

> (...) a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2004).

Os métodos mais convencionais para transferência de informações são os prontuários (tradicionais ou eletrônicos), que permitem a continuidade da informação pela equipe de profissionais. Os problemas verificados no uso de prontuários reside no reconhecimento e utilização das informações pelos profissionais. Algumas ações, como, por exemplo, a adição de lista com o elenco dos principais problemas referidos ao prontuário, aumentam o reconhecimento e a utilização da informação A utilização de prontuários impressos, também, tem impactos positivos.

As informações produzidas durante o atendimento em serviços externos consistem no maior problema na continuidade da informação, pois, muito freqüentemente, não são registradas nos prontuários, geralmente em decorrência de uma insatisfatória comunicação entre profissionais da atenção primária e secundária, como confirmam alguns estudos (GANDHI, 2001).

É importante considerar que a intensidade da transferência de informação depende do motivo do encaminhamento. Por exemplo, quando é apenas necessária uma consultoria para aconselhamento, orientação ou intervenção de curto prazo, a comunicação com profissional

de atenção primária precisa apenas resumir a natureza das recomendações ou atenção prestadas, sendo que a informação que retorna do especialista consiste em instrução especial necessária para que os profissionais de atenção primária reassumam a atenção continuada (COULER, 1998; STARFIELD, 2004; GUPTA, 2004, PARKETON; SMITH; STRALEY, 2004).

Um estudo realizado pelo Departamento de Hematologia de Oxford considerou a hipótese de retorno de informações aos profissionais solicitantes do encaminhamento através de carta de recomendações (sem a consulta pessoal do paciente). Foram selecionados 274 encaminhamentos para o setor (a maior parte possuía resultados de exames já realizados), sendo excluídos os casos que sugeriam intervenções mais urgentes (biópsias de medula, sugestões de malignidade). Um consultor da área enviou respostas para um total de 121 solicitações de encaminhamento, que continham orientações para maiores investigações (quando necessário), ou orientações para tratamento e condução do caso. Após o envio das orientações, foram enviados questionários aos médicos solicitantes para avaliação do mecanismo de transferência de informações. Do total de 121 enviados, retornaram 104, dentre os quais 101 médicos consideraram a resposta escrita aceitável, 103 avaliaram a informação fornecida como suficiente. Segundo a percepção dos médicos, 72 pacientes ficaram satisfeitos com a condução. Do total das respostas enviadas, somente 5 pacientes foram referenciados novamente. Os autores consideram que esse sistema não pode ser generalizado para todas as especialidades, mas concluem que, para esse caso específico, trata-se de uma boa alternativa para agilizar as referências em Hematologia (TSO; HARRIS; LITTLEWOOD, 2004).

Quando a referência possui como objetivo o manejo contínuo de um problema especifico, o desafio da coordenação é maior, pois requer um diálogo contínuo entre os dois níveis de atenção. O quadro torna-se mais complexo à medida que mais profissionais são envolvidos no manejo do paciente (STILLE, 2005, FRANCO, 2004).

Uma pesquisa com médicos generalistas britânicos revelou que as referências solicitadas eram classificadas em: tratamentos específicos ou procedimentos cirúrgicos (36%), investigação de diagnósticos específicos (35%), aconselhamento sobre o manejo (15%), confirmação de diagnóstico (4%) e transferência de longa duração da responsabilidade da atenção primária para a atenção especializada (10%), concluindo que a grande maioria de encaminhamentos

está relacionada a serviços de consultoria de curta duração Coulter et al, 1989 (apud STARFIELD, 2004).

Algumas estratégias são desenvolvidas para pacientes com necessidade de manejo contínuo. São os denominados protocolos compartilhados ou *integrated care pathways*, em que são determinados os fluxos assistenciais, assim como as competências dos profissionais envolvidos, porém verifica-se pouca aderência dos profissionais a esse tipo de protocolo (KVAMME, 2001; STILLE, 2005; SALEEM et aL, 2005).

Um estudo (FORREST et al, 2000) relata que os entraves na comunicação entre especialistas e médicos da atenção primária estão relacionados com a qualidade da informação e com a disponibilidade das informações em tempo oportuno. Nesse *survey*, realizado nos Estados Unidos, 63% dos médicos generalistas e 35% dos especialistas consideravam a troca de informações insatisfatória. Foi, ainda, observado que 68% não recebiam as informações adequadas para a referência especifica e 25% dos médicos da atenção primária relataram que não receberam nenhuma informação quatro semanas após a consulta ao especialista.

A adequada transferência de informações entre especialistas e médicos da atenção primária aumenta a satisfação dos médicos generalistas. O aumento da satisfação foi relacionado com qualquer forma de feedback do especialista (telefone, carta, e-mail), sendo que os elementos da contra- referência relacionados com maior qualidade foram: descrição detalhada da história do paciente, sugestões para condução do tratamento e compartilhamento do caso (GANDHI, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1999b) sugere que para aprimorar a cooperação entre médicos da atenção primária e secundária, os sistemas de serviços de saúde devem estimular a participação de médicos de atenção secundária nas práticas de atenção primária, através de educação continuada, e melhorar o acesso dos profissionais de atenção primária nos hospitais.

As formas para melhorar a colaboração entre os profissionais podem se dar através da criação de policlínicas, como no modelo inglês, em que os profissionais interagem no mesmo espaço, facilitando a realização de interconsultas, além de melhorar o acesso aos pacientes. Outra forma observada é a criação de equipes de especialistas que atuam *in loco* nas clínicas de

atenção primária, promovendo atividades de capacitação e educação continuada (WHO, 1999b; KOOPMAN, 2004, BAZTÁN; GIL; ANDRÉS, 2000, MASCARÓ, 2002).

Em Niterói, o Programa Médico da família promove a interação dos médicos da atenção primária com uma equipe interdisciplinar de especialistas, composta por pediatras, gineco-obstetras, clínicos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e especialistas. Tal equipe exerce a função de gerenciar todos os módulos do Programa Médico da Família, fornecendo suporte e supervisão periódica, realizando visitas a consultórios, interconsultas, planejamento das atividades em conjunto com as equipes de atenção primária e desenvolvimento de treinamentos com educação continuada (SENNA, 2002).

1.7.1 Avaliação da Coordenação

Os estudos de avaliação da coordenação encontrados na literatura são freqüentemente voltados para avaliação de programas para patologias especificas (STILLE et al; POGACH et al; KIM et al).

Alguns instrumentos foram desenvolvidos para a avaliação de alguns aspectos da coordenação correlacionados com a continuidade da atenção (CHRF, 2002). É importante considerar a avaliação da percepção do paciente sobre o processo do percurso assistencial, que se constitui num importante indicador para a *performance* dos serviços de saúde (PRESTON, 1999).

O instrumento (anexo I) que será utilizado no presente estudo, avalia a coordenação como uma dimensão da atenção primária, como será descrito a seguir.

1.7.1.1 PCAT - *Primary Care Assesment Tool*

O instrumento de avaliação da capacidade e desempenho dos serviços de atenção primária – *Primary Care Assesment Tool* - foi desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins em 1998 nas versões para usuários (adulto e infantil) e provedores dos serviços (STARFIELD, 2004),

validado em paises industrializados como os Estados Unidos e Canadá (MACINKO et al, 2003; CHUM, 2004, LEIYUSHI ; STARFIELD; XU, 2001).

O instrumento contempla as dimensões dos serviços de atenção primária proposta por Starfield (2004): acessibilidade, porta de entrada, vínculo ou longitudinalidade, elenco de serviços ou integralidade, coordenação ou integração dos serviços, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional (MACINKO et al, 2003).

Cada dimensão é relacionada a um determinado número de ações específicas na prática clínica, saúde pública ou implementação de políticas de saúde. Essas ações foram selecionadas segundo seu potencial para melhorar a efetividade da atenção primária, sendo baseadas nas experiências encontradas na literatura (STARFIELD, 2004; MACINKO et al, 2003).

A validação brasileira do instrumento foi realizada na cidade de Petrópolis (RJ), e alguns indicadores foram modificados em relação ao instrumento original, para melhor refletir o contexto brasileiro. Para o presente estudo, foi analisada a **Dimensão Coordenação** do instrumento. A estrutura do instrumento permite a análise das dimensões separadamente (MACINKO; ALMEIDA;OLIVEIRA, 2003; MACINKO et al, 2004).

1.8 Universo Estudado - Coordenadoria Regional de Saúde Leste do Município de São Paulo

1.8.1 Estrutura Administrativa

A organização administrativa dos serviços de saúde no Município de São Paulo, desde sua re-inserção no Sistema Único de Saúde em 2001, passou por uma série de mudanças, direcionadas à descentralização político-administrativa, dentre as quais destacam-se: a criação e implantação das Subprefeituras (Lei nº 13.999/2002); a subseqüente consolidação das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras, como gestoras do SUS em sua área de atuação territorial (Lei nº 45.137/2004); e, mais recentemente, a instituição das coordenadorias

regionais de saúde, como gestoras do Sistema Único de Saúde, por meio do decreto 46.269/2005. As coordenadorias regionais de saúde estão ligadas diretamente à secretaria municipal de saúde e possuem a seguinte estrutura organizacional: Assessoria Técnica de Planejamento, Avaliação e Planejamento, Assistência técnica, Assistência jurídica, Supervisão de Administração e Finanças, Supervisão de Vigilância em Saúde, e Supervisão Técnica.

As Supervisões Técnicas de Saúde, antigas coordenadorias de saúde das Subprefeituras, totalizam, atualmente, 24 supervisões no Município de São Paulo e são responsáveis pela administração das Unidades de Saúde.

As Coordenadorias Regionais de Saúde estão divididas em: Leste, Sudeste, Centro-Oeste, Sul e Norte, sendo que a Coordenadoria Leste, de interesse para este estudo, compreende as seguintes Supervisões de Saúde: Itaquera, São Mateus, Itaim Paulista, Cidade Tiradentes, Guaianases e Ermelino Matarazzo e São Miguel. Sua distribuição é ilustrada na figura seguinte (Figura 1).

1.8.2 Características populacionais

Com uma população de 2.396.940 habitantes, a região leste constitui a terceira região mais populosa do Município de São Paulo, sendo precedida apenas pelas regiões Sul e Sudeste, em número de habitantes. O seu crescimento populacional é de 2,02 % ao ano, o dobro dos números correspondentes ao município (1,01% ao ano), sendo considerada, portanto, uma região jovem, na qual 38% da população é formada por crianças e adolescentes – o percentual de crianças e adolescentes do município é de 32,6%. Por outro lado, a população idosa da região corresponde a 6,3% de sua população total, percentual abaixo do observado para o Município de São Paulo (10%).

A população da Região Leste é a que apresenta o menor nível de escolaridade e a menor renda individual do Município de São Paulo. Em relação ao nível de escolaridade, apenas 5,4% dessa população estudou mais do que 12 anos, num município onde 19,5% da população estudou o mesmo período. Cerca de 23,3% dessa população possui até três anos de estudo,

enquanto a média municipal é de 17,2%. No que diz respeito à renda, 43,3% das pessoas recebem mensalmente menos do que R$ 400,00 e apenas 1,1% possuem uma renda superior a R$ 2.660,00 mensais. No Município de São Paulo, 35,3% da população possui renda mensal inferior a R$ 400,00, e 3,4%, superior a R$ 2.660,00 (Boletim CEinfo 2004).

1.8.3 Estrutura dos Serviços

A rede de serviços da região Leste é composta por várias organizações públicas e privadas, conforme ilustrado na tabela seguinte (Tabela 1). Segundo Heimann e Mendonça (2005b), 9,2% dos atendimentos ambulatoriais em São Paulo são prestados por estabelecimentos contratados ou conveniados, sendo que 51% destes estabelecimentos são de natureza privada com fins lucrativos, e 49%, sem fins lucrativos (direito publico).

Os estabelecimentos que prestam atendimento de nível secundário são: ambulatórios de especialidades, hospitais municipais e estaduais, organizações sociais de saúde, hospitais filantrópicos, além de outros prestadores conveniados para serviços de apoio diagnóstico e reabilitação.

Os principais estabelecimentos prestadores de serviços de atenção primária são as unidades básicas de saúde municipais, que podem ser de três tipos assistenciais:

1) Unidades Básicas Tradicionais (atendimento da demanda espontânea, equipe formada pelas três grandes áreas: Ginecologia e Obstetrícia, Clinica geral e Pediatria);
2) Unidades Básicas com o Programa Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários;
3) Combinação dos tipos anteriormente citados, ou seja, Unidades Básicas Tradicionais que coexistem com o Programa Saúde da Família, que será denominado de Unidades Mistas para melhor compreensão.

O documento norteador *Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população* considera que a missão da UBS - Unidade Básica de Saúde, independentemente da estratégia de sua organização, é “fomentar e desenvolver ações e serviços, no sentido de intervir no

processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida" (SÃO PAULO, 2005).

A única parceira no PSF da Região Leste é a Santa Casa de Saúde Santa Marcelina, que já possui um longo histórico na região, como já mencionado.

Tabela 1 - Estrutura de Serviços da Coordenadoria Regional de Saúde Leste

Dados de Estrutura de Serviços	Região Leste	São Paulo
Nº de Hospitais que atendem SUS	8	79
Nº de Unidades Básicas de Saúde	102	382
Nº de Unidades Especializadas Municipais	31	135
% Cobertura PSF	26,3	22,1
% Cobertura PSF (usuários SUS)	41,9	41,1
% Cobertura Programa de Agentes Comunitários	2	7,3
% Cobertura Programa de Agentes Comunitários (usuários SUS)	3,2	13,6
% Cobertura PACS + PSF usuários SUS	45,1	54,6

Fonte: Ceinfo, PMSP (2005).

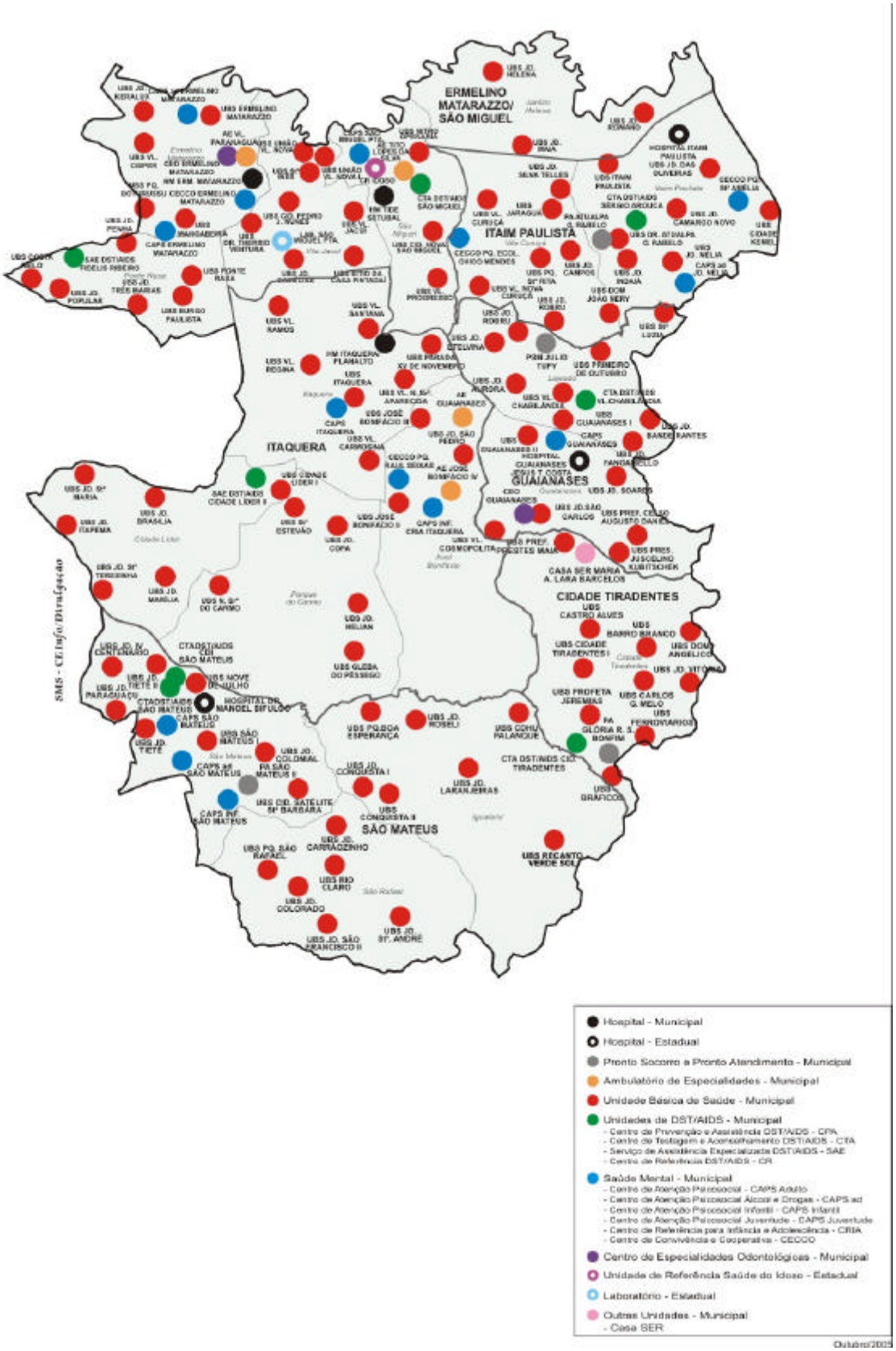


Figura 4- Coordenadoria Regional de Saúde Leste - Unidades de Saúde Municipais e Estaduais por Supervisão Técnica de Saúde
Fonte: Ceinfo, 2005.

1.8.3.1 Estrutura de serviços públicos por Supervisão Técnica de Saúde

Os serviços públicos estão dispostos em cada uma das Supervisões Técnicas de Saúde, em diferentes configurações, no que se refere à estrutura e à capacidade local (Anexo 1).

O percentual da população SUS-dependente é variável, como se pode observar na tabela seguinte (Tabela 2), sendo que esse é um critério adotado no planejamento dos serviços.

Tabela 2 – População dependente do SUS

Indicadores Demograficos	POPULAÇÃO	POP SUS DEPENDENTE (%)	AREA (Km^2)
Cidade Tiradentes	229.606	66,35	15,0
Ermelino Matarazzo	206.072	56,99	15,1
Guaianazes	274.950	66,43	17,8
Itaim Paulista	379.131	65,65	12,0
Itaquera	502.823	58,68	58,7
São Mateus	409.478	62,86	45,8
São Miguel	394.880	63,42	24,3
Total	2.396.940	100	
Fonte: TAB NET/CEINFO - População - PMSP - 2005			

1.8.4 Coordenação dos Serviços na Região Leste

A integração dos serviços, cujo objetivo é atender às necessidades locais de saúde da população, é realizada através de Fóruns de Pactuação entre as Supervisões Técnicas de Saúde, provedores de serviços e a Coordenadoria Regional de Saúde. A periodicidade desses Fóruns é mensal.

A Coordenadoria desempenha o papel “negociador” na organização de alguns serviços de atenção secundária, estabelecendo “cotas” de consultas a especialistas e exames diagnósticos para cada Supervisão Técnica de Saúde, baseando-se no número de população SUS-dependente de cada supervisão.

Essa organização permitiu que a quantidade de vagas fosse distribuída de forma mais homogênea entre as regiões, pois existem diferenças entre as estruturas disponíveis em cada um dos prestadores de serviços de nível secundário nas regiões das subprefeituras.

Esse fluxo obedece à seguinte seqüência: os provedores de serviços tornam disponíveis as vagas para a Coordenadoria, que, por sua vez, as repassa às Supervisões Técnicas, que, por fim, as oferece às Unidades Básicas de Saúde.

Cada Supervisão Técnica de Saúde possui uma central de marcação de consultas e exames na sua região, que pode ser contatada pela Unidade Básica de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde contata o paciente, fornecendo uma senha e informações sobre o agendamento firmado (data, local, nome do profissional ou serviço). No caso das provas diagnósticas, também são oferecidas orientações sobre a preparação necessária para cada exame.

Os profissionais da Unidade Básica de Saúde devem conhecer suas referências dentro do Sistema de Regulação para priorizar os encaminhamentos diante das necessidades. Algumas estratégias são desenvolvidas para a administração das filas de espera: para casos mais urgentes, por exemplo, o médico faz uma anotação diferenciada na ficha de referência, o que sinaliza o grau de prioridade daquele atendimento para o funcionário responsável. É, ainda, função da Unidade registrar todos os encaminhamentos para análise mensal (SÃO PAULO, 2005).

Recentemente, foi realizada uma avaliação dos pacientes atendidos nos ambulatórios de especialidades, verificando-se que muitos pacientes que realizavam acompanhamento nos ambulatórios de especialidade poderiam ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde. Foram, então, estabelecidas cotas de primeira consulta para algumas especialidades, visando à reorientação dos pacientes para as Unidades Básicas de Saúde e à ampliação do acesso a algumas especialidades.

Em alguns ambulatórios de especialidades, os médicos especialistas listaram os casos de maior prioridade para referência, assim como os exames que deveriam ser anexados à carta de referência, com o objetivo de priorizar os casos de maior necessidade e agilizar o processo assistencial.

O processo de marcação de procedimentos de Alta Complexidade e internação é centralizado na Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde. Tais procedimentos, geralmente são referenciados pelos ambulatórios de especialidades.

1.8.4.1 Disponibilidade de informações sobre o paciente

Segundo o Documento Norteador da Atenção Básica do Município de São Paulo, as informações contidas nos prontuários pertencem ao usuário, ou responsáveis legais, respeitando-se os preceitos éticos, ficando sob a guarda da Unidade Básica de Saúde, não podendo ser retirados sem autorização prévia. As Equipes de Saúde da Família, obrigatoriamente, devem ter prontuário familiar, os demais tipos de Unidade Básica de Saúde podem possuir prontuários individuais ou familiar.

As consultas de todos os profissionais da UBS devem ser registradas com letra legível, devendo seguir a normatização estabelecida pelos respectivos Conselhos Regionais. Todos os atendimentos e procedimentos (prescrições, solicitações e resultados de exames, curativos e visitas domiciliares) realizados devem ser devidamente registrados em prontuário, ou anexados ao mesmo quando as anotações forem feitas em outros impressos, devendo ser datados, assinados, carimbados com a especificação do nº do Conselho de Classe.

Devem ser mantidos nos prontuários de todas as Unidades de Saúde os seguintes documentos: fichas de evolução clínica, SIS pré-natal, Hiperdia, o relatório de visita do ACS e ficha de evolução clínica nos prontuários familiares das famílias cadastradas no PSF ou PACS.

1.8.4.2 Protocolos Disponíveis

Além dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde possui protocolos próprios para Saúde da Mulher (O Climatério em Suas Mãos, Síndromes Hipertensivas da Gestação) e Saúde da Criança (Caderno Temático da Criança) (SÃO PAULO, 2005).

1.8.4.3 Utilização dos serviços

O número médio de consultas observado nos estabelecimentos públicos da Zona Leste é de 2 a 3 consultas habitantes / ano. Observe-se que a maior porcentagem de consultas são as realizadas nos Serviços de atenção primária, que totalizaram 2.091.603 consultas no ano de 2004, conforme apresentado na tabela seguinte (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das consultas nos estabelecimentos públicos da Zona Leste, segundo tipo, 2004.

Tipos de Consulta	%
Atendimentos de Urgência e Emergência	15%
Urgência e Emergência Básica	12%
Urgência e Emergência por Especialidade	3%
Atenção Básica	63%
Especialidade	22%

Fonte: Ceinfo, 2004.

1.8.4.4 Objetivo Geral do Estudo

O presente trabalho buscou avaliar a integração entre serviços de saúde, à luz do instrumento PCAT - *Primary Care Assessment Tool*, na Região Leste do Município de São Paulo.

1.8.4.5 Objetivos Específicos do Estudo

1. Verificar as percepções dos diferentes profissionais de saúde relacionados à coordenação;
2. Analisar as ações de coordenação nas modalidades assistenciais (Unidade Básica Tradicional, Programa de Saúde da Família e Unidade Básica Tradicional com Programa de Saúde da Família);
3. Analisar a coordenação por área administrativa (Supervisões Técnicas de Saúde);
4. Avaliar a disponibilidade de informações de grupos específicos: gestantes e crianças;

5. Avaliar a disponibilidade de prontuários para profissionais e usuários;
6. Avaliar a freqüência das Atividades de Supervisão e Auditoria;
7. Avaliar a freqüência da existência de normas especificas para encaminhamentos a outros níveis de atenção;
8. Avaliar o fluxo de informações entre os profissionais dos níveis primário e secundário.

1.9 Referencial Teórico

Para a construção do referencial teórico, presente na introdução deste trabalho, foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Bireme - Biblioteca Regional de Medicina, em busca de artigos indexados nas bases MEDLINE, LILACS, considerando basicamente os seguintes termos: *coordination, health services, health care, primary care, referral, evaluation* os quais também foram pesquisados nas bases de dados do PROQUEST e da EBSCO.

Outras fontes de informações consideradas foram: *home pages* de organizações de saúde, ou similares, tais como: WHO - *World Health Organization*, OPAS - Organização Panamericana de Saúde, MS - Ministério da Saúde, SES-SP - Secretaria Estadual de Saúde, SMS-SP - Secretaria Municipal de Saúde; periódicos brasileiros, tais como: Ciência & Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Saúde em Debate, Revista de Saúde Pública; livros-texto de notória importância para este estudo; documentos técnicos oficiais obtidos junto aos órgãos governamentais; teses e dissertações relacionadas ao tema abordado no estudo, pesquisados em bibliotecas de instituições acadêmicas.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Alguns critérios de seleção foram aplicados à amostra de unidades básicas de saúde e aos informantes de cada unidade, de acordo com o plano de análise estabelecido, seguindo algumas etapas:

- ?? Seleção dos estabelecimentos prestadores de serviços de atenção primária;
- ?? Seleção da categoria profissional dos informantes;
- ?? Seleção dos informantes.

Esses critérios foram definidos pela equipe da Pesquisa PROESF/CEDEC.

2.1 Critérios de Seleção

2.1.1 Seleção das Unidades Básicas de Saúde

Para selecionar a amostra de unidades básicas, foram consideradas as unidades básicas que prestam unicamente serviços de atenção primária, excluindo-se os estabelecimentos que realizam atendimentos vinculados a programas específicos. De um total de 107 unidades, foram selecionadas 102 unidades.

2.1.1.1 Seleção da categoria profissional dos informantes

Sendo o objetivo do presente trabalho realizar um estudo comparativo entre as modalidades assistenciais existentes no universo em questão, foram selecionados profissionais comuns a todas as Unidades Básicas de Saúde: gerentes da unidade, médicos e enfermeiros, com o objetivo de contemplar, tanto a visão técnica, quanto a visão administrativa acerca do objeto estudado.

2.1.1.2 Seleção dos informantes

Gerentes: Cada Unidade Básica possui um único gerente, sendo esse o selecionado.

Enfermeiros e médicos: Os profissionais foram sorteados aleatoriamente, a partir de uma lista fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos de cada unidade. Adicionalmente, foram sorteadas duas substituições para o caso de impossibilidade de participação do informante.

2.1.1.3 Critérios de exclusão do informante

O profissional foi substituído pela segunda alternativa do sorteio, nos casos de impossibilidade de resposta (férias, licença médica, transferência para outra unidade, entre outros), ou nos casos em que o tempo de serviço do mesmo na Unidade contabilizava menos de seis meses. Esses critérios foram conferidos via telefone.

Formas de preenchimento do instrumento: Foram oferecidas duas alternativas para o preenchimento do questionário: em papel (tradicional), ou por meio eletrônico, através do acesso à página www.raps.org.br. Sendo somente uma das formas de preenchimento necessária.

Operacionalização do Campo: A atividade do campo durou, aproximadamente, dois meses, compreendendo as seguintes etapas:

?? Conferência das informações relacionadas aos informantes;

?? Envio do material aos informantes;

?? Recolhimento dos questionários em papel.

Instrumento utilizado: Foi utilizado o instrumento PCAT - *Primary Care Assessment Tool*, cujas características foram mencionadas anteriormente.

Processamento dos questionários recebidos: As informações contidas nos questionários foram digitadas no software EPIDATA e processadas no programa SPSS 12.0

Validade do banco: Foi realizada conferência em cerca de 10% dos questionários digitados, sorteados aleatoriamente.

Seleção dos dados para análise: A unidade de análise escolhida para o estudo foi a Unidade Básica de Saúde (com ou sem Programa de Saúde da Família /Programa de Agentes Comunitários).

Como um dos objetivos do estudo é analisar as diferentes percepções dos profissionais envolvidos no processo assistencial, considera-se que toda unidade analisada deveria, obrigatoriamente, possuir a totalidade de informantes selecionados (cada unidade é representada por um médico, enfermeiro e gerente).

Classificação das modalidades das Unidades Básicas de Saúde:

- UBS - Unidade Básica Tradicional: Unidades com atendimento da demanda espontânea nas três grandes especialidades: Pediatria, Clínica Geral e Ginecologia e Obstetrícia;
- Unidade Básica PSF - Programa da Saúde da Família: estabelecimento com a estratégia do Programa de Saúde da Família;
- Unidade Mista (UBS+PSF): estabelecimento no qual coexistem os dois tipos: - Tradicional e Programa de Saúde da Família;
- Unidade Tradicional e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (UBS+PACS): Unidade Básica Tradicional com o programa de Agentes comunitários de saúde.

2.1.1.4 Metodologia de análise do instrumento

Para a consistência de resposta e escala, todos os itens agrupados e representados pelas dimensões foram representados por uma escala de 6 pontos Likert (0=nunca, 1=quase nunca, 2=algumas vezes, 3=muitas vezes, 4=quase sempre, 5=sempre). A soma das notas para a dimensão (depois da codificação apropriada) foi dividida pelo número de itens (valor médio) da dimensão coordenação (SELTIZZ, 1987; MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003).

A alternativa “não sabe/não respondeu” foi adicionada a cada item da dimensão. Segundo Leiyushi (2000), existem pelo menos 3 formas de codificar essa resposta: *missing value* - trata

essa resposta como perdida; *median value*- considera o valor 2,5 para cada resposta e *imputation method*- considera o valor médio das outras respostas da dimensão. Como todos os métodos produzem validade interna, adotou-se o método *missing value*, pois interessava qualificar e analisar esse tipo de resposta. A consistência interna do instrumento é relacionada com a quantidade de respostas "não sabe/não respondeu", sendo considerada mantida, quando pelo menos 60% dos itens são respondidos. Por esse motivo, foram retiradas da amostra analisada os questionários que não possuíam o número adequado de respostas.

2.1.1.5 Amostra analisada

Do total de 102 unidades básicas selecionadas para o estudo, 95 (93% do total de unidades enviadas) retornaram alguma resposta.

Como é, também, objetivo do estudo analisar as diferenças entre as percepções dos profissionais, foram analisadas, apenas, as unidades que possuíam a totalidade de informantes (médico gestor e enfermeiro). Aplicado esse critério conjuntamente com o critério de consistência interna (60% de respostas), obteve-se como resultado 80 Unidades Básicas de Saúde (Anexo 3), 79% do total de unidades enviadas, totalizando 240 questionários. Verificou-se uma menor perda na modalidade PSF.

Tabela 4 - Unidades excluídas da amostra

	UBS	**PSF**	**UBS+PSF**	**OUTRAS**	**TOTAL**
respondentes	46	34	13	2	95
retirados	9	4	2	0	15
amostra final	37	30	11	2	80
perda (%)	**19,57%**	**11,76%**	**15,38%**	**0,00%**	**15,79%**

Fonte: elaboração própria.

Com relação à perda por Supervisões Técnicas de Saúde, essa foi proporcional ao número existente de unidades em cada Supervisão.

Apesar do *n* ser bastante significativo, foi realizado um teste de homogeneidade de Kolmogorov-Smirnov (Anexo 4), constatando que a amostra era normal. (SELLTIZZ; WRIGHTSMAN, 1987).

2.1.1.6 Plano de Análise

Para análise das diferenças entre as médias encontradas, realizou-se um teste T pareado, processado no software SPSS, o qual compara as médias de duas variáveis que representam um mesmo grupo em situações diferentes ou relacionam grupos. Nesse caso, utilizou-se o teste para comparar médias entre as modalidades de UBS, supervisões e segundo avaliação dos profissionais, bem como as avaliações entre si. Um valor de P menor que 0,05 indica que há uma diferença significante entre os grupos comparados. Ainda, se o intervalo de confiança (IC) não contém o valor nulo (o que indica diferença igual a zero), também é indicativo de que a diferença é significante (LEVIN, 1987).

2.1.2 Descrição dos termos utilizados na apresentação dos resultados do Estudo

Objetivando maior clareza da exposição dos resultados obtidos da Dimensão Coordenação, estes foram classificados em Sub Dimensões, de acordo com as ações analisadas.

Dimensão Coordenação: grupo de questões que avalia a capacidade e desempenho das ações de coordenação.

Sub Dimensão Disponibilidade de Informação: grupo de questões que avalia a capacidade e desempenho da disponibilidade de informações sobre grupos específicos.

Sub Dimensão Disponibilidade de Prontuários na Unidade Básica de Saúde: grupo de questões que avalia a disponibilidade de prontuários aos pacientes e profissionais.

Sub Dimensão Referência entre Níveis de Atenção e Transferência de Informações: grupo de questões que avalia a capacidade e o desempenho das referências necessárias e a transferência de informações entre profissionais.

Sub Dimensão Capacidade e Desempenho de Equipamento Laboratorial: grupo de questões que avalia a capacidade e desempenho da execução de atividades diagnósticas.

Sub Dimensão Planejamento e Controle da Qualidade das Referências: grupos de questões que avalia as atividades de planejamento.

3 RESULTADOS

Os dados obtidos a partir da análise dos questionários estão discriminados no Apêndice A. Expomos, a seguir, os resultados agrupados por Dimensões e Subdimensões, conforme descrito anteriormente. Inicialmente, apresentam-se os resultados referentes à percepção dos profissionais em relação à **Dimensão Coordenação** (Gráfico 1 e Tabela 5).

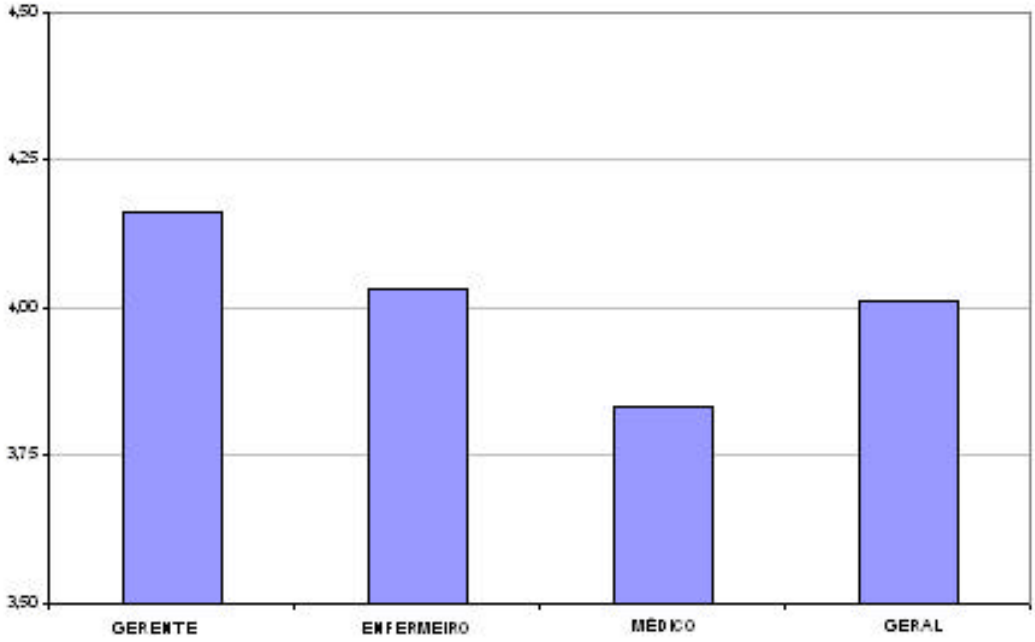


Gráfico 1 - Média das notas da Dimensão Coordenação por tipo de informante
Fonte: elaboração própria.

O gráfico 1 ilustra a percepção dos informantes-chave. Observa-se que a maior média foi conferida pelos gerentes, seguida pelas médias atribuídas pelos enfermeiros e médicos. Houve diferença estatisticamente significante entre a média de notas atribuída pelos médicos e as médias atribuídas pelos outros dois profissionais.

Tabela 5 - Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais em todas as modalidades assistenciais

	N	média	dif médias	IC_{95}%	P*
Média - Médicos	**80**	**3,8655**			
Média - Gestores		4,1734	0,30784	(0,175; 0,441)	0,000
Média - Enfermeiros		4,0666	0,20102	(0,059; 0,343)	0,006

* diferença significante se p < 0,05

Fonte: elaboração própria.

Tabela 6– Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais nas UBS

Paired Samples Test									
		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Média - Gestores - Média - Médicos	0,25	0,58	0,10	0,06	0,44	2,63	36	0,01
Pair 2	Média - Enfermeiros - Média - Médicos	0,21	0,61	0,10	0,01	0,41	2,08	36	0,04
T-Test UBS									

Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Média - Gestores	4,12	37	0,39	0,06
	Média - Médicos	3,87	37	0,56	0,09
Pair 2	Média - Enfermeiros	4,08	37	0,47	0,08
	Média - Médicos	3,87	37	0,56	0,09

Fonte: elaboração própria.

Observa-se, na tabela 6, que houve diferença estatisticamente significante entre as médias atribuídas pelos profissionais médicos, em comparação aos outros dois profissionais, na modalidade UBS.

Tabela 7 – Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais no PSF

T-Test PSF

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Média - Gestores	4,31	30	0,41	0,08
	Média - Médicos	3,90	30	0,43	0,08
Pair 2	Média - Enfermeiros	4,07	30	0,45	0,08
	Média - Médicos	3,90	30	0,43	0,08

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Média - Gestores - Média - Médicos	0,41	0,52	0,09	0,22	0,60	4,32	29	0,00
Pair 2	Média - Enfermeiros - Média - Médicos	0,17	0,67	0,12	-0,08	0,42	1,39	29	0,18

Fonte: elaboração própria.

Observa-se, na tabela 7, que na modalidade PSF houve diferença estatisticamente significante entre as médias atribuídas pelos profissionais médicos em comparação aos profissionais gerentes, não sendo observado mesmo quando comparado ao profissional enfermeiro.

Tabela 8– Teste de diferença entre médias-comparação de percepção dos médicos com demais profissionais na modalidade UBS+PSF

T-Test UBS+PSF

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Média - Gestores	4,14	11	0,39	0,12
	Média - Médicos	3,70	11	0,63	0,19
Pair 2	Média - Enfermeiros	4,04	11	0,29	0,09
	Média - Médicos	3,70	11	0,63	0,19

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Média - Gestores - Média - Médicos	0,41	0,52	0,09	0,22	0,60	4,32	29	0,00
Pair 2	Média - Enfermeiros - Média - Médicos	0,17	0,67	0,12	-0,08	0,42	1,39	29	0,18

Fonte: elaboração própria.

Observa-se, na tabela 7, que na modalidade UBS+PSF, houve diferença estatisticamente significante entre as médias atribuídas pelos profissionais médicos em comparação aos profissionais gerentes, não sendo observado o mesmo quando comparado ao profissional enfermeiro.

O gráfico seguinte expõe as médias das notas gerais da **Dimensão Coordenação**, por Supervisões Técnicas de Saúde, tendo como parâmetro a nota média geral da Região Leste. Observam-se maiores médias das notas nas Supervisões Técnicas de Saúde de São Miguel e Ermelino Matarazzo, e as menores, em São Mateus e Cidade Tiradentes (Apêndice A).

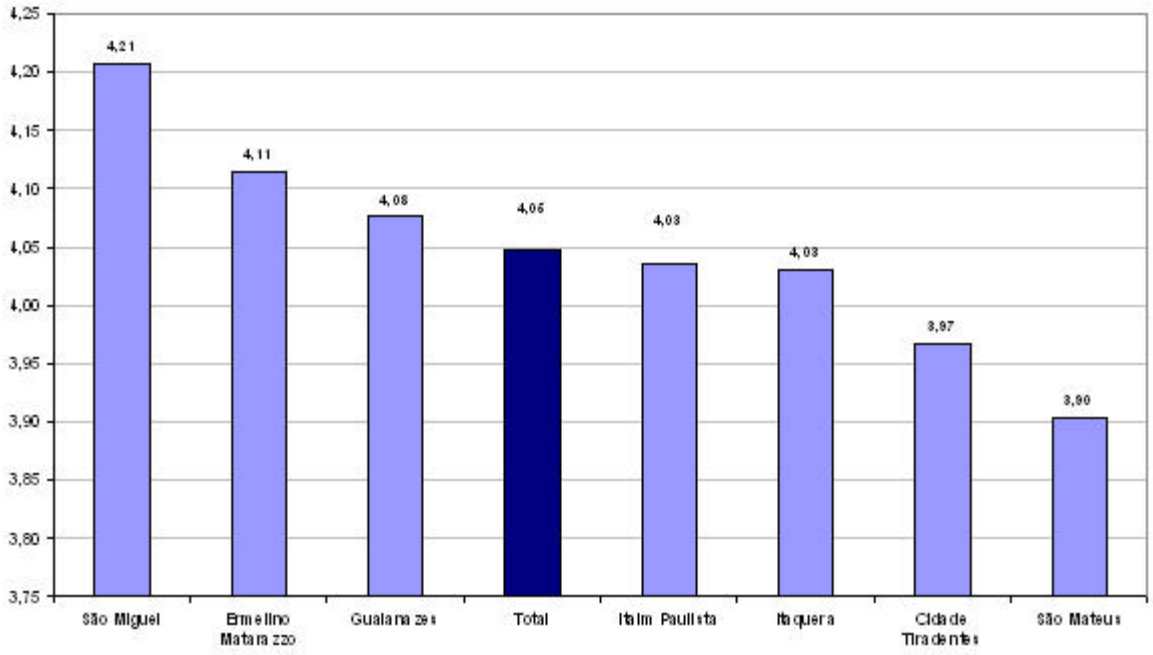


Gráfico 2 - Médias das Notas da Dimensão Coordenação por Supervisão Técnica de Saúde
Fonte: elaboração própria.

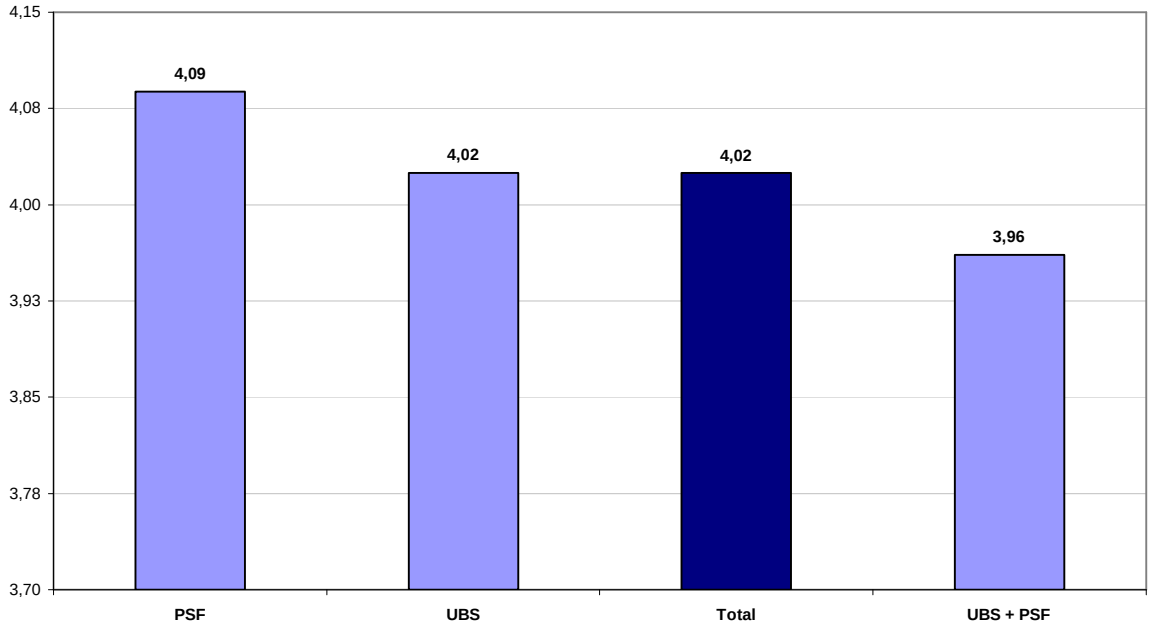


Gráfico 3 - Médias das Notas da Dimensão Coordenação por Modalidade Assistencial
Fonte: elaboração própria.

O gráfico anterior expõe as médias das notas da **Dimensão Coordenação**, por modalidade assistencial (Apêndice A).

Observa-se uma pequena diferença entre os valores obtidos, sendo que a maior média é observada para a modalidade PSF, seguida das modalidades UBS e UBS+PSF. Foi realizado teste de igualdade de médias, não tendo sido constatada diferença significante entre as modalidades estudadas (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9 – Teste de igualdade de médias

		N	média	t	P*	dif médias	IC_{95}%
geral	UBS	37	4,025				
	PSF	30	4,088	-0,831	0,409	-0,063	(-0,215; 0,089)
gestores	UBS	37	4,119				
	PSF	30	4,307	-1,910	0,061	-0,187	(-0,383; 0,009)
enfermeiro	UBS	37	4,079				
	PSF	30	4,066	0,115	0,908	0,013	(-0,214; 0,240)
médicos	UBS	37	3,869				
	PSF	30	3,896	-0,223	0,824	-0,028	(-0,277; 0,221)

* diferença significante se p < 0,05

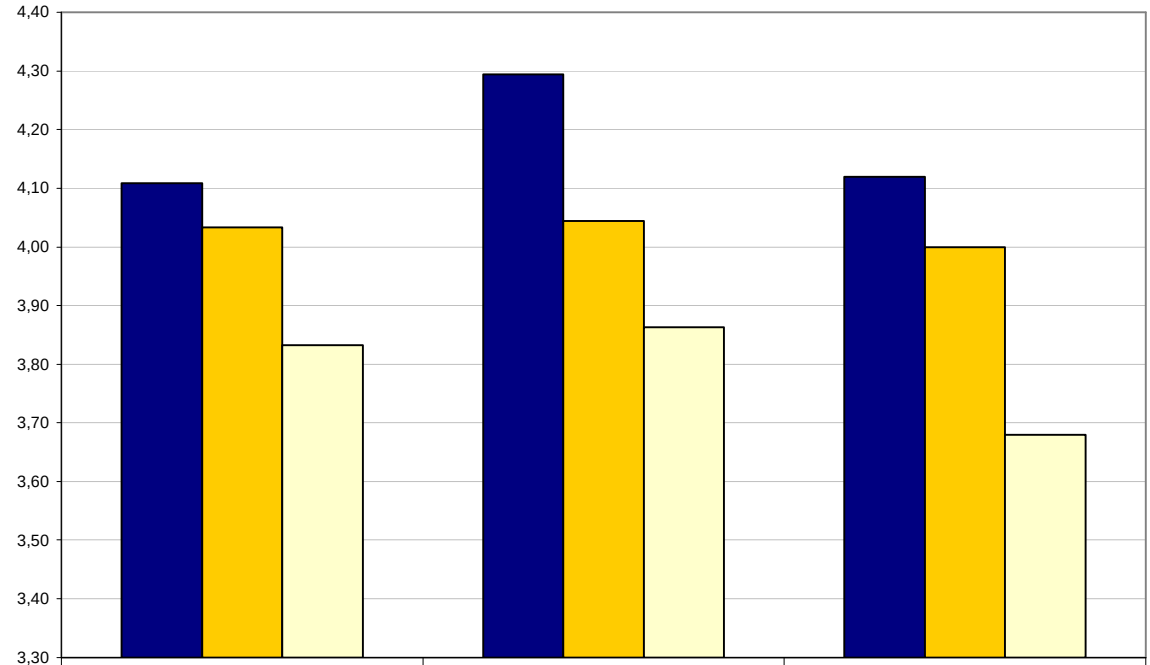
Fonte: elaboração própria.

Tabela 10 - Teste de igualdade de médias

		N	média	t	P*	dif médias	IC_{95}%
geral	UBS	37	4,025				
	UBS+PSF	11	3,961	0,553	0,583	0,064	(-0,168; 0,296)
gestores	UBS	37	4,119				
	UBS+PSF	11	4,138	-0,138	0,891	-0,018	(-0,286; 0,250)
enfermeiro	UBS	37	4,079				
	UBS+PSF	11	4,036	0,282	0,779	0,043	(-0,262; 0,347)
médicos	UBS	37	3,869				
	UBS+PSF	11	3,701	0,848	0,401	0,168	(-0,231; 0,566)

* diferença significante se p < 0,05

Fonte: elaboração própria.

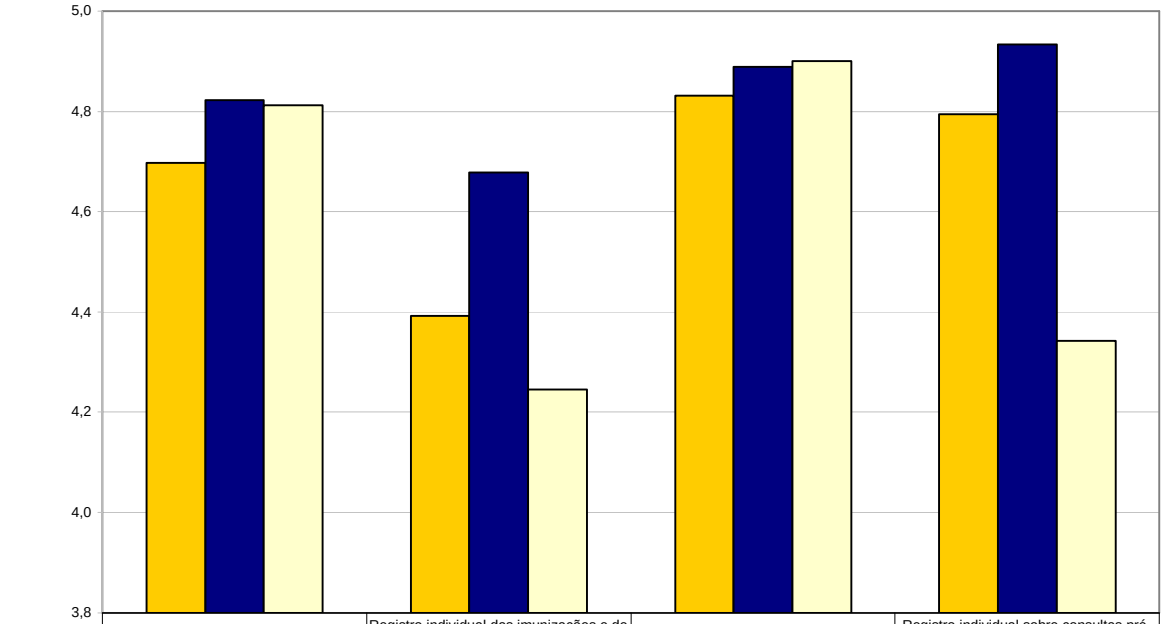


	UBS	PSF	UBS + PSF
gestores	4,11	4,29	4,12
enfermeiros	4,03	4,04	4,00
médicos	3,83	3,86	3,68

Gráfico 4 - : Médias das Notas da Dimensão Coordenação por Modalidade Assistencial, segundo a percepção dos profissionais

Fonte: elaboração própria.

O gráfico anterior expõe as diferenças das percepções entre profissionais nas distintas modalidades (UBS, PSF e UBS+PSF). Note-se que, nas três modalidades, verifica-se uma tendência dos profissionais gestores em conferir maiores notas, quando comparados aos outros profissionais. Os profissionais médicos atribuíram os menores valores.

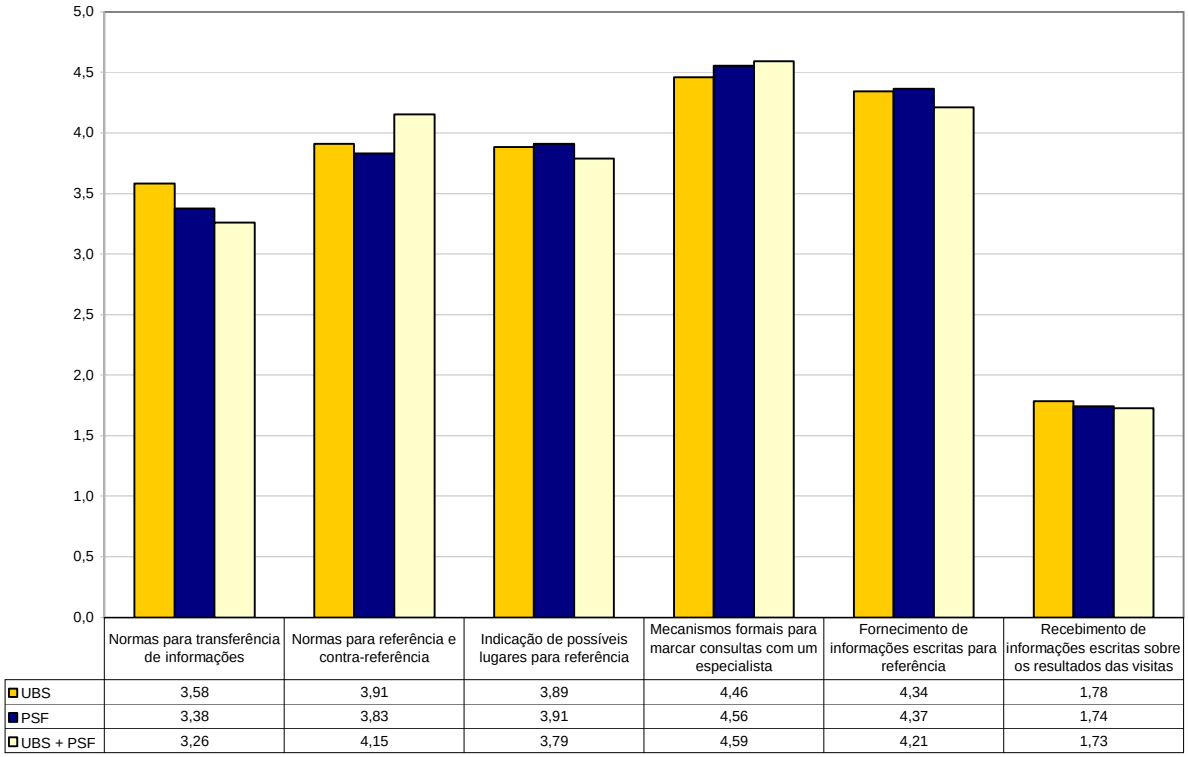


	Registro de crianças atendidas	Registro individual das imunizações e de monitoramento do crescimento	Registro de controle de pré-natal	Registro individual sobre consultas pré-natais e exames
UBS	4,70	4,39	4,83	4,79
PSF	4,82	4,68	4,89	4,93
UBS + PSF	4,81	4,25	4,90	4,34

Gráfico 5 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Disponibilidade de Informação por Modalidade Assistencial

Fonte: elaboração própria.

No gráfico 5, verifica-se a distribuição das médias conferidas para as questões referentes à **Sub Dimensão Disponibilidade de Informação**. Os valores são homogêneos, não apresentando nenhuma tendência na análise por modalidade assistencial.



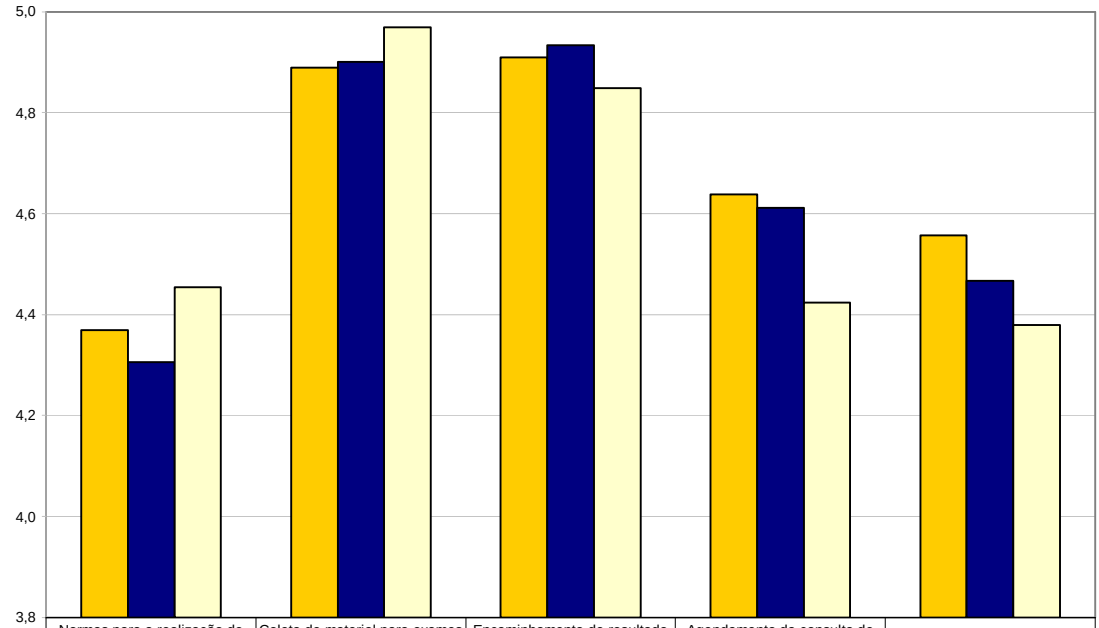
	Normas para transferência de informações	Normas para referência e contra-referência	Indicação de possíveis lugares para referência	Mecanismos formais para marcar consultas com um especialista	Fornecimento de informações escritas para referência	Recebimento de informações escritas sobre os resultados das visitas
UBS	3,58	3,91	3,89	4,46	4,34	1,78
PSF	3,38	3,83	3,91	4,56	4,37	1,74
UBS + PSF	3,26	4,15	3,79	4,59	4,21	1,73

Gráfico 6 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Referência entre Níveis de Atenção e Transferência de Informações

Fonte: elaboração própria.

No gráfico 6, verifica-se a distribuição das médias conferidas para as questões referentes à **Sub Dimensão Referência entre Níveis de Atenção e Transferência de Informações**. Observa-se que a distribuição das médias entre as modalidades é proporcional.

Verifica-se que os valores maiores dessa Sub Dimensão são encontrados na questão referente à existência de mecanismos formais para marcar consultas com especialistas e os menores estão relacionados ao recebimento de informações escritas sobre os resultados das visitas.



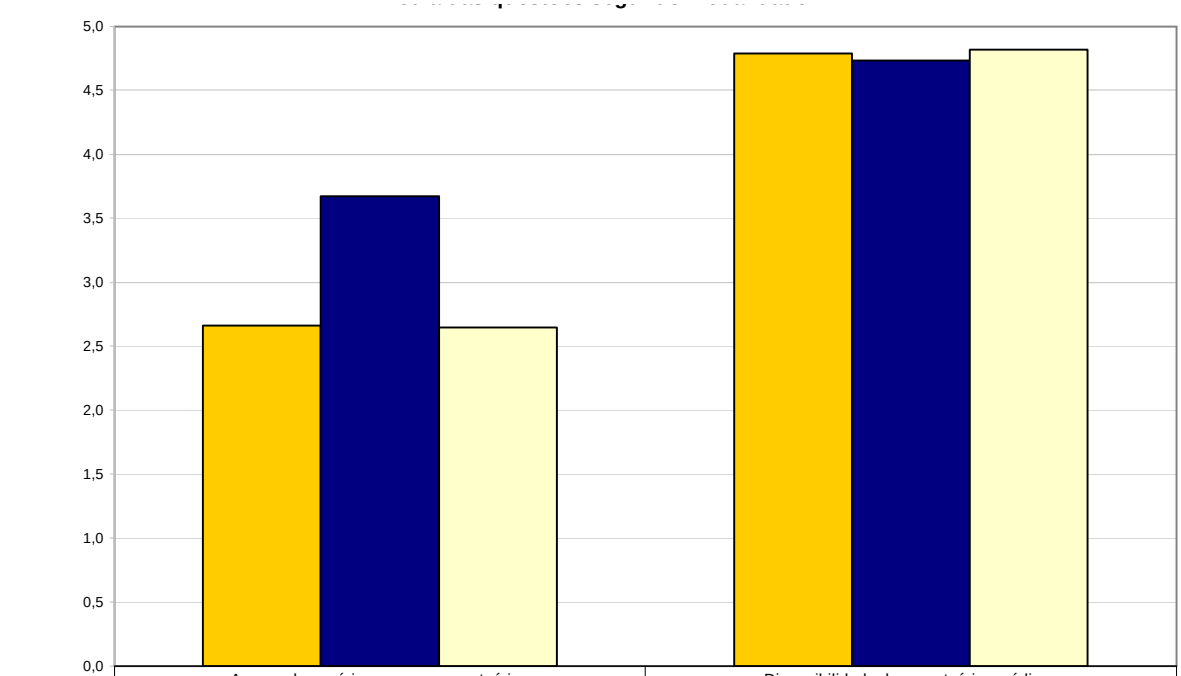
	Normas para a realização de exames laboratoriais complementares	Coleta de material para exames de laboratório na própria unidade?	Encaminhamento de resultado de exames de laboratório para a unidade	Agendamento da consulta de retorno do usuário é feito diretamente pela unidade	O usuário é avisado sobre agendamento
UBS	4,37	4,89	4,91	4,64	4,56
PSF	4,31	4,90	4,93	4,61	4,47
UBS + PSF	4,45	4,97	4,85	4,42	4,38

Gráfico 7 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Capacidade e Desempenho de Equipamento Laboratorial por Modalidade Assistencial

Fonte: elaboração própria.

No gráfico 7, verifica-se a distribuição das médias conferidas para as questões referentes à Sub Dimensão Capacidade e Desempenho de Equipamento Laboratorial. Observa-se que a distribuição das médias entre as modalidades é proporcional.

Foram atribuídas maiores notas às questões referentes ao encaminhamento dos resultados de exames do laboratório à unidade nas modalidades assistenciais UBS e PSF. Na modalidade UBS+PSF, a maior nota foi atribuída para questões referentes à coleta de material para exames de laboratório na própria unidade.



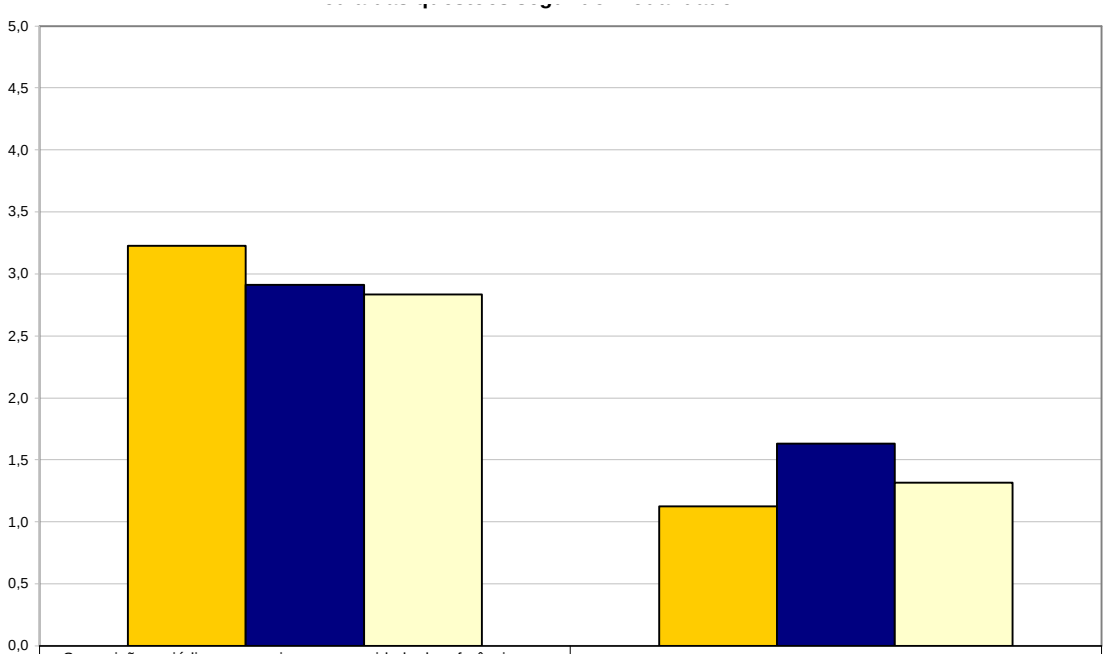
	Acesso de usuários aos seus prontuários	Disponibilidade dos prontuários médicos
UBS	2,66	4,79
PSF	3,67	4,73
UBS + PSF	2,65	4,82

Gráfico 8 - Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Disponibilidade de Informação na Unidade Básica de Saúde por Modalidade Assistencial

Fonte: elaboração própria.

No gráfico 8, observa-se a distribuição das médias conferidas para as questões referentes à **Sub Dimensão Disponibilidade de Informação na Unidade Básica de Saúde** por modalidade. Pode-se verificar que as notas referentes ao acesso de usuários aos prontuários possuem um valor menor, quando comparadas à disponibilidade dos prontuários aos profissionais da Unidade.

O acesso de usuários aos prontuários é maior na modalidade PSF, em comparação às demais modalidades assistenciais.



	Supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	Auditoria periódica dos prontuários
UBS	3,23	1,12
PSF	2,91	1,63
UBS + PSF	2,83	1,31

Gráfico 9 Médias das Notas das questões da Sub Dimensão Planejamento e Controle da Qualidade das Referências por Modalidade Assistencial

Fonte: elaboração própria.

No gráfico 9, observamos a distribuição das médias conferidas para as questões referentes à **Sub Dimensão Planejamento e Controle da Qualidade das Referências** por modalidade. Verifica-se que as médias das notas conferidas à supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção são maiores do que as notas conferidas à auditoria periódica dos prontuários em todas as modalidades. Nota-se que as médias das notas atribuídas às questões relacionadas à supervisão periódica são maiores na modalidade UBS, quando a comparamos com as demais modalidades.

Verificam-se baixos valores na questão referente à existência de auditoria periódica dos prontuários em todas as modalidades.

3.1 Análise de *missings*

Como já mencionado na metodologia, foram considerados valores faltantes, ou *missings*, que são questões que não obtiveram nenhuma resposta (em branco), assim como questões respondidas com a opção "não sabe" nas 80 Unidades Básicas de Saúde analisadas. (Apêndice A)

Considerando o total de respondentes (240) e o número de questões (19), o que totaliza 4.560 possíveis respostas, foram identificados 149 *missings*, que representam cerca de 3,26% do total de respostas. Foram observadas *missings* em todas as modalidades, com exceção da modalidade UBS+PA+PACS.

Algumas tendências foram observadas em determinadas questões. A questão 74, referente à existência de auditoria dos prontuários médicos, resultou em 29 *missings*, cerca de 12,1% do total de questões, seguida da questão 71, referente à supervisão, com 23 *missings* (9,6%), e da questão 60, que apresentou 19 *missings* (7,9%), que se refere a normas para transferência de informações de pacientes entre níveis de atenção. Há, ainda, outras questões com número considerável de não-respostas, como as questões 66 (11 *missings*, 4,6%) e 72 (12 *missings*, 5,0%), referentes a normas para realização de exames laboratoriais e permissão de acesso de usuários a seus prontuários.

Ao considerar-se o total de respondentes em cada categoria de profissional por questão, tem-se o total de 1520 possíveis respostas para cada profissional. A tabela *Missings* por questão e profissional (Apêndice A) nos mostra que o maior número de *missings* se deu nos questionários respondidos pelo profissional médico (70 *missings*, cerca de 4,6% do total de respostas), seguido pelo enfermeiro (59 *missings*, 3,9%), e, finalmente, pelos gestores, que apresentaram 20 *missings*, cerca de 1,3% do total de respostas possíveis.

Analisando o número de *missings* para cada categoria profissional respondente, verifica-se que, nos três casos, o maior número de *missings* se deu na questão 74, com 4 (5%), 13 (16,3%) e 12 (15%) para gestores, enfermeiros e médicos, respectivamente. Os médicos tiveram esse mesmo número de não respostas (12) para a questão 60. Nove médicos (11,3%) deixaram de responder à questão 71, que obteve 11 *missings* dos profissionais enfermeiros, cerca de 13,8% do total de respostas para esta questão. O terceiro maior número de *missings*

gerado pelo profissional enfermeiro referiu-se à questão 60, com 7 *missings* dos 80 profissionais (8,8%). No caso dos gestores, em que se encontra o menor número de não respostas, além da questão 74, há 3 *missings* (3,8%) para a questão 71.

Dessa maneira, pode-se observar que as ocorrências de *missings* estão localizadas, também quando se faz a análise por profissional, nas questões sobre auditoria (74), supervisão (71) e normas para transferência de informações (60). Para essa última questão, ressalte-se que não há nenhuma não-resposta dos profissionais gestores.

4 DISCUSSÃO

4.1 Percepções dos profissionais

Como se viu, o presente estudo evidenciou diferenças estatisticamente significantes no que se refere à percepção dos três grupos profissionais analisados com o mesmo instrumento. Além disso, verificaram-se algumas tendências na análise das diferenças entre as médias das notas conferidas pelas diferentes profissões. Por exemplo, foi observada uma tendência nas médias das notas conferidas pelo profissional médico, as quais apresentaram valores muito abaixo da média geral dos informantes e da média dos dois outros grupos profissionais, tendo se destacado, inclusive, a diferença de percepção entre os profissionais médico e gerente.

Algumas suposições podem ser feitas para explicar tal tendência, principalmente no que se refere aos papéis desempenhados por esses profissionais. A literatura descreve o profissional médico generalista como o mais indicado para coordenar a atenção integral do paciente, considerando que a responsabilização é maior nessa classe profissional, quando comparada a outras profissões integrantes dos serviços de saúde (STILLER, 2005). Nesse modelo, o médico é o profissional da equipe de saúde que mais possui informações sobre a história clínica do paciente, e, conseqüentemente, determina seu percurso assistencial, através da prática médica, que se caracteriza por corresponder pouco às ações administrativas previstas. (MOTTA, 2001).

A sensação de impotência, aliada à insegurança da prática sem a retaguarda de outros níveis de atenção, introduz um viés na percepção dos profissionais médicos, que muitas vezes se sentem no “Olho do Furacão”, como refere Capozollo (2003). Essa situação agrava-se com a falta de clareza no estabelecimento das tarefas do profissional médico de atenção primária, o qual acredita que as ações de Atenção Básica se referem a ações programáticas (MS, 2002).

O desconhecimento sobre as práticas administrativas e normas estabelecidas pelas Secretarias da Saúde pode influenciar a nota conferida a algumas questões, uma vez que não estão relacionadas ao escopo da função médica. Verificou-se no presente estudo, que grande parte dos *missings* (respostas “não sabe/não respondeu”) referem-se a questões administrativas dos

processos assistenciais, sendo conferidas, principalmente, pelo profissional médico. Motta (2001) argumenta que o maior conhecimento sobre a totalidade dos processos assistenciais evita a fragmentação das ações, perfazendo a visão total da assistência.

Como se verificou, as maiores notas foram conferidas pelo profissional gerente, o que pode denotar, tanto um maior conhecimento dos mecanismos de coordenação quanto um viés de intenção(SELTIZZ, 1987), uma vez que os gerentes podem avaliar como melhores as unidades que coordenam. Verificou-se uma tendência a uma melhor avaliação em quase todas as Sub Dimensões, principalmente nos mecanismos referentes à capacidade de coordenação (mecanismos formais).

O Documento Norteador da Atenção Básica descreve o gerente da Unidade Básica de Saúde como: "... o profissional essencial para o desenvolvimento do processo de trabalho", caracterizando a gerência em saúde como "... uma atividade-meio, cujas ações fundamentais são a articulação e integração" (SÃO PAULO, 2005). Segundo Junqueira (1990), " A gerência dos serviços de saúde requer conhecimentos e habilidades nas dimensões técnica, administrativa e psicossocial", sendo o gerente o profissional que deve mobilizar e comprometer os funcionários na organização e produção dos serviços de saúde.

O profissional enfermeiro apresentou notas intermediárias em relação às atribuídas pelos outros dois profissionais já citados, tendo sido o que mais se aproximou da média geral das notas conferidas. Esse fato pode ser relacionado com as atividades desempenhadas pelos enfermeiros nos serviços de atenção primária, que são freqüentemente tanto assistenciais, quanto administrativas. Em alguns desenhos organizacionais, tais profissionais desempenham função de co-gerência, auxiliando, por exemplo, nas campanhas promovidas pelas unidades de saúde, além de conduzir treinamentos e capacitação de outros profissionais (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários) (SILVA, 2001; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Analisando-se as diferenças entre as percepções dos profissionais por modalidade, observou-se que a percepção do médico difere da dos dois outros profissionais, quando considerada a unidade tradicional (UBS). Nas outras duas modalidades (PSF e UBS+PSF), essa diferença foi verificada apenas com o profissional gerente. Pode-se supor que o trabalho em equipe,

estimulado pelo modelo PSF, promova uma maior interação entre médicos e enfermeiro nesta modalidade (PEDROSA; TELES, 2004).

Como exposto anteriormente, a Organização Mundial de Saúde (1999) recomenda a integração de equipes multiprofissionais, no sentido de promover uma melhor coordenação dos serviços, no entanto esse quadro não é verificado na realidade da prática médica.

4.2 Dimensão Coordenação

Os valores de notas obtidos na Dimensão Coordenação, quando comparados entre as modalidades assistenciais (UBS, PSF e UBS+PSF), apresentam pequenas diferenças entre si, as quais, embora não tenham apresentado significância estatística, fornecem pistas para direcionar a análise das características da rede de Atenção Básica da Região Leste.

As unidades com Programa de Saúde da Família apresentaram as maiores médias das notas, principalmente quando comparadas às Unidades UBS+PSF, o que é coerente com a percepção de alguns gestores de sistemas sobre a inviabilidade da existência de dois modelos concomitantes na mesma unidade (ELIAS et al, 2004).

O Programa de Saúde da Família, apesar de ser considerado a "estratégia" para reorganização do modelo assistencial, carece de integração com os outros serviços de saúde, como concluíram alguns estudos já mencionados. Cabe ressaltar que a desarticulação entre níveis de atenção não depende somente do modelo assistencial, mas também da configuração da rede em que está inserido, sendo que esta deve possuir capacidade para o atendimento da demanda referenciada pelos serviços de atenção primária. (CAPOZZOLLO, 2003; MS, 2002; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, MISOCZKY, 2003).

A organização de uma rede integrada prevê a existência de uma instância gestora responsável pela integração dos serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde, no município de São Paulo, esse papel é desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, que instituiu a Coordenadoria Regional de Saúde Leste como gestora local dos serviços.

O conjunto de normas de referência e contra-referência é o mesmo recomendado a todas as Unidades Básicas de Saúde, independentemente da modalidade assistencial, essa aderência as normas municipais reflete-se nos resultados obtidos, caracterizando uma homogeneidade da estrutura das atividades voltadas para a integração entre serviços, evidenciando uma isonomia no tratamento conferido pela Coordenadoria Regional de Saúde Leste à todas unidades básicas de saúde.

Macinko e Almeida (2003), durante a validação do presente instrumento na cidade de Petrópolis, observaram melhores resultados na avaliação de mecanismos para marcar consultas com especialistas na modalidade PSF, sugerindo como explicação uma tendência da Secretaria Municipal em privilegiar as unidades integrantes do programa.

A alocação de vagas entre as Supervisões Técnicas de Saúde é atualmente realizada pela Coordenadoria Regional, sendo que anteriormente esta era atribuição das Coordenadorias de Saúde das Sub Prefeituras, que já possuíam fluxo determinado de acordo com a região em que as mesmas eram gestoras.

Verificou-se na análise das médias de notas por Supervisão Técnica de Saúde uma maior tendência a melhores *scores* na Supervisão Técnica de Saúde São Miguel/ Ermelino Matarazzo, principalmente quando comparadas a outras Supervisões, como São Mateus (menor média de notas obtida por Supervisão). Uma suposição provável para explicar tal resultado é a existência de unidades ambulatoriais de especialidades nas Supervisões que obtiveram as maiores notas, o que lhes confere maior capacidade em atender a demanda da região. A integração de ambulatórios de especialidades e serviços de atenção primária é recomendada pela literatura, sendo considerado fator determinante para o equacionamento da assistência. (HEIMAN et al, 2005; ELIAS et al, 2004; POLITZER et al, 2003).

4.2.1 Sub Dimensão Disponibilidade de informações

As notas obtidas nessa Sub Dimensão foram as mais altas e com menor variação entre modalidades (gráfico 5) ou tipo de profissional (Apêndice B), quando comparadas aos resultados obtidos nas demais sub dimensões.

Chama-se a atenção para o fato de que essa subdimensão avaliou a freqüência da disponibilidade de informações referentes a programas específicos determinados pelo Ministério da Saúde, logo, pode-se inferir que a alta média de notas possui relação com a aderência a programas destinados a grupos específicos, condicionados a repasses financeiros.

A priorização de Programas voltados para a Saúde da Mulher e da Criança, nos últimos anos, faz-se notar na maior mobilização da esfera federal para melhorar o quadro de indicadores de mortalidade infantil e mortalidade materna, fato confirmado por meio da participação do Brasil no pacto realizado entre todos os 195 Estados membros da Organização das Nações Unidas, no denominado "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio", este documento estabeleceu como metas: a redução de dois terços da mortalidade infantil e a redução em três quartos da mortalidade materna até o ano de 2015.

Mais recentemente, em 2005, o relatório emitido pela Organização das Nações Unidas relatou um progresso lento das metas estabelecidas: a taxa de mortalidade infantil no Brasil ainda está ligeiramente acima da média regional, embora o país tenha feito avanços um pouco mais rapidamente. Lembre-se que, em 1990, o Brasil havia registrado 47,5 mortes para cada mil crianças nascidas vivas, e, em 2003, essa taxa recuou para 27,0, o equivalente a 64,6% da meta estabelecida.(PNUD, 2005)

O quadro não parece tão promissor em relação aos indicadores de mortalidade materna, não tendo sido verificados progressos expressivos em relação à meta estabelecida, muito embora o Brasil venha apresentando melhores indicadores, quando comparado a outros paises em desenvolvimento. A questão da mortalidade materna é ainda considerada um importante problema da Saúde Pública, sendo uma das prioridades da política nacional.

A criação de incentivos financeiros para Programas específicos é um importante estímulo para a aderência às normas propostas, no entanto, tem sido observado que a priorização de programas específicos, em detrimento de outros, pode resultar em uma simplificação da

atuação dos serviços de atenção primária e no estabelecimento de “pacotes básicos” de ações de saúde (WHO, 1999a; MISOSCKI, 2003).

O controle dos programas é realizado por meio da alimentação dos Sistemas de Informação, o que incentiva, consideravelmente, a coleta de informações sobre o paciente, com a ressalva de que há o iminente risco de a coleta de informações ficar restrita a um mero cumprimento do processo burocrático, condicionado, apenas, aos incentivos financeiros e não à utilização das informações produzidas.

4.2.2 Sub Dimensão Referência entre Níveis de Atenção e Transferência de Informações entre profissionais

A análise dos resultados obtidos nessa Sub Dimensão permite afirmar-se que existem mecanismos formais para referência de pacientes, que, como já mencionado, são determinados pelas instâncias gestoras do sistema, sem privilegiar nenhuma modalidade assistencial, o que se verificou por meio da homogeneidade existente nos resultados encontrados.

No fluxo de informações entre profissionais, observou-se que os profissionais da atenção primária referem freqüência no envio de informações sobre o paciente para o especialista, porém o retorno do especialista para o profissional de atenção primária é quase sempre nulo, prejudicando a continuidade da informação, que é um fator determinante da continuidade assistencial, como referem vários autores (PARKERTON; SMITH; STRALEY, 2004; KOOPMAN; MAY, 2004; FORREST et al, 2000). Logo, podemos inferir que a existência de normas formais para a transferência de informações é insuficiente para assegurar a continuidade de informação, sendo que esta depende diretamente da cooperação entre os profissionais.

No presente estudo foi constatado que os profissionais de atenção primária enviam informações sobre o paciente aos especialistas, sendo que o retorno das informações sobre consultas externas aos serviços de atenção primária é quase nunca observado, este resultado indica uma fragmentação da assistência pelo desempenho da comunicação entre profissionais.

Considerando que a maioria dos motivos que levam ao encaminhamento do paciente a outros serviços se refere a ações de consultoria e confirmação diagnóstica (O'DONNELL, 2000; COULTER, 1998; FORREST et al, 2002), é imperativo o retorno de informação por parte do especialista para a adequada condução da atenção do paciente, caso contrário, o encaminhamento solicitado pelo médico da atenção primária torna-se, simplesmente, um mecanismo *pro forma*. (McCORMICK, 1994)

Como já mencionado, os problemas relacionados com a interface médico generalista e especialista são amplamente discutidos na literatura como obstáculo à continuidade assistencial. As recomendações para aprimoramento da comunicação entre profissionais descritas na literatura referem-se principalmente a ações para promover a interação dos médicos especialistas com os serviços de atenção primária por meio da promoção de seminários, capacitações, interconsultas e melhora no acesso do profissional da atenção primária aos serviços hospitalares. (MCKORMICK, 1994; STILLE et al, 2005; PEREZ, 2001; KVAMME; OLESEN; SAMUELSSON, 2001, HARGRAVES ; PHAM, 2003, MAHER ; MILLAR, 2003).

A interação entre profissionais de diferentes serviços é fator determinante para a consecução de redes integradas de assistência, para tanto é necessário o estabelecimento de mecanismos que incentivem os profissionais a "quebrar as paredes" das organizações herméticas.

4.2.3 Sub Dimensão Capacidade e Desempenho de Equipamento Laboratorial

A grande maioria dos procedimentos diagnósticos solicitados em atenção primária é formada por exames laboratoriais. Com vistas a esse fato, as normas editadas pela esfera federal já recomendavam a garantia de alguns exames laboratoriais (considerados de baixa complexidade), como condição de gestão (NOAS, 2002).

A introdução de Postos de Coleta nas Unidades Básicas de Saúde favorece a economia de escala, além de aumentar o acesso do paciente aos procedimentos necessários, garantindo o fluxo de informação entre os serviços (laboratórios e unidades básicas de saúde) (MENDES; PESTANA, 2004; STARFIELD, 2004).

Os resultados encontrados (Gráfico 7), refletem a existência de uma estrutura formada para atendimento das necessidades de exames laboratoriais, assim como para o fluxo de resultados e informações entre serviços e pacientes, muito embora não se possa afirmar que essa estrutura seja capaz de atender em tempo oportuno a totalidade das demandas da população. Para a obtenção dessa informação seria necessária a execução de avaliações envolvendo a resolutividade da estrutura.

Não foi observada nenhuma diferença relevante nas médias das notas conferidas pelas modalidades assistenciais, pode-se supor que isso se deva ao fato de os prestadores de serviços laboratoriais serem os mesmos para a totalidade de unidades básicas da região.

O fornecimento de procedimentos básicos nos serviços de atenção primária favorece a coordenação assistencial, porém a literatura sinaliza que a introdução de procedimentos diagnósticos mais complexos deve ser analisada segundo as necessidades de cada população, pois se verifica que uma maior incorporação tecnológica no interior dos serviços de atenção primária além de não favorecer necessariamente a resolutividade dos serviços, primária, encarece a assistência, sem significante redução dos encaminhamentos a outros níveis de atenção (COULTER, 1998; KVAMME; OLESEN; SAMUELSSON, 2001).

4.2.4 Sub Dimensão Disponibilidade de Informação nos Serviços de Atenção Primária

O método mais convencional para o registro das informações sobre o paciente é o prontuário médico, que, em geral, fica disponível na Unidade Básica de Saúde sob responsabilidade da instituição.

Nos resultados obtidos (Gráfico 8), observou-se a existência e disponibilidade de prontuários aos profissionais da atenção primária, porém não na mesma freqüência em que são disponibilizados aos pacientes, cabe ressaltar que o prontuário médico é propriedade do paciente, o que nos faz supor que o acesso dos prontuários pelos pacientes não é uma prática corrente nos serviços.

Esse fato decorre do desconhecimento do paciente sobre seus direitos no âmbito da assistência à saúde, verifica-se algumas iniciativas de disseminação de informação sobre os direitos dos cidadãos pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, sobre os direitos das gestantes. O exemplo mais contundente sobre o esclarecimento dos direitos dos usuários é a criação em 1992 da Carta do Paciente (*Patient's Charter*) pelo Sistema Inglês, esse documento garante aos pacientes informações como: locais de atendimento e tempo de espera para procedimentos.(PRESTON et al, 1999).

Observou-se que a modalidade PSF obteve as maiores médias em relação a essa questão, portanto, pode-se supor que essa prática se deva à utilização do prontuário familiar, aliada à atuação do agente comunitário de saúde, que age como interlocutor do paciente.

4.2.5 Sub Dimensão Planejamento e Controle da Qualidade das Referências

Para a determinação das necessidades de referências para outros níveis de atenção, os gestores necessitam de informações sobre a demanda de solicitações de encaminhamentos, para que seja possível um adequado planejamento da rede assistencial (ESCRIVAO JR., 2004). Dado que as Unidades Básicas analisadas não possuem um sistema informatizado para a determinação da demanda para outros níveis de atenção, a coleta de informações é fornecida pela Unidade Básica de Saúde e se baseia no registro da demanda reprimida por consultas e procedimentos.

Essa informação é de cunho essencialmente administrativo, o que levou a analisar-se esse tópico sob o prisma das percepções dos diferentes profissionais, pois, como já verificado anteriormente, as mesmas variam de acordo com o objeto analisado.

Os gerentes mencionam a existência de supervisão periódica para revisar a necessidade de referências. A análise dos dados evidenciou que os profissionais enfermeiros e médicos referem, em média, que essa prática é verificada algumas vezes, tendo essa questão obtido uma considerável taxa de *missing* em suas respostas, maior do que a observada para as demais questões.

É inquestionável que a informatização dos processos traz inúmeros benefícios à coleta dessas informações, com maior qualidade e rapidez nos processos de marcação de consultas e procedimentos, além de fornecer ferramentas para a administração das listas de espera. (CAMPINAS 2004; MS, 2002).

No entanto, a administração e a documentação das listas de espera não é prática corrente no sistema de saúde brasileiro, ao contrário do que se verifica em outros países industrializados, como Canadá e Inglaterra (PRESTON et al, 1999).

A literatura fornece muitos estudos relacionados à administração das listas de espera para procedimentos de alta complexidade (principalmente cirúrgicos), porém, são poucos os estudos que se debruçam sobre o tempo de espera na interface da atenção primária e Secundária. Uma hipótese para esse fato seria a dificuldade em se estabeleceram padrões para avaliação. (MCCORMICK, 2003; SOBOLEV, 2005; COULTER, 1998).

A auditoria médica é considerada por vários autores como a prática indicada para a avaliação das referências a outros níveis de atenção (COULTER, 1998; ECLLES et al, 1996; STARFIELD, 2004). Tal atividade pretende equilibrar custo e qualidade. No presente estudo, evidenciou-se que essa prática é quase inexistente nas Unidades Básicas de Saúde da Região Leste. Campos (2002) considera essa prática ideal, porém alerta para seu alto custo, além de identificar obstáculos encontrados na resistência apresentada por parte dos profissionais médicos (ECCLES et al, 1996).

O estabelecimento de padrões de atenção, norteados pela utilização de protocolos médicos, facilita a prática da auditoria, visto que fornece recomendações para os procedimentos mais adequados para determinados eventos. Alguns estudos evidenciam a utilização da auditoria médica como um método de avaliação da aderência a protocolos clínicos, vez que abordam a adequação das ações empregadas na condução de doenças específicas, tais como infarto agudo do miocárdio e diabetes (RUDD et al, 2001; JOHNSTON et al, 2000, COSTA, 1998).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração de serviços na Região Leste está em constante mudança, em consonância com os processos de organização do Sistema Único de Saúde. O presente estudo, parte integrante da pesquisa de "Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família", retratou o momento atual da região, criando uma linha de base para posteriores replicações.

A avaliação geral da coordenação à luz do instrumento utilizado revelou uma centralização das normas pela esfera federal com forte adesão da esfera municipal, esse fato é confirmado por meio da constatação da aderência das unidades de saúde aos programas recomendados pelas diretrizes federais, remetendo-nos à questão do real impacto de políticas baseadas em incentivos econômicos, qual seja: se estas se revelam como simples adesão burocrática, ou se desencadeiam melhorias significantes no *status* de saúde da população.

Nesse cenário, destacamos a sobreposição dos papéis das esferas estadual e municipal, decorrente do recente processo de municipalização vivido na cidade de São Paulo. Verifica-se que, apesar da grande incorporação municipal de serviços estaduais de saúde, muitos prestadores da rede assistencial permanecem sob a esfera estadual. Esse *mix*, conferido pela presença de vários tipos de prestadores públicos, municipais e estaduais, além dos privados, com e sem fins lucrativos, exige inovações urgentes no planejamento dos sistemas de serviços de saúde, com o estabelecimento de mecanismos de controle e avaliação (CAMPOS, 2003, HEIMANN 2005a).

O estabelecimento de redes organizadas depende do comum acordo entre prestadores de serviço, vez que cada instituição possui interesses e configurações distintas. A literatura atenta para o fato de que o estabelecimento de uma estrutura responsável pela coordenação dos serviços locais de saúde é fundamental para uma adequada integração.

Em relação à gestão dos serviços de saúde, o município de São Paulo apresenta uma trajetória com diversos desenhos administrativos, configurando um quadro fragmentado dos serviços. Um desenho mais integrado vem se conformando paulatinamente, desde a reinserção desse município no SUS, a partir de 2001. Atualmente, as Coordenadorias Regionais de Saúde do

município são as gestoras locais do sistema, ligadas diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, possuindo a responsabilidade de integrar a assistência no âmbito regional.

Na lógica atual da organização dos serviços de saúde, cabe ressaltar que priorizar o fortalecimento dos serviços de atenção primária significa reconhecer as necessidades decorrentes do aumento do acesso aos mesmos, representadas principalmente pelo incremento da demanda por serviços de atenção secundária de maneira ordenada, com características distintas da existente utilização da atenção secundária por meio de serviços de pronto atendimento e emergência (KOVACS et al, 2005). Essa nova configuração exige planejamento adequado, que atenda as demandas da população de maneira eficaz e eficiente.

Verificou-se pouca freqüência nas ações de planejamento das referências a outros níveis de atenção, sendo esta atividade determinante para a administração da demanda reprimida, assim como o estabelecimento de prioridades de investimento.

Com relação ao controle de qualidade das referências e informações disponíveis, avaliadas por meio de auditoria a prontuários, verificou-se que essa atividade é praticamente inexistente nos serviços públicos de atenção primária. Podemos supor que esse fato se deva à estrutura da auditoria presente nos serviços públicos, que desenvolve práticas mais voltadas para análise da adequação dos repasses financeiros, do que para a avaliação da qualidade dos serviços.

Verifica-se, nos estudos sobre o Programa Saúde da Família, uma crescente preocupação com o "vazio" entre os níveis de atenção, o qual expõe a fragilidade da continuidade da atenção à saúde. Enveredando pelas causas dessa lacuna, podemos supor que esse problema possua raízes estruturais, traduzidas em capacidade insuficiente para atendimento da demanda produzida, ou relacionadas ao desempenho, refletidas na ausência de cooperação entre serviços ou profissionais.

A essência da cooperação traduz-se na troca de informações, seja esta entre serviços, ou profissionais. No presente estudo, foi identificado um *gap* entre os profissionais de atenção primária e secundária, no que se refere à troca de informações determinantes para a continuidade assistencial. Algumas alternativas encontradas na literatura para a melhora desse quadro referem-se a estratégias que estimulem a interação entre os profissionais dos diferentes

níveis, como a realização de interconsultas, seminários, capacitações e protocolos compartilhados.

A interação entre profissionais de um mesmo serviço é outro fator primordial para a coordenação assistencial. No presente estudo, constatamos que existem diferenças na percepção dos profissionais participantes do estudo, principalmente por parte dos profissionais médicos e gestores, o que sugere um diferente entendimento das informações pela equipe, sinalizando a necessidade da introdução de mecanismos para promover maior comunicação entre os profissionais da equipe.

Muitas questões emergiram do presente estudo, dada a complexidade do objeto estudado. É importante ressaltar que são inúmeros os desafios observados, desde a estrutura do SUS até as relações interpessoais entre profissionais. Cabe ressaltar a importância das avaliações dos serviços de saúde. A presente pesquisa utilizou um instrumento que possui como maior característica a fácil aplicação a baixo custo, podendo ser empregado em avaliações rotineiras dos serviços de saúde, produzindo informações para a tomada de decisão dos gestores.

O presente trabalho não considerou a percepção dos pacientes que são determinantes para a visão mais ampla do objeto estudado, afinal são os próprios que vivem a angústia do percurso assistencial. No momento da elaboração do presente trabalho, esta parte da pesquisa estava sendo conduzida no município, e trará elementos determinantes para o aprimoramento da interação entre serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia. As Três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, 2003. v. 27, n. 65, p. 207- 220.

ARTEGA, Oscar; ASTORGA, Ignacio; PINTO, Ana Maria. *Desigualdades en la provision de asistencia médica en el sector público de salud en Chile*. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002. v.18, v.4, p.1053-1066, jul/ago.

BARBOZA, Tatiane Aparecida Venâncio; FACOLLI, Lislaine Aparecida.A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2005. v. 21.(4), p. 1036-1044. jul-ago.

BAZTÁN, JJ; GIL, L; ANDRÉS, E. ***Actividad comunitaria de un servicio de geriatrá hospitalario:un ejemplo práctico de coordenación entre atención primaria y especializada***. Atención Primaria, 2000. v. 26, n. 6, p. 374-382.out.

BODSTEIN, Regina. Atenção Primária na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002. v. 7, n. 3, p. 401-412

BOUSQUAT, Aylene; CONH, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades**. Proteção Social - Dilemas e Desafios. São Paulo: Editora Hucitec. 2005. p.245-265.

BRADLEY, E H; *et al*. ***Date feedback efforrts in quality improvemeny****: lessons learnead from US hospitals*.Qual. Saf. Health Care. 2004. v.13, doi:10.1136/qhc 13.1.26, p.26-31.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 1996. 19p.

CAMPOS, Antonio Correia de. **Regulação: Imperfeições e assimetrias**.Economia Pura. 2002. p.40-43.out.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera.**O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva. 2003. v. 8.(2), p. 569-584.

CAMPOS, Rosana Onocko. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. **Revista RAP.** Rio de Janeiro, 2003. v.37, n.2, p.189-200, mar/abr.

*CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION. **Continuity and Accessibility of primary care in Quebec:** Barriers and Facielitators,* 2004.

CANESQUI, Ana Maria; OLIVEIRA, Ana Maria Franklin. **Saúde da Família:** modelos internacionais e estratégia brasileira. O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio. São Paulo: Editora Sobravime, 2002. p. 241-269.

CAPISTRANO FILHO, David. **O programa de saúde da família em São Paulo.** Estudos Avançados. 1999. v. 13, n. 35, p. 89-100.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida. **No olho do furacão:** trabalho médico e o programa Saúde da Família,. 2003. Tese (doutorado) –Universidade de Campinas, Campinas.

CARNEIRO JR, Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública,** 2003. v. 19.(6), p. 1827-1835, nov/dez.

CASSAD, Charlyn *et al*.***Measuring Consumer Experiences With Primary Care.Pediatrics***. 2000. v.105, n.4, p. 998-1003.

COSTA, Juvenal Soares Dias da *et al*. Auditora médica: avaliação de alguns procedimentos inseridos no programa de atenção integral à saúde da mulher no posto de saúde da Vila Municipal, Pelotas, Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública,** 1998.v. 14, n.1, p.43-49, jan-mar.

COSTA, Luiz Renato Lima da. **Saúde da família:** apoio financeiro com esforço. O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio. São Paulo: Editora Sobravime, 2002. p. 433-469.

COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência de descentralização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2002. v. 7.(4). p. 907-923.

COULTER, Angela. ***Managing demand at the interface between primary and secondary care.BMJ Journal*.** 1998. v. 316, p. 1974-1976, jun.

COULTER, A; NOONE, A; GOLDACRE, M.; ***General Practitioners´referral to specialist outpatients clinics***. BMJ, n.299, p-304-8, 1989.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124p.

ECCLES, M. A; et al. *A natural survey of audity activity across the primary: secondy care interface.* ***Quallity in Healf Care.*** 1996. v.55, p. 193-200.

ELIAS, Paulo Eduardo; COHN, Amelia. **Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil..Saúde no Brasil**: Políticas e Organização de Serviços. 5.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2003. p. 59-120.

ELIAS, Paulo; et al. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001-2003. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. 2004. Ano V, n. 7, p. 62- 71, abr.

ESCRIVÃO JR. A. **Análise de Situação de Saúde: Estudo numa área restrita da Região Metropolitana de São Paulo**. 1998. 154p. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ESCRIVÃO JR. A. **Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo.** São Paulo: FGV-EAESP, 2004. (Relatórios de pesquisa, n.9/2004).

FORREST, Christopher B. *et al.* ***Gatekeeping and Referral of Chieldren and Adolescentes to Specialty Care.*****Pedratrics**. 1999. v. 104, n. 1, p. 28 - 35.jul.

FORREST, Christopher B.; STARFIELD, Barbara. *Entry Into Primary Care and Continuity The Effects of Access.American.* ***Journal of Public Health.*** 1998. v. 88, n. 9, p. 1330-1336, set.

FORREST, Christopher; NUTTING, Paula A; STARFIELD, Barbara; VON SCHARADER, Sarah. *Family Phsysicians´Referral Decisions.****The Journal of Family Practice***. 2002 a.v. 51, n. 3, mar.

FORREST, C B; *et al*. ***Los medicos de familia britânicos derivan a los especialisras la mitad de pacientes que los norteamericanos***. Gestion Clinica y sanitaria. 2002 b. v. 4, n. 4.

FORREST, C B et al.*Cordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care.* ***Arch Pediatr Adolesc Méd.*** 2000. v. 154, n. 5, p. 499-506, mai.

FRANCÉ, Henrique Sebastião. Programa Saúde da Família: Teoria e Prática. **Revista Ser Médico - CREMESP.** 2005. ed. 30. jan/fev/mar.

FRANCO, Laércio Joel.Entrevista: O enfoque das políticas do SUS para promoção da saúde e prevenção das DCNT: do passado ao futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2004. v.9. n.4. p.945-956.

GHANDI, T K et al. *Communication breakdown in the outpatient referral process.* ***Journal Gen Intern Med.*** 2000. v.16. n.3. p.208. mar.

GENTIL, Rosana Maura; LEAL, Sandra Maria Reis; SCARPI, Jorge Marinho. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo- UNIFAESP. **Arq Bras Oftalmol**. 2003. v. 66. p. 159-65.

GIOVANELLA, Lígia *et al***. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. 2002. v. 26, n. 60, p. 37-61. jan/abr.

GOLDBAUM, Moisés; GIANINI, Reinaldo José; NOVAES, Maria Dutilh; CESAR, Luiz Galvão. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. 2005. v. 39, n.1, p. 90-9.

GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes; HARTZ, Zulmira. Avaliação e gestão municipal de saúde. **Revista Saúde em Foco.** Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva. n.21, p. 7-19. jul. 2001.

GUPTA, Vidya Bhushan; O´CONNOR, Karen G.; QUEZADA-GOMEZ, Carlos. ***Care Coordination Services in Pediatric Practices.Pediatrics***. 2004. maio. v.113, n.5, p.1517-1521.

HARGRAVES, J. Lee; PHAM, Hoangmai H. ***Back in the driver´s Seat:*** *Specialists Regaining Autonomy.Results from the community tracking study.* 2003. jan. n. 7.

HARTZ, Zulmira M. de Araujo; CONTRADIOPOULOS, André- Pierre. Integralidade de atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 2004. v. 20, Sup 2, p. 331-336.

HEIMANN, Luiza Sterman *et al*. Avaliação dos sistemas municipais de saúde: uma proposta teórica- metodológica**. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. 2004. v. 28, n. 67, p. 148-148. maio/ago.

HEIMANN, Luiza Sterman; et al. **Desafios para a equidade em saúde na região metropolitana de São Paulo.** O Público e o Privado na Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.a p. 169-242.

HEIMANN, Luiza Sterman, MENDONÇA, Maria Helena. **A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade.Saúde e Democracia:** Histórias e Perspectivas do SUS. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005b a. p. 481-500.

JOHNSTON, G; et al. *Reviewing audit: barriers and Facilitating factors for effective clinical audit.* ***Qual. Saf. Health Care.*** 2000. v. 9. doi:10.1136/qhc.9.1.23, p. 26-36.

JUNQUEIRA, Luciano A Prates. **Gerência dos Serviços de Saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1990. v. 6, n.3.p. 247-259.jul/set..

KIM, Catherine et al.Referral *Management and Care of Patients With Diabetes: The Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD).* ***Study.The american Journal of Managed Care***. 2004. v.10, n. 2, p. 137-143. fev.

KOVACS, Maria Helena; FELICIANO, Katia V. O; SARINHO, Sílvia W; VERAS, Ana Amélia C. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**. 2005. v. 81, n. 3.

KOOPMAN, Richelle J.; MAY, Karen M. *Specialist Management and Coordination of "Out-of-domain Care".* ***The Unique Nature of the Process of Primary Care***. 2004. v. 36, n. 1, .p.46-50, jan.

KVAMME, O J; OLESEN F; SAMUELSSON, M**.** *Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (Equip).****Qual. Health Care.*** 2001. v. 10, doi:10.1136/qhc.10.1.33, p.33-39.

LEIYUSHI, DRPH; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. *Validating the Adult Primary Care Assessment Tool.* ***The Journal of Family Practice***. 2001. v.50, n.2, fev.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. Programa de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva.** 2001.v. 6, n. 2, p. 269-291.

LEVIN, Jack.COSTA, Sergio Francisco (tradutor). **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2.ed. São Paulo: Editora Harba, 1987.

LIMA, Ana Paula Gil de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. 2000. v. 16, n. 4. p. 985-996. out-dez.

MACINKO, James; STARFIELD Barbara; SHI, Leiyu**.** *The Contribution of Primary Care System to Health Outcomes Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries*, 1970-1998. ***HRS: Health Services Research***. 2003 b. v. 38, n. 3, jun.

MACINKO, James; ALMEIDA, Celia; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; SÁ, Paulo Klingelhoefer. *Organization and delivery of primary health care services in* Petropolis, Brazil. **Int J Health Plann Magmt.** 2004. v.19, p. 303-317.

MACINKO, James; ALMEIDA, Celia; OLIVEIRA, Eliane . Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro. 2003 (a). v. 27, n. 65,.p. 243-256. set/dez.

MASCARÓ, Jordi C. *El desafio es conseguir adaptar los hábitos y costumbres para afrontar la gestión clínica del presente.* ***Gestion Clinica y sanitaria***. 2002. v. 4. n.4.

MAHER, E J ; MILLAR D. *Share care: step down or step up?.****Qual. Saf. Health Care***. 2003. v. 12. doi:10.1136/qhc 12.4.242, p.242-245.

McCORMICK, I Ross; BOYD, MA; .***Primary and secondary care integration.*** NZ Med J. 1994. v. 107, p. 425-7.

McCORMICK, A D; COLLECUTT, W G; PARRY B R. ***Prioritizin patients for elective surgery: a systematic review.*** 2003. ANZ J Surg. v. 73, n. 8, p. 633-42, ago.

MENDES, Eugênio Vilaça; PESTANA, Marcus. **Pacto de Gestão da Municipalização autárquica à regionalização Cooperativa.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2004.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio**.** Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**.** Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. 2003. v. 27.n. 65.p. 316-323. set/dez.

MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira. **Os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira.** Municípios: a Gestão da Mudança em Saúde. 2. Ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. p.45-72.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1998.

_____. **Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2001.

_____. **O problema Saúde da família e a Atenção Básica no Brasil.** Brasília, 2002.

_____. **Regionalização de Assistência à Saúde**. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAUDE. Disponível em: <http://portal.saúde.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149>. Acesso em: 20/10/2005.

MISOCZKY, Maria Ceci.Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. **Revista RAP**. Rio de Janeiro. 2003. v. 37, n. 2, p. 335-54, mar/abr.

MOHAMMED, Sumaya; *et al*. ***Integrated Management of Childhood Illnesses strategy: compliance with referral and follow-up recommendations in Gezira State.*** *Sudan.Bulletin of the World Health Organization*. 2003. v. 81, n. 10, p. 708-716.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002. v. 7, n.3, p. 509-521.

MOTTA, Paulo Roberto. **Desempenho em equipes de saúde:** manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Pratica da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde.**Ciência & Saúde Coletiva**. 2005. v. 10, n. 2 , p. 333-345.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI JR, Luiz; COSTA, Nilson do Rosário.Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005. v.21, n. 1, p. 29-38. jan-fev.

NOAS 01/2002 - Portaria Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS02_PT373.htm>. Acesso em: 25 de julho de 2005.

O´DONNELL, Catherine A. *Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature?.**Family Practice***. 2000, v. 17, n. 6, p. 462-471. jul.

PARKETON, Patricia H.; SMITH, Dean G.; STRALEY, Hugh L. *Primary Care Practice Coordination Versus Physician Continuity.* ***Fam Med***. 2004. v. 36, n. 1, p. 15-21.

PEDROSA José Ivo dos Santos, TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. 2001. v. 35, n. 3, p. 303-11.

PRESTON, C; CHEATER, F.; BAKER, R.; HEARNSHAH, H. *Left in limbro: patients´views on care across the primary/secondary interface.* ***Qual. Health Care****.* 1999. v. 81, p. 16-21.

POGACH, Leonard et al. *Impact of Policies and Performance Measurement on Development of Organizational Coordinating Strategies for Chronic Delivery.* ***The american Journal of Managed Care***. 2004. v. 10, n. 2, p. 171-180, fev.

POLITZER, Robert M.; et al. *The Future Role of Health Centers in Improving National* ***Heatl.Journal of Public Helath Policy****.* 2003. v. 24, n. 3/4, p. 296-306.

RUDD, A g; *et al*. *National Stroke audit: a tool for change?.****Qual. Saf. Health Care****.* 2001. v. 10, doi: 10.1136/qhc 0100141, p.141-151.

SALEEM, J. Jason et al. *Exploring Barriers and Facilitators to the use os computerized Clinical Reminders.* ***Journal of the American Informatics Association***. 2005. v. 12, n. 4, p. 438- 447, jul/ago.

SÃO PAULO. (Prefeitura) **Boletim CEInfo.** Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/BoletimCEInfo 06-05.pdf. >. Acesso em: 10/3/2005.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Documento Norteador - Compromisso das unidades básicas de saúde com a população**. São Paulo, 2005.

_____. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/boletins/sol/sol.htm>. Acesso em:11/5/2005.

_____. **Compromisso das Unidades Básicas de Saúdo com a População.** São Paulo.

_____. **Relatório de Quatro anos de Gestão - 2001-2004 - Coordenação de Atenção Básica e PSF Município de São Paulo**. São Paulo, 2004

_____. **Boletim ISA capital.** Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/morbilidade/0018/BOLETIM_ISA_Capital.pdf.> Acesso em:17/09/2005.

_____. Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/publicacoes/0001/portal/secretarias/saude/mulher/0013>. Acesso em:29/10/2005.

_____. **Caderno Temático da Criança.** Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0001/CadernoCriancа.pdf>. Acesso em:11/2/2005.

SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK.KIDDER, Louise H.. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais.** 4.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1987.

SENNA, Mônica de Castro Maia.Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.**Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2002. v. 18, (suplemento). p. 203-211.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COHEN, Miriam Miranda. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2002. v. 7. n. 3, p. 523-535.

SILVA, Eliete Maria; NOZAWA, Márcia Regina; SILVA, José Carlos; CARMONA, Silvia A M. L. D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2001. v. 17, n. 4, p. 989-998. jul/ago.

SOBOLEV, BG; et al. **Priority waiting lists**: is there a clinically ordered queue?.J Eval Clin Pract. Inglaterra. 2005. v. 11, n. 4.p. 408-10. ago.

SOUZA, Heloiza Machado de. **Saúde da Família:** desafios e conquistas. O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio. São Paulo: Editora Sobravime, 2002. p. 221-240.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2001. v. 6. n. 2. p.451-455.

STARFIELD, Barbara.. **Atenção Primária** - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.2.ed.UNESCO- Ministério da Saúde. Brasília,.2004.

STILLE, Christopher et al. ***Coordinating Care across Diseases, Settings, and Clinicians:*** *A key Role for Generalist in Practoce. Ann Intern Med*. 2005. v. 142, p. 700-708.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 2002. v.18 (suplemento), p. 153-162.

TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; OSÓRIO, Alessander; FASSA, Ana Claudia Gastal. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Revista Saúde Pública**. 2003.´v. 37, n. 6, p. 800-6.

TSO, Allison; HARRIS, Lucy; LITTLEWOOD, Tim. *Are written responses to some referrals to a general haematology clinic acceptable?*.**BMJ Journal**. v. 329, n. 23, p. 946-947, out 2004.

VIANA, Ana Luiza D´Avila et al. **Descentralização no SUS:** efeitos da NOB-SUS 01/96. O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio.São Paulo: editora Sobravime, 2002 (b).p.471-488.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WHO - *Regional Office for Europe´s Health Evidence Network (HEN).* ***What are the advantages and disadvantagens of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?****,* 2004.

_____. ***Primary Health Care 21***: *Evebody´s Business.* Amaty, Kazakhstan,1999 a.

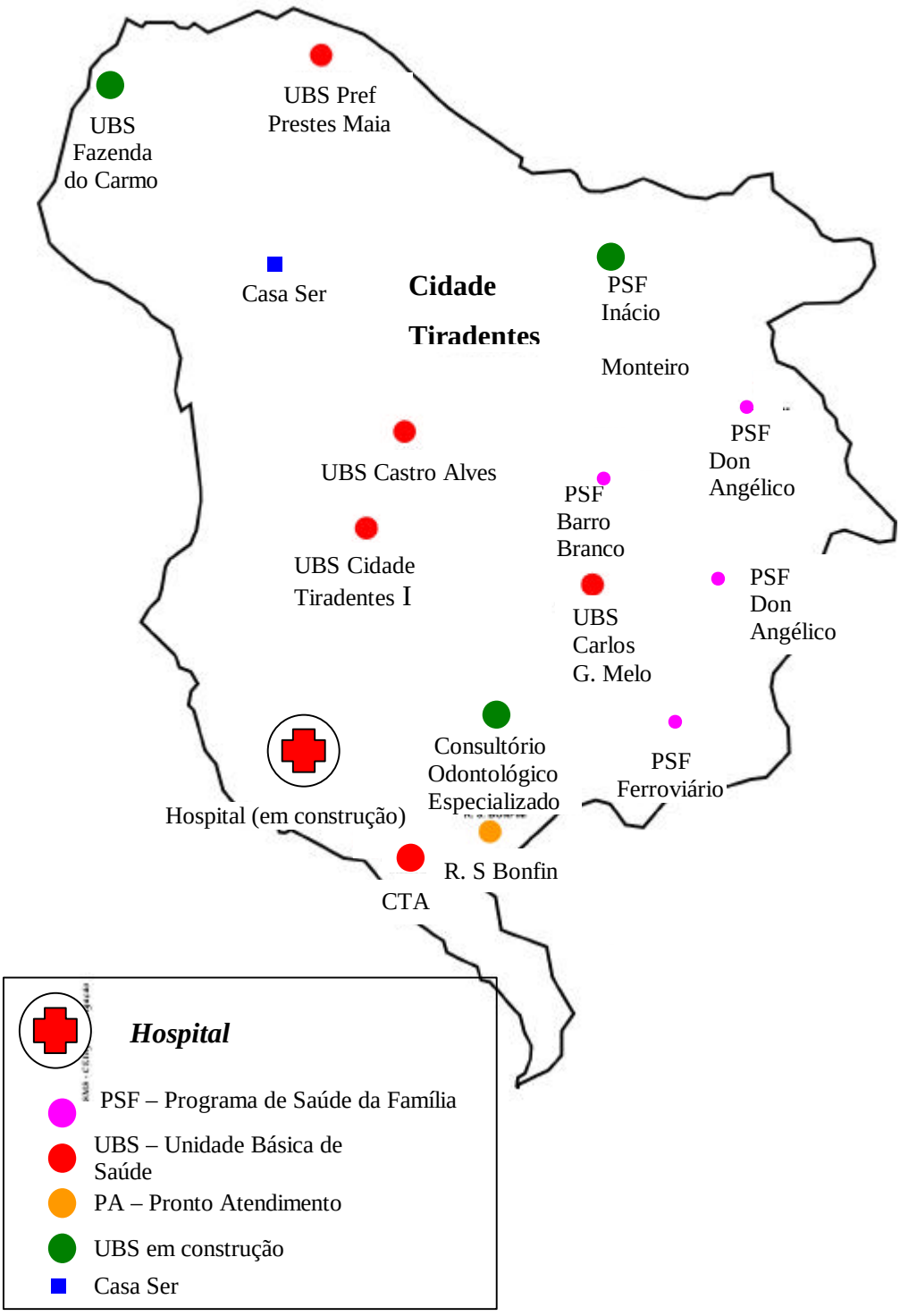
_____. *Regional Office for Europe.* ***Fifth meeting of the expert network on family medicine development strategies***. Tartu, Estonia, 1999 b.

_____. ***Report of na Intercontry Consulation Velmore. District Health System/Primary Health Care:*** *Update Strategis and Approaches.* Tamil Nadu, Índia, 1999.

ANEXOS

ANEXO 1 - Supervisão Técnica de Saúde Cidade Tiradentes
ANEXO 2- Carta de Esclarecimento Sobre a Pesquisa
ANEXO 3- - Lista de Unidades Participantes do Estudo
ANEXO 4 – Instrumento Utilizado

ANEXO 1 - Supervisão Técnica de Saúde - Cidade Tiradentes



ANEXO 2- Carta de Esclarecimento Sobre a Pesquisa

São Paulo, 03 de junho de 2005

Prezado (a) Sr (a)

O (a) Sr (a) foi escolhido (a) para participar da pesquisa "Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Atenção Primária à Saúde". Essa pesquisa está sendo realizada por um consórcio contratado pelo Ministério da Saúde. A instituição responsável pelo município de São Paulo é o Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC).

A presente pesquisa integra o Projeto de Expansão de Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo principal é organizar e fortalecer a Atenção Primária à Saúde, viabilizando recursos para estruturação das equipes e unidades, aprimorando as tecnologias de gestão e o desenvolvimento de recursos humanos nos municípios com população acima de 100 mil habitantes. Os resultados obtidos neste estudo irão subsidiar o aperfeiçoamento e a consolidação das atuais práticas de avaliação no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Os resultados serão divulgados a partir da análise dos dados agregados, guardando assim o absoluto sigilo das informações. Dessa maneira, após a conclusão do trabalho de campo, os resultados serão publicados no portal do PROESF, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

Sua participação é de livre arbítrio, sendo-lhe facultado o direito de se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois as informações fornecidas servirão para melhor descrever o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção primária em nível local e no Brasil.

O questionário poderá ser preenchido em papel ou por meio eletrônico através da página www.unisantos.br/eventos/congresso/portal Em anexo, seguem seu login e senha pessoais, se a opção escolhida for o preenchimento em papel, favor entregar ao setor administrativo de sua unidade o envelope endereçado à sua Coordenadoria Regional de Saúde, devidamente lacrado. Somente uma das formas de preenchimento é necessária.

Agradecemos sua participação, e nos dispomos a esclarecer quaisquer eventuais dúvidas.

Atenciosamente

_____

Adriana Paula de A. Gomes / Vanessa Chaer Kishima

Cedec

Tel : 011-38712966
E-mail: cedec@cedec.org.br

ANEXO 3- - Lista de Unidades Participantes do Estudo

Lista De Unidades
Ubs Adao Manoel
Ubs Atualpa Girao Rabelo
Ubs Bandeirantes
Ubs Barro Branco
Ubs Burgo Paulista
Ubs Carlos Gentile De Melo
Ubs Castro Alves
Ubs Cdhu Palanque
Ubs Cidade Kemel
Ubs Cidade Lider I
Ubs Cidade Nova Sao Miguel
Ubs Cidade Pedro Jose Nunes
Ubs Cidade Tiradentes I
Ubs Costa Melo
Ubs Da Parada Xv De Novembro
Ubs Dom Angelico
Ubs Dom Joao Nery
Ubs Dr Thersio Ventura
Ubs Dr. Carlos O. S.L. Muniz
Ubs Dr. Matheus Santamaria
Ubs Dr. Mauricio Zamijovsky
Ubs Dr. Pedro De Souza Campos
Ubs Ermelino Matarazzo
Ubs Ferroviarios
Ubs Gleba Do Pêssego
Ubs Graficos
Ubs Guaianases I- Ses
Ubs Guaianases Ii- Pmsp
Ubs Itaim Paulista 'Dr Julio De Gouveia'
Ubs Itaquera
Ubs Jaragua
Ubs Jardim Aurora
Ubs Jardim Brasilia
Ubs Jardim Camargo Novo
Ubs Jardim Campos
Ubs Jardim Carraozinho
Ubs Jardim Colonial
Ubs Jardim Colorado"Dr José Pires"
Ubs Jardim Conquista I
Ubs Jardim Conquista Ii
Ubs Jardim Copa
Ubs Jardim Das Camelias
Ubs Jardim Das Laranjeiras
Ubs Jardim Das Oliveiras
Ubs Jardim Etelvina
Ubs Jardim Fanganiello
Ubs Jardim Helena

Ubs Jardim Helian
Ubs Jardim Indaia
Ubs Jardim Iv Centenario
Ubs Jardim Keralux
Ubs Jardim Maia
Ubs Jardim Marilia
Ubs Jardim Nelia
Ubs Jardim Nossa Senhora Do Carmo
Ubs Jardim Paraguassu 'Dr. Goncalo Feliciano Alves'
Ubs Jardim Penha-
Ubs Jardim Robru I Guaianases
Ubs Jardim Robru Ii Sao Miguel
Ubs Jardim Romano
Ubs Jardim Roseli
Ubs Jardim Santa Maria
Ubs Jardim Santa Terezinha
Ubs Jardim Santo Andre
Ubs Jardim Sao Pedro 'Francisco Antonio Cesaroni'
Ubs Jardim Silva Telles
Ubs Jardim Soares
Ubs Jardim Tietê I
Ubs Jardim Tietê Ii
Ubs Jardim Vitoria
Ubs Jose Bonifacio Ii
Ubs Nove De Julho
Ubs Parque Boa Esperança
Ubs Parque Santa Rita
Ubs Parque Sao Rafael ' Dra. Ora Rosen
Ubs Paulo Feldman -Nitro Operaria
Ubs Prefeito Celso Augusto Daniel
Ubs Prefeito Prestes Maia
Ubs Presidente Juscelino Kubitschek
Ubs Primeiro De Outubro
Ubs Prof Dr Humberto Cerruti
Ubs Profeta Jeremias
Ubs Recanto Verde Sol
Ubs Rio Claro
Ubs Santa Luzia
Ubs Santo Estevao
Ubs Sao Mateus
Ubs Sta Ines
Ubs Uniao Vila Nova I
Ubs Vila Carmosina
Ubs Vila Chabilândia
Ubs Vila Cisper
Ubs Vila Cosmopolita
Ubs Vila Curuca (Velha)
Ubs Vila Jacui
Ubs Vila Nossa Senhora Aparecida

Ubs Vila Nova Curuca
Ubs Vila Progresso
Ubs Vila Ramos 'Dr. Luiz Augusto De Campos'
Ubs Vila Regina
Ubs Vila Santana

ANEXO 4 – Instrumento Utilizado

Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROESF

Consórcio FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA USP

INSTITUIÇOES: FFM-USP; CEDEC; FMUSP-RP; SANTA CASA; FUNDAÇAO VANZOLLINI; UFRJ.

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil

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

ESTE QUESTIONÁRIO DEVE SER REPONDIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE (VIA INTERNET OU À MÃO)

Atualizado: 15 de novembro de 2004

Baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Termo de Consentimento

São Paulo, 20 de maio de 2005

Prezado(a) Senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado(a) para responder um questionário sobre a **Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Este estudo está sendo realizado por uma equipe de pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Medicina da USP, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea – (CEDEC), Santa Casa (Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão), Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), Escola Politécnica da USP (Fundação Carlos Alberto Vanzolini) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (Fundação Universitária José Bonifácio). Tem como objetivos: avaliar a implementação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - *PROESF* – e identificar os modelos de Atenção Básica e de PSF presentes em 62 municípios do Estado de São Paulo, incluindo a capital.

Com este estudo, se buscará desenvolver uma ferramenta baseada na metodologia testada para avaliação do desempenho do sistema de atenção básica e a definição de alguns indicadores de atenção primária que sejam práticos, válidos e relevantes.

Os dados obtidos serão divulgados agregados, guardando assim o absoluto **sigilo sobre as informações**. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A sua participação é voluntária, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois as informações fornecidas servirão para melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção básica em nível local no Brasil.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com o coordenador da equipe de pesquisadores do Município de São Paulo, Prof. Paulo Elias, do CEDEC, nos telefones 011-38712966 ou pelo e-mail cedec@cedec.org.br

Concordo,

_____

Pesquisador Responsável: _____

INSTRUÇÕES

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

Informações gerais

1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu titulo		
4.	Sua função		Administrador/a
	(marque só uma resposta)		Agente comunitário de saúde
			Gerente/a (Coordenador/a, Diretor/a)
			Enfermeiro/a
			Médico/a
			Outro profissional de saúde (especifique)
			Outro Gerente/(especifique)
5.	Organização		
6.	Numero de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		
12.	Tipo de organização	(marque só uma resposta)	

	Consultório privado		Clínica ambulatorial privada
	Equipe Saúde da família		Clínica ONG ou religiosa
	Centro de saúde		Hospital público
	Posto de saúde		Hospital privado
	Clínica ambulatorial pública		Outro (especifique) _____ _____

B. Recursos humanos

13. Por favor, indique que tipo e quantos profissionais trabalham na unidade.

Tipo de Profissional	**Número de pessoas**
Agentes Comunitários de Saúde	
Auxiliares de Enfermagem	
Enfermeiros	
Médicos	
Odontólogos	
Psicólogos	
Assistente Social	
Outros profissionais de saúde (especifique_____)	
Outros (que não são profissionais de saúde) Especifique _____	

C. Acessibilidade

(*) **Adequado** quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para a maioria do atendimento das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
14.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve uma **adequada*** oferta de *medicamentos essenciais*?							
15.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve **adequado*** *equipamento básico e estoque* para cumprir com suas funções essenciais?							
16.	Quantos usuários/clientes pagam alguma quantia para ser atendido (co-pagamento)?							
17.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?							
18.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?							
19.	Qual é o horário normal de funcionamento da sua unidade (de atenção básica)?	De _____horas às _____horas						
20.	A unidade fica aberta pelo menos um dia durante a semana depois das 18 horas?							

21.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?							
22.	Quando a unidade **está fechada**, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?							
23.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar **mais de 30 minutos** na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?							

D. Porta de entrada

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
24.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?							

E. Vínculo

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
25.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?							
26.	A unidade tem população adscrita?							
27.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?							
28.	Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes descrevam bem suas dúvidas ou preocupações?							
29.	Os profissionais de saúde da sua unidade normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?							

30.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?							
31.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?							

F. Elenco de serviços

Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
32.	Vacinações para crianças							
33.	Atendimento para crianças e adolescentes							
34.	Atendimento para adultos							
35.	Atendimento para idosos							
36.	Controle pré-natal							
37.	Serviços de planejamento familiar							
38.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis							
39.	Programa de controle de tuberculose							
40.	Controles/tratamento de doenças endêmicas							
41.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas							
42.	Atendimento de doenças crônicas							
43.	Tratamento/controle de diabetes							
44.	Tratamento/controle de hipertensão							
45.	Tratamento de pequenas feridas							
46.	Pequenas cirurgias							
47.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco							
48.	Problemas de saúde mental não graves							

49.	Programa de nutrição							
50.	Educação em saúde							
51.	Educação sobre violência doméstica							
52.	Educação sobre acidentes domésticos							
53.	Educação preventiva odontológica							
54.	Assistência preventiva odontológica							
55.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços já mencionados?							

G. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
56.	Para que porcentagem das crianças atendidas existe um registro obrigatório?							
57.	Que porcentagem de usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento?							
58.	Para que porcentagem das grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal?							
59.	Quantas grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?							
60.	Existem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?							

61.	Com que freqüência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência?							
62.	Quando um usuário/cliente precisar ser referido, os profissionais de atenção básica discutem ou indicam com ele os possíveis lugares de atendimento?							

G. Coordenação (Continuação)

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
63.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?							
64.	Quando os pacientes são referidos, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?							
65.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das visitas referidas a especialistas?							
66.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratórios de complementação diagnóstica?							
67.	Existe colheita de material para exames de laboratório na própria unidade?							
68.	Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para a unidade?							

69.	O agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?							
70.	O usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?							
71.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referencia aos outros níveis de atenção?							
72.	As unidades permitem que os usuários/clientes olhem seus prontuários médicos?							
73.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário/cliente?							
74.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?							

H. Enfoque Familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
75.	Que porcentagem dos prontuários médicos é organizado por família (e não por individuo)?							
76.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?							
77.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?							

78.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (e.g. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?							

I. Orientação comunitária

Com que freqüência a sua unidade de atenção básica:

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
79.	Realiza enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades percebidas da população?							
80.	Realiza enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?							
81.	Tem representantes da comunidade participando na direção da unidade ou nos conselhos comunitários?							
82.	Oferece serviços de saúde nas escolas?							
83.	Oferece visitas domiciliares?							
84.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?							
85.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?							

J. Pessoal profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
86.	Que porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico?							
87.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?							
88.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico na área de atenção básica?							

89.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?							
90.	As equipes de atenção básica foram capacitadas para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex. cultura, nível socioeconômico, idioma)?							

K. Auto avaliação de confiança nas respostas

Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.

91.	As respostas se basearam em dados ou informes publicados?							
92.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?							

Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas

Agradecemos a sua participação.

Por favor, caso o Sr(a) opte por responder o questionário em papel e não o questionário eletrônico, utilize o envelope recebido junto com o questionário, lacre-o e envie para o setor administrativo de sua UBS. Este material será encaminhado via malote para a Coordenadoria Regional.

Salientamos que suas informações são muito importantes e essenciais para o andamento da pesquisa, por isso solicitamos sua colaboração no sentido de responder o questionário o mais breve possível.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Dados obtidos nos questionários
APÊNDICE B - Gráficos das médias obtidas nas questões referentes às Sub Dimensões, distribuídas por profissional e modalidade
APÊNDICE C - Teste de Normalidade dos dados