

Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia

Evaluation of the primary care services organization in Petrópolis:
a methodological test

James Macinko¹

Celia Almeida²

Eliane Oliveira³

¹ Economista, Ph. D, ex-professor visitante do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), professor de saúde pública na Universidade de Nova York
e-mail: james.macinko@nyu.edu

² MD, MPH, Ph. D, pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Av. Brasil, 4.036 – sala 707
CEP 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: calmeida@ensp.fiocruz.br

³ MPH, pesquisadora assistente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Av. Leopoldo Bulhões, 1.480 – 7º andar
CEP 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: oliveira@ensp.fiocruz.br

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi adaptar e aplicar um instrumento para medir dimensões organizacionais do sistema de atenção básica no município de Petrópolis (RJ), comparando as dimensões organizacionais selecionadas em dois tipos de unidades: as do Programa Saúde da Família (PSF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. A pesquisa utilizou a metodologia de informantes-chave. A ferramenta testada foi aplicada de forma rápida o que sugere que ela pode ser empregada nas avaliações regulares do desempenho das unidades. Conclui-se que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta vários desafios, incluindo: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, alcançar maior integralidade na atenção à saúde, melhorar a coordenação e aumentar a orientação para a comunidade.

DESCRIPTORES: Avaliação dos Serviços; Cuidados Primários de Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The purpose of the study was to adapt and apply an instrument to measure the organizational features of the primary care system in the municipality of Petrópolis (RJ), comparing the performance of its Family Health Program (PSF) with traditional primary care facilities (UBS). The study used the methodology of key reporters. The tool successfully employed a rapid assessment methodology suggesting that it could be used in on-going monitoring and evaluation of the performance of health facilities. In conclusion, in spite of making important advances in primary care, Petrópolis faces several challenges including the need to improve access, enforce the role of primary care as a gatekeeper to the health system, and improve the scope, coordination, and community orientation of both types of primary care services.

DESCRIPTORS: Services Evaluation; Primary Health Care; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Durante a última década do século passado, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, no financiamento e na oferta de serviços de seu sistema de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial cuidado, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Estas mudanças realizaram-se devido a muitos fatores, entre eles a necessidade de se desenvolver e disponibilizar para a população, serviços básicos que sejam mais acessíveis, equitativos e de melhor qualidade. Para responder a esse desafio, o Ministério da Saúde (MS) vem utilizando diversas estratégias, destacando-se os programas especiais – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), desde 1994 – assim como o Piso da Atenção Básica (PAB), introduzido com a Norma Operacional Básica (NOB) 1996 e atualizado com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, como parte do processo de descentralização.

O PSF em particular apresentou um crescimento considerável. De 900 equipes em 900 municípios em 1996 (AGUIAR, 1998), passou para quase cinco mil equipes em 1.870 municípios em 1999 e 10.025 equipes em 3.059 municípios em 2000 (BRASIL, 2000). Entre as característi-

cas inovadoras do programa, incluem-se a ênfase em reorganizar serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. Entretanto, as pesquisas e as metodologias existentes para medir o alcance do programa nestas dimensões inovadoras ainda são insuficientes.

Daí o interesse em avaliar o alcance destes programas e, mais amplamente, o impacto dessas inova-

A ATENÇÃO BÁSICA TEM MERECIDO ESPECIAL CUIDADO, COM A INTRODUÇÃO DE PROGRAMAS INOVADORES E ESTRATÉGICOS PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ções na organização da atenção básica e na provisão de serviços, assim como o resultado da ação dos serviços de atenção primária na saúde da população em nível local.

Apresentamos aqui alguns resultados preliminares de uma pesquisa que foi desenhada para validar uma metodologia de avaliação rápida dos elementos organizacionais e do desempenho do sistema de atenção básica do SUS. O objetivo do estudo foi testar, no município de

Petrópolis (Rio de Janeiro) essa nova metodologia. Espera-se que no futuro esse instrumento possa ser aplicado a uma amostra nacional de municípios para determinar tendências no alcance das dimensões organizacionais da atenção básica e o seu impacto na saúde da população em nível nacional.

Na primeira parte do trabalho discutimos o marco teórico utilizado e a metodologia empregada; na segunda, apresentamos e discutimos alguns dos principais resultados; e, por fim, fazemos algumas considerações sobre este trabalho e seus possíveis desdobramentos.

MARCO TEÓRICO

Nas décadas antes mencionadas, de uma maneira geral, todos os países reformaram seus sistemas de serviços de saúde, guiados por objetivos de alcance de maior eficiência, equidade e qualidade na atenção, sendo que novos modelos e paradigmas de reforma têm sido difundidos mundialmente. Na América Latina, esses processos têm sido particularmente importantes, pois ao mesmo tempo que estão vinculados às políticas de ajuste macroeconômico e à reforma do Estado, são concomitantes ao aumento impactante da pobreza e das desigualdades, *pari passu* à deterioração das instituições públicas, exacerbadas exatamente por essas mesmas políticas (FANELLI *et al.*, 1992; HOEVEN;

STEWART, 1993; COMINETTI, 1994). Paralelamente, assistimos a mudanças muito mais radicais dos sistemas de saúde, com resultados pífios em relação ao preconizado pelas agendas de reforma, ou mesmo piora das condições antes observadas (ALMEIDA, 2002a; 2002b). Mais recentemente, esses resultados têm levado à formulação de estratégias que apontem para a (re)construção de sistemas de saúde mais equitativos e com serviços de melhor qualidade (INFANTE, 2000).

A atenção básica em saúde tem desempenhado papel de destaque nessas reformas contemporâneas. De início pensada numa perspectiva restrita, como uma forma de diminuir o gasto hospitalar, particularmente alto em todos os sistemas de saúde, ela vem pouco a pouco sendo retomada de forma mais ampla, voltada para a 'reversão do modelo assistencial', excessivamente centrado na assistência médica, com a recomendação de que deva fazer parte integral das estratégias de desenvolvimento econômico e social (WORLD BANK 1993; WHO 2001a). Entretanto, o impacto da atenção básica no alcance desses objetivos não foi investigado de maneira sistemática. Quase um quarto de século após Alma Ata (1978), existe pouca evidência disponível sobre o impacto da atenção básica na saúde da população e, menos ainda, no desenvolvimento socioeconômico ao longo do tempo (HILL *et al.*, 2000).

A discussão contemporânea sobre a avaliação dos sistemas de serviços de saúde reconhece a importância de definir os seus limites, explicitando-se claramente as áreas passíveis de intervenção direta das autoridades sanitárias (PAHO, 2001a). No que toca à atenção básica, a avaliação se depara com o problema adicional de que não existe consenso na literatura sobre seu conceito, tendo sido definida de forma diferente, no tempo e no espaço.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA FOI APROVADA COMO A PRINCIPAL ESTRATÉGIA PARA ATINGIR A META DE "SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000"

Assim, em 1978, na Declaração de Alma Ata, a atenção primária foi aprovada como a principal estratégia para atingir a meta de "Saúde para todos no Ano 2000" (ASSEMBLÉIA MUNDIAL DA SAÚDE, 1977), e definida como:

A atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país [...] É função cen-

tral dos SS de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e econômico da comunidade [...] É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com a SS, levando a atenção de saúde mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978, tradução livre).

Esse enfoque inter-relacionava pelo menos dois significados: uma prescrição geral que advogava que os sistemas sanitários deveriam dar prioridade à assistência básica, antecipando/evitando os problemas de saúde e os agravamentos das doenças e quebrando os ciclos perversos produtores das enfermidades; e um conjunto mínimo de ações e serviços que compunham a Atenção Primária e se estendiam para além do campo estrito dos serviços de assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços etc. (WALT, 1994; ALMEIDA, 1995).

O enfoque de Atenção Primária, promovido também pela UNICEF, conjuntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi acolhido entusiasticamente pelos países da periferia, mas tratado de

forma muito mais cautelosa nos países desenvolvidos.

Mais tarde, esse significado foi mudando e se confundindo com o de atenção básica, sendo que, para alguns autores, refere-se a um determinado nível de atenção; para outros, é um conjunto de serviços ou intervenções em saúde ou uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde (VUORI, 1985).

Neste trabalho, elaboramos um modelo teórico (ou uma representação) da atenção básica que tenta incorporar essas diferentes dimensões (Figura 1). A ênfase está posta nas características e funções essenciais da atenção básica e nas suas relações com os outros elementos do sistema de saúde, definido de forma ampla pela Organização Mundial da Saúde como “todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde” (WHO, 2000. p. 5). Esse modelo pode ser utilizado para descrever qualquer unidade de atenção básica, seja pública, privada ou não governamental.

No meio do círculo, na Figura 1, a atenção básica é composta pela assistência preventiva e curativa, centrada na pessoa, e deve resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Incluem-se aí serviços básicos de assistência médica, como o tratamento cotidiano da maioria das doenças agudas, crônicas e traumatismos mais co-

FIGURA 1 – Atenção básica e sua relação com o sistema de saúde



muns; controles pré-natais e outros; vacinações; planejamento familiar; educação em saúde; nutrição e atenção a problemas não graves de saúde mental. Entretanto, a atenção básica tem uma abrangência maior do que o mero fornecimento de serviços de assistência médica, inter-relacionando e integrando outras dimensões funcionais do sistema de saúde, representadas pelas linhas que irradiam do círculo central e estabelecem as conexões mencionadas. Ao conectar a atenção básica com outras ações intersetoriais, o que se propõe é que ela possa influir nas demais ações necessárias para as mudanças nos determinantes não biológicos da saúde, sem ser a responsável direta pela execução dessas atividades, que podem ser concebidas, financiadas e implementadas por outros

setores como os de educação, saneamento básico, meio ambiente ou desenvolvimento econômico. No entanto, a atenção básica deve ser responsável pela criação e manutenção da inter-relação entre esses setores e a saúde das populações. E o grau de participação da atenção básica nessas ações vai variar segundo o tipo de ação e a disponibilidade de recursos.

Devido à tendência mundial à descentralização e à privatização de serviços públicos, hoje muitas das ações originalmente pensadas em Alma Ata como parte da atenção básica estão sendo desenvolvidas por organizações não-governamentais ou empresas privadas, que na maioria dos casos não têm relação formal com o setor saúde (WHO, 2001b). Isso justifica a definição da atenção básica pelas

funções que cumpre, sendo que essas definições funcionais também são úteis para avaliar os determinantes da saúde que podem ser mais especificamente enfrentados pelo setor de serviços de saúde. Do ponto de vista histórico, as próprias definições de atenção básica dificultaram a medida do seu impacto na saúde da população (STARFIELD, 1992; 2003). Esse desafio pode ser superado pelo exame dos elementos estruturais e funcionais da atenção básica.

Entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da atenção primária – acessibilidade, elenco de serviços, população adscrita e continuidade (ou atenção contínua). E os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. São necessários um dos quatro elementos estruturais e um dos dois elementos processuais (desempenho) para medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da atenção primária, que são: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2003).

Nessa perspectiva, Barbara Starfield (2003, p. 28) elaborou a seguinte definição de atenção básica:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermi-

dade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação [...] Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde [...] É a atenção

O MINISTÉRIO DA SAÚDE DEFINIU A ATENÇÃO BÁSICA COMO UM CONJUNTO DE AÇÕES, DE CARÁTER INDIVIDUAL OU COLETIVAS, SITUADAS NO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE, VOLTADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

É desejável combinar a definição orientada aos serviços de saúde, de Starfield, com uma noção mais ampla de atenção básica que reflete o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, como desenvolvido nos países em desenvolvimento. Baseados no trabalho de Starfield

(1992 e 1998) e na literatura disponível que discute a meta de 'Saúde para Todos no Ano 2000', elaboramos uma lista dos principais atributos da atenção básica (Quadro 1).

Pesquisas internacionais demonstram que sistemas de saúde que possuem dimensões como as descritas na Quadro 1 estão, em geral, correlacionados com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário (BERMAN, 2000; BINDMAN *et al.*, 1996; BOERMA, FLEMING, 1998; BUNKER, 2001; CASANOVA; COLOMER, 1996; STARFIELD, 1994). Estas dimensões também estão correlacionadas com melhor saúde em nível populacional, mesmo quando controladas por outros determinantes como PIB *per capita*, renda *per capita*, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool (MACINKO *et al.*, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde definiu a atenção básica como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999). Esta definição inclui alguns elementos da definição de Starfield, tais como a porta de entrada e a integralidade da atenção. Mas outras dimensões essenciais da atenção básica (tais como coordenação da atenção, vínculo com o usuário, foco na pessoa) não aparecem na definição.

QUADRO 1 - Definições das dimensões essenciais da atenção básica da saúde (STARFIELD, 2003)

Dimensão	Definição
Acessibilidade	Envolve a localização do estabelecimento próximo da população à qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspetos da acessibilidade.
Porta de entrada	Implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
Vínculo ou longitudinalidade	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade de atenção básica, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria estar refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
Elenco de serviços ou integralidade	Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.
Coordenação ou integração dos serviços	Requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas – por exemplo, os observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveriam ser avaliados nas consultas subseqüentes.
Centralidade na família	Resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se depara com recursos familiares limitados.
Orientação para a comunidade	Resulta de um alto grau de integralidade na atenção primária. Todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades freqüentemente requer o conhecimento do contexto social.
Formação profissional	Não é uma dimensão definida, para Starfield, mas representa um importante requisito para que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo estas dimensões. Pressupõe que a atenção básica seja uma área de ‘especialização’ que requer formação específica.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenhada para validar uma metodologia de avaliação rápida dos elementos organizacionais e de desempenho do sistema de atenção básica do SUS. Foi realizada pela adaptação de um instrumento – o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) – que é um questionário formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvido na Universidade de Johns

Hopkins (STARFIELD, 2000; 1998). Pesquisadores norte-americanos demonstraram que este instrumento possibilitou medir as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável (SHI *et al.*, 2001). O instrumento foi originalmente desenhado para ser usado com informantes-chave e inclui questões referentes às dimensões mencionadas antes. Cada uma dessas dimensões está relacionada a um determinado número de ações específicas em nível da prática clínica, de saúde pública ou de im-

plementação da política. Essas ações foram selecionadas segundo seu potencial para melhorar a efetividade da atenção primária.

O município de Petrópolis, no Rio de Janeiro, foi escolhido para testar a metodologia pela facilidade de acesso; por ter um sistema local de saúde com razoável tradição histórica de desenvolvimento da atenção básica; e ter o PSF funcionando há cerca de cinco anos, em algumas localidades, sendo que atualmente está em processo de implantação de mais equipes. Além disso, possui

unidades básicas tradicionais funcionando com regularidade.

Foram elaboradas duas versões do instrumento: uma para ser aplicada aos profissionais que atuam nas unidades de atenção básica – PSF e tradicionais – e outra aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (SMS/Petrópolis). Cada instrumento contém cem perguntas específicas sobre aspectos da atenção básica, que correspondem a indicadores de avaliação da atenção básica tomados de pesquisas e experiências internacionais. Cada indicador está relacionado também a uma das oito dimensões descritas no Quadro 1. Alguns indicadores foram modificados em relação aos originalmente incluídos no questionário PCAT e o instrumento foi adaptado para melhor refletir o contexto brasileiro. Foi realizado um pré-teste com alguns informantes-chave selecionados, pois embora a metodologia já tenha sido aplicada em outros países latino-americanos, ainda não havia sido aplicada no Brasil.¹

Cada entrevistado respondeu às perguntas segundo uma escala predefinida com valores de zero a cinco. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. Essas respostas foram analisadas individualmente e tam-

bém por tipo de programa (PSF ou Unidade de Saúde tradicional). O fato de as perguntas e as escalas serem iguais para cada pessoa entrevistada, facilita a comparação entre as diferentes unidades, programa e níveis (por exemplo, comparando unidades com outras unidades ou comparando programas com outros programas).

Vários mecanismos foram utilizados para assegurar a validade das respostas. Primeiro, cada informan-

FOI REALIZADO UM PRÉ-TESTE COM
ALGUNS INFORMANTES-CHAVE
SELECIONADOS, POIS EMBORA A
METODOLOGIA JÁ TENHA SIDO APLICADA
EM OUTROS PAÍSES LATINO-AMERICANOS,
AINDA NÃO HAVIA SIDO APLICADA NO BRASIL

te-chave foi selecionado segundo os critérios definidos – cargo atual, número de anos trabalhados na municipalidade pesquisada e credenciais profissionais. Segundo, vários informantes-chave foram selecionados para abordar o mesmo município, permitindo avaliar a concordância inter-avaliador. Terceiro,

todo entrevistado foi solicitado a avaliar a sua própria confiança nas respostas dadas, ou seja, foi perguntado que porcentagem das respostas havia sido extraída de dados preexistentes e que porcentagem era devida unicamente à opinião pessoal do informante. Por fim, como a primeira fase da pesquisa foi centrada em apenas um município, os resultados da sondagem foram comparados com a análise de fontes de dados secundários disponíveis, quanti e qualitativos, avaliando-se a concordância entre ambos. Esse processo de ‘triangulação’ (usando várias fontes de dados para confirmar a sua validade) é muito comum nas pesquisas qualitativas (GOMES VÍCTORIA *et al.*, 2000).

Diferenças nos resultados entre tipos de unidades (PSF e tradicional) foram testadas usando o teste X^2 . A diferença entre as duas unidades foi considerada estatisticamente significativa se a probabilidade calculada era menor que 0,05. Este limite é considerado conservador, pois o tamanho da amostra ($n = 33$) é pequeno (FISHER; VAN BELLE, 1993).

RESULTADOS

O município de Petrópolis fica localizado na região serrana fluminense do estado do Rio de Janeiro.

¹ Essa etapa da pesquisa foi financiada com alguns recursos da Bolsa Fulbright, assignada ao professor visitante da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), James Macinko, e teve apoio operacional do Departamento de Administração em Planejamento e Saúde (DAPS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Rio de Janeiro.

Fundada em 1857, possui uma altitude de 809m, com uma área total de 776,6km² e uma população de 286.348 habitantes, perfazendo uma densidade demográfica de 359,49 habitantes/km², segundo o Censo Demográfico de 2002. Aos 160 anos, Petrópolis possui mais de 700 construções históricas, tombadas em prol da preservação do patrimônio. Entre elas encontram-se o Museu Imperial, a casa de Santos Dumont, a catedral São Pedro de Alcântara, o palácio Rio Negro, o Museu Casa do Colono, o Palácio de Cristal e o palácio Quitandinha, que atraem mais de 500 mil turistas por ano. A Cidade Imperial, como é chamada, fica a uma hora da capital e vem ganhando destaque no país como pólo de alta tecnologia. É a única cidade brasileira a fazer parte da *World Tecnópolis Association* (WTA), considerado o mais importante organismo internacional na promoção de projetos e estudos entre as tecnópolis espalhadas pelo mundo. Alguns dados sobre o município e sua inserção no estado do Rio de Janeiro estão resumidos na Tabela 1.

Foram entrevistados profissionais (médico ou enfermeiro) de 23 (90%) das 26 unidades do PSF e dez (75%) dos 15 postos e centros de saúde tradicionais no município, além de todos os gestores da SMS/Petrópolis, com pelo menos cinco anos de experiência na cidade. Foram incluídos na pesquisa os postos e centros de saúde que atendem à maio-

TABELA 1 – Características do Município, 2002

Indicador	Petrópolis	Estado do Rio
Área (km ²)	811	43.696
Habitantes	286.348	14.724.479
Renda per capita anual (R\$)	7.588	9.788
Taxa de mortalidade infantil/1.000 NV	23,20	19,74
Proporção de NV com baixo peso ao nascer	10,34	8,58
Proporção de NV de mães com > 4 consultas pré-natais	90,53	89,67
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares/100,000)	79,57	60,23
Cobertura pelo PSF (%) (2002)	14,66	12,87
Estabelecimentos de saúde	152	4.679
Estabelecimentos públicos	41	1.765
Estabelecimentos municipais	40	1.660
Estabelecimentos privados com fins lucrativos	100	2.644
Estabelecimentos ambulatoriais	86	2.966
Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia	52	1.183
Empregos de Saúde	6.724	249.704
Empregos médicos	2.505	29.885
Empregos de Enfermeiros	276	11.964

Fonte: IBGE, 2002.

ria da população, identificados pelo censo, com base no número de procedimentos executados por unidade em 2002 (SIASUS, 2002).

A pesquisa incluiu as oito dimensões da atenção básica mencionadas, mas neste artigo serão apresentados apenas os resultados referentes a algumas delas, consideradas essenciais: vínculo, foco na família, orientação comunitária e coordenação.

Vínculo

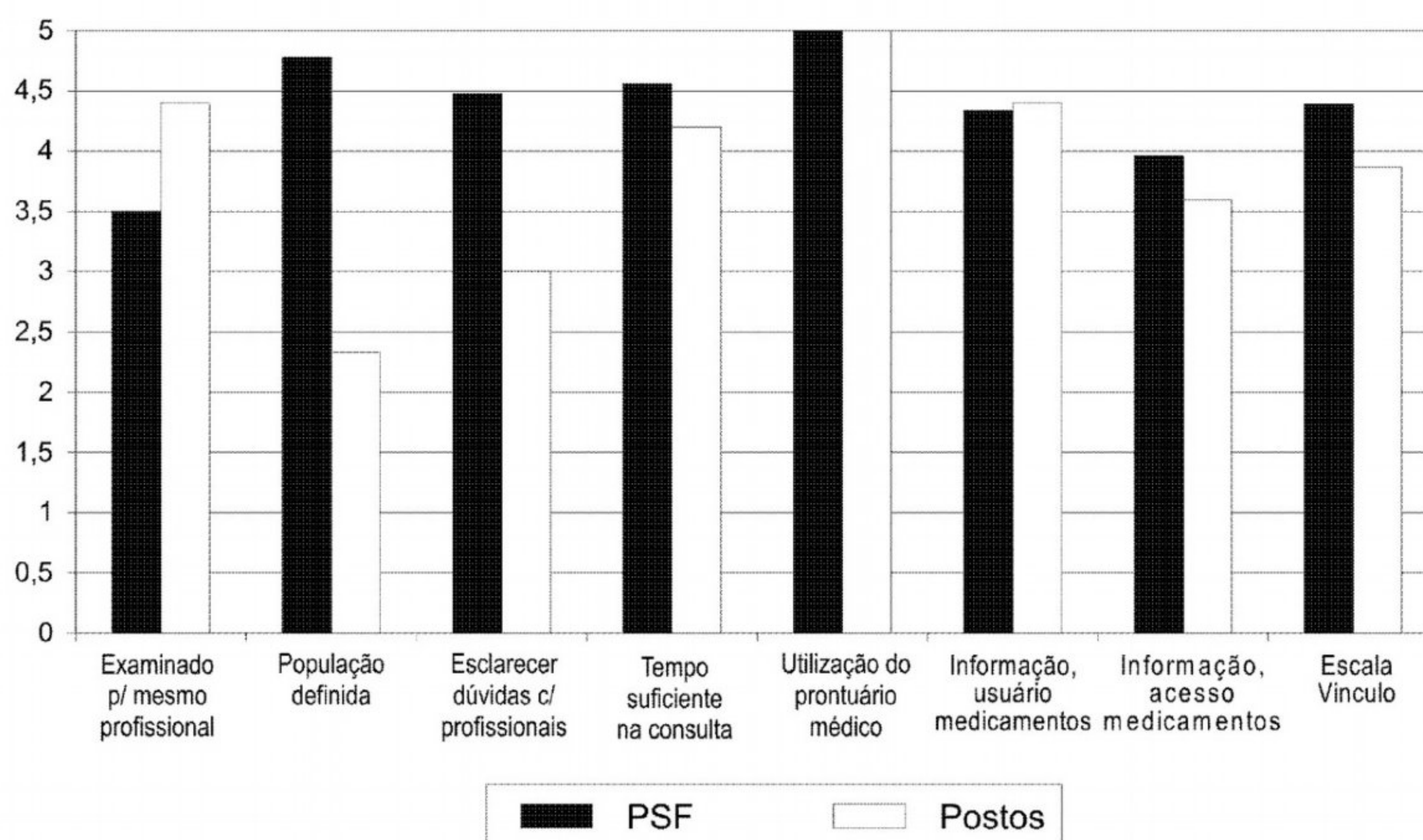
As unidades do PSF têm um vínculo mais forte com seus usuários do que as unidades tradicionais. A escala é 4.4 (de um total possível

de 5) para o PSF e 3.9 para os postos e centros de saúde. Esta diferença (p<0.05) é estatisticamente significativa (Gráfico 1).

Além da diferença nas escalas, também existe uma variação entre os indicadores específicos de vínculo:

- a população adscrita é mais frequente nas unidades do PSF do que nas tradicionais (p<0.05); e
- os clientes têm mais facilidade para ligar ou falar com o mesmo profissional de saúde que o atendeu, quando têm algum problema ou pergunta sobre seu tratamento, nas uni-

GRÁFICO 1 – Vínculo por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



dades do PSF do que nas tradicionais ($p < 0.05$);

- cada usuário é examinado pelo mesmo profissional, cada vez que consulta, com mais frequência nas unidades tradicionais do que no PSF, mas esta diferença não é estatisticamente significativa;

- todas as unidades do PSF e as tradicionais reportam que os profissionais de saúde sempre usam os prontuários médicos em cada consulta do usuário.

Estes resultados merecem algumas observações. O fato de ser mais provável que o mesmo profissional atenda ao usuário em diferentes consultas nas unidades tradicionais do que nas do PSF é surpreendente, uma vez que as unidades de PSF em geral têm só um médico e um

enfermeiro. Discussão com integrantes da equipe do programa revela que eles têm talvez uma definição mais clara de atividades a serem desenvolvidas por cada profissional, sendo que para muitos problemas de saúde o cliente somente se consulta com o enfermeiro, mas para outros problemas teria que se consultar com o médico.

Com respeito à população adscrita, é interessante notar que quase a metade das unidades tradicionais respondeu que tinha uma população definida, embora essa não seja uma norma de organização. Conversações com as equipes revelaram que alguns dos postos de saúde contam como clientes que também fazem parte do PACS; e pelo menos um posto de saúde constatou que clientes do PSF também fre-

qüentam o posto de saúde tradicional, caso a fila de espera seja muito longa no posto PSF. Quanto ao vínculo, o fato do PSF estabelecer um vínculo mais claro com o cliente seria devido a que os clientes dispõem de mais tempo durante a consulta, o que lhes permite esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional. Entretanto, tanto as unidades do PSF quanto os postos tradicionais avaliam que dão tempo suficiente para a consulta.

Por fim, é também importante enfatizar uma boa prática que acontece em todas as unidades: o uso do prontuário médico em toda consulta, pois facilita quando perguntam, durante a consulta, sobre todos os medicamentos que o cliente está tomando e as possíveis intercorrências.

Coordenação

Na dimensão 'coordenação' não existe grande diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais (Gráfico 2). O valor médio para os dois tipos é praticamente igual. Algumas diferenças específicas incluem:

- PSF utiliza mais as normas para referência e contra-referência ($p < 0.05$);
- o PSF reporta maior probabilidade de ter mecanismos formais para marcar consultas com especialistas ($p < 0.05$);

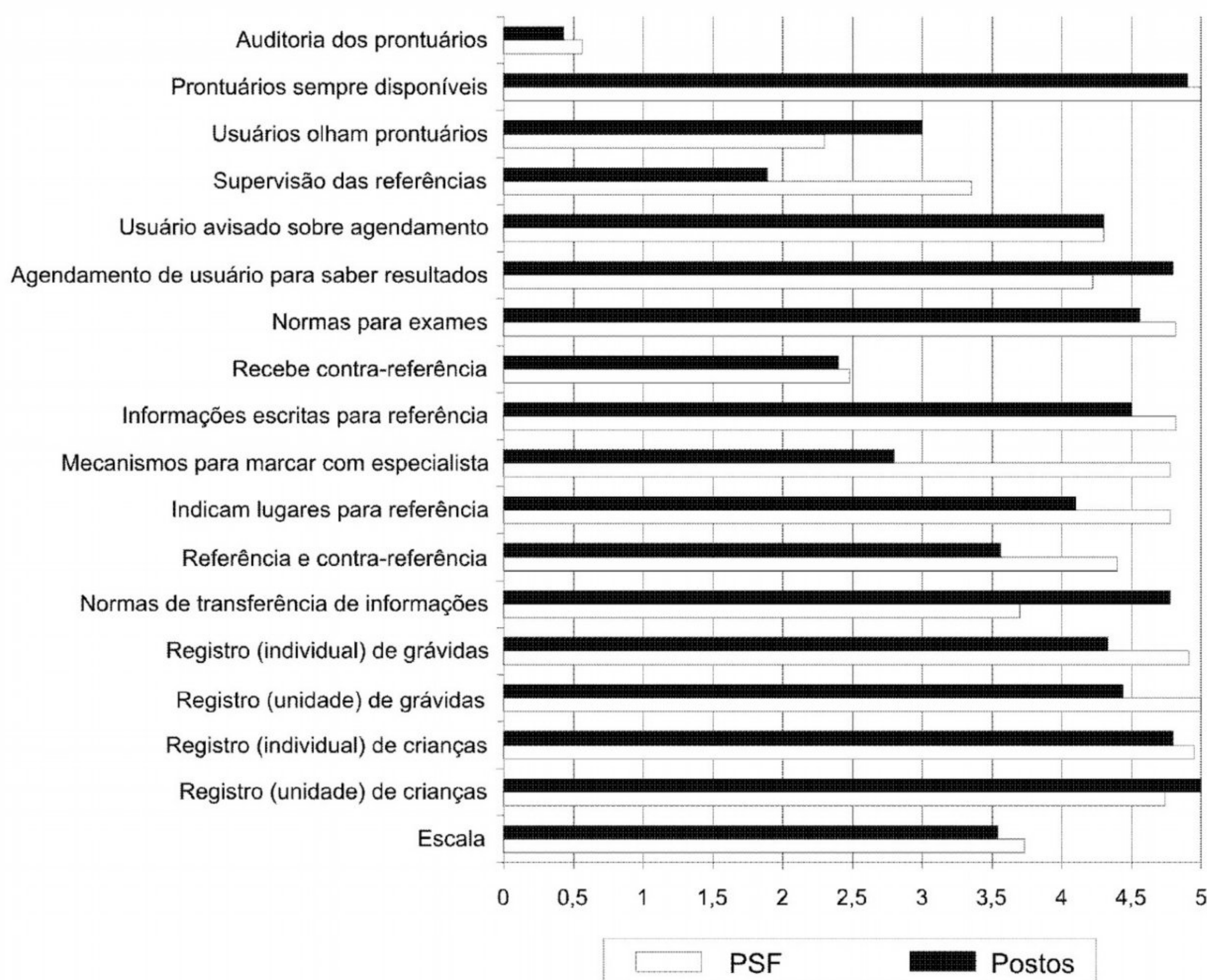
- o PSF reporta mais frequentemente o fornecimento de informações escritas para clientes entregarem aos especialistas quando encaminhados ($p < 0.05$); e

- os dois tipos de unidades reportam problemas no processo de contra-referência, recebendo informações sobre os resultados de consultas em cerca de metade dos casos.

O PSF mostrou melhor coordenação que os postos de saúde tradicionais apenas em três áreas. Duas delas (utilização de normas

para referências e fornecimento de informações escritas para serem entregues ao serviço especializado) têm a ver com as ações do médico ou enfermeiro que faz a referência e podem refletir a capacitação permanente da equipe do PSF. A outra (mecanismos para marcar consultas com especialistas), supostamente, deveria ser igual para as duas. Uma possível explicação seria que a Secretaria de Saúde daria maior apoio às referências do PSF do que às das unidades tradicionais.

GRÁFICO 2 – Coordenação por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



Centralidade na família

Observa-se uma diferença importante entre as unidades PSF e as tradicionais no que se refere à centralização na família, sendo que é mais freqüente nas unidades do PSF (4.5) do que nas tradicionais (3.13), sendo que a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Existem várias outras diferenças entre os indicadores específicos (Gráfico 3):

- nas unidades do PSF quase todos os prontuários médicos são organizados por família, mas nenhum é organizado dessa maneira nos postos tradicionais ($p < 0.05$);

- os PSF reportam que mais freqüentemente perguntam ao usuário sobre fatores de risco na família dele ($p < 0.1$); e

- quase todos os postos, sejam PSF ou não, incluem perguntas sobre fatores de risco socioeconômicos durante a consulta.

Esse resultado confirma a implementação de uma das principais diretrizes do PSF, o foco de ação está voltado para a família (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

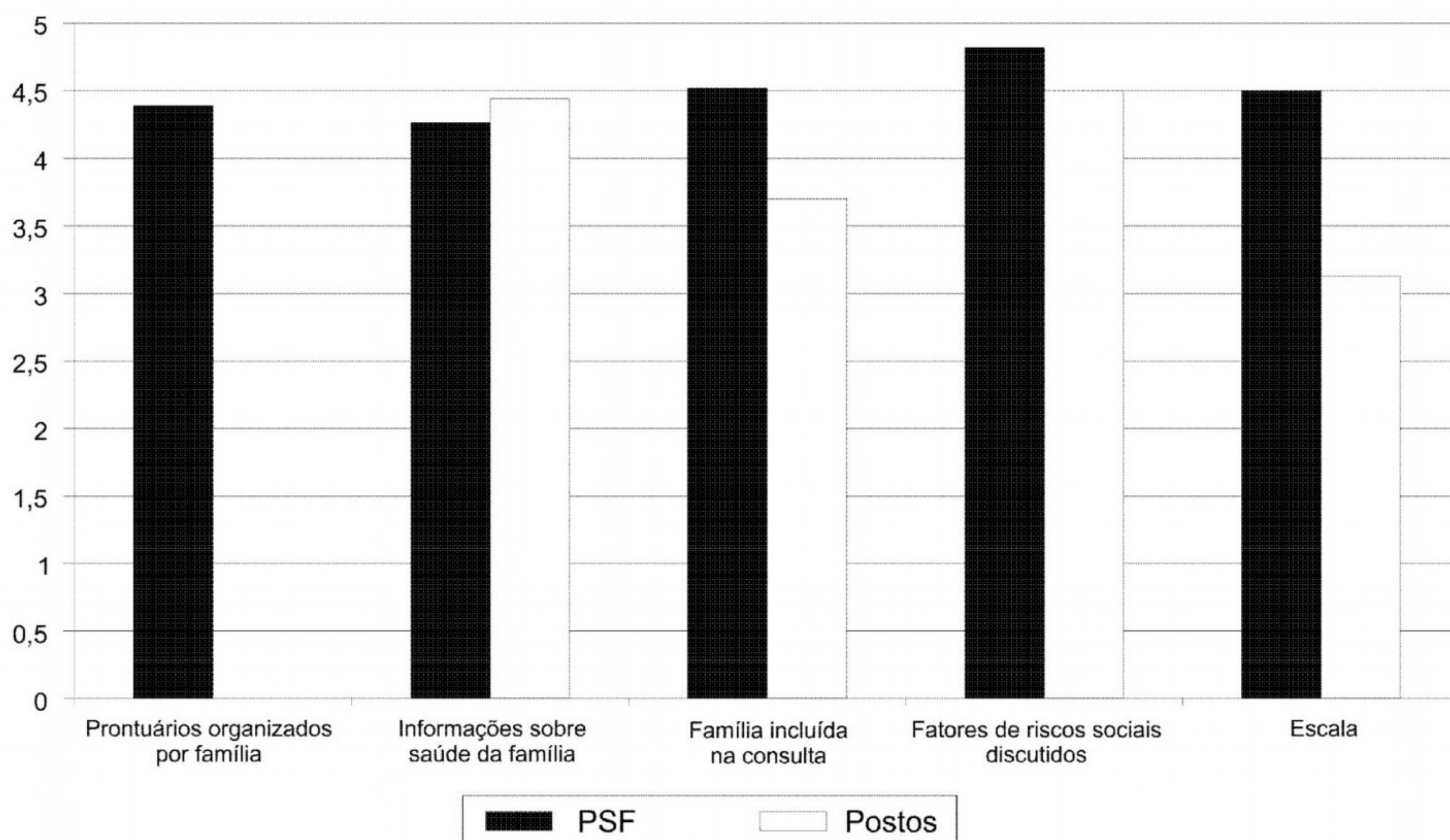
Orientação para a comunidade

Existe uma diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais

em relação à orientação comunitária. Em geral, as do PSF são mais voltadas para a comunidade, mas a escala não é significativa do ponto de vista estatístico, provavelmente por causa da grande variabilidade entre as unidades do PSF (Gráfico 4). Além disso, observa-se que:

- as unidades do PSF realizam mais enquetes para saber os problemas de saúde nas comunidades ($p < 0.05$);
- mais freqüentemente oferecem visitas domiciliares ($p < 0.05$);
- mais freqüentemente reportam realizar trabalhos intersetoriais na comunidade; e

GRÁFICO 3 – Centralidade na família por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



• reportam mais autonomia para reorganizar os serviços com base nos problemas identificados na comunidade ($P = 0.1$).

Recomendações e conclusões

A pesquisa demonstrou que a aplicação do instrumento (questionário) é capaz de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de atenção básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços da atenção básica no município.

Pode-se dizer que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta vários desafios, incluindo: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, alcançar maior integralidade na atenção à saúde, melhorar a co-

ordenação e aumentar a orientação para a comunidade.

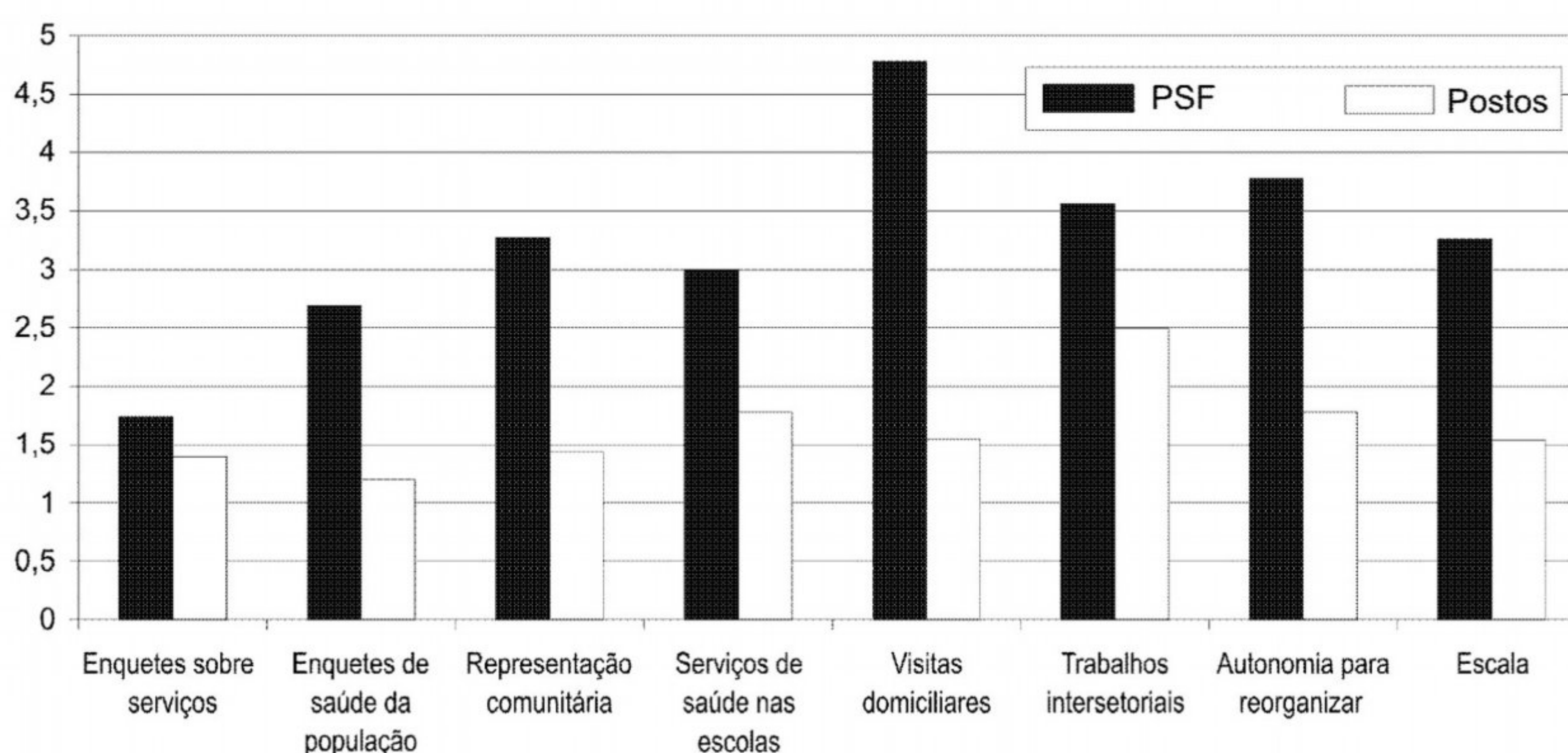
Em geral as unidades do PSF atingiram um maior nível de alcance das dimensões organizacionais da atenção básica do que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram escores equivalentes, o que pode ser explicado pela maior tradição do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de cinco anos). Por fim, o uso de gestores e supervisores como informantes-chave é complementar aos resultados obtidos com os informantes-chave das unidades. Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas nas unidades em 62,5% dos casos no PSF e 87,5% dos casos nos postos de saúde.

Por outro lado, os informantes-chave do PSF tiveram um desempenho

um pouco pior do que os das unidades tradicionais, quando analisada a confiabilidade das respostas, e isso provavelmente tem a ver com o fato de que a maioria dessas unidades serem novas e talvez os profissionais sejam menos experientes. Entretanto, dado que o PSF tem vários sistemas de informação disponíveis (SIAB, Pacto da Atenção Básica), esperava-se melhor desempenho nas respostas destes profissionais, apesar de que outras pesquisas já tenham observado que vários sistemas de informação ainda não são utilizados ou consultados rotineiramente pelos profissionais (ESCOREL *et al.*, 2002). Em futuras pesquisas deverá ser incluído maior número de informantes para testar melhor a diferença entre eles.

Finalmente, é importante acrescentar que a ferramenta testada foi aplicada de forma rápida (menos de vinte minutos por entrevista), o que

GRÁFICO 4 – Orientação comunitária por tipo de unidade, Petrópolis, 2003



sugere que ela pode ser empregada nas avaliações regulares do desempenho das unidades. A apresentação dos resultados preliminares aos gestores em Petrópolis² provocou um diálogo muito interessante entre os pesquisadores, os gestores do PSF e os das unidades tradicionais, o que não apenas ajudou a interpretar alguns dos resultados encontrados, como também possibilitou a discussão das diferentes práticas adotadas em cada unidade específica, concluindo-se pela necessidade de compartilhá-las. Discutiu-se ainda a inconveniência de 'acabar' com as unidades tradicionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde, e a importância de integrá-las ao PSF, sendo que existe a proposta de implementar, em uma área específica do município, o PSF dentro da própria unidade básica tradicional. Ao mesmo tempo, os gestores manifestaram interesse em continuar efetuando essa avaliação periódica das características organizacionais das unidades para monitorar as possíveis mudanças na sua atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, D. S. *A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde*: Um novo Paradigma? Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1998.
- ALMEIDA, Celia Maria de. *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição?* Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1995.
- _____. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, Suplemento, 2002a. p. 23-36.
- _____. Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul./ago. v.18, n. 4, 2002b. p. 905-925.
- BERMAN, P. Organization of ambulatory health care provision in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* v. 78, n. 6. 2000. p. 791-802.
- BINDMAN, A. *et al.* "Primary care and receipt of preventive services." *Journal of General Internal Medicine* n. 11, 1996. p. 269-76.
- BOERMA, W; FLEMING, D. *The role of general practice in primary health care*. Norwich: The Stationery Office/ World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à Saúde, 1999.
- BUNKER, J. P. The role of medical care in contributing the health improvements within societies. *Int J Epidemiol*, v. 30, n. 6, 2001. p. 1.260-1.263.
- CANESQUI, Ana Maria; de OLIVEIRA, A. M. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza (Org.). *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealog, 2002.
- CASANOVA, C.; COLOMER, C. "Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain)." *Int J Qual Health Care*, v. 8, n. 1, 1996. p. 51-59.
- COMINETTI, R. "Ajuste fiscal y gasto social". *Revista de la Cepal* 54. diciembre, 1994. p. 47-60.
- ESCOREL, Sarah (Coord.); GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria H., MAGALHÃES, R.; SENNA, Mônica C. M. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*. Síntese dos Principais Resultados. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica/DAB, 2002.

² Participaram dessa reunião, além do Secretário Municipal de Saúde, João Werneck de Carvalho Filho, vários outros profissionais que atuam na área da atenção básica ou ocupam cargos de direção, formando um total de 11 pessoas.

- FANELLI, J. M.; FRENKEL, R.; ROZENWURCEL, G. "Crecimiento y Reforma Estructural en America Latina. La situación actual". In: *Adonde va America Latina*. Buenos Aires: CEDES, 1992.
- FISHER, L.; VAN BELLE, G. *Biostatistics: a methodology for the health sciences*. New York: John Wiley & Sons, Inc, 1993.
- GOMES; Vítoria C.; KNAUTH, D. Riva; HASSEN, M. de Nazareth Agra. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- HILL, A. G.; MACLEOD, W. B.; JOOF, D. *et al*. Decline of childhood mortality in children in rural; Gambia: the influence of village-level primary health care. *Tropical Medicine and International Health* v. 5, n. 2, 2000. p. 107-118.
- HOEVEN, R. Van Der; STEWART, F. "Social development during periods of structural adjustment in Latin America". *International Labour Office – Occasional Paper* 18, 1993. (mimeo).
- INFANTE, A.; DE MATA, I.; LOPEZ-ACUÑA, A. Reforma de los sistemas de salud an America Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica*, v. 8, n. 1/2 2000, p. 13-20.
- MACINKO, James, STARFIELD, Barbara, SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, v. 38, n. 3, 2003, p. 819-854.
- MACINKO. James. Primary Care Orientation of Health Systems in the Américas. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002.
- OR, Z. *Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2001.
- PAHO. Regional Consultation of the Americas on Health Systems Performance Assessment (background paper for the regional consultation). *Final Report*. WHO: PAHO. 2001. *Health system performance assessment and improvement in the regions of the Americas*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2001a.
- SHI, L., STARFIELD, Barbara, XU J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice* v. 50, n. 2, 2001, p. 161-175.
- STARFIELD, B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
- _____. Primary care: Is it essential? *Lancet* 344, 1994, p. 1.129-1.133.
- _____. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. London/New York: Oxford University Press, 1998.
- _____. *Atención Primaria – Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona:Fundación Jordi Gol i Gurina/SCMFIC/Masson, 2000.
- _____. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2003.
- VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 4, 1985. p. 221-230.
- WALT, G. *Health Policy – An Introduction to Process and Power*. Johannesburg, New Jersey and London: Witwatersrand University Press, 1994.
- WHO. *Declaration of Alma Ata*. Geneva: World Health Organization, 1978.
- _____. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.
- _____. Proposed strategies for health systems performance assessment. Summary document. Geneva: World Health Organization, 2001a.
- _____. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Commission on Macroeconomics and Health – Final Report. Geneva: WHO, 2001b.
- WORLD BANK. World Development Report 1993: Investing in health. New York/London: Oxford University Press, 1993.