



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Castanheira, Elen Rose L.; Dalben, Ivete; Santini de Almeida, Margareth A.; Puttini, Rodolfo Franco; Pavão Patrício, Karina; Ferreira Machado, Dinair; Caldas Júnior, Antonio Luis; Battistella Nemes, Maria Inês

Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência

Saúde e Sociedade, vol. 18, núm. 2, abril-junio, 2009, pp. 84-88

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263695014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência'

Evaluation of the Quality of Primary Care Health Services in 37 Municipalities in the State of Sao Paulo, Brazil: organizational dimensions of care

Elen Rose L. Castanheira

Médica Sanitarista. Professora-Assistente. Doutora junto ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

E-mail: elen@fmb.unesp.br

Ivete Dalben

Médica Sanitarista. Professora-Assistente; Doutora junto ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

E-mail: idalben@fmb.unesp.br

Margareth A. Santini de Almeida

Socióloga. Professora-Assistente. Doutora junto ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

E-mail: malmeida@fmb.unesp.br

Rodolfo Franco Puttini

Sociólogo. Professor-Assistente; Doutor junto ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

E-mail: puttini@fmb.unesp.br

Karina Pavão Patrício

Médica Sanitarista. Professora-Assistente. Doutora junto ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

E-mail: karina@fmb.unesp.br

Dinair Ferreira Machado

Assistente Social. Mestre em Saúde Pública.

E-mail: asdinamachado@yahoo.com.br

Antonio Luis Caldas Júnior

Médico Sanitarista. Professor-Assistente. Doutor junto ao Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

E-mail: acaldas@fmb.unesp.br

Maria Inês Battistella Nemes

Médica Sanitarista. Professora-Assistente. Doutora junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP-SP.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, 2 andar, sala 2243, Cerqueira Cesar, CEP 01246-903, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mibnemes@usp.br

Este trabalho apresenta resultados parciais do Projeto "Avaliação da gestão da Atenção Básica nos municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo", desenvolvido com apoio da linha de fomento PPSUS, com recursos MS, SES/SP, FAPESP e CNPq. Processo FAPESP N 05/58652-7.

Resumo

No Estado de São Paulo, existe uma rede extensiva de serviços de Atenção Básica (AB) com perfil organizacional heterogêneo e pouco conhecido. Este estudo objetiva caracterizar a organização dos serviços de AB em 37 municípios do Centro-oeste paulista, como primeira etapa de um projeto de avaliação da qualidade desses serviços. Trata-se de um estudo transversal conduzido mediante questionário estruturado, autorrespondido pelos gerentes e equipes locais, com questões que abordam características institucionais e de organização e gerência do trabalho. Esses questionários foram enviados para 131 UBS, distribuídas em 37 municípios. Obteve-se resposta de 113 unidades (87%) localizadas em 32 municípios (86,4%). Do total de unidades, 57 (50%) são UBS tradicionais, 26 (22,8%), Unidades de Saúde da Família, e 31, (27,2%) organizadas segundo formas mistas. A maioria dos serviços (62%, 70/113) não trabalha com área de abrangência delimitada de modo planejado. Os serviços se polarizam entre aqueles que realizam entre 70 e 100% de consultas médicas agendadas (37,6%, 41/109), e aqueles que realizam entre 70 e 100% de não agendadas (39,4%, 43/109). Não possuem conselhos locais organizados 65 unidades (63,7%, 65/102). Os dados coletados permitem discutir as características dos principais programas, procedimentos e ações realizados pelos serviços. Os perfis organizacionais predominantes apontam a presença de deficiências de estrutura e processo em relação às dire-

trizes do SUS. O desenvolvimento de instrumentos de autoavaliação permite que as equipes se apropriem, de forma crítica, de seu trabalho, e possam elaborar novos arranjos tecnológicos para melhoria da qualidade.

Palavras-chave: Atenção primária; Avaliação; Qualidade de serviços de saúde.

Abstract

The State of São Paulo, Brazil, has a broad network of primary health care services (PHCS) whose organizational profile is heterogeneous and not well known. This study analyzes the organization of PHCS in 37 municipalities located in the central-west region of São Paulo, as the first part of a broader project that evaluates the quality of these services. This is a cross-sectional study conducted through a structured questionnaire answered by the local managers and health teams. The questions addressed institutional characteristics and the organization and management of the work process. The questionnaires were sent to 131 UBS (Primary Health Care Units) distributed across 37 municipalities. There were responses from 113 units (87%) located in 32 municipalities (86.4%). Of the overall number of units, 57 (50%) are traditional UBS, 26 (22.8%) are family health units, and 31 (27.2%) are mixed. Most services (62%, 70/113) do not work with catchment areas delimited in a planned way. Services are divided between those who perform 70% to 100% of scheduled medical consultations (37.6%, 41/109) and those who perform 70% to 100% of non-scheduled consultations (39.4%, 43/109). Sixty-five units (63.7%, 65/102) do not have community-based committees. Based on the collected data, it is possible to discuss the main features of the health programs, procedures and activities carried out by PHCS. The predominant organizational profiles reveal deficiencies of structure and process in relation to the guidelines issued by SUS (Brazil's National Health System). The development of self-assessment instruments allows the teams to appropriate their work in a critical way and to carry out new technological arrangements to improve the quality of the care provided.

Keywords: Primary Care; Assessment; Quality of Health Services.

Introdução

A extensão da rede básica de serviços de saúde sob gestão municipal viabilizou a ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda que esse processo represente uma conquista histórica em direção à universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a efetivação da Atenção Básica² (AB) como estratégia de reorganização do modelo assistencial depende de sua transformação num nível de atenção de alta resolubilidade, qualidade e capacidade de integração com os demais níveis do sistema. Considerando a ampliação do número de trabalhos brasileiros que avaliam a AB, especialmente com foco nos serviços organizados segundo a estratégia de Saúde da Família (Gil, 2006; Ibañez e col., 2006; Macinko e col., 2004; Mandel e col., 2004), precisamos aprimorar mecanismos de avaliação que permitam um acompanhamento sistemático da atenção realizada na AB, os quais possam caracterizar os diferentes modos de organização de serviços que se encontram em operação.

O presente trabalho descreve as características organizacionais dos serviços de Atenção Básica em 37 municípios do interior do Estado de São Paulo. Foi realizado como parte do processo de construção de instrumentos de avaliação e de padrões de qualidade no corpo de uma pesquisa avaliativa com foco na organização do trabalho na AB.

Metodologia

Estudo transversal realizado por meio da aplicação de questionário estruturado, composto de 116 questões de múltipla escolha, autorrespondido pelos gerentes e/ou equipe técnica das unidades da rede básica de 37 municípios localizados na região Centro-oeste do interior paulista. Os municípios escolhidos integram uma mesma região de saúde do Estado, abrangendo um total de 723.144 habitantes (2007).

O instrumento utilizado foi desenhado com base em pesquisas de avaliação de qualidade de serviços com foco na organização das ações (Melchior e col., 2006; Nemes e col., 2004). As questões distribuíram-se em cinco blocos temáticos: 1. Identificação e caracterís-

2 No Brasil, o Ministério da Saúde adotou o termo Atenção Básica (AB) para designar a Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de diferenciar suas proposições de uma APS com caráter de medicina simplificada dirigida para a população carente. O resgate do significado da APS no cenário internacional e seu emprego por diferentes autores permitem que, atualmente, utilizemos esses termos como sinônimos (Brasil, 2007).

ticas gerais dos serviços; 2. Registro de dados e informações em saúde; 3. Organização da atenção à saúde; 4. Perfil de atividades da equipe multiprofissional; 5. Características do processo gerencial. Os questionários foram encaminhados para um total de 131 unidades que compõem a rede básica dos 37 municípios.

A descrição dos resultados será feita por tipo de unidade, com ênfase nos tipos polares, como modo de caracterizar diferenças e semelhanças entre os serviços estudados, reagrupando-se as características de maior destaque em três dimensões: Estrutura e características institucionais; Organização das ações de atenção à saúde e Gerenciamento e trabalho em equipe.

Resultados

O questionário foi respondido por 113 (87,02%) unidades pesquisadas. Essas unidades estão localizadas em 32 municípios, dos quais 21 têm menos de 20 mil habitantes e 9 têm entre 20 e 50 mil habitantes. Apenas

dois municípios têm população superior a 50 mil - com aproximadamente 72 mil e 123 mil habitantes. A maioria dos municípios não apresenta bons indicadores socioeconômicos: apenas dois deles estão no Grupo 1 do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS); 9 estão no grupo 3; e os demais nos grupos 4 e 5.

Estrutura e características institucionais

Há grande diversidade de tipos organizacionais. Predominam as Unidades Básicas tradicionais (57 UBS), seguidas das Unidades de Saúde da Família (26 USF). Os demais tipos apresentam formas mistas: UBS com agentes comunitários de saúde e/ou equipes de saúde da família (13 UBS/PACS e 13 UBS/ESF); UBS com atendimento de urgência e emergência (4 UBS/ UrgEm). As USF localizam-se predominantemente em áreas urbano-periféricas. Entre as UBS, tanto nas tradicionais como nas formas mistas predomina a localização urbano-central (Tabela1).

Na maioria das unidades, 62% do total (70/113), a

Tabela 1 - Distribuição das unidades de saúde segundo tipo e localização, 2007

Localização	Tipo de unidade											
	USF		UBS		UBS/PACS		UBS/ESF		UBS/UrgEm		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rural	4	15,4	11	19,3	1	7,7	2	15,4	0	0,0	18	15,9
Urbano - Central	3	11,5	25	43,9	5	38,5	7	53,8	3	75,0	43	38,1
Urbano - Periférica	19	73,1	21	36,8	7	53,8	4	30,8	1	25,0	52	46,0
Total	26	100,0	57	100,0	13	100,0	13	100,0	4	100,0	113	100,

área de abrangência não é planejada ou é determinada pelo fluxo de usuários. As USF diferenciam-se nesse ponto - das 26 USF, 76,9% (20/26) relataram ter área de atuação planejada.

As instalações, em sua maioria, não são adequadas, o que pode ser observado em proporções variáveis conforme o item avaliado: faltam salas em número suficiente para as atividades rotineiras (53/113), o espaço físico não é adequado à demanda (53/113), e as condições básicas de infraestrutura muitas vezes são precárias - faltam banheiros adequados (21/113), não há quantidade suficiente de cadeiras (47/113) e bebedouros (18/113); além disso, a ventilação não é adequada (38/113). Relataram possuir computadores

52,2% (59/113), e acesso à Internet 35,4% (40/113) das unidades.

Quanto aos recursos humanos essenciais, 32% do total das unidades (36/113) relataram ter permanecido sem nenhum médico por algum período durante o último ano.

As deficiências de estrutura são referidas em proporções semelhantes nos diferentes tipos de serviço.

Organização das ações de atenção à saúde

Relataram realizar pelo menos uma atividade de educação em saúde na comunidade (ou “extra muros”), no último ano, aproximadamente 70% do total de serviços (76). Destaca-se que, no caso das USF, 23 das 26 unida-

des realizaram ao menos três atividades educativas no último ano. As principais atividades de educação na comunidade foram dirigidas às áreas de saúde bucal, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, câncer do colo do útero e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (HA e DM).

Essas proporções e as temáticas alteram-se um pouco quando a questão se refere a atividades educativas desenvolvidas no interior da unidade. Nesse caso, 66,4% (71/113) do total de unidades realizam ao menos uma atividade educativa. Nas USF, 24 unidades realizam pelo menos duas atividades educativas – aleitamento materno e prevenção de doenças crônicas –, seguidas por 23 voltadas para DST e Aids.

Quase todas as unidades relataram desenvolver os programas de atenção primária de Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Saúde da Criança. Entretanto, a oferta de ações programáticas para a saúde dos idosos esteve presente em apenas 20% (22) das unidades, e para a saúde dos adolescentes, em 6% (7), sem diferenças expressivas entre USF e UBS.

Entre as USF, 88,5% (23) relataram que a avaliação inicial da demanda espontânea é realizada com privacidade, na sala de acolhimento. Entre as UBS, a maior frequência foi de avaliação inicial conduzida no balcão de recepção da unidade, 51,9% (28).

Em relação à proporção de consultas médicas agendadas e não agendadas, os serviços se polarizam entre aqueles que realizam entre 70 e 100% de consultas médicas agendadas (37,6%, 41/109), e aqueles que realizam entre 70 e 100% de não agendadas (39,4%, 43/109). As USF estão predominantemente concentradas entre as unidades que realizam maior proporção de consultas agendadas.

Gerenciamento e trabalho em equipe

Aproximadamente 67% das unidades (76/113) relataram utilizar dados de produção e epidemiológicos para o planejamento das atividades. Essa proporção se eleva para 80% (21/26) entre as USF.

A realização de reuniões periódicas de equipe foi relatada por 40% do total das unidades (42/105). Entre as USF, 84,6% (22/26) realizam reuniões periódicas, das quais 86,3% (19/22) referiram periodicidade semanal ou quinzenal. Entre as 57 UBS tradicionais, as reuniões são periódicas em 31,4% (16/51) das unidades, ou seja,

a maioria das reuniões (10/16) ocorre em intervalos mensais.

Entre as unidades que relataram reuniões de equipe, o perfil predominante dos profissionais participantes é o de enfermeiros e auxiliares, seguido de agentes comunitários. Do total de serviços, apenas 26 unidades referiram a presença de médicos nas reuniões, das quais 15 são USF e as demais diferentes tipos de UBS.

Quanto à relação com a comunidade, 63,7% não possuem conselhos locais organizados (65/102), não havendo diferenças entre as USF e UBS.

Conclusões

Na região estudada, foram identificados três principais tipos de Unidades Básicas de Saúde: os mais típicos – USF e UBS – e um terceiro tipo ‘híbrido’, que incorpora agentes de saúde e/ou equipes de Saúde da Família às UBS. Todos os tipos de unidades apresentam problemas de estrutura, mas diferenciam-se em relação à organização dos cuidados oferecidos e aos mecanismos de gerência. As características organizacionais das USF tendem a ser mais coerentes com as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica do que os demais tipos de UBS. No entanto, vale destacar que essa tendência não é uniforme dentro de cada tipo de unidade, e que, mesmo no interior dos tipos polares – USF e UBS –, existem unidades que se aproximam ou se distanciam do perfil desejado conforme as características concretas de sua estrutura e da organização do processo de trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos o empenho e a dedicação de Luceime Olívia Nunes, que participou do trabalho por meio da organização, sistematização e gerenciamento do banco de dados.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, 2007. (Coleção Pró Gestores: Para entender a gestão do SUS, 8)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/.../portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2009.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, jun. 2006.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-702, jul./set. 2006.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*, England, v. 19, n. 4, p. 303-17, Oct./Dec. 2004.

MANDEL, D. et al. Quality assessment program in primary care clinics: a tool for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, England, v. 16, n. 2, p. 175-80, Apr. 2004.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 143-51, Jan. 2006.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S109-18, 2004.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A global review of Primary Health Care: emerging messages*. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.. *Primary health care, more than ever*. Geneva, 2008. (The World Health Report 2008)