

O Programa saúde da família na UBS Jardim Boa Vista: um estudo de caso

Ester Felix do Rego

**Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Saúde
Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.**

Área de Concentração:

Saúde Materno Infantil

Orientador: Prof. Dr.

Oswaldo Yoshimi Tanaka

**São Paulo
2004**

45005/2004 doc

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

À Júlia e Renato,

Ao meu pai que sempre me apoiou e incentivou.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Oswaldo Yoshimi Tanaka, pela orientação efetiva, paciência, capacidade de partilhar o conhecimento e de apontar as direções.

À Maria da Glória P. de Castro Casa Nova, diretora da UBS Jardim Boa Vista, pelo apoio afetuoso, e imprescindível para realização deste trabalho.

Aos funcionários, agentes comunitários de saúde e profissionais da UBS Jardim Boa Vista, que sempre colaboraram prontamente com a coleta de dados.

Aos colegas da Unidade de Vigilância à Saúde da Coordenadoria de Saúde do Butantã, pela compreensão e apoio no dia dia das atividades da UVIS.

À Coordenadoria de Saúde do Butantã, em especial ao coordenador Alexandre Nemes Filho, pela possibilidade de realização deste trabalho.

As amigas Célia Maria Sivalli Campos e Edith Lauridsen Ribeiro, pelo incentivo, sugestão de textos pertinentes, disponibilização de material, e ainda pela prontidão em dar uma palavra amiga nos momentos de apuro.

A Homero de Andrade Proto, pela atenção e cuidadosa revisão do trabalho.

À Eliane Aparecida Pereira e a Izilda Maria Gomes pela dedicação e cuidado com que fizeram o levantamento de dados secundários.

À Cristiane Andrea Locatelli de Almeida pela colaboração no acompanhamento do trabalho de campo, e a equipe de entrevistadores, pela dedicação e empenho na realização das entrevistas.

À FAPESP pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste projeto (processo FAPESP Nº 02/13697-5).

RESUMO

Rego EF. **O Programa Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista: Um Estudo de Caso.** São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Introdução. O Programa saúde da família – PSF tem início no país em 1994, assumindo a partir daí papel importante como estratégia governamental para a implantação do SUS e reorientando o modelo assistencial básico. Este trabalho estuda a implantação do PSF em uma Unidade Básica de Saúde da Coordenadoria de Saúde do Butantã, região oeste da cidade de São Paulo. **Objetivos.** Avaliar a implantação e o grau de integração das equipes do Programa de Saúde da Família com a rede de serviços existentes, e o atendimento dos grupos prioritários para a atenção. **Métodos.** A estratégia metodológica escolhida foi o “Estudo de Caso”, numa abordagem quali-quantitativa. Foram utilizados dados secundários do serviço, dados levantados através de entrevistas com usuários e informantes chave da UBS. Procurou-se responder às perguntas: 1) Como são identificados os grupos prioritários para a intervenção em saúde? 2) Como as equipes de PSF organizam a atenção para responder às necessidades de saúde destes grupos prioritários? 3) Como as equipes de PSF se organizam no sistema local para a integralidade da atenção? Os dados foram colhidos em dois momentos distintos: anterior à implantação do PSF, e após 1 ano e 5 meses. Foram feitas entrevistas em uma “semana típica” com os responsáveis por crianças menores de cinco anos e mulheres cujos partos ocorreram nos 12 meses anteriores aos períodos pesquisados. **Resultados e conclusão.** Mantida a prioridade para o atendimento de gestantes, mas não há garantia de exame de ultra-som em tempo adequado. A UBS passa a realizar atendimento domiciliar ao Recém-nascido nas 1^a.s semanas. Observou-se a descaracterização do modelo proposto pelo PSF, através da manutenção de médicos especialistas na UBS, funcionando com 2 portas de entradas. Verificou-se redução da oferta de consultas médicas, além de falta de mecanismo claro de agendamento para os segmentos prioritários ou de risco. As equipes não identificam outros grupos de risco, além do estabelecidos pelo PSF. **Descritores:** avaliação da atenção, saúde da família, avaliação do Programa de saúde da família

SUMMARY

Rego EF. **O Programa Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista: Um Estudo de Caso** [The Family Health Program in the Jardim Boa Vista Basic Unit: a case study]. São Paulo (BR); 2004. [Master dissertation - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

This work analyses the implantation of The Family Health Program - PSF in a basic unit of the Health Coordination of Butantã, West part of São Paulo City. PSF was started in Brazil in 1994, and since then has supported the governmental strategic related to The National Health System. **Objectives.** To evaluate the implantation and the level of integration of the PSF teams with the local health system and the health care for the priority groups. **Methods.** The methodological strategy was the “case study”, starting from a qualitative-quantitative approach. The universe of data was composed of the interviews with users and health workers, and of the secondary service data. The questions were: 1) How the priority groups for intervention are identified? 2) How does the PSF team organize health care to assist these priority groups? 3) How does the PSF team handle the local health system for integral health care? The data were collected in two different periods, before the implantation of PSF and after 1 year and 5 months. The interviews were made during a “typical week”, with the parents of children with less than 5 years old, and with women that had labor until 12 months before the periods of interviews. **Results and conclusions.** After the PSF implantation: the health care for pregnant is priority, although, the ultrasonography exam is not guaranteed by the health system. There is a precocious attending of newborn. The presence of specialists in the Basic Unit change the characteristics of program, and It is working with two entrances. There was a reduction of offers of consultations. There is not a clear mechanism to appointment consultation for priority groups. It was not identified other priority groups for health care., besides those elected by the PSF.

Key words: health care evaluation, health family, health family program evaluation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1.1 A saúde no cenário brasileiro.....	2
1.1.1 A constituição de 1988 e o SUS.....	2
1.1.2 O programa Saúde da Família (PSF) como diretriz integrante do SUS.....	3
1.2. A cidade de São Paulo e o SUS.	4
1.2.1 A conjuntura de 1989 a 1992: as propostas de implementação dos Distritos Sanitários/Sistemas Locais de Saúde.	4
1.2.2 A conjuntura de 1993 a 1995: o desmonte do Sistema de Saúde vigente.....	5
1.2.3 A conjuntura de 1996 a 2000: o PAS e a sua implementação.	7
1.2.4 A conjuntura pós 2000: a reconstrução da proposta do SUS.	9
1.2.4.1 A Distritalização	9
1.2.4.2. A Extinção do PAS	9
1.2.4.3. A Municipalização	10
1.2.4.4 O Programa Saúde da Família	10
1.3 O Programa Saúde da Família.	11
1.3.1 O PSF no Brasil.....	11
1.3.1.1 Histórico e Pressupostos.	11
1.3.1.2 Alcances e Limitações do processo de implementação do PSF.....	12
1.3.2 O PSF na cidade de São Paulo.	13
1.3.2.1 O Projeto QUALIS: experiência paulistana de PSF modificado.	13
1.3.2.2 O PSF na Secretaria Municipal de Saúde.	14
1.4 A questão da Avaliação de Programas	15
1.4.1 Perspectivas teóricas.	17
1.4.2 Avaliação do PSF: Especificidades, limites e possibilidades.	18
OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21

METODOLOGIA	22
3.1 Estratégia Metodológica.....	23
3.2 Caracterização do Local de estudo - UBS Jardim Boa Vista e Distrito de Saúde Escola Butantã.....	23
3.3 Operacionalização dos objetivos.....	27
3.3.1 O enfoque de risco e os grupos prioritários para a atenção no PSF.....	27
3.3.2 A Atenção integral e a organização do sistema de referência no PSF.....	29
3.4 Procedimentos metodológicos	30
3.4.1 Etapa I - Integração com outros níveis de atenção.	30
3.4.2 Etapa II.....	32
3.4.3 Etapa III.....	34
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
4.1 Dados Secundários	36
4.1.1 Dados referentes a abril de 2002.....	36
4.1.2 Dados referentes a setembro de 2003.....	37
4.1.3 A comparação dos 2 momentos da pesquisa.....	38
4.2 Entrevistas estruturadas com usuários.	39
4.2.1 Entrevistas relativas às mulheres.	39
4.2.2 Entrevistas relativas a menores de 5 anos	52
4.3 Entrevistas semi-estruturadas com informantes chave do serviço.....	61
4.3.1 A integralidade da atenção	62
4.3.1.1 A Integralidade da atenção no atendimento à gestante	62
4.3.1.2 A integralidade da atenção no atendimento à criança menor de 5 anos.....	67
4.3.2 A Identificação dos grupos prioritários para a atenção	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
5.1 A integralidade da atenção.....	73
5.2 A identificação do grupos prioritários para à atenção.....	75
REFERÊNCIAS	78

ANEXOS

Anexo 1 – Mapa da Coordenadoria de Saúde do Butantã

Anexo 2 – Formulário para entrevista na porta de entrada

Anexo 3 – Tabelas de A a E: entrevistas com usuários na porta de entrada

Anexo 4 – Formulário pra entrevista com mãe de criança nascida nos últimos
12 meses

Anexo 5 – Formulário para entrevista sobre criança menor de 5 anos

Anexo 6 – Termo de consentimento livre e esclarecido para o cliente

Anexo 7 – Entrevista com informante chave na UBS (sobre o funcionamento da
UBS).

Anexo 8 – Termo de consentimento livre e esclarecido para
profissional/funcionário da unidade.

Anexo 9 – Quadros de 2 a 12 das entrevistas com informantes chave da UBS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas por faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	40
Tabela 2 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas por faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.....	40
Tabela 3 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas, em relação a realização do pré-natal na UBS, por faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.	41
Tabela 4 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas, em relação a realização do pré-natal na UBS, por faixa etária UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	42
Tabela 5 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo local do parto, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	43
Tabela 6 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo local do parto, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	43
Tabela 7 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo realização do parto nos Hospitais Mário Degni e HU, e outros hospitais, no 1º. e 2º. momento da pesquisa, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002 e setembro de 2003.	44
Tabela 8 - Distribuição e percentual, por faixa etária das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal no UBS, segundo local de parto, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	44
Tabela 9 - Distribuição e percentual, por faixa etária das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal no UBS, segundo local de parto, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	45
Tabela 10 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo número de consultas médicas realizadas, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	46

Tabela 11 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo número de consultas médicas realizadas, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.....	46
Tabela 12 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços utilizados nos últimos 3 meses de gestação, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.	47
Tabela 13 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços utilizados nos últimos 3 meses de gestação, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	48
Tabela 14 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços utilizados nos últimos 3 meses de gestação e modalidade de atendimento procurado, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.	49
Tabela 15 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços e modalidade de atendimento, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	49
Tabela 16 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS Jardim Boa vista, segundo encaminhamento para outro serviço, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	50
Tabela 17 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS Jardim Boa Vista, segundo encaminhamentos pra outros serviços, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	50
Tabela 18 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo encaminhamento por escrito, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002 e setembro de 2003.	51
Tabela 19 - Distribuição e percentual dos entrevistados, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.	52
Tabela 20 - Distribuição e percentual dos entrevistados, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.....	52
Tabela 21 - Distribuição e percentual dos que referiram problemas de saúde, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.	53

Tabela 22 - Distribuição e percentual dos que referiram problemas de saúde, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	54
Tabela 23 - Distribuição e percentual por faixa etária, segundo referência a problemas de saúde, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	55
Tabela 24 - Distribuição e percentual por faixa etária, segundo referência a problemas de saúde, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	55
Tabela 25 - Distribuição de frequência e percentual das entrevistas, segundo problemas de saúde de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	56
Tabela 26 - Distribuição de frequência e percentual das entrevistas, segundo problemas de saúde de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	57
Tabela 27 - Principais problemas de saúde e serviços utilizados, de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	58
Tabela 28 - Principais problemas de saúde referidos e serviços utilizados, de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.	59
Tabela 29 - Distribuição das modalidades de atendimento procuradas em outros serviços, segundo encaminhamento pela UBS, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.....	60
Tabela 30 - Distribuição das modalidades de atendimento procuradas em outros serviços, segundo encaminhamento pela UBS, UBS Jardim Boa Vista, setembro 2003.....	60
Tabela 31 - Distribuição dos menores de 5 anos entrevistados que referem problemas de saúde, segundo encaminhamento para outros serviços, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002 e setembro de 2003.....	61

INTRODUÇÃO

1.1 A saúde no cenário brasileiro.

1.1.1 A constituição de 1988 e o SUS.

Em 1988, com a nova Constituição Brasileira criou-se legalmente o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS reordena a atenção à saúde, fundamentado no princípio da saúde como um direito de todos e um dever do Estado: na equidade, integralidade das ações e serviços e na participação social. Coloca a descentralização como um dos princípios básicos para sua operacionalização; onde os municípios assumem o papel de gestor e executor das políticas de saúde.

A implementação do SUS se inicia após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (1990) e de um conjunto de normas e portarias publicadas a partir daí, que passam a regulamentar o sistema. A consolidação do SUS, portanto, requer a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas - NOBs, passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização estabelecida na Constituição e na legislação do SUS, estabelecida pelas leis 8080 e 8142, de 1990 (LEVCOVITZ 2001).

As NOBs são portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, não previstas nas leis da Saúde (8080 e 8142 de 1990). Este tipo de instrumento tem caráter transitório, podendo ser reeditado ou substituído por outro à medida que o processo de descentralização avança, permitindo a atualização das regras em diferentes estágios de implementação do SUS (LEVCOVITZ 2001).

A Norma Operacional Básica de 1996 - **NOB96**, que define as regras para de promoção, prevenção, cura e reabilitação, desenvolvidas de forma individual ou organizar o Sistema Único de Saúde, propõe que o mesmo deve incorporar as ações

coletivas, ressaltando-se as ações preventivas, sem descuido das de natureza curativa (Ministério da Saúde 1996).

A edição da NOB96 também avança na questão do financiamento, quando propões novas formas e critérios para o repasse entre os fundos de saúde das 3 esferas de governo, além de estabelecer o Programa Pactuado Integrado - PPI, considerando a dimensão da regionalização e organização dos serviços e planejamento das ações (ALMEIDA e col. 2001).

1.1.2 O programa Saúde da Família (PSF) como diretriz integrante do SUS

Em dezembro 1993, o Ministério da Saúde - MS (gestão Henrique Santillo) iniciou a implementação do PSF no Brasil, através da portaria 692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS, no qual se observa: "O programa Saúde da Família - PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer, na sua maioria, sem acesso permanente ao serviço de saúde" (VASCONCELLOS 1998).

Em Janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS; sendo que em março do mesmo ano, o mecanismo de financiamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS (VIANA 1998).

Reafirmando a estratégia governamental de incentivar a implantação do PSF enquanto reorientador do modelo assistencial na implantação do SUS, a edição da NOB 96 avança em relação as NOBs anteriores, induzindo ao novo modelo assistencial, através de estabelecimento de incentivos à estruturação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS) e do Programa Saúde da Família -PSF. Os incentivos foram implantados através de um componente específico do Piso de

Atenção Básica - PAB - variável, criado por regulamentação posterior à publicação da NOB 96. Esse incentivo compreende um valor financeiro por equipe de ACS ou PSF, que aumenta progressivamente, em termos absolutos e por equipe, em função da cobertura populacional alcançada por esses programas.

1.2. A cidade de São Paulo e o SUS.

1.2.1 A conjuntura de 1989 a 1992: as propostas de implementação dos Distritos Sanitários /Sistemas Locais de Saúde.

No período de 1989 a 1992, a proposta do governo municipal de São Paulo era realizar uma ampla Reforma Administrativa, e juntamente com ela, implementar a municipalização dos serviços de saúde, que era apresentada, pela equipe que administrava a área da saúde, como estratégia para implantação do SUS em São Paulo. Em maio de 1989, a Secretaria do Município apresentou à direção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, da Secretaria Estadual da Saúde, uma proposta de Municipalização dos Serviços de Atenção à Saúde no Município. A secretaria Municipal de Saúde chegou a receber 50 unidades de saúde estaduais, a maioria prontas, equipadas e fechadas. Para ativá-las a prefeitura não contou com o devido apoio financeiro do governo estadual. O Processo de municipalização envolveria no total, 217 Unidades Básicas de Saúde, 17 hospitais, 25 ambulatórios de especialidades, ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, até então sob gerência do Governo do Estado.

Considerava-se que não bastava apenas receber os serviços estaduais, era necessário receber os recursos correspondentes, que permitiriam seu pleno funcionamento. Apesar de ter sido motivo de muitas lutas e objeto de várias negociações entre os diversos níveis de governo, a proposta de municipalização da atenção básica não se concretizou na sua plenitude, resultando nesse período apenas na passagem das 50 unidades de saúde (ALVES 1999).

A proposta da Secretaria Municipal de Saúde neste período era de uma gestão democrática e participativa, implementando formas de atuação descentralizada, estruturando níveis locais de atenção à saúde. Dando encaminhamento a estas

diretrizes, os Distritos de Saúde foram criados por lei, e implantados dentro desta lógica.

O Distrito Sanitário tem sido colocado como a versão brasileira dos Sistemas Locais de Saúde - SILOS, dentro das propostas que se referenciam nos movimentos de Reforma Sanitária nos distintos países. Este seria a menor área delimitada, com gerência própria e poder de decisão, sendo a base da descentralização na área da saúde (MENDES 1993). Trata-se da operacionalização da Lei 8080, de setembro de 1990, que prevê a criação dos distritos sanitários, a qual fortaleceu a implementação desta diretriz política.

A Secretaria Municipal de Saúde ao ser reestruturada, dividiu geograficamente a cidade em 10 Administrações Regionais de Saúde, que passaram a trabalhar para implantar 32 Distritos de Saúde na cidade. Ao implementar a diretriz política de controle social, prevista na Lei 8142, foram instalados conselhos de população, com participação na gestão desde o gabinete da Secretaria (Conselho Municipal de saúde) até os Distritos (conselhos gestores distritais).

Na construção dos Distritos a prefeitura contou com convênio firmado com a Itália, chamado “Cooperação Italiana”, podendo assim contar com experiências similares já implementadas em outras localidades para instrumentalizar a implantação dos Distritos. Estas foram as estratégias adotadas para concretizar um projeto político-sanitário orientado pelas diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira e pelos princípios do SUS.

Neste período o governo municipal implantou as bases do sistema, criando o Conselho Municipal de Saúde, iniciando a implantação dos Distritos de saúde e dos Conselhos Gestores Locais. No entanto, esta iniciativa não foi encaminhada pelos governos que se sucederam, que não implementaram as propostas no sentido de implantação do SUS.

1.2.2 A conjuntura de 1993 a 1995: o desmonte do Sistema de Saúde vigente.

A Secretaria Municipal de Saúde nesta mudança política e partidária não deu continuidade aos processos implementados na gestão anterior.

Neste período sucederam-se diversos secretários de saúde no município, sem convergência de diretrizes e a Secretaria Municipal de Saúde não deu continuidade aos projetos implantados pela administração anterior, reduzindo os investimentos na área, o que levou os serviços a baixarem a resolutividade.

O processo de municipalização não foi encaminhado pelo governo municipal, a cidade de São Paulo não se integrou ao movimento de implantação do SUS e manteve-se à margem do processo no país. O governo municipal de São Paulo escolheu uma outra forma de organização dos serviços de saúde, através de Cooperativas Médicas, criando o Plano de Assistência à Saúde - PAS; opção que colocou o município de São Paulo fora do SUS. O debate em torno do PAS foi marcado por controvérsias de diversas ordens, desde seu anúncio pelo governo em 17 de janeiro de 1995, instituído por decreto em 5 de abril do mesmo ano. Diante de mandato de segurança impetrado, foi elaborado projeto de lei e enviado à Câmara em 30 de maio do mesmo ano. O PAS foi instituído por lei mediante aprovação do projeto de lei em 5 de setembro de 1995, e regulamentado por decreto do executivo de 16 de novembro de 1995.

Durante todo este período a presença de organizações sociais, políticas e de profissionais de saúde foi uma constante no decorrer dos debates, pressionando para a não aprovação do projeto de lei. Nesta linha o Conselho Nacional de Saúde emitiu um parecer contrário ao projeto de lei, “recomendando à Prefeitura de São Paulo a não implementação do PAS; ao Ministério da Saúde a criação de grupo técnico para análise das medidas cabíveis, caso a prefeitura de São Paulo não acate a recomendação; ao Ministério da Saúde que dê ciência ao Conselho Nacional de Saúde de todos os desdobramentos desta resolução, à medida que forem ocorrendo” (COHN e ELIAS 1999).

Nesta conjuntura, ao final do período, em 1995, o Ministério da Saúde - MS, trouxe a experiência do PSF para o município de São Paulo, visando referendar a estratégia para todo o país. O MS buscou então parceria para implantar o PSF com uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, experiente no setor saúde - a Casa de Saúde Santa Marcelina - e o Governo Estadual, através da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SANTOS 2001).

Fato inédito ocorreu então em São Paulo, exceção no país, a maior cidade da América Latina realiza a experiência de reordenação das ações de saúde em um contexto que coloca a estratégia Saúde da Família fora do vínculo com o Sistema Municipal de Saúde.

1.2.3 A conjuntura de 1996 a 2000: o PAS e a sua implementação.

Foi criado por lei em finais de 1995 em São Paulo, um sistema alternativo chamado de Plano de Assistência a Saúde (PAS), que passou o gerenciamento e a operação da rede municipal de saúde para Cooperativas Médicas. A rede municipal foi dividida em 14 módulos dirigidos por cooperativas que, aprovado por lei, e portanto com respaldo legal para gastar o dinheiro público, e sem controle dos gastos, o que levou o orçamento da Secretaria de Saúde nos três primeiros anos do PAS a ser triplicado, e mesmo assim atingiu déficit de 2 milhões neste período. Pelo fato de ser incompatível com o SUS previsto na Constituição, a prefeitura deixou de receber os repasses de verbas federais a que fazia jus. Não havia interesse das cooperativas em investimentos nos serviços, pois como eram remuneradas por usuário potencial, independente da produção, o dinheiro não investido virava lucro. Tal estratégia contribuiu para aumentar o “sucateamento” dos serviços municipais de saúde, e a uma prática de pronto-atendimento quase que exclusiva, desestruturando toda a rede municipal.

O PAS foi implantado pelo último titular da pasta no governo Maluf, onde o poder local permaneceu responsável pelo acesso da população à saúde, enquanto a execução dos serviços e ações de saúde ficou a cargo da iniciativa privada. De fato, o titular da pasta, transplanta para o setor público da saúde a lógica da eficiência e da produtividade inerente à iniciativa privada lucrativa. Seu objetivo era o de instituir um “seguro-saúde para os pobres”, em que o sistema de remuneração per capita, permitia associar a remuneração de pessoal à carga horária de trabalho e à produtividade (COHN e ELIAS 1999).

A forma como o PAS foi implantado, segundo seus idealizadores, partia de uma concepção contrária ao SUS. Estes, consideravam o SUS um sistema estatal ineficiente, que levava os hospitais a prestarem atendimento primário, em vez de

atendimento secundário, pois o sistema não estava hierarquizado no município (a Unidade básica não era a porta de entrada obrigatória, e o usuário acessava diretamente os hospitais). Desta forma, a organização do PAS pelo sistema de remuneração per capita, pretendia implementar um sistema com rede de atendimento hierarquizada (COHN e ELIAS 1999).

Como o município não encaminhou as diretrizes do SUS, e não cumpriu as exigências previstas pelas NOBs, manteve a saúde do município fora do sistema federal de repasse de recursos. Isto significa que neste processo o município de São Paulo, deixou de receber grande soma de recursos relativa ao Piso Assistencial Básico (PAB).

Em 1998 na gestão do Secretario municipal Jorge Pagura, devido as dificuldades financeiras da administração da cidade, que levou a uma diminuição de cerca de 20% nos aportes globais mensais do seu financiamento (Elias 2001), agudizando mais ainda a crise em que estava mergulhado o PAS, são retomadas as negociações para a municipalização dos serviços de saúde da Capital. em maio de 1999 foi firmado um protocolo de intenções entre Estado e Município, proposta esta que veio acompanhada de uma redefinição da abrangência do PAS. Desta forma em setembro de 1999 as cooperativas do PAS foram reagrupadas em quatro módulos, e algumas unidades da rede básica retornaram para a gerência direta da SMS, continuando ainda sob a administração das cooperativas a maioria dos postos de saúde e pronto-socorros municipais. Foi criado então por decreto o SIMIS- Sistema Integrado Municipal de Saúde, em março de 1999; que tinha como objetivo permitir a adesão da Prefeitura ao SUS e, assim receber os recursos financeiros do governo federal, suspensos desde a criação do PAS.

O PAS ao se contrapor à implantação do SUS, impossibilitou a municipalização dos serviços, já prevista em lei, levando a uma desarticulação entre os sistemas da cidade. Este processo todo não permitiu que o município participasse do SUS, passando a ser o único que não se municipalizou no estado e um dos poucos no país.

1.2.4 A conjuntura pós 2000: a reconstrução da proposta do SUS.

O governo municipal eleito para o período 2001-2004, traz como primeiro ponto do seu programa para área da saúde a implantação do SUS em São Paulo. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assume esta tarefa apontando como eixos principais para a concretização do SUS: a distritalização, a extinção do PAS, a municipalização e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

1.2.4.1 A Distritalização

A Secretaria Municipal de Saúde através do Comunicado n.001/2001/SMS-Diretrizes Gerais para SMS (25/01/2001), criou 41 Distritos de Saúde com objetivo de descentralização político-administrativa, dotando-os de autonomia para decidir sobre as políticas de saúde no território sob sua responsabilidade. Diante das dificuldades relativas à gestão financeira e de recursos humanos encontradas hoje no município, e para viabilizar esta diretriz, o município adotou para uma primeira etapa a estratégia de manutenção de equipes nos níveis regionais, sem poder decisório, para apoiar administrativamente o conjunto de Distritos. Desta forma os Distritos se constituíram em estruturas “enxutas”, que compartilham uma infra-estrutura administrativa com outros distritos; que deverá executar as atividades relativas a gestão de recursos humanos, execução orçamentária e produção de informação.

1.2.4.2. A Extinção do PAS

Segundo o Comunicado n.001/2001/SMS-Diretrizes Gerais para SMS (25/01/2001), a extinção do PAS seria feita de forma ordenada, com planejamento e respeito a quem está trabalhando na rede controlada pelas cooperativas, mas principalmente com respeito pelos cidadãos que usam e precisam desta rede de assistência.

Foram nomeados coordenadores de SMS para acompanhar os trabalhos de cada módulo do PAS durante este período, sendo que, conforme planejado pelo governo, 6

meses após o início da administração os serviços foram reintegrados à administração e o PAS foi extinto.

Foi paga em dia a parcela referente ao repasse para as cooperativas, referente ao custeio do sistema; e as dívidas reivindicadas pelas cooperativas não foram reconhecidas pela prefeitura, e não foram pagas. Tais possíveis dívidas requeriam a apuração de irregularidades administrativas e irregularidades no uso dos recursos públicos, que deveriam ser averiguados por auditoria externa, solicitada pela Secretaria Municipal de Saúde, a ser contratada pelo gabinete da prefeita.

1.2.4.3. A Municipalização

Um grande problema estrutural encontrado no município é a desintegração entre as “três redes” municipais e a rede estadual/federal já unificadas e com a rede privada e filantrópica, que participam do SUS na Capital. São Paulo encontrava-se em 2001 em estágio pré-SUS. As negociações entre o estado e município foram retomadas, e em fevereiro de 2001 o município deu entrada na Comissão Bipartite de São Paulo, com o plano de Atenção Básica para ser apreciado. A rede básica foi municipalizada durante o ano de 2001, seguindo plano estabelecido, unificando assim as duas redes de atenção básica do município. Iniciaram-se também estudos para solicitar a habilitação na Gestão Plena do Sistema.

1.2.4.4 O Programa Saúde da Família

A implantação do PSF foi considerada a tarefa principal a que a Secretaria de Saúde se propunha, e que uma vez cumprida poderia mudar não só o Sistema de Saúde, mas afetar positivamente a qualidade de vida do cidadão, humanizar o atendimento, e despertar iniciativas e energias populares. Desta forma, os diretores de distrito em conjunto com os funcionários têm como responsabilidade implantar o PSF e promover a sua articulação como os demais níveis de assistência para a consolidação do SUS no seu território de abrangência (Comunicado n.001/2001/SMS-Diretrizes Gerais para SMS - 25/01/2001).

1.3 O Programa de Saúde da Família.

1.3.1 O PSF no Brasil.

1.3.1.1 Histórico e Pressupostos.

Em 1994, o Ministério da Saúde, cria o Programa de Saúde da Família (PSF), ampliando a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, que foi criado em 1991 e operava apenas com os Agentes Comunitários e em algumas regiões do país. A concepção do Programa apresentada no documento de criação é fazer do PSF um instrumento de reorganização do SUS e da Municipalização, com prioridade para implantação em áreas de risco. O mecanismo de financiamento deste período é o convênio entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Para assinatura do convênio exigia-se que o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde estivessem funcionando. A partir de 1996 o programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do próprio Ministério da Saúde, sendo que a Norma Operacional 01/96 (NOB 01/96) e outras importantes iniciativas do Ministério da Saúde, vêm contribuindo para a consolidação do PSF, garantindo mecanismos de financiamento direto do Ministério para os municípios, modificando a lógica de financiamento, baseada anteriormente na produção de serviços e, atualmente, na cobertura populacional, além de outros mecanismos técnico-gerenciais.

Um ator importante neste processo é CAPISTRANO (1999), que escreve: “sabemos que estamos longe dos objetivos constitucionais e apesar de todas as críticas e denúncias da falta de recursos financeiros, dos baixos salários, da deterioração dos equipamentos e dos serviços como um todo, pipocam em todo o país há mais de 20 anos, iniciativas de mudança, esforços de transformação dos textos constitucionais e legais em realidades vivas. Essas iniciativas e esforços tiveram sucesso em maior ou menor grau, lograram durabilidade variável, mas demonstraram que é possível reorganizar profundamente a assistência à saúde no nosso país. Provaram que os dizeres constitucionais não são devaneios, mas pontos de apoio e guias confiáveis para as mudanças necessárias; e o PSF é uma dessas iniciativas”. Capistrano foi um dos responsáveis pela implantação da Assistência

Domiciliar na cidade de Santos, no litoral de São Paulo, e posteriormente, em 1996 coordenou a implantação do projeto Qualis na capital.

1.3.1.2 Alcances e Limitações do processo de implementação do PSF.

O PSF se inscreveu, em 1994, nos municípios de pequeno e médio porte no nordeste do Brasil, provocando resultados extremamente positivos pela queda da mortalidade infantil, com drástica redução de óbitos por diarreia, doenças respiratórias e imunopreveníveis; redução de internações em menores de 5anos; aumento do aleitamento materno exclusivo; diminuição da mortalidade materna, entre outros significativos ganhos (SANTOS 2001).

No período de implantação da NOB 96 observou-se de fato uma expansão da cobertura importante das estratégias do PACS e PSF em todo país, sendo que em dezembro de 2000 já atingiam respectivamente 51,5% e 22,5% da população brasileira, PACS com coberturas maiores que 80% nas regiões Norte e Nordeste, e o PSF com cobertura próxima de 40% na região Nordeste e em torno de 30% nas regiões Centro-Oeste e Norte do País. As menores coberturas são observadas nas regiões Sudeste e Sul (LEVCOVITZ et. al 2001).

Entretanto, até setembro de 2001, apenas 15% da população dos municípios com mais de 100.000 habitantes estavam vinculadas a equipes do PSF. Neste contexto, o desafio atual do MS é de estender a cobertura do PSF aos grandes municípios, onde está concentrada uma rede segmentada de serviços, e fortalecer as estratégias necessárias para as modificações efetivas do modelo assistencial (Ministério da Saúde 2002).

O mais importante progresso alcançado foi a redução da mortalidade de menores de 1 ano, que entre 1989 e 1998, caiu de 50,9 para 36,1 por 1000 nascidos vivos, ou seja: uma queda de 29,1% em 9 anos. “Foram 230 mil vidas salvas nesse período. Esse progresso resulta da prioridade que se deu, nos últimos quatro anos, ao combate às doenças diarreicas, às doenças imunopreveníveis, às pneumonias e à desnutrição” (NEGRI, 2000 citado por SANTANA 2001).

Quanto à sua resolutividade, o Ministério da Saúde afirma que, funcionando adequadamente, as USF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua

comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000 citado por SANTANA 2001).

SANTOS em 2001, ao relatar a experiência do Projeto Qualis na cidade de São Paulo, afirma que a resolutividade das equipes de saúde da família variam de 90 a 95%.

1.3.2 O PSF na cidade de São Paulo.

1.3.2.1 O Projeto QUALIS: experiência paulistana de PSF modificado.

O fato do município de São Paulo ter instituído o PAS, impossibilitou a implantação do PSF sob gestão municipal, o Ministério da Saúde e o Governo de São Paulo tentam viabilizá-lo discutindo junto ao Secretário Estadual da Saúde uma solução, ainda em 1995 (SANTOS 2001).

Frente ao desafio do PSF numa grande metrópole, em abril 1996 o PSF se iniciou em São Paulo, no Distrito de Itaquera, na zona Leste da capital, fruto de um convênio que reuniu o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual e o Hospital Santa Marcelina, sendo esta a primeira experiência de PSF em área densamente povoada. O PSF de Itaquera recebeu o nome de QUALIS (qualidade integral à saúde). Foi constituído de 40 equipes formadas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, responsáveis cada equipe por 800 a 1000 famílias, divididas em microáreas, cada uma com 150 a 200 famílias, sob a responsabilidade de um agente comunitário.

Esta proposta vem ao encontro do que foi apontado por CAPISTRANO (1999), que exerceu importante papel frente a esse desafio, coordenando a implantação do Qualis em São Paulo, e escreve que o PSF mesmo tendo se espalhado por dezenas de cidades do Nordeste, de Minas, e chegando à periferia de capitais como Porto Alegre, Recife e São Luís, continua a ser visto apenas como mais um programa, limitado, bom para os pobres e pobre como eles. As razões dessa dificuldade são múltiplas, mas têm um peso decisivo: o PSF ainda não passou por uma prova de fogo no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte e São Paulo, as grandes megalópoles brasileiras.

Estabelece-se uma singularidade no município de São Paulo, por se implantar a estratégia Saúde da Família, sem a presença da gestão municipal, criando-se uma tríplice parceria para conseguir viabilizar a política do Ministério da Saúde, visando alavancar a construção do SUS, dentro de um novo modelo, proposto em nível nacional (SANTOS 2001).

Destaca-se o fato do PSF ter sido implantado em parte do município de São Paulo, a maior metrópole da América Latina, sem a decisão política da administração municipal, única exceção dentro do quadro de implantação do PSF.

Em 1997, foi proposto pelo professor Adib Jatene, à Secretaria Estadual de Saúde a expansão do Qualis para novas áreas da cidade. Em novembro de 1997 foi celebrado convênio com a Fundação Zerbini, designada gerenciadora do programa; e em fevereiro de 1998 foram inauguradas novas Unidades do PSF na Zona Norte e Zona Sul. Passaria o Qualis a atender 400 mil paulistanos, contando todas as áreas em funcionamento (CAPISTRANO 1999).

Destaca-se a diferenciação salarial em relação ao restante da rede pública no município que foi praticada pela Fundação Zerbini no município de São Paulo.

O projeto QUALIS, também se diferencia do PSF de outras regiões, quando a partir de 1997 constitui, em nível de coordenação geral, equipe multidisciplinar, com assistente social, educador em saúde pública, dentista, epidemiólogo, gerente administrativo, e posteriormente, psicólogos e psiquiatras; para dar respostas as questões mais complexas da integralidade da atenção.

1.3.2.2 O PSF na Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria de Saúde do Município coloca a implantação do “Programa de Saúde da Família”(PSF) como sua tarefa principal. Através da Saúde da Família pretende afetar positivamente a qualidade de vida das pessoas, passando a atuar nos determinantes das condições de saúde de uma dada população. A prioridade de implantação é para as regiões mais carentes do município, o critério de escolha dos distritos político-administrativos envolvidos na primeira fase teve como base o Mapa de Exclusão Social do município de São Paulo. Elegendo as áreas com maior concentração de famílias com renda de até 5 salários mínimos.

A meta é atender 60% da população através das Unidades de Saúde da Família.

O comunicado 004/2001/SMS - Diretrizes Gerais para SMS (27/06/2001) da Secretaria Municipal de Saúde, define as diretrizes gerais para implantação do Programa de Saúde da Família no município: organização da Saúde da família nos Distritos, estratégia de implantação do programa nos distritos, organização do trabalho das equipes. Ressalta ainda que diversas experiências espalhadas pelo Brasil demonstram que o PSF possibilita garantir e viabilizar os princípios do SUS.

1.4 A questão da Avaliação de Programas

A aplicação crescente da metodologia epidemiológica no campo médico-sanitário consolida os seus usos em serviços de saúde. Embora de implementação ainda precária, a legitimação de quatro de seus usos, na análise de situação de saúde, na vigilância epidemiológica, nos estudos etiológicos e na avaliação de serviços, programas e tecnologias; consagra-se na Lei Orgânica da Saúde brasileira. A sua atuação no eixo político-institucional se dá no plano operacional, e se devidamente implementada, permitirá fornecer importantes subsídios para os serviços na condução de suas atividades (GOLDBAUM 1996).

Nesta perspectiva, a avaliação em saúde, como instrumento ou metodologia permeável a lógica do modelo pelo qual opera, precisa desenvolver estudos com ênfase na resolutividade e acessibilidade dos serviços prestados, bem como comparar estratégias e identificar impactos que a aproximem da proposta de equidade do SUS (FIGUEIREDO e TANAKA, 1996).

A avaliação em saúde enquanto objeto de investigação científica foi progressivamente delimitando “vertentes” e “subcampos”; e hoje se constitui em três grandes grupos reconhecidos como: a avaliação tecnológica, a avaliação de programas e a avaliação de qualidade (NEMES 2001).

Segundo NOVAES (2000), as avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas (tomados aqui no sentido em que é utilizado na literatura americana), como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados.

Portanto, são considerados programas, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas (atenção domiciliar para idosos, vacinação e procedimentos de “screening” para grupos de risco para problemas de saúde determinados, propostas terapêuticas para doenças e doentes priorizados etc.) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela (Shortell e Richardson, 1978 citado por NOVAES 2000).

No Brasil, apenas os procedimentos da primeira alternativa são considerados programas, mas já se observa também aqui uma maior variabilidade do seu uso, o que faz com que toda avaliação de programa deva se iniciar com uma clara explicitação dos contornos do objeto a ser avaliado: propostas, ações programáticas, atividades gerenciais, serviços, procedimentos, profissionais etc. (NOVAES 2000).

No que diz respeito ao objeto colocado para a avaliação e às alternativas de apreensão do mesmo, a avaliação de programas mostra, de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade, e de outro, com a ciência social e política e o planejamento, pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos. Ao mesmo tempo fazem parte da conjuntura política, econômica e social mais ampla, conjunturas essas que não são passíveis de abordagens racionalizadoras relativamente circunscritas, como são as avaliações (NOVAES 2000).

A importância crescente da avaliação em saúde requer a incorporação do método epidemiológico, tanto no processo de avaliação de tecnologias, com na avaliação do desempenho dos serviços de saúde (CESAR e TANAKA 1996).

Além disso, o emprego do conhecimento epidemiológico é uma estratégia que pode resgatar a cultura capaz de dar nova lógica ao sistema de saúde, pois permitirá apreender o coletivo na definição de prioridades (FIGUIEREDO e TANAKA 1996).

1.4.1 Perspectivas teóricas.

As práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (SILVA e FORMIGLI 1994).

O primeiro problema encontrado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Além disso, naqueles trabalhos onde programas ou serviços de saúde são efetivamente avaliados, não existe freqüentemente, sequer a preocupação, por parte dos autores, com a definição dos termos empregados. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto - avaliação em saúde -, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde (SILVA e FORMIGLI 1994).

O esforço mais bem sucedido de classificação das abordagens possíveis para avaliação em saúde foi desenvolvido por Donabedian (1980), que concebeu a tríade “estrutura, processo e resultados”, a partir do referencial teórico sistêmico. Para este autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN 1980).

Para os autores Tanaka e Melo (2001), nos programas de saúde, a avaliação deve subsidiar a tomada de decisão dirigida às ações e às atividades realizadas. O referencial teórico utilizado para serviço, sistema ou programa objeto de avaliação é a concepção sistêmica de Donabedian (1980) modificada. Nesta os componentes Estrutura-Processo-Resultado, apresentam-se interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário do “sistema”, que faz parte integrante do processo, influenciando e sendo

influenciado por esse, e por conseguinte trazendo para dentro dos componentes as características do contexto imediato.

1.4.2 Avaliação do PSF: Especificidades, limites e possibilidades.

O PSF repercute em componentes técnicos, políticos e comportamentais, portanto uma proposta de avaliação do PSF deve debruçar-se sobre esses eixos, numa perspectiva organicamente política e técnica, incluindo aspectos quantitativos e qualitativos. Sobretudo, é necessário redimensionar os sujeitos/objeto da avaliação. A incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas. Sendo assim, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para o PSF (TRAD e BASTOS 1998).

A Reorganização da atenção básica em saúde, implementada pelo PSF, vem sendo monitorada por metas estabelecidas a partir de indicadores de morbimortalidade e produção de serviços, tanto dos sistemas de informação que lhe antecedem, quanto do Sistema de informação de atenção Básica - (SIAB) nas áreas do PSF. Considerando que a avaliação é focalizada principalmente na reorientação para um modelo assistencial coerente com os princípios do SUS, os indicadores referidos, ainda que necessários, tornam-se insuficientes para apreender as mudanças desejáveis, exigindo sua abordagem como objeto de investigação ou de pesquisa avaliativa (HARTZ 2000). A autora sugere a análise de implantação ou implementação como abordagem a ser privilegiada, entre os modelos de pesquisa avaliativa proposta por Contandriopoulos et al. (1997), que conjugaria dois tipos de estudos; “da implantação ou implementação” do programa - investigam com base em normas ou critérios o grau de adequação das intervenções, e “dos efeitos do programa” - examinam as associações de causalidade envolvendo usualmente avaliações multicêntricas e diversas abordagens metodológicas.

Devido ao importante papel que o PSF assume enquanto estratégia governamental para estruturação do SUS, reorientando o modelo de atenção; é que o escolhemos para o desenvolvimento desta pesquisa.

O propósito deste estudo é avaliar a implantação do PSF, segundo algumas de suas diretrizes: a integralidade da atenção e a atenção aos grupos prioritários da área de abrangência da UBS.

Na revisão bibliográfica realizada para o desenvolvimento deste estudo, não foram encontradas pesquisas ou estudos nesta mesma linha, nem metodologia desenvolvida neste sentido, ou seja, que busque estudar os avanços gerados pelo PSF na construção do SUS. Portanto, é necessário que se construa o caminho a ser percorrido para o desenvolvimento de tal estudo.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral.

- Avaliar a implantação do Programa de Saúde da Família na Unidade Básica do Jardim Boa Vista.

2.2 Objetivos Específicos.

- Avaliar o grau de atendimento dos grupos prioritários para a atenção.
- Avaliar o grau de integração das equipes de PSF com a rede de serviços existente.

METODOLOGIA

3.1 Estratégia Metodológica

Considerando os objetivos deste estudo escolhemos como estratégia metodológica o “Estudo de Caso”, onde a avaliação utilizou uma abordagem quali-quantitativa.

O estudo de caso é realizado através da análise aprofundada de um determinado caso particular que se queira estudar. Uma característica neste tipo de estudo é o fato do pesquisador não poder avaliar antecipadamente a abrangência que o estudo irá atingir. O quadro teórico inicial, servirá de estrutura básica, a partir do qual novos aspectos poderão ser agregados na medida em que o estudo avance.

Em geral, os estudos de casos são a estratégia preferida quando “como” e “por quê”, são questões colocadas, quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos, e quando é focado sobre um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da realidade (YIN 1994).

Na abordagem quantitativa, foram utilizados dados secundários do serviço, tais como dados do Sistema Municipal de Informação em Saúde - SIMIS; do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA-SUS, do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, específico do PSF, e de outros disponíveis no Distrito de Saúde e Unidades Básicas de Saúde.

Para a coleta de dados qualitativos, foram utilizadas 3 técnicas: entrevista estruturada, semi-estruturada e análise documental.

3.2 Caracterização do Local de estudo - UBS Jardim Boa Vista e Distrito de Saúde Escola Butantã.

A Unidade escolhida para o desenvolvimento deste trabalho é a Unidade Jardim Boa Vista; que faz parte do Distrito de Saúde Escola Butantã, com uma população total de 377.951 habitantes (SEMPLA 2003) (anexo 1).

O Distrito de Saúde Escola Butantã conta em sua área com os seguintes serviços municipais: um ambulatório de especialidades que oferece consultas em algumas especialidades, exame de ultra-som, entre outros procedimentos; um hospital municipal com 90 leitos, sendo 41 leitos de obstetrícia, para casos de baixa

complexidade, além de acompanhamento ambulatorial para gestantes de risco; 13 Unidades básicas fazendo acompanhamento pré-natal e atendimento pediátrico, além das outras atividades da atenção básica, 1 Serviço especializado em DST/AIDS, 1 Centro de Convivência, 1 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), e 1 Pronto Socorro. Além destes serviços municipais, conta ainda com 1 hospital universitário com 240 leitos, entre eles sendo 42 de obstetrícia e 38 leitos de pediatria, para atender a comunidade da Universidade e a população da área do Distrito, equipado para atender casos de atenção secundária, além de um hospital público estadual especializado em pediatria com 80 leitos atendendo o município, aberto a todos e não atendendo apenas a população adstrita do Distrito de Saúde, diferente do que acontece como os demais serviços citados.

A Unidade do Jardim Boa Vista tem sob a responsabilidade 22.000 habitantes (IBGE 2000) em um território geograficamente definido; com uma população de menores de 5anos de 1400*, e 86* mulheres gestantes. Pertence ao Distrito Administrativo Raposo Tavares com 66% da população com renda familiar de até 5 salários mínimos. É formada por vários núcleos e conjuntos habitacionais distintos, alguns às margens da Rodovia Raposo Tavares e fazendo limite geográfico com o município de Cotia e Osasco. A Unidade foi construída após muitos anos de reivindicação da população, estando há 8 anos em funcionamento. Existem núcleos populacionais bastante distantes da Unidade, que não possuem outros serviços de saúde, como é o caso da COHAB Raposo Tavares.

Foram implantadas 5 equipes de saúde da família, previstas para atender 100% da população com renda familiar de até 5 salários mínimos, residente no território definido da Unidade Básica.

A Unidade fez parte do PAS até junho de 2001, quando o PAS foi extinto, e o Distrito de Saúde Escola Butantã assumiu a gerência de todas as Unidades da sua área de abrangência. Neste período os planos para implantação do PSF já estavam prontos, sendo a UBS JD Boa Vista a primeira prioridade para o Distrito de Saúde Escola Butantã; pois preenchia a maioria dos requisitos necessários para iniciar a

* Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB/UBS Jardim Boa Vista, 2003

implantação. A equipe distrital em conjunto com a gerente que assumiu a gerência e a equipe da Unidade foi preparando a implantação do PSF, foi realizado trabalho com a população informando a respeito do programa, envolvendo usuários e lideranças da comunidade.

A equipe distrital de implantação do PSF selecionou 30 agentes comunitários de saúde para cobrir as 30 microáreas definidas a partir da sua delimitação geográfica no território. Foram respeitados todas as diretrizes relativas à seleção dos agentes; cada agente selecionado deve ser morador da área em que atuará. O processo de seleção que ocorreu em março de 2001, foi bastante concorrido, tendo participado da seleção em torno de 609 moradores. Os agentes foram contratados a partir de setembro de 2001. Durante a fase de cadastramento e territorialização, quando ainda não haviam chegado os outros membros das equipes, a coordenação dos agentes ficou sob responsabilidade da equipe da UBS. O restante dos profissionais das equipes foi selecionado e contratado a partir de Janeiro de 2002. A Unidade se organizou e redistribuiu os espaços internos para dar conta de atender no novo modelo, com equipes fixas e específicas por microáreas, e a partir dos prontuários individuais foram montados os prontuários familiares.

A referência para atendimento de emergência para todos os serviços da área é o pronto socorro Bandeirantes e o pronto socorro do Hospital Universitário da USP-HU. As referências para partos são o Hospital Mário Degni e o HU. Para gestantes de risco a referência ambulatorial é do Hospital Mário Degni, e os casos mais complexos o próprio hospital encaminha para outros serviços. A referência para os exames de ultra-som para as gestantes é o Hospital Mário Degni para a rotina e o ambulatório de especialidades Peri-peri que realiza ultra-som morfológico quando solicitado, para as gestantes da área. No caso das crianças, não estão organizadas as referências hospitalares para situações que não sejam de emergência. O Ambulatório de Especialidades Peri-peri realiza consultas em algumas especialidades para crianças e adultos.

Como uma etapa exploratória visando conhecer com mais detalhes a demanda que chega a UBS, para que a partir daí pudessemos definir os grupos que seriam excluídos para o desenvolvimento da pesquisa, foi aplicado instrumento para coleta de dados na porta da UBS.

Foram abordadas para a entrevista as pessoas que estavam se dirigindo para a UBS, ainda na calçada, antes de entrarem, por uma pessoa que não é funcionária da UBS (não conhecida dos clientes). Tomou-se esse cuidado para que não houvesse receio do usuário responder as questões, ou pudesse temer algum problema para o seu atendimento.. Os dados foram coletados em formulário específico (anexo 2) em 25 de fevereiro de 2002, uma segunda-feira no horário das 8 às 16 horas. Foram escolhidos este dia e horário por serem os de maior movimento e concentração de usuários na UBS.

Foram entrevistadas 80 pessoas, mas ao revermos os registros, optamos por trabalhar com 69 entrevistas, por estarem as outras 11 incompletas.

Os dados foram analisados, segundo motivo de ida a UBS: consulta marcada, marcar consulta, tentar atendimento no dia; faixa etária, e problema de saúde (anexo3: tabelas de A a E).

Os dados mostram que o maior número de pessoas entrevistadas encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos (27,53%), seguida pela faixa de 15 a 19 anos (15,94%), e em terceiro lugar a faixa de 30 a 39 anos (13,04%), somando 56,51% na três faixas (15 a 39 anos) (tabela A).

Em relação ao motivo de vinda ao serviço os que tinham consulta marcada, os que vieram marcar consulta, mais os que vieram tentar consulta no mesmo dia somam 62 (89.8%), sendo portanto o principal motivo de vinda a busca de consulta médica. Os 7 (10.1%) restantes dividem-se em tomar vacina, pedir informação e marcar exame (tabela B).

Em relação aos problemas de saúde referidos aproximadamente 35% (24) do entrevistados informaram não ter problema de saúde, e entre os problemas referidos 20% (13) são da área de ginecologia/obstetrícia, sendo que os 45% (32) restantes se distribuem por diversas áreas (tabela C).

Entre os 11 entrevistados que vieram tentar atendimento no mesmo dia os problemas referidos se distribuem entre 2 suspeitas de gravidez, 2 cefaléias, 2 febres, 2 gastralgia/gastrite, 1 cólica menstrual, 1 dor abdominal e 1 que informou não ter problemas. Destes 2 estavam na faixa etária de menor de 5 anos, 2 entre 15 e 19 anos, 6 de 20 a 49 anos, e 1 com 60 anos ou mais (tabela D).

Em relação aos 45 problemas referidos e faixa etária, estão concentrados na faixa etária de 15 a 49 anos (30). Sendo que o problema que mais vezes aparece é suspeita de gravidez (6), seguido por cólica menstrual (4) (tabela E).

3.3 Operacionalização dos objetivos

Para o alcance dos objetivos propostos escolhemos para estudar duas diretrizes importantes para a implantação do PSF:

- 1) A identificação de grupos prioritários para a atenção e a reorganização do serviço para atendê-los;
- 2) A integralidade da atenção no que tange à integração das equipes de PSF com a rede de serviços.

3.3.1 O enfoque de risco e os grupos prioritários para a atenção no PSF.

O processo de descentralização do setor saúde, particularmente a municipalização e a criação dos Distritos de Saúde, com a conseqüente criação de equipes locais para gerência e planejamento, vem aumentando a demanda por modelos de aplicação da epidemiologia em serviços de saúde, e a proposta da estratégia de risco voltou a ser discutida, havendo necessidade de uma análise crítica da metodologia proposta, bem como nas experiências desenvolvidas (CESAR 1998).

A proposta de enfoque de risco na organização dos serviços de saúde representa um bom exemplo da articulação da epidemiologia com a gerência dos serviços de saúde. Em particular, ela possibilita o uso dos conceitos e dos métodos da epidemiologia analítica na prática da saúde pública. Embora desenvolvida inicialmente para a área materno-infantil, ela não é exclusiva desta, sendo sua fundamentação aplicável a qualquer outra área - recentemente, tem sido utilizada em outras situações, tais como programas de controle da malária (Castillo- Salgado, 1992 citados por CESAR 1998).

As possibilidades de aplicação são amplas e devem ser adequadas às diferentes realidades. É possível trabalhar de maneira relativamente simples, em âmbito local e com instrumental técnico de pequena complexidade, ou pode-se ainda, avançar na

implantação de modelos mais complexos com análises epidemiológicas e estatísticas que permitam instrumentos mais precisos de identificação de grupos de risco (CESAR 1998).

Reorganizar os serviços a partir do enfoque de risco significa organizá-los para atender aos grupos prioritários para a atenção.

O PSF busca identificar na população grupos pré-definidos para intervenção, como é o caso das doenças crônicas como diabetes e hipertensão; das transmissíveis como tuberculose e hanseníase, das gestantes, das crianças, etc. Por outro lado, se o PSF mantém um levantamento seletivo, como pode apreender as reais prioridades de cada população? Nosso interesse é estudar como trabalha com os conceitos básicos da epidemiologia, se o Programa incorpora a promoção da saúde, ampliando o elenco dos eventos de saúde para além das doenças e agravos e o das intervenções para além das ações implementadas pelo setor saúde, incorporando ações coletivas de promoção de saúde, de mobilização comunitária e intersetoriais.

Iremos analisar a produção de serviços das equipes do PSF, identificando o grau de inclusão dos grupos atendidos no sistema local de saúde em sua base territorial definida. O atendimento da Unidade de Saúde será monitorado com o objetivo de verificar a inclusão dos grupos prioritários identificados pelas equipes a partir da análise dos dados das áreas sob sua responsabilidade. Será avaliado como a Unidade os identifica e quais ações de intervenção são organizadas para os mesmos.

Entre seus objetivos o Programa de saúde da Família deve “identificar os problemas de saúde e os fatores de risco de adoecer” aos quais a população esta exposta e elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dessas questões, segundo Projeto de Implantação do PSF - SMS (fev.2001).

Nosso interesse é conhecer como a Unidade de Saúde da Família se organiza para a atenção à demanda espontânea e a atenção aos grupos prioritários, como equaciona estes dois eixos no serviço. E ainda se a identificação destes grupos se traduz na organização de ações e intervenções dirigidas a eles.

Iremos analisar se foram identificados grupos prioritários para intervenção, com base no cadastro das famílias. Verificaremos através de levantamento de dados,

a partir dos relatórios da Unidade, e de entrevistas com as equipes quais os grupos priorizados e quais estratégias foram propostas.

A partir da definição de “Semana Típica” de TANAKA e MELO (2001), iremos identificar os usuários dos grupos definidos, atendidos numa semana típica selecionada, e a partir daí coletar os dados referentes a estes grupos.

3.3.2 A Atenção integral e a organização do sistema de referência no PSF.

Um dos eixos mais importantes desta análise será o monitoramento da integração operacional do PSF com o sistema de saúde, visando analisar o grau de cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade alcançada pelo sistema local de saúde dentro da diretriz política da descentralização.

Segundo Documento do Ministério da Saúde (2001), a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de Ações e serviços do Sistema Local de Saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para resolução de problemas ou situação identificados na atenção básica.

Segundo o Dicionário Aurélio “integrar” é tornar inteiro, completar, juntar-se, tornando-se parte integrante, reunir-se, incorporar-se; “integrado é o que foi objeto de integração, diz de cada uma das partes de um todo que se completam; integração é o ato ou efeito de integrar”.

Para Hartz (2000) “Na atenção básica à saúde o conceito de integralidade vai se referir a atenção nos diversos níveis - da promoção à recuperação da saúde - como também a totalidade de componentes ou atividades previstas como elenco mínimo, teoricamente indispensável ao alcance dos objetivos propostos”.

Desta forma analisaremos em que medida o PSF dá conta de estar integrado, inserido ao Sistema de Saúde no âmbito do Distrito de Saúde garantindo a integralidade.

Apesar da integralidade compreender a abordagem holística do indivíduo, como o foco desse estudo esta no modelo, optamos na avaliação pela integralidade

com os diferentes níveis de complexidade, buscando uma melhor correspondência entre as diferentes necessidades de saúde e a complexidade da oferta.

Para verificar a relação/integração das Equipes de Saúde da Família com os outros níveis de maior complexidade, como ambulatório de especialidades, exames mais complexos e assistência hospitalar, elegemos a atenção ao pré-natal e a atenção aos menores de 5 anos na Unidade de Saúde da Família do Jardim Boa Vista.

A escolha destes grupos recai sobre o fato de ser indiscutível a importância das intervenções sobre os mesmos. Estando nas prioridades da Agenda Nacional, Estadual e Municipal para o próximo biênio, sendo o primeiro item da agenda a redução da mortalidade infantil e materna.

Além disto, para atender a estes dois grupos o sistema pode se organizar dentro do próprio Distrito de Saúde, com capacidade para cobrir as necessidades da população adscrita com os serviços existentes no âmbito do Distrito, já descritos anteriormente.

3.4 Procedimentos metodológicos

3.4.1 Etapa I - Integração com outros níveis de atenção.

Entrevistas estruturadas com os usuários na UBS

Na segunda etapa buscou-se levantar dados para dar conta do objetivo - referência/contra-referência.

Foi elaborado formulário de entrevista para levantar informações sobre as referências e contra-referências para menores de 5 anos e gestantes no período anterior à implantação do PSF, para que se pudesse posteriormente levantar os mesmos dados e compararmos o antes e o depois.

Foi feito um pré-teste anterior, para definirmos a “linha de base” da pesquisa. A coleta de dados foi realizada durante uma semana típica, foram realizadas entrevistas com usuárias do serviço, enquanto as mesmas esperavam para ser atendidas. As entrevistas foram aplicadas por, agentes de saúde e auxiliares de enfermagem -março de 2002.

Os dados levantados foram analisados em função dos achados, e o quanto atingiram os objetivos traçados, e então a partir desta análise o formulário e perguntas foram reformulados.

Os novos formulários foram testados novamente em oito usuárias, analisados e reformulado novamente, para então definir o formulário final para levantamento deste item (anexos 4 e 5) - 3a.semana de março de 2002

Foram treinados quatro agentes de saúde e um auxiliar de enfermagem para aplicar os questionários relativos à referência e contra-referência para coleta de dados referentes a menores de 5 anos e gestantes. No treinamento foi explicado o objetivo da pesquisa, lido o questionário em conjunto, discutiram cada questão e tiraram todas as dúvidas. Orientado quanto a questão da necessidade de informar ao entrevistado os objetivos da pesquisa, e de esclarecer que o mesmo não seria obrigado a participar, e que os dados não seriam identificados. Cada aplicador fez pelo menos quatro entrevistas, para ver as dificuldades, o pesquisador responsável pela coleta esteve presente na UBS durante todo o tempo da atividade de treinamento, e discutiu com cada um suas dificuldades e dúvidas após cada entrevista - 4a. semana de março de 2002.

As entrevistas foram realizadas em duas fases, a 1a. antes da implantação completa do PSF, durante a primeira semana de abril de 2002; e a 2a. depois da implantação completa do PSF durante a terceira. semana de setembro de 2003; em todos os períodos, cobrindo assim uma semana típica na UBS em cada uma das fases.

Foram entrevistadas pessoas de dois grupos: primeiro mulheres que deram à luz no período março de 2001 a fevereiro de 2002, em relação ao atendimento recebido no período de gestação. E mães/responsáveis de crianças menores de 5 anos (nascidas entre março de 98 e fevereiro de 2003), em relação ao atendimento de a criança. As clientes foram entrevistadas na Unidade, foram devidamente orientadas pelos entrevistadores quanto aos objetivos da entrevista, de que a participação era facultativa, e de que as entrevistas não seriam identificadas. (anexo 6 – instrumento submetido à CEP da Faculdade de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde)

As entrevistas foram realizadas em 2 momentos, com o objetivo de reconhecer as mudanças advindas do processo de implantação do PSF.

Os dados foram analisados no intuito de entender as questões centrais desta pesquisa, a integração da UBS com os demais níveis de atenção, a referência e contra-referência, antes e depois da implantação do PSF.

3.4.2 Etapa II

Entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave.

As entrevistas com informantes-chave tiveram como objetivo entender o processo de implantação do PSF, por meio da exploração dos eixos: integralidade das ações; identificação de grupos prioritários para a atenção, e a organização do serviço para atendê-los.

Para esta etapa do trabalho optou-se pela abordagem qualitativa, através de entrevista, na perspectiva de valorizar o conteúdo qualitativo das falas dos entrevistados, no que diz respeito a revelações pertinentes ao objetivo do estudo proposto. Utilizamos a entrevista semi-estruturada, definida como conversa com finalidade (MINAYO 1993) onde o roteiro serve como orientação, utilizando questões abertas .

Foi utilizado pelo pesquisador um roteiro com questões abertas, iniciando com perguntas sobre a experiência do entrevistados, trabalhos anteriores, tempo de formado e etc, com o objetivo de conhecer o entrevistado, criar um clima de cordialidade e descontração para a entrevista. As questões foram refeitas ou mesmo aprofundadas dependendo das falas de cada um, e dos temas que traziam a partir das questões formuladas, sempre buscando complementar as informações necessárias para a pesquisa (anexo 7).

Os entrevistados foram devidamente orientados pelo entrevistador quanto aos objetivos da entrevista, de que a participação era facultativa, e de que as entrevistas não seriam identificadas. (anexo 8 – instrumento submetido à CEP da Faculdade de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde)

Visando garantir fidedignidade na coleta de dados as entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados.

O material coletado foi analisado por eixo temático, tendo como base o referencial teórico de análise do conteúdo de Bardin (1977).

Para a análise das entrevistas seguiu-se as seguintes etapas:

- Colocação inicial desencadeadora de diálogo e a partir deste se estimula o processo descritivo/narrativo;
- Transcrição das entrevistas, na íntegra, pelo próprio pesquisador;
- Realização de várias leituras de cada narrativa com a finalidade de apreendê-las e interpretá-las no sentido do texto narrado;
- Divisão do conteúdo das entrevistas em 3 grandes blocos, de acordo com os temas identificados nas entrevistas, relativos a gestantes, a menores de 5 anos e a identificação e priorização de grupos de risco para a atenção;
- Em cada entrevista foram grifados os temas identificados de acordo com as questões previamente formuladas e os novos temas que emergiram ao longo das sucessivas leituras;
- No processo de identificação de temas, outras categorias empíricas foram descortinadas a partir dos relatos, o que possibilitou melhor organizar a interpretação do conteúdo;
- Montagem de um quadro único com todas as falas de todas as entrevistas recortadas pelos temas, essa organização permite visualizar o conjunto de informações de cada uma das entrevistas, bem como a análise dos temas no conjunto das entrevistas;
- Organização dos conteúdos por tema, que resultou na montagem de 6 quadros para o eixo de questões relativas às gestantes, 4 quadros para o eixo de questões relativas menores de 5^a anos e 1 quadro para o eixo de questões relativas a grupo de risco;
- Essa organização dos dados possibilitou a análise do conteúdo a partir dos pressupostos teóricos e temas de análise previamente estabelecidos e dos que surgiram a partir do material empírico, utilizando-se trechos das narrativas das entrevistas.

3.4.3 Etapa III

Coleta de dados secundários

Foram coletados dados a partir dos documentos da UBS, registros dos agendamentos, dados de produção, registros dos encaminhamentos, entre outros, dos períodos correspondentes às entrevistas feitas, complementando assim, as informações obtidas a partir das mesmas. A partir dos dados coletados buscou-se identificar como a UBS estava organizada para atendimento à demanda, quais as prioridades para atendimento e o que ocorre na UBS em relação ao atendimento a grupos prioritários, antes e depois da implantação do PSF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dados Secundários

Foram coletados dados a partir dos boletins de produção, agendas, livro de controle de encaminhamentos e boletins do SIAB da Unidade Básica de Saúde Jardim Boa Vista; relativos aos 2 momentos da pesquisa: abril de 2002 e setembro de 2003.

4.1.1 Dados referentes a abril de 2002.

Nesta época a Unidade ainda funcionava como uma UBS comum, estava contratando profissionais para serem capacitados e integrarem as equipes de PSF. Os profissionais e funcionários da UBS estavam todos trabalhando e exercendo suas funções tradicionais na Unidade básica de saúde. A Unidade contava com 3 clínicos, 3 pediatras, 2 ginecologistas e 2 enfermeiras.

No mês de abril foram realizadas no total 2320 consultas médicas, assim distribuídas:

- 908 consultas de clínica;
- 798 consultas pediátricas (sendo 534 para menores de 5 anos);
- 614 consultas de ginecologia e obstetrícia (sendo 122 de pré-natal);
- as enfermeiras não faziam consultas.

Ao considerarmos o total de horas médico e total de consultas realizadas, temos 3,29 consultas/ hora

Funcionavam na UBS ainda alguns grupos de atendimento:

- grupo de convivência para deficientes (2 grupos, atendendo 20 pessoas);
- grupo de planejamento familiar (1 grupo, atendeu 13 pessoas);
- grupo de Tai chi chuan (12 grupos, atendendo 179 pessoas).

Total de pessoas participando dos grupo 212.

4.1.2 Dados referentes a setembro de 2003

Neste período o PSF já se encontrava plenamente implantado, com todas as equipes formadas, e há pelo menos 1 ano atuando na área.

Como estratégia de suporte para a implantação e proposta de atendimento ampliado a partir da equipe mínima de PSF, foram mantidos na UBS: 2 médicos pediatras, 1 médico ginecologistas, além de outros profissionais como: 1 Terapeuta ocupacional, 1 fonoaudióloga, 1 assistente social e 1 psicóloga. O PSF contava com 5 generalistas, 5 enfermeiras e 30 Agentes comunitários de saúde.

No mês de setembro de 2003 foram realizadas 1289 consultas, sendo 1143 consultas médicas e 146 consultas de enfermagem, assim distribuídas:

- 587 consultas de generalistas;
- 213 consultas de pediatras;
- 197 consultas do ginecologista/obstetra;
- 146 consultas de enfermagem;
- 3491 visitas de agentes comunitários de saúde.

Ao consideramos o total de horas médico e total de consultas realizadas, temos 0,87 consultas / hora.

Atendimentos em grupos realizados:

- grupo de planejamento familiar (4 grupos, atendendo 50 pessoas);
- grupo de Tai chi chuan (5 grupos, atendendo 70 pessoas);
- grupo de idosos (1 grupo, atendendo 15 pessoas);
- grupo de saúde da mulher (3 grupos, atendendo 45 pessoas);
- grupo de papanicolau (5 grupos, atendendo 57 pessoas);
- grupo de hipertensão e diabetes (3 grupos, atendendo 40 pessoas);
- grupo de saúde auditiva (4 grupo, atendendo 71 pessoas)

Total de pessoas participando dos grupos 348.

4.1.3 A comparação dos 2 momentos da pesquisa

Ao compararmos os dados relativos aos 2 momentos da pesquisa, verificamos que ocorreu uma diminuição do número de consultas do 1º. para o 2º. momento, passando a ser atendidos em consultas apenas 55.6% do que era atendido no 1º. momento.

Essa diminuição no volume de consultas médicas poderia ser decorrente da reorganização do processo de trabalho preconizado pelo PSF, no qual se reserva carga horária para o atendimento em grupo, visitas domiciliares e capacitação e reciclagem. Nessas condições, se destinassem 50% da sua carga horária para o atendimento individual, teria o rendimento de 1,33 consultas/hora, o qual continuaria a diferir do observado no 1º momento.

A mesma tendência foi observada no rendimento dos outros médicos especialistas da UBS. No 1º momento, os pediatras e os ginecologistas apresentavam o rendimento de 3,02 e 3,48 consultas/hora e no 2º momento diminuíram para 1,20 e 2,23 consultas/hora respectivamente.

Ao considerarmos as visitas realizadas pelos agentes de saúde, que não desempenham atividades de intervenção em saúde no domicílio, mas sim detectam necessidades de atendimentos e pacientes de risco para encaminhá-los ao serviço, poderíamos prever que os mesmos captariam mais clientes para a UBS, inclusive controlando a frequência dos pacientes com doenças crônicas, que necessitam fazer acompanhamentos periódicos de saúde.

Por outro lado ao entrevistarmos os trabalhadores da UBS existe uma forte referência a procura pelo atendimento de pessoas que não estão agendadas, com queixas diversas, sendo considerado pelos mesmos, um importante problema na organização da UBS.

Quando se analisa a nova dinâmica que a UBS assume após a implantação das equipes de PSF, observa-se que a organização das agendas só permite aos usuários agendar consultas para o período da manhã; sendo que os outros períodos são reservados para as equipes realizarem visitas, grupos etc. É necessário o empenho dos Agentes comunitários de saúde, junto ao médico ou enfermeira para conseguir a consulta. O que acarreta uma real dificuldade de acesso no caso dos menores de 1

ano, e talvez esteja levando a um atendimento não programático, o que contradiz as propostas do PSF.

Apenas por essa nova forma de organização, pode-se perceber que a oferta de consultas diminuiu, por outro lado os outros atendimentos não suprem a diferença. Quanto aos grupos realizados, observa-se que foram diversificados, atendendo a novos segmentos, o que levou a um aumento o número total de pessoas que participam dos mesmos. Em relação as atividades realizadas em grupos, verificamos que os diferentes grupos, tem objetivos diferentes, técnicas de desenvolvimento diferentes, e muitos deles são ou de convivência, ou mesmo apenas educativos/informativos, não configurando um atendimento programático em grupo.

4.2 Entrevistas estruturadas com usuários.

Foram coletados dados referentes as usuárias da UBS que tinham dado à luz até um ano antes da data da entrevista, e a crianças que ainda não tinham completado 5 anos até o dia da entrevista.

Foi utilizada como período da amostra a “semana típica”, portanto as entrevistas foram realizadas durante os 5 dias de uma “semana típica”, em todos os períodos; em 2 momentos diferentes: antes da implantação do PSF, em abril de 2002, e após 1 ano e 5 meses, já com o PSF funcionando há mais de ano com equipes completas, em setembro de 2003. Foram utilizados formulários específicos - anexos 4 e 5.

Para facilitar a apresentação dos dados, utilizaremos no texto o termo “1º. momento”, para as entrevistas de abril de 2002, e “2º. momento”, para as de setembro de 2003.

4.2.1 Entrevistas relativas às mulheres.

No 1º. momento, foram entrevistadas no total 85 mulheres. Dessas entrevistas, 26 apresentaram informação incompleta quanto à idade. Do total das 59 entrevistas, as faixas etárias de maior frequência, foram de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas por faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Faixa etária	Nº	%
16 a 20	9	15,3
21 a 30	36	61,0
31 a 40	12	20,3
41 e +	2	3,4
total	59	100,0

Fonte: entrevistas

No 2º. momento, foram entrevistadas no total 82 mulheres. Dessas entrevistas, 3 apresentaram informação incompleta quanto à idade. No total das 79 entrevistas, a faixa etária de maior frequência, foi a de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas por faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Faixa etária	Nº	%
Menor 16	1	1,3
16 a 20	17	21,5
21 a 30	41	51,9
31 a 40	18	22,8
41 e +	2	2,5
total	79	100,0

Fonte: entrevistas

Ao compararmos a distribuição por faixa etária, do 1º. com o 2º. momento, verificamos que no 2º. momento ocorreu um aumento de frequência nas faixas mais jovens (menores de 20 anos), e uma diminuição na faixa de 21 a 30 anos (tabelas 1 e 2).

Das 85 entrevistas, no 1º. momento, apenas 1 não continha informação de local de pré-natal. Entre as 84 entrevistadas, a maioria, 46 (54,8%) realizou o pré-natal na UBS Jardim Boa Vista.

Das 82 entrevistadas, no 2º. momento, a maioria, 51 (62,2%) realizou o pré-natal na UBS Jardim Boa Vista.

Do 1º. momento, para o 2º. momento, o percentual de entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS em relação ao total de entrevistadas, apresentou um aumento, passando de 54,2% em 2002, para 62,2% em 2003, o que pode apontar uma tendência de aumento na captação para o pré-natal na UBS Jardim Boa Vista.

Ao analisarmos a faixa etária das mulheres que realizaram o pré-natal na UBS, verificamos a perda dessa informação em 14 entrevistas no 1º. momento e em 3 entrevistas no 2º. momento. No 1º. momento da pesquisa, ao compararmos em cada faixa etária, a realização do pré-natal na UBS, verificamos que na faixa de menor idade (16 a 20 anos) e nas faixas de 31 a 40 anos e 41 anos e mais, a frequência ao pré-natal na UBS é maior do que nas outras faixas etárias. Essa situação poderia sugerir uma maior acessibilidade ao pré-natal, a essas faixas de maior vulnerabilidade (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas, em relação a realização do pré-natal na UBS, por faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Faixa etária	SIM		NÃO		total	%
	Nº	%	Nº	%		
16 a 20	6	66,6	3	33,4	9	100,0
21 a 30	17	47,2	19	52,8	36	100,0
31 a 40	7	58,3	5	41,7	12	100,0
41 e +	2	100,0	—	—	2	100,0
total	32	55,2	26	44,8	58	100,0

Fonte: entrevistas

Ao compararmos, no 2º. momento da pesquisa, em cada faixa etária, a realização do pré-natal na UBS ou em outro serviço, verificamos que nas faixas de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos, a frequência ao pré-natal na UBS é maior. (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas, em relação a realização do pré-natal na UBS, por faixa etária UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Faixa etária	SIM		NÃO		total	%
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 16 a	–	–	1	100,0	1	100,0
16 a 20 anos	10	58,8	7	41,2	17	100,0
21 a 30 anos	26	63,4	15	36,6	41	100,0
31 a 40 anos	11	61,1	7	38,9	18	100,0
41 anos e +	1	50,0	1	50,0	2	100,0
total	48	60,8	31	39,2	79	100,0

Fonte: entrevistas

Na comparação entre o 1º. momento e o 2º. momento a faixa etária das mulheres que realizaram pré-natal na UBS, verificamos que há uma maior frequência de mulheres, nas faixas etárias de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos. E uma maior frequência na faixa etária de 16 a 20 anos entre as que não fizeram pré-natal na UBS Jardim Boa Vista (tabelas 3 e 4).

Essa situação poderia estar sugerindo que apesar de maior captação de mulheres jovens na Unidade Básica, o controle de pré-natal foi realizado com menor frequência na faixa etária de 16-20 anos, no período estudado.

Em relação ao local de parto, no 1º. momento, das 46 mulheres entrevistadas, que fizeram pré-natal na UBS, verificamos que a maioria 35 (76,1%) tiveram parto no Hospital Municipal Mário Degni e Hospital Universitário da USP - HU (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo local do parto, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Local do parto	Nº	%
H. M. Mário Degni	27	58,7
H. Universitário - USP	8	17,4
H. Amador Aguiar	2	4,3
H. Sorocaba	2	4,3
H. M. Campo Limpo	1	2,2
H. Servidor	1	2,2
outros hospitais	5	10,9
total	46	100,0

Fonte: entrevistas

Em relação ao local de parto, no 2º. momento, das 51 mulheres que fizeram pré-natal na UBS, verificamos que a maioria 44 (86,3%) tiveram parto no Hospital municipal Mário Degni e Hospital Universitário da USP - HU (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo local do parto, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Local do parto	Nº	%
H. M. Mário Degni	26	51,0
H. Universitário - USP	18	35,3
H. Amador Aguiar	1	1,9
Santa Casa	1	1,9
H. Servidor	1	1,9
outros hospitais	4	8,0
total	51	100,0

Fonte: entrevistas

Tabela 7 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo realização do parto nos Hospitais Mário Degni e HU, e outros hospitais, no 1º. e 2º. momento da pesquisa, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002 e setembro de 2003.

Local do parto	1º. momento	2º. momento	total
H. Mário Degni e HU	35	44	79
Outros	11	7	18
total	46	51	97
$X^2 = 1,66$		$P = 0,1975$	

Fonte: entrevistas

Observa-se assim, que no 2º. momento, há uma maior frequência de partos realizados nos Hospitais Mário Degni e HU, que são referências naturais da UBS, sugerindo que o sistema de referência formal ao parto tenha funcionado melhor no 2º. período estudado (tabela 7).

Entre as mulheres que fizeram pré-natal na UBS, no 1º. momento, verifica-se que a grande maioria das mulheres de 16 a 20 anos e as de 31 anos e mais, fizeram o parto nos Hospitais Mário Degni e HU (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição e percentual, por faixa etária das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal no UBS, segundo local de parto, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Faixa etária	Parto no Mario Degni e HU		Parto em outros hospitais		Total pré-natal na UBS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16 a 20	5	83,3	1	16,7	6	100,0
21 a 30	11	64,7	6	35,3	17	100,0
31 a 40	6	85,7	1	14,3	7	100,0
41 e +	2	100,0	—	—	2	100,0
total	24	75,0	8	25,0	32	100,0

Fonte: entrevistas

Entre as mulheres que fizeram pré-natal na UBS, no 2º. momento, verifica-se que a grande maioria das mulheres de 21 a 30 anos e as de 31 anos e mais, fizeram o parto nos Hospitais Mário Degni e HU (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição e percentual, por faixa etária das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal no UBS, segundo local de parto, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Faixa etária	Parto no Mario Degni e HU		Parto em outros hospitais		Total pré-natal na UBS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
16 a 20	7	70,0	3	30,0	10	100,0
21 a 30	23	88,5	3	11,5	26	100,0
31 a 40	10	91,0	1	9,0	11	100,0
41 e +	1	100,0	—	—	1	100,0
total	41	85,4	7	14,6	48	100,0

Fonte: entrevistas

Entre o 1º. e o 2º. momento, ocorreu um aumento da freqüência dos partos feitos pelos 2 hospitais de referência da área (Hospital Municipal Mario Degni e HU), na maioria das faixas etárias, exceto na de 16 a 20 anos, em que se observa um aumento da freqüência de partos em outros hospitais que não são referência da área.

Essa situação poderia ser devido a falta de encaminhamentos adequados, ou mesmo falta de vagas para essa população de risco nos hospitais de referência da área (tabelas 8 e 9).

Para melhor análise das consultas de pré-natal, utilizaremos 6 consultas de pré-natal como parâmetro técnico de qualidade; sendo este o preconizado pelo Programa de Humanização do Parto e Pré-natal - PHPN, do Ministério da Saúde. Quanto ao número de consultas realizadas no pré-natal, no 1º. momento, houve perda de informação em 3 entrevistas, verificamos que a maioria das mulheres 32 (74,4%) realizaram 6 ou mais consultas (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo número de consultas médicas realizadas, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Número de consultas	Nº	%
6 consultas e mais	32	74,4
5 e 4 consultas	6	14,0
menos de 4 consultas	5	11,6
total	43	100,0

Fonte: entrevistas

Em relação ao número de consultas realizadas no pré-natal, no 2º. momento, verifica-se que a maioria das mulheres 41 (80,4%) fizeram 6 ou mais consultas (tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo número de consultas médicas realizadas, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Número de consultas	Nº	%
6 e mais consultas	41	80,4
5 e 4 consultas	6	11,8
menos de 4 consultas	4	7,8
total	51	100,0

Fonte: entrevistas

Ao compararmos o número de consultas realizadas no pré-natal, entre o 1º. e o 2º. momento, verifica-se que em ambos a maioria cumpre o parâmetro técnico preconizado pelo PHPN, sendo que se observa uma tendência de aumento de freqüência na faixa de 6 ou mais consultas no 2º.momento (tabelas 10 e 11).

Em relação a utilização de outros serviços durante a gestação, no 1º.momento, houve perda da informação em duas entrevistas. Observou-se que 16 (36,4%) não usou outros serviços, mostrando que mais de um terço das mulheres utilizaram exclusivamente à UBS Jardim Boa Vista. Quanto aos outros serviços procurados, predominaram os serviços hospitalares principalmente o Hospital Mário Degni, com

14 (31,8%) do total. Quando consideramos só as mulheres que procuraram outros serviços, a utilização do Hospital Mário Degni chega a 50% do total (tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços utilizados nos últimos 3 meses de gestação, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Serviços	Nº	%
H. M. Mário Degni	14	31,8
H. particulares/convênios	7	15,9
H. Universitário da USP	3	6,8
Hospitais de Osasco	2	4,5
Hospital das Clínicas	1	2,3
H. M. de Campo Limpo	1	2,3
Não usou outros serviços	16	36,4
total	44	100,0

Fonte: entrevistas

Em relação a utilização de outros serviços durante a gestação, no 2º. momento, houve perda de informação em 5 entrevistas. Observou-se que 16 (34,8%) não utilizou outros serviços, mostrando que mais de um terço das mulheres utilizaram exclusivamente a UBS Jardim Boa Vista. Quanto aos outros serviços procurados, predominaram os serviços hospitalares, principalmente o Hospital Mário Degni 17 (37%). Quando consideramos só as mulheres que procuraram outros serviços, a utilização do Hospital Mário Degni chega a 56,7% do total de utilização (tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição e percentual das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços utilizados nos últimos 3 meses de gestação, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Serviços	Nº	%
H. M. Mário Degni	17	37,0
H. particulares/convênios	8	17,4
H. Universitário da USP	2	4,3
Hospitais de Osasco	1	2,2
Hospital das Clínicas	2	4,3
Não usou outros serviços	16	34,8
total	46	100,0

Fonte: entrevistas

Em relação a utilização de outros serviços durante a gestação, do 1º. para o 2º. momento, verificamos que se mantém o predomínio da procura pelo Hospital Mário Degni. Cabe ressaltar que no 2º momento há uma procura de 15,9% a 17,4% por hospitais particulares e convênios, o que poderia estar refletindo a inserção dessa parcela da população no processo produtivo, possibilitando a utilização do setor de saúde suplementar (tabelas 12 e 13).

Em relação a modalidade de atendimento procurado em outros serviços, no 1º. momento, a procura foi mais freqüente para exame de ultra-som 18 (64,3%) (tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços utilizados nos últimos 3 meses de gestação e modalidade de atendimento procurado, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Modalidade Serviços	Ultra-som	Pré-natal	Especia-lidade	Emer-gência	Parto	Total
H. M. Mário Degni	13	1	-	-	-	14
H.particulares/convênios	3	1	2	-	1	7
H. Universitário da USP	-	1	-	2	-	3
Hospitais de Osasco	2	-	-	-	-	2
Hospital das Clínicas	-	1	-	-	-	1
H. M. de Campo Limpo	-	1	-	-	-	1
total	18	5	2	2	1	28
%	64,3	17,9	7,1	7,1	3,6	100,0

Fonte: entrevistas

Quanto a modalidade de atendimento procurado em outros serviços, no 2º.momento, a procura foi mais freqüente para exame de ultra-som 22 (73,4%) (tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo serviços e modalidade de atendimento, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Modalidade Serviços	Ultra-som	Pré-natal	Especia-lidade	Emer-gência	Total
H. M. Mário Degni	12	-	-	5	17
H.particulares/convênios	8	-	-	-	8
H. Universitário da USP	-	-	1	1	2
Hospitais de Osasco	-	1	-	-	1
Hospital das Clínicas	2	-	-	-	2
total	22	1	1	6	30
%	73,4	3,3	3,3	20,0	100,0

Fonte: entrevistas

A maioria da procura por outros serviços se refere ao exame de ultra-som, tanto no 1º. como no 2º. momento. Entre o 1º. e o 2º. momento, observa-se um aumento no número de exames de ultra-som, o que não foi absorvido pelos serviços de referência, mas sim por serviços particulares e convênios. Nota-se também um aumento no uso dos outros serviços para atendimento de emergência, de 7,1% no 1º. momento, para 20% no 2º. momento (tabelas 14 e 15).

Em relação a encaminhamento para outros serviços, no 1º. momento, a maioria 35 (76%) refere ter sido encaminhada. E dos 35 encaminhados 33 (94,3%) referem ter sido encaminhados por escrito (tabelas 16 e 18).

Tabela 16 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS Jardim Boa vista, segundo encaminhamento para outro serviço, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Encaminhados	Nº	%
Sim	35	76,0
Não	11	24,0
total	46	100,0

Fonte: entrevistas

Em relação ao encaminhamento para outros serviços, no 2º. momento, 26 (51%) refere ter sido encaminhada, sendo que os 26 (100%), também referem ter sido encaminhados por escrito (tabelas 17 e 18).

Tabela 17 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS Jardim Boa Vista, segundo encaminhamentos para outros serviços, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Encaminhados	Nº	%
Sim	26	51,0
Não	25	49,0
total	51	100,0

Fonte: entrevistas

O mecanismo de encaminhamento formal por escrito, tem sido o mais freqüente pela UBS, verificado nos 2 momentos da pesquisa.

Tabela 18 - Distribuição das mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, segundo encaminhamento por escrito, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002 e setembro de 2003.

Encaminhamento por escrito	1º. momento	2º. momento	total
Sim	33	26	59
Não	11	25	36
total	44	51	95
$X^2 = 5,79$		P= 0,0161	

Fonte: entrevistas

Entre as mulheres entrevistadas que fizeram pré-natal na UBS, dos encaminhamentos por escrito para outros serviços, no 1º momento 51,5% (17) foram para o exame de ultra-som, 12% (4) para realização de consulta de pré-natal, e nenhum encaminhamento para atendimento de emergência, e no 2º momento 69,2% (18) para exame de ultra-som, 11,5% (3) para atendimento de emergência, e nenhum para consulta de pré-natal.

4.2.2 Entrevistas relativas a menores de 5 anos

No 1º. momento, foram realizadas 215 entrevistas. Em relação a faixa etária, verificamos que 86 (40%) do total das entrevistas realizadas corresponde a menores de 1 ano (tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição e percentual dos entrevistados, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Faixa etária	Nº	%
15 dias a 5m	48	22,3
6m a 11m	38	17,7
1a a 1a11m	52	24,2
2 a a 2a11m	31	14,4
3 a a 3a11m	23	10,7
4a a 4a11m	23	10,7
total	215	100,0

Fonte: entrevistas

No 2º. momento, foram realizadas 181 entrevistas. Em relação a faixa etária, verificamos que 31(17,2%) do total das entrevistas realizadas corresponde a menores de 1 ano; sendo a faixa etária de maior frequência a de 4 anos a 4 anos e 11 meses (tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição e percentual dos entrevistados, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Faixa etária	Nº	%
15 dias a 5m	9	5,0
6m a 11m	22	12,2
1a a 1a11m	38	21,0
2 a a 2a11m	35	19,3
3 a a 3a11m	29	16,0
4a a 4a11m	48	26,5
total	181	100,0

Fonte: entrevistas

Entre o 1º. momento e o 2º. momento, ao analisarmos o total de entrevistas realizadas, observa-se uma diminuição da frequência na faixa etária de menor de 1 ano de 40% a 17,2%, além de um aumento na faixa de 4 anos a 4 anos e 11 meses de 10,7% a 26,5% (tabelas 19 e 20).

Entre as 215 entrevistas do 1º. momento, a maioria 141 (65,6%), faz referência a problemas de saúde. E também, entre as 181 entrevistas, do 2º. momento, a maioria 132 (72,9%) refere ter tido problemas de saúde.

Observa-se entre o 1º. e o 2º. momento um aumento de frequência das entrevistas que fazem referência a problemas de saúde, de 65,6% para 72,9%.

No 1º. momento, apesar da maior frequência de menores de 1 ano, entre o total de entrevistas, a referência a problemas de saúde é mais frequente em outras faixas etárias (tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição e percentual dos que referiram problemas de saúde, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Faixa etária	N	%
15 dias a 5m	13	9,2
6m a 11m	28	19,8
1a a 1a11m	40	28,4
2a a 2a11m	23	16,3
3a a 3a11m	18	12,8
4a a 4a11m	19	13,5
total	141	100,00

Fonte: entrevistas

Entre o total de entrevistados do 2º. momento, a faixa etária de maior frequência é a de 4 anos a 4 anos e 11 meses, entre os que referem problemas de saúde, esta faixa é também a mais frequente (tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição e percentual dos que referiram problemas de saúde, segundo faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Faixa etária	Nº	%
15 dias a 5m	2	1,5
6m a 11m	11	8,3
1a a 1a11m	25	19,0
2a a 2a11m	28	21,2
3a a 3a11m	24	18,2
4a a 4a11m	42	31,8
Total	132	100,0

Fonte: entrevistas

Na comparação da distribuição por faixa etária, dos que referiram problemas de saúde, entre o 1º. e o 2º. momento, verifica-se uma diminuição de frequência na faixa etária de menores de 1 ano, de 29% a 9,8%. Na faixa etária de 4 anos a 4 anos e 11 meses observa-se um aumento, de 13,5% no 1º. momento, para 31,8% no 2º. momento (tabelas 21 e 22). Tal situação poderia estar sugerindo maior acesso ao atendimento na UBS, nas faixas etárias maiores, ou ainda uma diminuição de frequência de problemas de saúde em menores de 1 ano devido a um controle de saúde melhor nessa faixa etária.

Em relação a distribuição por faixa etária, no 1º. momento, segundo referência a problemas de saúde, verificamos que nas faixas de menores de 5 meses, a referência a problemas é menor, e que na faixa de 4 a 4 anos e 11 meses observa-se maior frequência de referência a problemas (tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição e percentual por faixa etária, segundo referência a problemas de saúde, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002

Problemas Faixa etária	sim		não		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 dias a 5m	13	27,1	35	72,9	48	100,0
6m a 11m	28	73,7	10	26,3	38	100,0
1a a 1a11m	40	77,0	12	23,0	52	100,0
2a a 2a11m	23	74,2	8	25,8	31	100,0
3a a 3a11m	18	78,3	5	21,7	23	100,0
4a a 4a11m	19	82,6	4	17,4	23	100,0
total	141	65,6	74	34,4	215	100,0

Fonte: entrevistas

Em relação a distribuição em cada faixa etária, no 2º. momento, segundo referência a problemas de saúde, verificamos que nas faixas de menores de 5 meses e de 6 meses a 11 meses, a frequência de referência a problemas é menor, e que na faixa de 4 a 4 anos e 11 meses, a frequência a referências a problemas de saúde é maior (tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição e percentual por faixa etária, segundo referência a problemas de saúde, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Problemas Faixa etária	sim		não		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 dias a 5m	2	22,3	7	77,7	9	100,0
6m a 11m	11	50,0	11	50,0	22	100,0
1a a 1a11m	25	65,8	13	34,2	38	100,0
2a a 2a11m	28	80,0	7	20,0	35	100,0
3a a 3a11m	24	82,7	5	17,3	29	100,0
4a a 4a11m	42	87,5	6	12,5	48	100,0
total	132	72,9	49	27,1	181	100,0

Fonte: entrevistas

Em relação a distribuição por faixa etária, segundo referência a problemas de saúde, podemos observar que do 1º. para o 2º. momento, ocorreu diminuição de freqüência nas faixas etárias de menor de 5 meses, de 6 meses a 11 meses, e de 1 ano a 1 ano e 11 meses; por outro lado ocorreu um aumento nas faixas de maiores de 2 anos (tabelas 23 e 24).

No 1º. momento, em relação aos problemas de saúde referidos, 78 (55,3%) são problemas relacionados às vias áreas superiores e inferiores, seguidos por febre 9 (6,4%), que totalizam 87(61,7%) dos problemas referidos (tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição de freqüência e percentual das entrevistas, segundo problemas de saúde de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Problema	Nº	%	% acumul.
gripe/resfriado	32	22,7	
pneumonia	20	14,2	36,9
bronquite	15	10,6	47,5
problema garganta	11	7,8	55,3
febre	9	6,4	61,7
diarréia	6	4,3	66,0
inf. urinária	6	4,3	70,3
inf. ouvido	6	4,3	74,6
rinite alérgica	5	3,5	78,1
alergia	4	2,8	80,9
outros diversos	27	19,1	100,0
total	141	100,0	

Fonte: entrevistas

No 2º. momento, em relação aos problemas de saúde referidos, 54 (40,9%) são problemas relacionados às vias áreas superiores e inferiores, seguidos por febre 12 (9,1%), que totalizam 66 (50%) dos problemas referidos (tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição de frequência e percentual das entrevistas, segundo problemas de saúde de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Problema	Nº	%	acumul.
pneumonia	16	12,1	
gripe/resfriado	15	11,4	23,5
febre	12	9,1	32,6
problema garganta	12	9,1	41,7
bronquite	11	8,3	50,0
inf. ouvido	9	6,8	56,8
tosse	4	3,0	59,8
alergia	3	2,3	62,1
vômitos	3	2,3	64,4
virose	3	2,3	66,7
problemas olho	2	1,5	68,2
outros diversos	42	31,8	100,0
total	132	100,0	

Fonte: entrevistas

Em relação aos problemas de saúde referidos, entre o 1º. e o 2º. momento os 5 problemas mais frequentes mantiveram-se os mesmos. Sendo que permanecem sendo os mais frequentes em todas as faixas etárias.

Entre o 1º. e o 2º. momento não observamos diferenças relevantes em relação a distribuição dos problemas por faixa etária.

Em relação aos serviços procurados para os problemas referidos, no 1º. momento, em 72 (51%) das entrevistas, os serviços procurados foram os de referência para emergência da área, sendo que apenas 34,8% procuram outros serviços fora dos serviços próprios da área do Distrito de saúde (tabela 27).

Tabela 27 -Principais problemas de saúde e serviços utilizados, de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Serviço		P.S.	Amb.	UBS	Outros	
Problema	HU	Bandeirantes	Peri-Peri	J. B.Vista	serviços	total
Gripe/resfriado	5	11	–	4	12	32
pneumonia	7	5	3		5	20
bronquite	5	6	–	1	3	15
p.garganta	2	5	–	2	2	11
febre	1	4	–	–	4	9
diarréia	2	1	–	–	3	6
Inf.urinária	5	–	–	–	1	6
inf.ouvido	2	–	–	1	3	6
rinite alérgica	1	1	–	2	1	5
alergia	–	–	–	1	3	4
outros	7	2	2	4	12	27
total	37	35	5	15	49	141
%	26,2	24,8	3,6	10,6	34,8	100,0
% acumulado		51,0	54,6	65,2	100,0	

Fonte: entrevistas

Em relação aos serviços procurados para os problemas referidos, no 2º. momento, em 75 (56,8%) das entrevistas, os serviços procurados foram os de referência para emergência da área, sendo que apenas 28,8% procuram outros serviços fora dos serviços da área do Distrito de Saúde (tabela 28).

Tabela 28 - Principais problemas de saúde referidos e serviços utilizados, de menores de 5 anos, UBS Jardim Boa Vista, setembro de 2003.

Problema	Serviço HU	P.S.Bandeirantes	Amb. Peri-Peri	UBS Jd B.Vista	Outros serviços	total
Pneumonia	11	–	–	1	4	16
Gripe	4	–	–		4	15
Febre	3	8	–	–	1	12
problema garganta	1	8	–	–	3	12
Bronquite	4	2	1	–	4	11
inf. ouvido	6	2	–	1	–	9
tosse	3	–	–	1	–	4
alergia	–	–	–	2	1	3
vômitos	–	2	–	–	1	3
virose	–	–	–	–	3	3
problemas olho	–	–	–	1	1	2
outros diversos	14	7	4	1	16	42
total	46	29	5	14	38	132
%	34,8	22,0	3,8	10,6	28,8	100,0
% acumulado		56,8	60,6	71,2	100,0	

Fonte: entrevistas

Em relação aos serviços procurados para os problemas referidos, observa-se um aumento de frequência do 1º. para o 2º. momento da procura pelos serviços de referência da área (tabelas 27 e 28). O que poderia sugerir maior acesso aos serviços de referência da área para essas faixas etárias.

Em relação a modalidade de atendimento procurada e em outros serviços e encaminhamentos, no 1º. momento, houve perda da informação coletada em 37 entrevistas. Dos 104 encaminhados, a maioria 63 (60,6%), procurou por atendimento de emergência. Do total de 104 encaminhados apenas 28 (27%) foi encaminhado formalmente por escrito pelo serviço (tabela 29). Esse baixo percentual encontrado poderá indicar fragilidade no encaminhamento formal para outros serviços.

Tabela 29 - Distribuição das modalidades de atendimento procuradas em outros serviços, segundo encaminhamento pela UBS, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002.

Encaminhado	não	sim	total	%
Modalidade				
emergência	46	17	63	60,6
c especialidade	29	11	40	38,4
vacina	1	-	1	1,0
total	76	28	104	100,0
%	73,0	27,0	100,0	

Fonte: entrevistas

Em relação a modalidade de atendimento procurada em outros serviços e encaminhamentos, no 2º. momento, dos 132 entrevistados, a maioria 112 (84,8%) procurou atendimento de emergência. Dos 132 entrevistados apenas 30 (22,7%) foram encaminhados formalmente pelo serviço (tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição das modalidades de atendimento procuradas em outros serviços, segundo encaminhamento pela UBS, UBS Jardim Boa Vista, setembro 2003.

Encaminhado	não	sim	total	%
Modalidade				
emergência	92	20	112	84,8
c especialidade	9	7	16	12,1
outros	1	3	4	3,1
total	102	30	132	100,0
%	77,3	22,7	100,0	

Fonte: entrevistas

Quanto a modalidade de atendimento procurada em outros serviços, entre o 1º. e o 2º. momento, ocorreu um aumento da freqüência da procura por atendimento de emergência, e uma diminuição da modalidade consulta de especialidade. Em relação a ser encaminhado para outros serviços, ocorreu percentualmente uma diminuição

nos encaminhamentos do 1º. para o 2º. momento, sendo que 27% foram encaminhados no 1º. momento, e no 2º. momento 22,7% (tabelas 29 e 30).

Tabela 31 - Distribuição dos menores de 5 anos entrevistados que referem problemas de saúde, segundo encaminhamento para outros serviços, UBS Jardim Boa Vista, abril de 2002 e setembro de 2003.

período	1º momento	2º momento	total
Encaminhado			
Sim	28	30	58
não	76	102	178
total	104	132	236
$X^2 = 0,55$		$P = 0,4573$	

Fonte: entrevistas

4.3 Entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave do serviço.

Foram realizadas entrevistas com informantes-chave na UBS, buscando dados complementares para entender o processo de implantação do PSF na UBS, e as questões relativas a integralidade das ações. Para isto foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, com perguntas abertas (anexo 7). Os entrevistados foram orientados pelo entrevistador quanto à participação ser facultativa, e que as entrevistas não seriam identificadas.

Foram entrevistados 8 trabalhadores “informantes-chave” da UBS, que trabalham diretamente nas equipes de PSF.

Conforme descrito no quadro abaixo os entrevistados compreendem 2 médicos generalistas, 2 enfermeiros, 2 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de enfermagem, que fazem parte das equipes de PSF da UBS, e do chefe da UBS, com formação em serviço social.

Quadro 1- Perfil dos profissionais das equipes de PSF entrevistados, UBS Jardim Boa Vista, Maio de 2003.

Identificação da entrevista	Idade	sexo	Ano de graduação ou Último ano estudando
A	58	F	1969
B	36	F	1986
C	66	M	1965
D	38	F	1985
E	26	M	2001
F	47	F	1977
G	26	F	1997
H	45	F	1983

4.3.1 A integralidade da atenção

4.3.1.1 A Integralidade da atenção no atendimento à gestante

Na perspectiva da integralidade da atenção pré-natal, no que diz respeito a referência para os outros níveis de atenção, nos aspectos relativos a assistência, buscamos levantar dados que pudessem nos ajudar a identificar como a assistência se organiza na Unidade.

Os temas abordados nas entrevistas buscaram descrever e explorar como o serviço se organizou em relação a:

- 1º.) A entrada da mulher no programa de pré-natal;
- 2º.) Agendamento/prioridade - como está organizado o agendamento, e se há alguma prioridade em relação a gravidez;
- 3º.) Ultra-som - como é agendado, e onde é feito o exame;
- 4º.) Pré-natal de risco e exames - quais são os locais de referências para exames e pré-natal de risco;
- 5º.) Parto - para quais hospitais são encaminhadas para o parto;
- 6º.) Outras atividades/ações - quais outras atividades estão disponíveis para as gestantes.

1º. A entrada da mulher no programa de pré-natal.

Em relação ao primeiro tema abordado - a entrada da mulher no pré-natal; as falas dos entrevistados demonstram a prioridade para a entrada no Programa de pré-natal; tanto do ponto de vista do serviço (chefia e técnicos), como do ponto de vista dos agentes comunitários de saúde.

A captação da gestante é feita a partir de queixa de atraso menstrual e/ou “desconfiança de gravidez” relatada ao procurar a UBS ou em contato com o agente de saúde. É relatado que a falta no serviço do exame para diagnóstico de gravidez “pregnosticon” (que permite que o exame seja feito na hora), dificulta o encaminhamento imediato; o diagnóstico é feito através do exame de sangue BHCG, que é colhido na própria UBS, mas o resultado demora alguns dias (quadro 2 - anexo 9).

- *“Desde o começo, na suspeita de gravidez a mulher já vem com atraso menstrual, a mama aumentada, a gente solicita o BHCG, porque está em falta a fita reagente”* (entrevista G).
- *“...pois não tem mais o exame da fitinha (pregnosticon), quando tinha a gente já fazia o exame na hora e já dava andamento...”* (entrevista D).
- *“Quando a pessoa desconfia que esta grávida, ela é orientada pelo Agente de saúde a procurar o Posto para fazer o 1º. exame”* (entrevista A).

Para o primeiro atendimento também é possível agendar com o enfermeiro ou com o médico, dependendo da disponibilidade de vagas nas agendas e da equipe de PSF.

- *“A idéia é de ter uma porta o mais aberta possível, para não perder oportunidade de entrar no esquema do Pré-natal”* (entrevista C).
- *“É prioridade, procuramos atender o mais cedo possível, assim que é constatada a gestação já damos uma atenção para ela, orientamos e marcamos uma consulta, nem que não tenha, a gente consegue”* (entrevista F).

2º. Agendamento/prioridade para o atendimento à gestante.

Em relação ao segundo tema abordado - o agendamento e prioridade para as gestantes, cada equipe de PSF organiza o trabalho de um jeito diferente; mas o atendimento é sempre priorizado para as gestantes na UBS. Há uma organização na UBS como um todo para a agendamento prioritário das mesmas.

O agendamento é mensal, passando a semanal no final da gravidez, a enfermeira também atende, intercalando com o médico, e na suspeita de gravidez pede os exames no momento em que a mulher procura o serviço (quadro 3- anexo 9)

- *“Sim há prioridades para gestantes..” (entrevista C).*
- *“Sempre tem vaga, cada área tem um jeito de trabalhar, mas se vier aqui tem vaga. Tem agenda da enfermeira e do médico” (entrevista E).*
- *“Ela tendo o resultado, a 1ª Consulta é com o médico, um mês com a enfermeira, um mês com o médico, no final da gestação solicitamos que ela venha toda semana, dependendo do caso” (entrevista G).*

3º. O exame de ultra-som - como é agendado e aonde é feito.

Em relação ao terceiro tema abordado - exame de ultra-som, as falas dos entrevistados apontam algumas diferenças, no que diz respeito a referência para o exame e de como a gestante pode ter acesso ao mesmo. A maioria relata que o exame é feito no Hospital municipal Mário Degni, demonstrando conhecer a rotina definida de referência para o exame. No entanto, um dos importantes atores entrevistados aponta o Ambulatório de Especialidades do Peri-Peri como o local onde o exame é feito, demonstrando desconhecimento da rotina de encaminhamento para o ultra-som da UBS. Outros referem que apesar da referência formal, uma grande parcela faz de forma privada, o que poderia estar indicando certa dificuldade de acesso para esse exame (quadro 4 - anexo 9)

- *“Tem poucas referências...apesar do obstétrico ser mais tranquilo.” (entrevista A).*
- *“É feito no ambulatório do Peri-peri” (entrevista C).*

- *"Estamos conseguindo fazer o exame" (entrevista G).*
- *"Fazem no Hospital Mário Degni ou em particular, a maioria esta optando por fazer em clínicas particulares, pela dificuldade de marcar" (entrevista H).*

4º. Pré-natal de risco e exames - quais são os locais de referência para pré-natal de risco e exames.

Em relação ao quarto tema abordado - referências para pré-natal de risco e exames, as falas dos entrevistados apontam que para o pré-natal de risco todos os casos são encaminhados para a Ginecologista que trabalha na UBS, sendo que ela reencaminha os que achar necessário para o ambulatório de risco do Hospital Mário Degni. Há relato de entrada ou acesso direto ao especialista, quando a gestante está dentro dos critérios de padronização de risco, não passa pelo generalista, já é marcado direto com a Ginecologista na UBS (quadro 5 - anexo 9):

- *"A médica ginecologista encaminha para o Hospital Mário Degni, é sempre ela que encaminha" (entrevista D).*
- *"O gineco na UBS atende menor de 16 anos e maior de 35 anos, diabética, hipertensa, etc. Tem casos que são acompanhados fora no HC por ser cardiopata" (entrevista G).*

A maioria dos entrevistados não tinham informação sobre a rotina para exames e atendimentos fora da UBS :

- *"Nós não temos muito acesso ao encaminhamento, só o médico que encaminha" (entrevista E).*
- *"Outros exames, não mexemos com esta parte...." (entrevista F).*

Exames especializados são todos feitos fora e agendados pelo próprio paciente, única exceção ao ultra-som que é agendado pela UBS:

- *"Todos os atendimentos fora do posto é agendado pelo próprio paciente."*
(entrevista A).

5º. Parto - para quais hospitais são encaminhadas para o parto.

Em relação ao quinto tema abordado - as falas de todos os entrevistados apontam o Hospital Mário Degni, ficando claro ser essa a referência formal; Há um relato específico de que quando acompanhadas pela Ginecologista vão para o HU ou HC.

Quanto a forma de encaminhamento, os relatos demonstram que não há uma padronização na UBS. A maioria refere que as gestantes vão direto para o hospital (quadro 6 - anexo 9).

- *"Não tem carta de encaminhamento, só se passa aqui antes, vai direto de casa com o cartão da gestante, já que tem todos os exames dela lá"* (entrevista D).
- *"Hospital Mário Degni, no final ela leva um relatório do médico e vai com guia de encaminhamento"* (entrevista B).
- *"...Hospital Mário Degni, é feito uma cartinha, quando é um caso que esta sendo acompanhado pela Gineco vai direto para o HC ou HU"* (entrevista G).

6º. Outras atividades/ações disponíveis para às gestantes além do atendimento individual.

Os relatos apontam que há diferentes atividades de grupos, que não refletem atividades programáticas na UBS (quadro 7 - anexo 9).

- *"...grupo de planejamento familiar há 5 anos, 1 vez por mês, recebemos muitas gestantes que pensam em fazer laqueadura ou vasectomia....."*
(entrevista D);
- *"A gente trás puérpera que vem trazer a experiência do parto, vem compartilhar um pouco"*(entrevista G);

- *“Tem também um grupo de apoio de gestantes, feito uma vez por mês, elas se agrupam nos vários estágios de gestação, onde a gente comenta sobre ansiedades, trabalho de parto, fases da gestação...” (entrevista H).*

4.3.1.2 A integralidade da atenção no atendimento à criança menor de 5 anos.

Ao explorar os dados buscamos a integralidade da atenção no atendimento a crianças menores de 5 anos

Na perspectiva da integralidade da atenção, no que diz respeito a referência para os outros níveis de atenção, nos aspectos relativos a assistência prestada aos menores de 5 anos, buscamos levantar dados que pudessem nos ajudar a identificar como a assistência se organiza para atender ao referido grupo.

As questões iniciais feitas aos entrevistados buscaram explorar como o serviço se organizou em relação a:

- 1º) A entrada** - como é o acesso da criança ao primeiro atendimento na UBS;
- 2º) Agendamento/prioridade** - como está organizado o agendamento, e se há alguma prioridade em relação a crianças menores de 5anos;
- 3º) Encaminhamentos para outros níveis de atenção e exames** - como são as referências para outros serviços e para exames;
- 4º) Outras atividades/ações** - quais outras atividades/ações estão disponíveis para crianças menores de 5 anos

1º. A entrada - como é o acesso da criança ao primeiro atendimento na UBS.

Em relação ao primeiro tema abordado - a entrada da criança menor de 5 anos na UBS, para os recém-nascidos, segundo a maioria dos entrevistados, a entrada para o serviço se dá na primeira semana de nascimento da criança, com a visita domiciliar da enfermeira da área (quadro 8 - anexo 9).

- *“ Quando a criança nasce, a gente já sabe, e a enfermeira vai a casa da paciente na 1ª semana..... ” (entrevista A).*

- *"...O nenem nasce o Hospital Sarah (Hospital Mário Degni) liga prá cá e marca uma consulta domiciliar, a enfermeira já tem um dia reservado para fazer as visitas e está incluído o RN..." (entrevista D).*

Para as crianças de outras faixas há duas formas de entrada; ou como "caso agudo", em que a criança vêm ao serviço com queixa e passa pelo "acolhimento" que avaliará a necessidade de atendimento e disponibilidade nas agendas, e na maioria das vezes será atendida por um dos dois Pediatras da UBS e não pelo generalista da sua área.

- *"Quem chega com problemas, chamamos de caso agudos. Nós agente não sabemos o que o paciente tem. A gente tem que acolher e encaminhar para a enfermagem, e ela vai ver se atende ou se marca prá outro dia" (entrevista E).*
- *"Às vezes a criança não esta muito bem e vem até aqui, e o médico da família esta com a agenda lotada e extrapola aquele número e na hora da distribuição entre os profissionais do posto tem tido uma certa dificuldade" (entrevista F).*

2º. Agendamento/prioridade - como está organizado o agendamento, e se há alguma prioridade em relação a crianças menores de 5anos.

Em relação ao segundo tema abordado, as falas dos entrevistados apontam para diferenças entre as equipes de PSF em relação ao agendamento, como o registrado nas falas seguintes (quadro 9 - anexo 9):

- *"Até 2 anos na puericultura estamos fazendo consulta mensal, alternando 1 consulta com o médico e uma com a enfermeira" (entrevista D).*
- *"Até 6 meses passa em consulta todo o mês com o médico, após a gente programa uma consulta com o médico outra com a enfermeira até 1 ano, depois espaça de 3 em 3 meses...." (entrevista H).*
- *"Na verdade hoje não existe vaga reservada para este grupo na agenda? É ela tem que vir tentar vaga.....e se ela vier e não tiver vaga na agenda? É mas a gente orienta a agente de saúde para que elas vejam seus recém-nascidos e as*

crianças até seis meses para que possam garantir uma vaga na agenda..”
(entrevista H).

Em relação a prioridade para o atendimento percebe-se que o serviço não está organizado para garantir o agendamento ou atendimento para as crianças de qualquer faixa etária ou para situação de risco.

- *“Uma vez por mês tem atendimento específico da faixa etária, tem um dia no mês que atende todas as crianças....”* (entrevista B);
- *“Se a mãe vem hoje passar no atendimento, já sai com consulta agendada? É na verdade deveria ser assim, nas as vezes quando ela passa a agenda esta completa e ainda vai abrir para o próximo mês, então ela vem depois agendar.”* (entrevista H).
- *“Como tem muita gente a agenda fecha, como às vezes já tem gente marcada par o mês todo. Abre dia 15 para marcar do dia 1 ao dia 30 do mês seguinte”* (entrevista E).
- *“Ela tem que vir tentar a vaga, se ela não puder vir no dia que abre, ela pode não conseguir ser atendida no mês, se ela vier e não tiver vaga na agenda? É mas a gente orienta a agente de saúde para que elas vejam quais são seus recém-nascidos, as crianças até seis meses para que possam garantir uma vaga na agenda, essas crianças tem prioridade...Mas como elas sabem isso? Porque elas sabem.”* (entrevista H).

3º. Encaminhamentos para outros níveis de atenção e exames - como são as referências para outros serviços e para exames.

Em relação ao terceiro tema abordado é importante registrar que as equipes de PSF da UBS contam com 2 pediatras no próprio serviço. Atendem crianças encaminhadas pelos generalistas, crianças que apresentam queixas agudas, além de desenvolverem outras atividades preventivas, como grupos, etc (quadro 10- anexo 9).

O serviço também possui lista de referências e impresso específico para encaminhamentos, que são sempre feitos pelos pediatras da UBS.

- *“Se o generalista acha que precisa passar com o pediatra ele encaminha para o pediatra do posto” (entrevista D).*
- *“Os pediatras acabam atendendo casos de bronquite crônica, malformações, e algumas coisas mais específicas como uma avaliação do gastroenterologista para criança com refluxo, o médico de família encaminha para o pediatra e ele solicita a avaliação” (entrevista G).*
- *“O médico faz o encaminhamento pra cirurgia, nós damos o endereço e telefone e a mãe vai lá marcar” Tem guia de encaminhamento específica, lista de referências, tem pasta com os locais de encaminhamento”. (entrevista B).*

Aparecem como hospitais de referência o Hospital Universitário da USP, Hospital Municipal Menino Jesus, Hospital Infantil Darcy Vargas, dependendo do tipo de problema; e a mãe deverá ir pessoalmente aos serviços com o encaminhamento da Unidade de Saúde; o Ambulatório de Especialidades do Periperi também é apontado como referência para consultas em algumas especialidades.

4º. Outras atividades/ações - O quarto tema abordado - outras atividades ou ações além do atendimento individual desenvolvidas com menores de 5 anos na UBS.

As falas apontam que a única atividade desenvolvida com crianças, além das consultas individuais, é o grupo de prevenção de doenças respiratórias feito por um pediatra da UBS, que já desenvolvia o trabalho antes da implantação do PSF, e continuou o trabalho após a implantação - (quadro 11 - anexo 9).

- *“Não tem outros tipos de atendimentos que não seja o individual, planejam ter um grupo de puericultura” (entrevista D).*
- *“O Dr L. que é o outro pediatra faz um grupo de orientação a doença respiratória.....ele faz uma vez por mês” (entrevista H).*

4.3.2 A Identificação dos grupos prioritários para a atenção

Ao indagarmos os entrevistados sobre que grupos de risco foram identificados a partir da implantação do PSF; a maioria mostrou dificuldades em identificá-los. No decorrer da conversa fomos detalhando a idéia de grupos de risco e de grupos prioritários para a atenção, entretanto os relatos fazem referência apenas aos grupos pré-estabelecidos pelo PSF para a atenção básica (diabético, hipertensos, gestantes, tuberculoso, etc.).

Apesar das falas apontarem alguns problemas identificados a partir da ação do agentes de saúde e, de vivências e percepções do cotidiano no serviço, não há sistematização de informações para identificar grupos de risco. Os problemas/ riscos não são discutidos como um todo pelas equipes ou mesmo pela própria equipe responsável pelo atendimento. Os problemas encontrados são trabalhados individualmente, e discutidos um a um, não há sistemática de identificação e discussão dos mesmos (quadro 12 - anexo 9).

- *“Droga é um problema, tem muito jovem envolvido com droga, e a gente não sabe com trabalhar” (entrevista E).*

- *“Acho que existe um aumento de pacientes com problemas de saúde mental...seria o caso de ter um programa, um grupo de estudo... Saúde mental é importante, mas ainda não tem uma programação específica” (entrevista H).*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a implantação do PSF em uma Unidade Básica de Saúde, a partir de dois eixos importantes: a integralidade da atenção, e a identificação de grupos prioritários para a atenção.

Os segmentos escolhidos para desenvolver a análise foram a atenção pré-natal e a atenção a crianças menores de 5 anos.

Os dados foram coletados através de entrevistas com trabalhadores informantes-chave, usuários da Unidade, bem como do registro de instrumentos disponíveis na rotina do serviço.

Os dados foram coletados durante duas semanas “típicas”, a primeira no período anterior, e a segunda no período posterior a implantação do PSF. Esse desenho metodológico buscou identificar as diferenças entre os dois períodos, e a sua relação com a implantação do Programa.

É importante ressaltar que este estudo foi desenvolvido na primeira UBS do Distrito de Saúde Escola Butantã, onde iniciou-se a implantação do PSF, e que pela natureza limitada de um estudo deste porte, não seria possível abarcar todas as questões relativas a implantação do programa.

5.1 A integralidade da atenção.

❖ Atenção pré-natal.

A partir da implantação do PSF, observa-se que a UBS foi reorganizada para funcionar dentro da lógica do programa.

Verificou-se que o agendamento de consultas, foi fixado nos períodos da manhã, e que foram reservados os períodos da tarde para outras atividades como: grupos, visitas domiciliares, reuniões, etc.

Os atendimentos de gestantes adolescentes e de risco aumentaram, estes segmentos continuaram a ser priorizados, e passaram a ser atendidos diretamente pelo ginecologista mantido na própria UBS. O acesso para este especialista passou a ser direto, sem intermediação do médico generalista. Estas pacientes são acompanhadas apenas pelo ginecologista, e na maioria das vezes já iniciam diretamente com ele o pré-natal. Foi observado que em outros casos mais

complexos, as gestantes são encaminhadas pelo ginecologista para o ambulatório de gestantes de risco do Hospital Mário Degni.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, verificou-se após o PSF, um aumento no número de consultas, sendo que a maioria das gestantes já realizava as 6 consultas preconizadas pelo PHPN, antes da implantação do PSF. A implantação do SISPRENATAL, que coincidiu com o início PSF na UBS, pode também ter contribuído para o incremento do número de consultas.

Ao analisar o encaminhamento para o parto, verificou-se um aumento da utilização dos hospitais de referência do Distrito de Saúde, principalmente para as gestantes de alto risco, apontando um certo grau de regionalização da utilização dos equipamentos de saúde do Distrito, o que poderia estar refletindo uma maior articulação entre os níveis de atenção na região.

Quanto a utilização de outros serviços, não houve diferença entre o período anterior e o período já com o PSF implantado. Verificamos que o aumento de demanda para exames complementares resultou em uma maior utilização de serviços particulares para a realização de exame de ultra-som.

Uma característica positiva é que os encaminhamentos para outros serviços foram formalmente realizados em sua maioria por escrito como previsto para o funcionamento da integralidade.

❖ **Atenção a crianças menores de 5 anos.**

Após a implantação do PSF, ocorreu uma modificação na distribuição da faixa etária das crianças que frequentam a UBS. Tendo sido encontrado um maior número de crianças na faixa de 4 anos a 4 anos e 11 meses de idade, o que pode estar refletindo uma mudança na oferta de consultas neste segundo momento. Essa situação encontrada poderia ser decorrente de uma mudança demográfica, no entanto considerando o curto período de tempo entre as duas coletas, o esperado é que ainda se mantivesse a predominância de crianças da faixa etária de menor de 1 ano de idade, pois é a de maior risco e vulnerabilidade, com maior incidência de agravos, e para a qual preconiza-se controle de saúde programado.

Por outro lado, no segundo momento, a maioria das mães/responsáveis das crianças referem problemas de saúde, o que pode estar refletindo a “supervalorização

da queixa”, tendo em vista que o atendimento eventual só pode ocorrer por meio de uma queixa e o atendimento programático não está adequadamente organizado na UBS.

Os tipos de queixas e suas frequências se mantiveram semelhantes nos dois momentos da pesquisa, não havendo mudança no perfil do motivo de busca do serviço.

O atendimento procurado em outros serviços é, habitualmente, para emergências, tanto antes como depois do PSF, indicando a dificuldade de acesso ao atendimento na UBS, nos momentos considerados de “emergência/ urgência” pela mãe/ responsável.

A situação encontrada mostra que não há diferença de acessibilidade da Unidade com PSF para o atendimento da urgência/emergência, o que poderia estar indicando que a maior resolutividade da atenção básica preconizado pelo PSF não tem se efetivado.

A UBS manteve dois médicos pediatras para atendimento especializado, que muitas vezes também atendem as crianças que chegam com queixas, e deixam de ser vistas primeiro pelo generalista.

Essa dificuldade de acesso poderia ser conseqüência da forma de organização do serviço, que reserva apenas os períodos da manhã para o atendimento de consultas agendadas, o que levou a redução da oferta de consultas, sem deixar espaço para os problemas clínicos de caráter eventual. Tal situação poderia estar restringindo o acesso, afunilando a disponibilidade de atendimento, ainda que a UBS possa recorrer aos dois pediatras, para atender aos casos eventuais, cabe lembrar que o PSF oferece outras modalidades de atendimento, além da consulta médica, que poderia estar respondendo a essas demandas.

5.2 A identificação dos grupos prioritários para a atenção

Considerando que uma das premissas do PSF, ao ter um território definido e uma população adscrita, seria a possibilidade de localizar grupos de risco ainda não identificados e que não procuram espontaneamente os serviços.

Os dados coletados mostram que as equipes não identificaram outros grupos de risco além dos pré-definidos pelo PSF. Esse achado poderia ser devido a carência específica de estratégia de busca ativa ou decorrente do esquema de coleta de dados pelas equipes do PSF, que se restringem aos grupos pré-definidos no programa.

Na maioria das vezes foi identificado que os casos são discutidos de forma individual, sem uma visão epidemiológica do universo de abrangência das ações de saúde da equipe. Não foi identificada sistematização, nem uso criativo a partir das informações coletadas pelos Agentes comunitários de saúde.

Nas entrevistas com os informantes-chave, apareceu apenas em uma fala a preocupação com outros problemas de saúde. Esta preocupação porém não teve repercussão na organização da UBS.

O que pudemos verificar é que a UBS foi reorganizada com foco nos agendamentos, fluxos e critérios administrativos, visando dar conta da organização interna, isto é, funcionar com equipes responsáveis pela clientela residente em espaços geográficos definidos, como estabelece o PSF.

Ao considerarmos todas as fontes de dados coletados e as questões exploradas com os informantes-chave do serviço, pudemos verificar que:

- A prioridade para o atendimento de gestantes continua sendo mantida.
- O atendimento programático, com vagas reservadas para os segmentos prioritários não está organizado, e o mecanismo de agendamento para estes casos não está devidamente implantado na UBS.
- A permanência dos médicos especialistas na UBS, parece descaracterizar o modelo proposto inicialmente pelo PSF, acarretando a modificação da demanda, levando a UBS a funcionar com duas portas.
- Especificamente no pedido e realização do exame de ultra-som não há garantia de agendamento no tempo adequado nas referências formais do sistema, ocasionando a busca do setor privado.
- O encaminhamento para o parto não é formal e o cartão da gestante é o único documento responsável pelas informações da gestação na entrada no hospital, e a gestante procura diretamente o hospital de referência da área.

- Foi observado a diminuição da oferta de consultas médicas e do rendimento do profissional médico.
- O primeiro atendimento ao recém-nascido ocorre nas primeiras duas semanas de vida, através da atividade de visita domiciliar, realizada pela enfermeira, o que não acontecia antes do PSF.
- O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança não está claramente estabelecido na UBS.
- As atividades de grupos realizadas na UBS estão mais direcionadas para o controle de patologias e atividades educativas/informativas da população adulta, e não organizadas dentro das ações programáticas de atenção à população de risco.
- O serviço coleta rotineiramente os dados de acordo com preconizado pelo PSF e pré-definido nos formulários do Programa, sem maior preocupação com o uso criativo dos mesmos para a adequação das ações e atividades planejadas e realizadas junto à população adscrita.

REFERÊNCIAS

Almeida ES e col. Planejamento e programação em saúde. In: Westphal MF e Almeida ES (orgs.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: Ed. da USP; 2001.

Alves MDO. **Sistema de Informação em Saúde: uma experiência no município de São Paulo 1989-1992**. São Paulo; 1999. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: ed. 70; 1977.

Capistrano Filho D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **Estudos Avançados** 1999; 13(35): 89-101.

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, 1996; 12(Supl.2): 59-70.

Cesar CLG. O “enfoque de risco” em saúde pública. In: Barreto ML (Org). **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1998. p. 79-92, (série epidemiológica, 3).

Cohn A, Elias PE. **O Público e o Privado na Saúde: O PAS em São Paulo**. São Paulo: Cortez; 1999.

Cohn A, Elias PE. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**, 4ed. São Paulo: Cortez/CEDEC; 2001.

Contandriopoulos AP , Champagne F, Potvin L, Denis J-L, Pinealti R. Avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos. In Hartz ZMA (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Donabedian A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome; vol. I, p77-125.

Elias PE. Breves Notas de Subsídio a Discussão para o estabelecimento do SUS em São Paulo. [Texto apresentado no II Encontro de Gestores da Secretaria Municipal de Saúde; São Paulo; agosto 2001].

Figueiredo AMA, Tanaka OY. A avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cad FUNDAP** 1996; (19): 98-105.

Fundação IBGE. **Censo Demográfico 2000 – resultados do universo** [CD – ROM]. Rio de Janeiro; 2002.

Goldbaum M. Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Cad Saúde Pública** 1996; 12(supl.2): 95-98.

Hartz ZMA (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Hartz Z.M.A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulg Saúde Debate** 2000; (21): 29-35.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência Saúde Coletiva** 2001; 6(2): 269-291.

Mendes EV, Teixeira CF et al. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUGITEC/Rio de Janeiro, ABRASCO; 1993.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 1993.

Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: COSAC; 1996.

Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS-01/96**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1996.

Ministério da Saúde. **Detalhes sobre o Programa de Saúde da Família**. Disponível em URL: <http://www.saudefamilia.hpg.com.br/psf/principios%20s.htm> [2001 jan 24].

Ministério da Saúde. **Rev Bras Saúde Família**. Brasília 2002; maio ed. especial.

Nemes MIB. **Avaliação em saúde: questões para os Programas de DST/AIDS no Brasil. Fundamentos de avaliação**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001. (coleção ABIA, 1).

Santana ML, Carmagnani MI. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde Sociedade** 2001; 10(1): 33-52.

Santos RMB. **Projeto Qualidade Integral Em Saúde (QUALIS): relato de uma experiência**. São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado – Fac. Saúde Pública da USP].

São Paulo (município). Comunicado n. 001/2001 Secretaria Municipal de Saúde - Diretrizes Gerais para a Secretaria Municipal de Saúde (documento n.1). **Diário Oficial do Município**, São Paulo, 25 jan. 2001; p.10-12.

São Paulo (município). Comunicado n. 004/2001 Secretaria Municipal de Saúde - Diretrizes Gerais para a Secretaria Municipal de Saúde (documento n.2). **Diário Oficial do Município**, São Paulo, 27 jun. 2001; p.16-17.

Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implantação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo**. São Paulo; 2001.

Secretaria Municipal de Planejamento – SEMPLA. **Estimativas populacionais/2002**. Disponível em URL: http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/planejamento/sp_em_numeros [2004 mai 12].

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad Saúde Pública**: Rio de Janeiro, 10 (1): 80-90, jan/mar, 1994.

Tanaka OY; Melo, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da USP; 2001.

Trad LAB, Bastos ACS. O Impacto Sociocultural do Programa de Saúde da Família(PSF): uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública** 1998; 14(2): 429-435.

Vasconcellos, M.P.C. Reflexões sobre saúde da família. In: Mendes E.V. org. **A Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec; 1998.

Viana, A.L.D'Avila; Dal Poz, M.R. A reforma do sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev Saúde Coletiva** 1998; 8 (2): 11-48.

Yin, R.K. **Case Study research**. 2.ed. London: Sage Publications; 1994.

ANEXOS

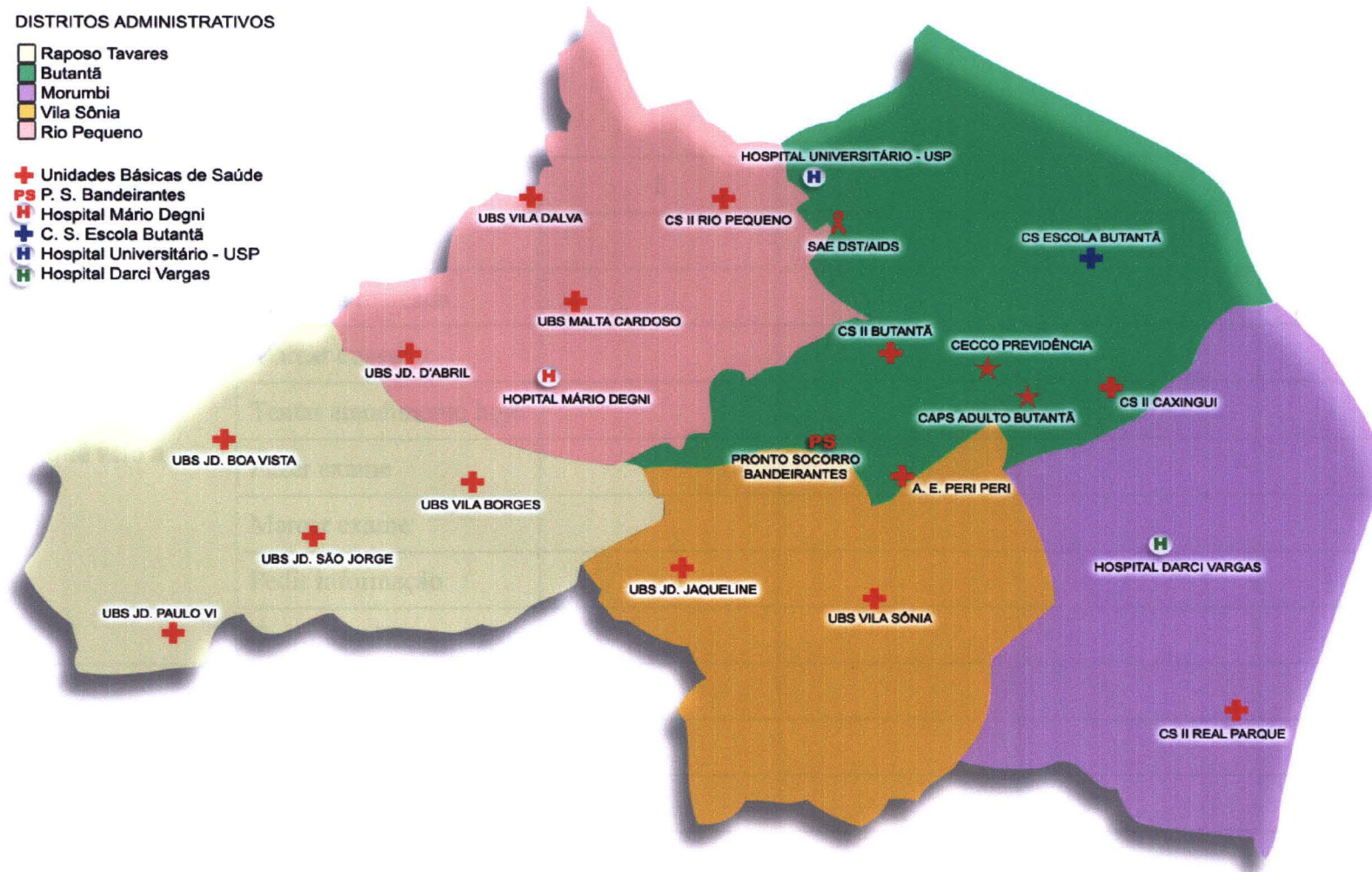
ANEXO 1

MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA COORDENADORIA DE SAÚDE DO BUTANTÃ

DISTRITOS ADMINISTRATIVOS

- Raposo Tavares
- Butantã
- Morumbi
- Vila Sônia
- Rio Pequeno

- + Unidades Básicas de Saúde
- PS P. S. Bandeirantes
- H Hospital Mário Degni
- + C. S. Escola Butantã
- H Hospital Universitário - USP
- H Hospital Darci Vargas



ANEXO 2

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA NA PORTA DE ENTRADA

Nº. entrevista		1	2	3	4
Idade (anos e meses)					
1) Por quê veio a UBS?	Consulta marcada				
	Marcar consulta				
	Tentar atendimento hoje				
	Fazer exame				
	Marcar exame				
	Pedir informação				
	Outro, Qual?				
2) Tem algum problema de saúde?	Não				
	Sim				
	Qual?				

ANEXO 3

Tabelas de A a E : ENTREVISTAS COM USUÁRIOS NA PORTA DE ENTRADA DA UBS.

Tabela A - Distribuição e percentual dos entrevistados por faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, 25/02/2002.

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
< 1A	3	4,4
1A a 4A	5	7,3
5A a 9A	3	4,4
10A a 14A	6	8,7
15A a 19A	11	15,9
20A a 29A	19	27,5
30A a 39A	9	13,0
40A a 49A	8	11,6
50A a 59A	1	1,4
60A e +	4	5,8
Total	69	100,0

Fonte: entrevistas

Tabela B - Distribuição dos entrevistados por motivos de vinda à UBS, UBS Jardim Boa Vista, 25/02/2002.

O QUE VEIO FAZER NA UBS	Nº	%	ACUM
Consulta marcada	27	39,1	39,1
Marcar consulta	24	34,8	73,9
Tentar consulta hoje	11	15,9	89,8
Tomar vacina	4	5,8	95,6
Pedir informação	2	2,9	98,5
Marcar exame	1	1,5	100,0
Total	69	100,0	

Fonte: entrevistas

Tabela C - Distribuição e percentual dos entrevistados por problemas de saúde referidos, UBS Jardim Boa Vista, 25/02/2003.

PROBLEMA REFERIDO	Nº	%
Não tem problema de saúde	24	34,8
Gestante/suspeita de gravidez	6	8,7
Sim sem especificar problema/em branco	4	5,8
Cólica menstrual	4	5,8
Cárie/dor dente	3	4,4
Cefaléia	3	4,4
Febre	3	4,4
Gastralgia/gastrite	3	4,4
Menopausa/controlado DIU	3	4,4
Mancha costas/corpo/edema pele rosto	3	4,4
Depressão/distúrbio emocional	2	2,9
Dor abdominal	2	2,9
Alergia/rinite alérgica	2	2,9
Dor nas costas	1	1,4
Diabetes	1	1,4
Colesterol alto	1	1,4
Miopia	1	1,4
Hepatite	1	1,4
Diarréia	1	1,4
Nódulo axila	1	1,4
Total	69	100,0

Fonte: entrevistas

Tabela D - Distribuição dos entrevistados que referiram ter vindo tentar consulta médica no dia, segundo faixa etária e problemas referidos, UBS Jardim Boa Vista 25/02/2003.

Faixa Etária	Cefaléia	Febre	Gastralgia gastrite	Susp. gravidez	Gestante	Dor abdo- minal	Cólica	Sem problemas	Total
1A a 4A		2							2
15A a 19A				1	1				2
20A a 29A			1				1		2
30A a 39A			1					1	2
40A a 49A	1					1			2
60A e +	1								1
total	2	2	2	1	1	1	1	1	11

Fonte: entrevistas

Tabela E- Distribuição dos entrevistados por problemas de saúde referidos e faixa etária, UBS Jardim Boa Vista, 25/02/2002.

PROBLEMA DE SAÚDE	< 1A	1 a 4A	5 a 9A	10 a 14A	15 a 19A	20 a 29A	30 a 39A	40 a 49A	50 a 59A	60A e +	Total
Gestante/suspeita de gravidez					2	3	1				6
Sim sem especificar problema/em branco					1	2		1			4
Cólica menstrual					2	2					4
Cárie/dor dente			3								3
Cefaléia				1				1		1	3
Febre		3									3
Gastralgia/gastrite						1	2				3
Menopausa/controle DIU						1			1	1	3
Mancha costas/ corpo/ edema pele rosto					1	2					3
Depressão/distúrbio emocional				1				1			2
Dor abdominal						1		1			2
Alergia/ rinite alérgica				1	1						2
Dor nas costas								1			1
Diabetes										1	1
Colesterol alto						1					1
Miopia		1									1
Hepatite										1	1
Diarréia					1						1
Nódulo axila						1					1
Total		4	3	3	8	14	3	5	1	4	45

Fonte: entrevistas

ANEXO 4

FORMULÁRIO PRA ENTREVISTA COM MÃE DE CRIANÇA NASCIDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Data de nascimento da criança: ___/___/___ Idade da mulher ___ anos

- 1) Fez Pré-natal na UBS Jd Boa Vista?
 SIM NÃO Aonde fez? _____
- 2) Quantos atendimentos de pré-natal fez? CM CE GRUPO
- 3) Aonde nasceu a criança?
 Hospital Municipal Mario Degni (Hospital Sarah)
 HU (Hospital Universitário da USP)
 Hospital Heliópolis
 Hospital das Clínicas
 Santa Casa
 Hospital Sorocabano
 Hospital Vila Penteadado
 Outro. Qual? _____
- 4) Usou outros serviços de saúde (além da UBS Jd Boa Vista) nos 3 últimos meses de gravidez?
 SIM NÃO (se responder **não** pular a 5 e 6)
- 5) Se a resposta anterior for **sim**, pergunte: aonde foi na última vez (a mais recente)?
 HU (Hospital universitário) Hospital Mario Degni (Hospital Sarah)
 PS Bandeirantes Ambulatório Peri-peri
 outro serviço qual? _____
- 6) E o que foi fazer neste serviço?
 atendimento de emergência consulta de pré-natal
 consulta de especialidade exame de ultra-som
 outro exame, qual? _____
 outro motivo, qual? _____
- 7) Foi mandado pela UBS Boa Vista para fazer algum exame ou consulta em outro serviço? (Se a resposta for **sim** checar com as no. 3, 4 e 5)
 SIM NÃO
- 8) Se a resposta anterior for **sim**, levou algum pedido por escrito?
 SIM NÃO

Entrevistador _____ DATA _____

ANEXO 5

**FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA SOBRE CRIANÇA
MENOR DE 5 ANOS**

Data de nascimento: dia ____ mes ____ ano _____

- 1) Já levou a criança em outro serviço de saúde desde que nasceu?
() SIM () NÃO quantas vezes? ()
- 2) Teve algum problema de saúde ?
() SIM () NÃO (se responder **não** pular para a questão 7)
- 3) Qual foi? _____
- 4) Quando foi? _____ (mês e ano)
- 5) Para este problema onde levou a criança?
() UBS Boa Vista
() Outra UBS, qual? _____
() HU (Hospital universitário da USP)
() PS Bandeirantes
() Ambulatório Peri-peri
() Hospital Mario Degni (hospital Sarah)
() Serviço particular, qual? _____
() Convênio, onde? _____
() outro qual? _____
- 6) E o que foi fazer neste serviço?
() atendimento de emergência
() consulta de especialidade
() exame de ultra-som
() outro exame, qual? _____
() outro motivo, qual? _____
- 7) Foi encaminhado pela UBS Boa Vista para fazer algum exame ou consulta em outro serviço?
() SIM () NÃO
- 8) Se a resposta anterior for sim, pergunte: levou algum pedido por escrito?
() SIM () NÃO

Entrevistador _____ DATA _____

ANEXO 6

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA O CLIENTE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada (o) Senhora (o)

Estamos fazendo um estudo sobre o Programa de Saúde da Família nesta UBS e quais outros serviços são utilizados pelas pessoas que freqüentam este serviço, e gostaríamos de contar com a sua colaboração respondendo algumas perguntas.

Seus dados pessoais e as informações obtidas não serão identificados e somente utilizadas para a finalidade de pesquisa, podendo os resultados da mesma serem publicados

A sua participação ou não nesta pesquisa não interferirá no seu atendimento ou do de sua família pelos profissionais desta Unidade.

Esperando poder contar com sua colaboração, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

Ester Felix do Rego

Pesquisado: _____

ANEXO 7

**ENTREVISTA COM INFORMANTE-CHAVE NA UBS
(SOBRE O FUNCIONAMENTO DA UBS)**

Dados pessoais

Função: _____

Sexo: _____ idade: _____ escolaridade: _____

Ano de formatura: _____ residência/ especialização: _____

Questões de partida para a entrevista: **Detalhe o que é feito na UBS.**

A) Descreva como está organizado o atendimento à gestantes na UBS conte como ocorrem as referências para outro serviços.

Questões relativas ao atendimento pré-natal que deverão estar contempladas ao final da entrevista.

- 1) Na agenda há prioridade para gestantes?
- 2) Em relação ao exame de ultra-som, onde é feito, como é agendado?
- 3) As gestantes são encaminhadas para o parto com carta de encaminhamento e para onde?
- 4) Além dos atendimentos individuais, quais outros tipos de ações/atividades são dirigidas às gestantes?

B) Descreva como se dá a organização do serviço para atender aos menores de 5 anos, e como acontece a referência para outros serviços.

Questões relativas ao atendimento a menores de 5 anos que deverão estar contempladas ao final da entrevista

- 1) Nas agendas há prioridade para menores de 5anos?
- 2) Como são feitos os encaminhamentos para outros serviços?
- 3) Como os casos encaminhados retornam?
- 4) Além dos atendimentos individuais, quais outros tipos de ações/atividades são dirigidas aos menores de 5 anos ?

C) Fale sobre as referências para outros serviços e como é fluxo na UBS.

- 1) A listagem de serviços de referência esta disponível para quem encaminha os pacientes?
- 2) Dispõe de Impresso próprio para referência e contra-referência?
- 3) Dispõe de sistema de agendamento e encaminhamento para outros níveis?
- 4) A UBS agenda exames e consultas de especialidades nos serviços de referência? Em quais situações?

D) Além destes dois segmentos conte sobre outros que são motivos de atenção da UBS.

- 1) Quais atividades/ ações são dirigidas a eles?
- 2) Qual a periodicidade e por quem são executadas?

ANEXO 8

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PROFISSIONAL/FUNCIONÁRIO DA UNIDADE.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada (o) Senhora (o)

Estamos fazendo um estudo para o qual pedimos sua colaboração respondendo a uma entrevista sobre como a Unidade de Saúde se organiza em relação as questões de referências/ contra-referências; e em relação ao atendimento de grupos prioritários.

Não há necessidade que a entrevista seja identificada e as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa, os resultados poderão ser publicados.

Esperando poder contar com sua colaboração, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

Ester Felix do Rego

Pesquisado: _____

ANEXO 9

Quadros de 2 a 12

QUADRO 2 - ENTRADA DAS GESTANTES NO PRÉ-NATAL

Identificação das entrevistas	Descrição
A	Quando a pessoa desconfia que esta grávida ela é orientada pelo agente comunitário a procurar o posto para fazer o 1º. exame, a enfermeira faz o primeiro exame e ela já entra direto no pré-natal.
B	Cada médico tem seu dia agendado prá gestantes ela vem passa na sala de acolhimento, verificamos a pressão o peso e anotamos no prontuário e encaminhamos prá sala do médico, ele faz a consulta e pede todos os exames.
C	A idéia é ter uma porta mais aberta possível, para não perder oportunidade de entrar no esquema do Pré-natal.
D	Hoje quando tem queixa de atraso menstrual, já passa com a 1ª. consulta com a enfermeira que pede o Beta HCG, pois não tem mais o exame da fitinha, quando tinha a gente já fazia o exame na hora e já dava andamento da 1ª. consulta, agora não temos que esperar o BHCG.
E	Sempre tem vaga, cada área tem um jeito de trabalhar, mas se vier aqui tem vaga. Tem a agenda da enfermeira e do médico.
F	É prioridade, procuramos atender o mais cedo possível, assim que é constatada a gestação a gente já dá uma atenção prá ela, orientamos marcamos uma consulta prá ela.
G	Desde o começo, na suspeita de gravidez a mulher já vem com atraso menstrual, a mama aumentada, a gente solicita o BHCG, porque esta em falta a fita reagente. Então esta pedindo Beta mesmo, demora 20 dias prá vir o resultado, tem alguns que tá meio na cara que é, a gente acaba pedindo os exames, a enfermeira já faz uma primeira consulta, já faz o cartão da gestante E depois marca com o médico já com os resultado dos exames.
H	A gestante chega na UBS se o médico não pode fazer a consulta a enfermeira já pede toda a bateria de exames pré-natal, e já imediatamente agenda para o médico, já chegando prá mim com os exames prontos.

QUADRO 3 - AGENDAMENTO/PRIORIDADE NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Identificação das entrevistas	Descrição
A	Estamos sem pregnosticon, então fazem outro exame, era bem melhor quando tinha o pregnosticon, a gente já tinha o resultado na hora e encaminhava melhor o caso
B	O agendamento é uma vez por mês, no final da gestação ele acompanha semanalmente
C	Sim há prioridade para atender as gestantes
D	Marcamos o retorno coma enfermeira se der positivo pedimos os exames e só depois vai para o médico com os exames já feitos passa na 2ª. Consulta, passa um mês com o médico e 1 mês com a enfermeira
E	Sempre tem vaga, cada área tem um jeito de trabalhar, mas se vier aqui tem vaga. Tem agenda da enfermeira e do médico
F	Mesmo que não tenha vaga a gente consegue
G	Cada equipe faz de uma forma diferente, a nossa equipe quando ela vem queixando disso já é atendido no mesmo dia, faz o mais rápido possível o exame, e depois é agendado com o médico já como os resultados dos exames. Ela tendo o resultado a 1ª. Consulta ~e como o médico, um mês com a enfermeira, um mês com o médico, no final da gestação solicitamos que ela venha toda semana, dependendo do caso.
H	Faz consulta mensal de pré-natal. Trabalha por área, tem mais ou menos 20 gestantes sendo acompanhadas.

QUADRO 4 - EXAME DE ULTRA-SOM

Identificação das entrevistas	Descrição
A	Temos poucas referências, recebemos uma planilha que vamos preenchendo, não temos muita disponibilidade, apesar do obstétrico ser mais tranqüilo.
B	A gestante deixa do pedido, a gente anota o nome o telefone no caderninho, entramos em contato com o hospital e ele manda o dia e hora do exame e nós avisamos a paciente.
C	É feito no ambulatório do Peri-peri
D	Tem uma planilha que vem mensalmente do Hospital Mário Degni, nós preenchemos, temos separadamente os das gestantes e os dos outros, daí encaminhamos e é agendado e depois avisamos a paciente através da a gente da hora e do dia do exame
E	Geralmente no Hospital Mário Degni
F	A maioria é feita no Hospital Mário Degni
G	É solicitado até o 3º.. mês de gestação, e deixa o pedido no 7º. mês apara fazer no 8º., mandam uma planilha com 10 vagas ao mês, e a gente marca. Estão conseguindo fazer o exame
H	Fazem no Hospital Mário Degni ou em particular, a maioria na verdade esta optando em fazer em clínicas particulares, tanto na dificuldade em marcar, como no atendimento que não esta muito bom no Hospital Mário Degni. No agendamento normal demora mais de 1 mês.

QUADRO 5 - REFERÊNCIAS PARA PRÉ-NATAL DE RISCO E EXAMES

Identificação das entrevistas	Descrição
A	<p>As referências também funcionam com impresso próprio. Todos os atendimentos fora do posto e agendado pelo próprio paciente, com exceção do ultra-som</p> <p>Alto risco encaminhamos para o Hospital Mário Degni ou HC</p>
B	<p>Se tiver necessidade mandamos para fazer eletrocardiograma por exemplo</p>
C	<p>Ambulatório de risco no Hospital Mário Degni, tem Gineco na UBS que tria o risco e encaminha, seguem padronização específica de pré-natal para o PSF</p>
D	<p>Os exames que são feitos fora são solicitados pelos médicos</p> <p>A médica Gineco encaminha para o ambulatório do Hospital Mário Degni, e sempre ela que encaminha</p>
E	<p>Nós não temos muito acesso ao encaminhamento, só o médico que encaminha</p>
F	<p>Outros exames não mexemos com esta parte</p>
G	<p>O Gineco na UBS atende menor de 16 anos e maior de 35 anos, diabética, hipertensa, etc. Tem casos que são acompanhados fora no HC por ser cardiopata</p>
H	<p>Temos o cartão da gestante, que agente vai preenchendo desde a 1ª. Consulta, as intercorrências, os exames, caso ela tenha algum problema que deva ser avaliada, ela vai com carta de encaminhamento</p>

QUADRO 6 - ENCAMINHAMENTO PARA O PARTO

Identificação das entrevistas	Descrição
A	Hospital Mário Degni e HU
B	Hospital Mário Degni, no final ela leva um relatório do médico e vai com guia de encaminhamento
C	Hospital Mário Degni
D	Não tem carta de encaminhamento, só se passa aqui antes, vai direto de casa com o cartão da gestante, já que tem todos os exames dela lá.
E	Hospital Mário Degni Os médicos que encaminham, quando ficamos sabendo já estão no hospital
F	Hospital Mário Degni, o médico não dá encaminhamento por escrito
G	Hospital Mário Degni, é feito uma cartinha, quando é um caso que esta sendo acompanhado pela Gineco vai direto para o HC ou HU
H	Hospital Mário Degni, se estão em trabalho de parto vão para o HU, se não estão em trabalho de parto não fazem.

QUADRO 7 - OUTRAS ATIVIDADES/AÇÕES DESENVOLVIDAS

Identificação das entrevistas	Descrição
A	Grupo de gestantes, multiprofissional, onde são abordadas as várias fases da gestação.
B	Tem grupos
C	Há atendimentos em grupos
D	<p>Faço grupo de planejamento familiar há 5 anos, que acontece uma vez por mês, recebemos muitas gestantes que pensam em fazer laqueadura ou vasectomia. E encaminhamos ao Sarah, já com as entrevistas da assistente social. Tem conseguido fazer, a vasectomia é mais fácil de conseguir</p> <p>Estamos preparando para fazer quinzenalmente, a Carla já está fazendo semanalmente. Vamos separar as gestantes por trimestre da gravidez para dar as orientações.</p>
F	acredito que todas as equipes estão fazendo atendimento em grupo. Feito pela médica com os agentes ou quando tem enfermeira também.
G	<p>Além do grupo dos atendimentos individuais, mas grupo não dispensa o atendimento individual? Não.</p> <p>Tem alguma outra atividade para gestante?</p> <p>Por enquanto ainda não, seria isso. A gente trás puérpera que vem trazer a experiência do parto, vem compartilhar um pouco.</p>
H	Tem também um grupo de apoio, de gestantes feito uma vez por mês, as gestantes se agrupam, vários estágios de gestação, onde a gente comenta sobre as ansiedades, trabalho de parto, fases da gestação

QUADRO 8 – A ENTRADA DOS MENORES DE 5 ANOS PARA O ATENDIMENTO NA UBS

Identificação das entrevistas	Descrição
A	Quando a criança nasce, a agente já sabe, e a enfermeira vai a casa da paciente na lâ. Semana e já marca a consulta com o médico generalista, se sela achar que tem algum problema marca com o pediatra da UBS
B	<p>Agendamento – tem um dia por mês</p> <p>A enfermeira tem agenda de puericultura e o médico também</p> <p>Uma vez por mês tem atendimento específico da faixa etária, tem um dia no mês que atende todas as crianças, no caso de intercorrência, vem qualquer dia e atende</p>
C	100% recebe visita da enfermeira na primeira semana em casa, e vem para a consulta médica no primeiro mês
D	<p>... mesmo critério, o nenem nasce o Hospital Sarah liga prá cá e marca uma consulta domiciliar.</p> <p>A enfermeira já tem um dia reservado para fazer as visitas domiciliares, e já está incluído os RN, a gente vai e faz as anotações de como foi o parto, já faz as medidas na casa, orientação do aleitamento materno, e todas as dúvidas que ela tem</p>
F	Não está muito entrosado, tem equipe eu já esta aqui no posto, precisa melhorar, as vezes a criança não esta muito bem e vem até aqui, e o médico da família esta coma agenda lotada e extrapola aquele número e na hora da distribuição entre os profissionais do posto tem tido uma certa dificuldade.
G	Nasceu, a primeira consulta e feito visita domiciliar, e já marca uma consulta com o médico prá primeira vez que vem ao posto, daí é vacinado e passa com o médico.

QUADRO 9 – AGENDAMENTO/ PRIORIDADE NO ATENDIMENTO A MENORES DE 5 ANOS

Identificação das entrevistas	Descrição
A	O agente daquela microárea, no começo quando eu via um nenem chegar no posto eu ia lá e perguntava quem era o agente, se já tinha recebido visita da enfermeira. O nenem não tem de chegar depois de 40 dias sem ter passado por uma consulta, acontecia antes, agora não acontece mais
B	A enfermeira tem agenda de puericultura e o médico também Uma vez por mês tem atendimento específico da faixa etária, tem um dia no mês que atende todas as crianças, no caso de intercorrência, vem qualquer dia e atende
D	Até 2 anos na puericultura estamos fazendo consulta mensal, a 2ª consulta ela volta com o médico, e vamos alternando 1 com médico e 1 com enfermeira, até 2 anos
E	Como tem muita gente a agenda fecha, como as vezes já tem gente marcada pro mês todo. Abre dia 15 para marcar do dia 1 ao dia 30 do mês seguinte A mãe vem e agendar, se acaso não tem vaga ela volta a partir do dia 15 de cada mês Quem chega com problemas, chamamos de caso agudos. Nós agente não sabemos o que o paciente tem. A gente tem que acolher e encaminhar para a enfermagem, e ela vai ver se atende ou se marca pra outro dia.
F	As equipes trabalham com um dia para cada perfil de atendimento, não esta sendo separado esta faixa menor de 5anos, vai até mais tarde
G	Até 1 ano é um pouco mais tranquilo, a gente tem uma rotina, todo mês é passado É a mãe vem aqui e marca consulta, nos casos que os agentes trazem algumas informações, condições de moradia e etc., a gente faz a vd e marcamos consulta para ela vir trazer a criança, tem mãe que demora pra trazer as criança, Se chegar aqui tem sempre vaga pra marcar? Na nossa agenda tem.

H	<p>Após 6 meses a gente programa uma consulta com o médico outra com a enfermeira até 1 ano, intercalando, depois de 1 ano a gente espaça mais de 3 em 3 meses, sendo que se tiver uma intercorrência pode vir.</p> <p>.... por exemplo a mãe vem na consulta, como funciona o agendamento, se ela vem hoje já sai com consulta para daqui há 3 meses, ou pro próximo mês? Já sai, é na verdade É na verdade deveria se assim, mas as vezes quando ela passa a agenda esta completa e ainda vai abrir pro próximo mês, então ela vem depois agendar.....</p> <p>Na verdade hoje não existe vaga reservada para este grupo na agenda? Ela tem que vir tentar a vaga, se ela não puder vir no dia que abre, ela pode não conseguir ser atendida no mês, se ela vier e não tiver vaga na agenda. É mas a gente orienta a agente de saúde para que elas vejam quais são seus recém-nascidos, as crianças até 6 meses para que possam garantir uma vaga na agenda, essas crianças tem prioridade...Mas como elas sabem isso? Porque elas sabem</p>
----------	---

QUADRO 10 – ENCAMINHAMENTOS PARA OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO E EXAMES

Identificação das entrevistas	Descrição
A	<p>Algum problema de especialidade, mandamos par o Peri-peri Referências, rotineiramente as referências são checadas, nossa lista é sempre bem atual Impresso próprio para referência.</p>
B	<p>O médico faz o encaminhamento prá cirurgia, nós damos o endereço e telefone e a mãe vai lá marcar Tem guia de encaminhamento específica Lista de referências tem pasta com os locais de encaminhamento.</p>
C	<p>Existe padronização para cuidados para os casos de risco. Casos de risco são encaminhados para o HU, Com pedido e explicando o motivo o PA do HU atende, Quando interna na alta não enviam relatório de alta para a UBS. Referências -Lista própria, impresso padrão de encaminhamento.</p>
D	<p>Se o generalista acha que precisa passar com o pediatra ele encaminha para o pediatra do posto As referências são o Menino Jesus, com carta de encaminhamento feita pelo médico. Não encaminhamos para o HU feita pelo médico. Não encaminhamos para o HU Os casos não voltam com relatório, e os médicos reclamam que não volta com retorno.</p>
F	<p>Não tem referência fixa que possa contar, encaminham para os diversos locais, trazem algum relatório</p>
G	<p>Os casos agudos a gente faz uma avaliação lá no acolhimento e encaminha o caso para o médico de plantão ou para o pediatra. Os pediatras acabam atendendo casos de bronquite crônica, malformações, algumas coisas mais específicas como uma avaliação do gastroenterologista para a criança para um refluxo, geralmente o médico da família encaminha par o pediatra e ele solicita a avaliação. Para fora do serviço é o pediatra que encaminha. Para onde encaminham? Depende da especialidade, geralmente vão para o H. Darcy Vargas, cardiologia, neurologia.</p>
H	<p>No caso da criança a gente encaminha para vários hospitais, para o H. Darcy Vargas no caso de cirurgia infantil, H. Menino Jesus também é de pediatria Oftalmologia vai pro centro de especialidades do Peri-peri lá atende muitas crianças E com relação a cardiologia vai pro Hospital da Clínicas, Instituto da criança...</p>

QUADRO 11– OUTRAS ATIVIDADES/ AÇÕES DIRIGIDAS A MENORES DE 5 ANOS

Identificação das entrevistas	Descrição
A	Outros atendimentos a crianças, grupos de doenças respiratórias que o Dr. Luciano faz
B	Outros tipos de atendimento prá crianças – não tem
C	Proposta do atendimento de puericultura: ensinam gráfico, planejam o grupo por Idade
D	Não tem outros tipos de atendimentos que não seja o individual, planejam ter um grupo de puericultura
E	Tem o grupo da puericultura
F	Outro tipo de atendimento além da consulta - estamos programando atendimento em grupo para criança menor de 1 ano, pois a equipe não esta conseguindo atender a demanda
G	<p>Tem algum outro tipo de atendimento que não seja individual para as crianças?</p> <p>Por enquanto não, mas é uma preocupação em relação a isso, de fazer grupo também com mães</p>
H	O Dr Luciano que é o outro pediatra, ele que faz um grupo de orientação a doença respiratória, chegando o outono inverno aparecem mais casos de gripe bronquite, ele faz uma vez por mês. É um grupo de atendimento ou só de orientação? Só de orientação

**QUADRO 12 – IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO
PRIORITÁRIOS PARA À ATENÇÃO**

Identificação das entrevistas	Descrição
A	<p>*Diabéticos e hipertensos são nosso maior risco, pois temos uma porcentagem alta.</p> <p>*Trabalhamos com deficiente físico, as estagiárias da terapia ocupacional levantaram um grande número; levantamos uma hipótese de que os deficientes são de fora e vêm prá cá para se tratar.</p> <p>*Tem muita doença ocupacional, o que não aprecia antes, LER dor na coluna.</p>
B	<p>* Fazemos grupos de palestras, atividades físicas como a caminhada, atividades manuais, com todas as pessoas que quiserem na comunidade....</p>
C	<p>* Grupo de risco cardiovascular em funcionamento.</p> <p>* Não tem outros segmentos identificados como prioritários</p>
D	<p>*Grupos de hipertensos e diabéticos, fazemos palestras e orientação.</p> <p>* Caminhada e Tai Chi Chuam, verifica-se a pressão antes, é aberto a todos.</p>
E	<p>* Não tem outro atendimento que não seja o individual.</p> <p>*Grupo de adolescentes na comunidade e grupo de caminhadas.</p> <p>* Droga é um problema, tem muito jovem envolvido com droga, e a gente não sabe como trabalhar.</p>
F	<p>* Idosos que cuidam de criança e ficam o dia inteiro preso.</p> <p>* Muitos acamados e deficientes</p>
G	<p>*Grupo de adolescentes, eu percebi que vinham muitas meninas com primeira menstruação com dúvidas, às vezes com amiguinhas....e eu acabei fazendo o grupo</p>
H	<p>*Hipertensos e diabéticos, grupos de atendimento em geral, de adolescentes, saúde da mulher</p> <p>*Acho que existe um aumento de pacientes com problemas d saúde mental...seria o caso de ter um programa, um grupo de estudo...Mas hoje não tem esta questão levantada como uma proposta da UBS? Não, não tem</p> <p>* Saúde mental é importante, mas ainda não tem uma programação específica.</p>