

1. INTRODUÇÃO

A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (1988) através de seu artigo 196, garante que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Apesar da conquista do direito à saúde expresso na Constituição de 1988, a realidade do cotidiano da população tem se mostrado diferente. O Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue cumprir efetivamente seus objetivos, entre os quais, “fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde” (Lei nº8.080, 1990, Art. 6). Conforme exposto na 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE realizada em Brasília em 2000, o Brasil ainda apresenta um modelo de atenção à saúde restrito, pois os modelos vigentes valorizam as ações curativas, o trabalho unipessoal e as ações voltadas para a doença e, portanto, tornam-se incapazes de responder adequadamente às necessidades da população.

O Programa Saúde da Família (PSF) se consolida como política oficial do Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de reordenar o modelo de atenção à saúde existente tendo como base a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991. Em janeiro de 1994 começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, tornando-se meta prioritária do Governo Federal a expansão das equipes de Saúde da Família, como ferramenta importante na mudança do modelo assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A partir de janeiro de 2001 ocorreu a Distritalização no Município de São Paulo como nova diretriz para construção do SUS e o Sistema Municipal de Saúde adotou o Programa Saúde da Família como estratégia estruturante do Sistema Municipal de Saúde.

1.1 A Atenção Primária no contexto da organização dos Serviços de Saúde

A busca por uma melhor forma de organizar os serviços de saúde tem sido um processo incessante. Isto fica evidente quando se observam as inúmeras transformações no modelo gerencial e assistencial nas últimas décadas no Estado de São Paulo. Segundo GONÇALVES (1994), o primeiro modelo tecnológico da saúde pública paulista baseava-se na Epidemiologia e se estendeu até 1925. A implantação do segundo modelo tecnológico, sob a liderança de Geraldo de Paula Souza, foi caracterizada pela adição da Educação Sanitária aos instrumentos de atuação do modelo anterior e compreendeu o período de 1925

até a década de 60. Paula Souza estabeleceu que os Centros de Saúde seriam o espaço para a realização da nova estratégia para a saúde pública. A reforma administrativa de 1967, importante por adotar o “Centro de Saúde como unidade sanitária polivalente, ...responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade a que serve” apud LESER (1971), caracterizou-se por relacionar as ações do aparelho executor aos problemas de saúde pública do conjunto populacional delimitado (GONÇALVES , 1994).

Na década seguinte, os serviços se reorganizaram com a introdução da assistência médica individual na rede de Centros de Saúde, ampliando-se as ações para grupos populacionais e não apenas para a prevenção de doenças específicas. A partir de 1983 apareceram as propostas das Ações Integradas de Saúde (AIS) que introduziram um mecanismo de planejamento descentralizado e integrado por intermédio da Programação e Orçamentação Integrada (MENDES, 1999). As AIS deram lugar ao Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e, posteriormente, ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1990 (GONÇALVES, 1994; MENDES, 1999). As diretrizes e princípios do SUS, como a universalização, regionalização e hierarquização dos serviços desencadearam uma série de mudanças na organização das ações da rede básica de saúde. Como afirma CESAR (1996):

A política de integração retoma as questões da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, levando a uma redefinição do papel da rede básica com ampliação da sua capacidade resolutiva e sua definição como porta de entrada do sistema, sem a dicotomia prevenção-cura.

Recentemente, a distritalização adotada no Município de São Paulo (2001) e o Programa Saúde da Família como modelo de atenção passaram a desencadear mudanças

significativas nas formas de organização dos serviços e na assistência prestada à população. Segundo MENDES (1999):

A construção dos Distritos Sanitários busca redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população, atender as necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário.

O Programa Saúde da Família ocupa o espaço territorial do Distrito Sanitário correspondente à área de 1000 famílias por equipe de Saúde da Família. Esta descentralização das ações de saúde potencializa a necessidade da participação mais ativa dos níveis regionais e locais na definição das diretrizes do trabalho. Torna-se fundamental, portanto, que haja um planejamento adequado para que se concretizem as ações a que o PSF se propõe .

1.2 Planejamento dos Serviços de Saúde

Diferentes modelos de planejamento foram desenvolvidos e aplicados no setor saúde:

a) o método CENDES-OPAS de programação local de saúde, desenvolvido em 1962, consolidou a prática dos diagnósticos de saúde, utilizando os dados de morbimortalidade para definir as prioridades de ação; b) o Planejamento Estratégico Situacional (MATUS,1993), identificando os problemas prioritários de saúde; c) a Ação Programática em Saúde (SCHRAIBER, 1993), trabalhando com as doenças mais prevalentes; d) e

outros, utilizando informações sobre produção de serviços, dados sobre doenças de notificação compulsória, etc. (ESCRIVÃO,1990).

Por muito tempo os modelos baseados em indicadores de morbimortalidade foram suficientes, principalmente quando os serviços restringiam suas atividades aos programas de prevenção e controle de algumas doenças específicas.

Alguns estudos (CESAR,1996; COSTA; FACCHINI,1997; LEBRÃO,1997) vêm demonstrando a importância do uso de inquéritos populacionais para um melhor planejamento dos serviços. Tais estudos têm a capacidade de identificar pessoas que não utilizam os serviços ou que procuram assistência em modalidades não cobertas pelos sistemas de informação.

Ao se propor um modelo de atenção para os serviços de molde a organizá-los de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo uma rede primária, secundária e terciária, tornam-se indispensável ao planejamento desses serviços as estimativas de consumo dos serviços de saúde. Em outros termos, é necessário que se conheça não só as características individuais e sócio-econômicas da clientela alvo dos serviços, mas o motivo pelo qual ocorre a procura pelos serviços e o quanto se utiliza deles, para que seja possível estimar uma cobertura compatível de serviços.

A ampliação do planejamento em saúde implica redefinição das informações trabalhadas, incorporando às tradicionalmente utilizadas, aquelas referentes ao perfil de morbidade e padrões de uso de serviços. Há necessidade de se recorrer a novas fontes de informações, uma vez que as disponíveis, até então, são as referentes à demanda, o que não permite conhecimento do que vem ocorrendo em nível populacional (CESAR,1996) .

1.3 Consumo de Serviços de Saúde

Tradicionalmente, o consumo de serviços de saúde tem sido estudado sob três aspectos principais, objetivando:

- a) estabelecer os determinantes que levam ao consumo de serviços de saúde.
- b) buscar a caracterização do padrão de consumo a fim de contribuir para o planejamento em saúde do sistema local.
- c) estabelecer os determinantes que levam ao consumo com o objetivo de se definir propostas de intervenção para diminuí-lo e, desta forma, organizar melhor os serviços de saúde

Para autores como DALMASO (1994), os determinantes que levam ao consumo de serviços de saúde são, o problema que incomoda, a oferta de recursos da Unidade Básica de Saúde que possa resolver o problema e as condições efetivas de acesso.

Outros autores, como TANAKA; RESENBURG (1990), CESAR et al (1996), COSTA; FACCHINI(1997), vêm utilizando o inquérito domiciliar como ferramenta para identificar a demanda reprimida e para a caracterização do padrão de consumo para contribuir com o planejamento local.

Para autores como COURTENAY (1974), LITTLE(2001) e COUGHLAN (2001) existem várias condições que determinam o consumo de serviços de saúde, dentre elas, o aumento da expectativa de vida, o acometimento por doenças crônicas, a classe social entre

outras. Porém, o objetivo principal dos estudos sobre determinantes da utilização dos serviços deve ser pelo provimento adequado das ações de saúde.

O presente estudo situa-se dentre aqueles que tomam o padrão de consumo para contribuir com o planejamento local.

1.4 Recuperação histórica da estruturação do Programa Saúde da Família

1.4.1 O Programa Saúde da Família na esfera federal

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978 com a meta “Saúde para todos no ano 2000” marcou o reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade dos governos pela saúde de seus povos. Apontou a necessidade do envolvimento de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde, para garantir o mais alto nível possível de saúde e estabeleceu os cuidados primários de saúde como estratégia para se alcançar a meta estabelecida DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). Ao mesmo tempo e paradoxalmente, o final do século XX foi marcado por transformações nas esferas econômica, cultural, social e política verificando-se um aumento das desigualdades, o empobrecimento entre os grupos sociais e a minimização do

Estado, como provedor de direitos sociais. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1980 aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a Saúde para Todos em 2000. A OPAS buscava desse modo incorporar os avanços tecnológicos da medicina a custos compatíveis, na expectativa de que seria suficiente definir políticas, estratégias, prioridades e modelos de atenção capazes de alcançar a meta “Saúde para Todos” (MENDES,1996; PAIM, 1998).

O Programa Saúde da Família no Brasil teve como referenciais a CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ALMA ATA (1978), experiências internacionais como a cubana e canadense, influência e orientações de agências internacionais como OPAS, entidades multilaterais (Banco Mundial) e experiências no território nacional, tais como a do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, trabalhando com Unidades de Saúde Comunitária, a SMS de Minas Gerais e Niterói com o Programa Médico de Família e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) implantados no Ceará desde 1991 (LICHTENSZTEJN,1987; MENDES,1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; FRANCO et al.,2002).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997,1998) a estratégia Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

As primeiras experiências, entretanto, propunham uma estratégia voltada para a população mais carente, explicitada como, “...dar atendimento prioritariamente aos 32 milhões de brasileiros... expostos a maior risco de adoecer e morrer e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde” (Portaria n° 692. DOU, 25/03/1994).

Somente em 1996 ocorreu uma mudança na concepção do Programa Saúde da Família evidenciando-se nos informes oficiais a preocupação com a universalidade e

integralidade das ações. Esta mudança se refletiu na liberação de verbas específicas para implantação do PSF nos municípios. Ficou estabelecido pela Norma Operacional Básica – NOB 1996 um acréscimo percentual ao montante do Piso Assistencial Básico (PAB) para os municípios que adotassem equipes de Saúde da Família, agentes comunitários de saúde ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência (Portaria nº2203, DOU 06/11/1996).

O financiamento das estratégias de Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde envolve recursos federais, estaduais e municipais. Os recursos federais, de acordo com as Portarias do Ministério da Saúde nº 3.122 de 02 de julho de 1998 e nº 868 de 07 de maio de 2002 eram de R\$15.000 a R\$ 28.000,00/ano por equipe de saúde da família implantada, dependendo da parte fixa do PAB de cada município, acrescidos de R\$ 2.400,00/ano por agente comunitário de saúde. O que vale dizer, que para uma equipe de saúde da família que atue com seis agentes comunitários de saúde o valor incentivo será de até R\$ 42.400,00/ano, transferidos de forma regular (parcelas mensais) ao município através da modalidade Fundo Nacional de Saúde para Fundo Municipal de Saúde.

Concomitantemente com a liberação do valor incentivo houve um aumento significativo do interesse pelo programa por parte das Secretarias Municipais de Saúde. Em 1998 a implantação da primeira equipe de PSF ocorreu em 52,7% dos 1219 municípios estudados pela pesquisa de avaliação do PSF encomendada pelo Ministério da Saúde. Em dezembro de 1999 o PSF atingiu 1870 municípios nas 27 unidades federadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

1.4.2 Concepção do Programa Saúde da Família segundo o Ministério da Saúde

O Programa Saúde da Família é concebido como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. O objetivo da Saúde da Família é o de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição às práticas predominantemente orientadas para o controle da doença e centradas na rede hospitalar. A estratégia Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios do SUS e é estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família composta por uma equipe multiprofissional que se responsabiliza por uma população adscrita, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças. A Unidade de Saúde da Família atua com base nos seguintes princípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998,1999; Portaria n° 1348 DOU 18 de nov 1999; Portaria n° 1350 DOU 24 de jul 2002 ; Portaria n°1886 DOU 18 de dez 1997):

- ✓ Caráter substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à saúde
- ✓ Integralidade e Hierarquização : 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 assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema
- ✓ Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe acompanhe no máximo 4.500 pessoas
- ✓ Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a

seis agentes comunitários de saúde em regime de dedicação exclusiva

✓ Uma Unidade da Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de abrangência

As funções da Equipe de Saúde da Família são:

✓ conhecer a realidade das famílias adscritas, através do cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas

✓ identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta

✓ elaborar com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença

✓ prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda espontânea ou organizada, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar

✓ desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados

1.4.3 O Programa Saúde da Família no Município de São Paulo

Descrever a implantação do PSF na cidade de São Paulo implica rever sucintamente a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde e algumas de suas políticas na década de 90.

Em 1995 a Prefeitura da cidade de São Paulo instituiu oficialmente, através da Lei nº11.866, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), um modelo de gestão alternativo ao do Sistema Único de Saúde com três alicerces básicos: gestão descentralizada; sistema de cooperativa para a relação de trabalho; sistema de capitação, no qual o governo paga um montante fixo pela população coberta. O município foi dividido em 14 módulos regionais, sendo os equipamentos de saúde existentes cedidos em comodato para as cooperativas, que

tinham como obrigação zelar pelos bens e submeter-se à fiscalização pela Prefeitura (COHN; ELIAS, 1999).

Desta forma, o Município de São Paulo não se habilitou pelas formas de gestão estabelecidas pela Norma Operacional Básica (NOB-1996), o que implicou um atraso à municipalização prevista pelo SUS. Apesar deste atraso, o PSF na cidade de São Paulo data de 1996. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) através de um convênio que reuniu Ministério da Saúde e o Hospital Santa Marcelina implantou as primeiras equipes no Distrito de Itaquera (Zona Leste), conhecidas pelo nome fantasia QUALIS/PSF. Em 1997 o professor Adib Jatene incentivou a expansão do programa, sendo escolhidos pela SES os bairros de Vila Nova Cachoeirinha (Zona Norte), Parque São Lucas e Sapopemba (Zona Leste) onde, junto com as equipes de Saúde da Família, foi implantado também um ambulatório de especialidades, sendo a Fundação E.J. Zerbini designada como gerenciadora do programa (CAPISTRANO,1998).

Em janeiro de 2001 a cidade de São Paulo iniciou o processo de municipalização, habilitou-se à Gestão Plena de Atenção Básica, extinguiu os módulos cooperativados e retornou os equipamentos de saúde às Administrações Regionais de Saúde- ARS. O Município de São Paulo adotou a Distritalização como nova diretriz para construção do SUS e o Programa Saúde da Família como estratégia estruturante do Sistema Municipal de Saúde. O projeto de descentralização da gestão compreendeu inicialmente a criação de 41 Distritos de Saúde, contendo aproximadamente 250.000 habitantes, tendo à sua frente, como autoridade sanitária, o Diretor de Distrito, que exerce a função de Secretário de Saúde Local (DOM, 25/ janeiro/ 2001). Em agosto de 2002 foram criadas 31 Subprefeituras no município através da Lei 13.399 01/agosto/2002, o que exigiu da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que reconfigurasse seus Distritos de Saúde em 31 Coordenadorias de

Saúde (DOM, 15/agosto/2002). A Secretaria Municipal de Saúde, ao criar inicialmente os 41 distritos de Saúde, reconfigurados em 2002 para 39 Distritos de Saúde, tentou conservar a delimitação dos Distritos Administrativos. Portanto, alguns Distritos de Saúde passaram a englobar mais de um Distrito Administrativo (Tabela 1). A Tabela 1 mostra a correspondência entre os Distritos Administrativos (96), a reconfiguração dos Distritos de Saúde (39) e as Subprefeituras/Coordenadorias de Saúde(31).

TABELA 1 - DISTRITOS DE SAÚDE, DISTRITOS ADMINISTRATIVOS E SUBPREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO – 2003

Distritos de Saúde	Distritos Administrativos	Subprefeitura
Freguesia/Brasilândia	Freguesia do Ó e Brasilândia	Freguesia/Brasilândia
Cachoeirinha	Cachoeirinha, Casa Verde e Limão	Casa Verde/Cachoeirinh
Jaçanã/Tremembé	Jaçanã e Tremembé	Tremembé/Jaçanã
Sé/ Santa Cecília	BelaVista, Bom Retiro, Cambuci Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé	Sé
Santana	Mandaqui, Santana e tucuruvi	Santana/Tucuruvi
Vila Maria	Vila Guilherme, Vila Maria, VI Medeiros	VilaMaria/VIguilherme
Butantã	Butantã, Morumbi, VI Sonia Raposo Tavares, Rio Pequeno	Butantã
Campo Limpo	Campo Limpo e Vila Andrade	Campo Limpo
Capão Redondo	Capão Redondo	Campo Limpo
Jardim Ângela	Jardim Angela	M'Boi Mirim
Jardim São Luiz	Jardim São Luiz	M'Boi Mirim
Lapa	Barra Funda, Jaguará, Jaguaré Lapa, Perdizes e VI Leopoldina	Lapa
Perus	Anhanguera e Perus	Perus
Pinheiros	Alto Pinheiros, Itaim Bibi, Jdim Paulista e Pinheiros	Pinheiros
Pirituba	Jaraguá, Pirituba e São Domingos	Pirituba
Cidade Ademar	Cidade Ademar e Pedreira	Cidade Ademar
Grajaú	Grajaú	Socorro
Socorro	Cidade Dutra e Socorro	Socorro
Ipiranga	Ipiranga e Cursino	Ipiranga
Sacomã	Sacomã	Ipiranga
Jabaquara	Jabaquara	Jabaquara
Parelheiros	Marsilac e Parelheiros	Parelheiros
Santo Amaro	Campo Belo, Campo Grande, Sto Amaro	Santo Amaro
Vila Mariana	Moema, Saúde e VI Mariana	Vila Mariana
Cidade Líder	Cidade Líder e Parque do Carmo	Itaquera
Itaquera	Itaquera e José Bonifácio	Itaquera
Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes
Curuçá	Vila Curuçá	Itaim Paulista
Itaim Paulista	Itaim Paulista	Itaim Paulista
Ermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa	Ermelino Matarazzo
Guaianases	Guaianases e Lajeado	Guaianases
Moóca	Água Rasa, Belém, Brás, Moóca, Pari, Tatuapé	Moóca
Penha	Cangaíba e Penha	Penha
Vila Matilde	Artum Alvim e VI Matilde	Penha
São Mateus	Iguatemi, São Mateus e São Rafael	São Mateus
São Miguel	Jardim Helena, São Miguel, Vila Jacuí	São Miguel
Sapopemba	Sapopemba	VI Prudente/Sapopemba
Vila Prudente	São Lucas e Sapopemba	VI Prudente/Sapopemba
Aricanduva	Aricanduva, Carrão e VI Formosa	Aricanduva

FONTE: DOM, São Paulo, 47(153), 15 de agosto de 2002

Em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde para o PSF, o Município entende o Programa como um “modelo de atenção baseado na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade” (DOM 27/06/2001).

A escolha dos Distritos de Saúde para implantação do PSF no município teve como base: a) critério territorial: existência de Unidade Básica de Saúde; b) Priorização das áreas de maior risco; c) Critérios socioeconômicos e epidemiológicos: as áreas prioritárias foram definidas a partir dos dados produzidos pelo Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo (SPOSATI et al, 2002). Foi priorizada a população mais carente, com renda familiar de até 5 salários mínimos.

A cidade de São Paulo, por sua complexidade e especificidade de grande metrópole, usou como uma das formas de operacionalização do Programa estabelecer parcerias com 13 instituições de distintas naturezas. A instituição parceira é responsável pela estrutura de recursos humanos, pelo processo de seleção, pelo recolhimento dos encargos sociais e trabalhistas, pelo pagamento do pessoal técnico, assim como acompanhamento, supervisão, controle e fiscalização da execução do PSF (Portaria nº 2069 DOM 09/05/2003).

A Secretaria Municipal de Saúde tem como meta expandir a cobertura do Programa Saúde da Família para 06 milhões de habitantes.

A rede primária de saúde do Município de São Paulo conta com 372 Unidades Básicas de Saúde, sendo 152 municipais e 220 municipalizadas, distribuídas por 31 Coordenadorias de Saúde. No Município já existem 609 equipes de PSF, das quais 226 (37,1%) Unidades Qualis municipalizadas e 383 (62,8%) municipais. Também existem 132 equipes de PACS, sendo 03 (2%) municipalizadas e 129(98%) implantadas e geridas pelo

Governo Municipal. O PSF e PACS juntos, prestam assistência a 03 milhões e 200 mil habitantes (CEINFO,2003).

1.5 O Programa Saúde da Família como Modelo Estruturante

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo expressa através de vários documentos e portarias, o Programa Saúde da Família como modelo estruturante do Sistema Municipal de Saúde. Segundo afirma o DOCUMENTO NORTEADOR da Secretaria Municipal de Saúde publicado em outubro de 2002:

[...] o Sistema Municipal de Saúde, tem no Programa Saúde da Família – PSF a base para organizar a Atenção Básica à Saúde e estruturar a rede de média e alta complexidade, ambulatorios de especialidades e hospitais de forma integrada, contínua, resolutiva e humana. (grifo nosso)

E especifica que: “Pautar os pontos do Sistema Municipal de Saúde, de forma hierárquica, é responsabilidade direta do PSF/Atenção Básica”.

Ao trazer a responsabilidade de ser o modelo estruturante do Sistema Municipal de Saúde significa que além do PSF produzir, ações assistenciais, de prevenção e promoção da saúde na rede primária de saúde, demandará mecanismos para responder às demandas para os demais níveis de atenção a saúde. Desta forma, o sistema de saúde, tendo o PSF como modalidade estruturante, deverá prever o sistema de referência para ambulatorios de especialidades e rede hospitalar, de forma hierarquizada e integrada, isto é, constituindo um sistema de referência e contra-referência.

O PSF, portanto, precisa ter um planejamento de suas ações de forma sistemática, ou seja, preocupando-se não somente com a oferta de ações de saúde, mas também conhecendo a utilização de serviços de saúde pela população adscrita nos três níveis de atenção. Este planejamento não pode dar-se apenas por intermédio de informações referentes à demanda que chega ao serviço, como freqüentemente ocorre, pois não permite o conhecimento da efetiva utilização dos serviços pela população. Desta forma, torna-se indispensável a descrição do consumo de serviços de saúde pela população adscrita nos setores primário, secundário e terciário, tanto público como privado.

Analisando-se os documentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no que se refere ao processo de organização da Equipe de Saúde da Família e planejamento de suas ações, identifica-se que a forma de organização das ações do PSF mantém o mesmo padrão clássico dos modelos de atenção. Ou seja, as equipes devem identificar a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais e a partir da análise da situação local e de seus determinantes desencadear ações que contribuam para a melhoria das condições de saúde locais. O PSF segue o modelo de planejamento clássico baseado nos indicadores de morbimortalidade, caracterização socioeconômica e das condições ambientais da população. Este modelo tem se mostrado insuficiente para a administração dos serviços públicos de saúde, sobretudo quando se espera das Unidades de Saúde da Família uma capacidade resolutiva mais ampla, um maior grau de atividades curativas e intervenção no perfil de morbidade da população, evitando a excessiva procura por serviços de Pronto Socorro e internações evitáveis.

No entanto, o PSF não dispõe de instrumentos para um tipo de planejamento condizente com seus objetivos. O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB usado pelo PSF, constitui-se apenas em um instrumento para gerência do cotidiano do

atendimento, fornecendo dados de morbidade, óbitos ocorridos e algumas situações de risco. No entanto, há outros instrumentos que podem fornecer elementos importantes para o planejamento assistencial, como por exemplo, a mensuração do consumo de serviços pela população adscrita.

CANESQUI (1990) define o padrão de consumo como a forma pela qual os usuários vêm e se comportam como consumidores frente àquele modelo assistencial, como se relacionam com as distintas instituições e com o trabalho médico no atendimento recebido. É o quanto se utilizam de hospitais, ambulatórios, clínicas, policlínicas, consultórios médicos e centros de saúde públicos ou privados. O padrão de consumo também considera as faixas etárias dos usuários que utilizam os serviços, assim como os motivos que os levam a consumir determinados serviços e pode ser avaliado através de entrevistas com os usuários, censos domiciliares ou inquéritos. Como afirma CANESQUI (1990), “Não é da simples disponibilidade e oferta de bens e serviços de cura[...]que se pode entender o padrão de consumo[...]”.

A questão que motiva este trabalho é a de que o PSF, tal como outros modelos assistenciais, oferta serviços desconhecendo o consumo efetivo de serviços de saúde pela população adscrita, ainda que busque se diferenciar dos modelos assistenciais mais clássicos, ao propor o trabalho em equipe e o agente comunitário de saúde como elo de ligação entre a equipe de saúde e a população domiciliada. Isto é, o PSF se apresenta como uma modalidade inovadora da assistência à saúde, mas esta potencialidade é restringida no momento em que se utiliza de instrumentos clássicos de planejamento que desconhecem a população como sujeito do consumo de serviços de saúde.

1) OBJETIVOS

“No meio do inverno, finalmente aprendi que havia dentro de mim um verão invencível” Albert Camus

1. Estimar o consumo dos serviços de saúde de atenção primária, secundária e terciária da população adscrita a uma equipe do Programa Saúde da Família;
2. Identificar a capacidade de oferta de serviços da Unidade de Saúde da Família confrontando-a com o perfil de consumo de serviço da população adscrita.

3) PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Somos o que fazemos repetidamente. Por isso, o mérito não está na ação, mas no hábito. Aristóteles

Este trabalho é parte da pesquisa intitulada “*Modalidade de Gestão da Saúde e Equidade*”, subprojeto “*Avaliação e Monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil*” realizada pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC) em parceria com a Fundação FORD e em colaboração com a Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

A escolha dos campos nesta pesquisa foi realizada usando-se como referencial os 96 Distritos Administrativos do Mapa da Exclusão Social (SPOSATI et al, 2002), divididos em 08 estratos definidos pelo Índice da Exclusão Social.

A pesquisa *Avaliação e Monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil* usou como opção metodológica manter os estratos 1,2,3 e 4 do mapa da exclusão social e agrupar os distritos dos estratos 5,6,7 e 8 por apresentarem baixa cobertura na população alvo (poucos distritos com o PSF implantado) e por apresentarem indicadores semelhantes de inclusão social, correspondendo aos distritos da cidade melhor posicionados no ranking. A Tabela 2 apresenta o número de distritos por estrato e a variação do índice de exclusão.

TABELA 2 - ESTRATOS DO MAPA DA EXCLUSÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 2002

Índice da Exclusão Social Estrato	N de distritos	Pontuação
1	13	-1,00 a -0,75
2	19	-0,73 a -0,50
3	18	-0,49 a -0,27
4	27	-0,24 a 0,00
5,6,7,8	19	0,03 a 1,00

FONTE: SPOSATI et al, 2002

Adaptado: CEDEC

A análise da implantação do PSF nos distritos de São Paulo demonstrou a existência de perfis distintos de implantação nos diferentes estratos de exclusão social dos Distritos Administrativos. A partir das diferenças de perfis de implantação entre os distritos foram escolhidos os locais para estudo de caso, que serão ilustrativos das principais características de seu estrato. A Tabela 3 sintetiza estes perfis.

**TABELA 3 - TIPOLOGIA DA IMPLANTAÇÃO DO PSF POR ESTRATO DA EXCLUSÃO SOCIAL
DISTRITOS ADMINISTRATIVOS, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 2003**

Estrato do Ranking da Exclusão Social	Maturidade do PSF	Organização Parceira		Cobertura		Padrão espacial
1	Maior maturidade do Município	9 religiosas 2 universitárias 1 comunitária 1 associativa	3 parceiros gerenciam hospitais 2ários	Alta na pop. alvo e pop. total	Média pop alvo:52,23 Média pop total: 42	Baixíssimo índice de mobilidade e baixa produção de VPMS
2	Majoria com pequena maturidade	9 religiosas 6 universitárias 1 comunitária 3 associativas	3 parceiros gerenciam hospitais 2ários	Uma parcela com alta cobertura outra com baixa, 3 distritos sem PSF	Média pop alvo:30,68 Mediana 17 Média pop total: 21,42 Mediana 11	Índice de mobilidade abaixo da média do município, baixa produção de VPMS
3	Sem maturidade	2 religiosas 11 universitárias 4 associativas	1 parceiro gerencia hospital 2ário	Cobertura de média para baixa, com 5 distritos sem PSF	Média pop alvo: 32,69 Mediana 32 Média pop total:19,66 Mediana 21	Índice de mobilidade variável
4	Sem maturidade	1 religiosa 18 universitárias 8 associativas	3 parceiros gerenciam hospitais 2ários	Cobertura de média para baixa, com 14 distritos sem PSF	Média pop alvo:30,88 Mediana 0 Média pop total:16,77 Mediana 0	Índice de mobilidade acima da média
5-6-7-8	Sem maturidade	2 religiosas 15 universitárias 2 associativas	1 parceiro gerencia hospital 2ários	Cobertura residual, baixa na população alvo, 12 distritos sem PSF	Média pop alvo:24,73 Mediana 0 Média pop total: 9 Mediana 0	Alto índice de mobilidade

Foram utilizados dois questionários como instrumentos da pesquisa. O primeiro questionário (QUES 01) abordou os fluxos da população em busca de atenção à saúde e faz parte da pesquisa “*Avaliação e Monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil*”. O outro questionário (QUES 02) abordou o consumo de serviços de saúde. A elaboração do QUES 02 tomou por base os instrumentos do: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo- Estudo Multicêntrico (USP, UNICAMP,UNESP,SES-SP) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998.

O questionário 01(Anexo A) possui cinco blocos de perguntas. O primeiro relaciona e identifica os moradores do domicílio e descreve suas condições sócio-econômicas. O segundo e terceiro blocos abordam os fluxos e tempo utilizados para usar os serviços. Os blocos quatro e cinco abordam questões específicas da USF e PSF. No presente estudo foi utilizado somente o bloco 01 deste questionário.

O questionário 02 (Anexo B) utilizado na presente pesquisa aborda o consumo de serviços de saúde. A caracterização do consumo se dará pela utilização dos serviços de saúde primário, secundário e terciário no que se refere a frequência de uso, o local utilizado, a natureza do serviço utilizado, o motivo ou necessidade que o levou ao serviço, o tipo de serviço procurado, o serviço recebido, a utilização de medicamentos e suas fontes de financiamento.

Para fins desta pesquisa *consumo* é definido como a utilização por um indivíduo ou unidade familiar de atividades de saúde observadas em centros urbanos pertencentes ao setor terciário da economia, para satisfazer uma exigência individual de origem biológica, para recuperar ou preservar a saúde (CEDEC,2003).

O objeto deste estudo é o indivíduo domiciliado adscrito a uma Equipe de Saúde da Família. Conceituou-se como domicílio o “local de moradia, estruturalmente separado e

independente, constituído por um ou mais cômodos.” (IBGE, 2002). Considerou-se como família “o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que morasse só em uma unidade domiciliar.” (IBGE, 2002).

A presente pesquisa elegeu o estrato três por apresentar Índices de discrepância e Índices de exclusão/inclusão social intermediários entre os 96 Distritos avaliados pelo Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo (SPOSATI et al, 2002). O estrato três apresenta como características também, cobertura intermediária da população total e da população alvo *, baixo índice de mobilidade **, baixa maturidade do PSF ***, organização parceira Universitária e não possui hospital de nível secundário na área de abrangência gerido pela mesma parceira .

Foi sorteado dentre os 18 Distritos Administrativos que compõem o estrato três, o Distrito Administrativo Pirituba (Subprefeitura Pirituba) na região Noroeste da cidade de São Paulo.

Dentre as três Unidades Básicas do Distrito de Saúde Pirituba com PSF implantado, foi sorteada a Unidade de Saúde Jardim Pirituba.

Dentre as três equipes da Saúde da Família existentes na USF Jardim Pirituba, foi sorteada a Equipe de Saúde da Família 01.

*Cobertura média de 19,66% da população total e 32,69% da população alvo

**Metodologia desenvolvida por Bousquat (2000), refere-se a capacidade de deslocamento da população, expressa no índice de mobilidade e o coeficiente de Viagens por Motivo de Saúde. Índices baixos podem indicar dificuldade ao acesso de bens e serviços e “demandas reprimidas”

***Tempo de implantação do PSF, as equipes iniciaram em 2001

A partir das Fichas A (SIAB)* foram identificados os domicílios e sorteada uma amostra de 10% dos domicílios da Equipe de Saúde da Família. O número total de famílias adscritas a equipe um era de 1360. Foram sorteadas 136 famílias (amostra de 10%). Esta amostra foi submetida a aplicação do QUES 01 no dia 17 (Sábado) de agosto de 2003. As informações eram fornecidas pelo morador que atendesse o entrevistador. Foram realizadas 113 entrevistas na primeira visita usando-se o instrumento referente a espaço. Houve 23 (20%) perdas (oito recusas, nove domicílios fechados, um endereço não localizado e cinco como família mudou ou não localizada).

A partir dos domicílios que responderam ao QUES 01, procedeu-se a elaboração de um organograma dos moradores do domicílio em relação ao chefe da família, considerada pessoa de referência (segundo notas técnicas IBGE,2000)**.

A partir deste organograma foram sorteados dois moradores do domicílio, anotando-se para ordem da entrevista o primeiro e segundo sorteados. Fez-se necessário o sorteio de dois moradores porque na ausência do primeiro sorteado procurava-se pelo segundo sorteado e, somente na ausência do segundo sorteado era considerado perda da entrevista.

* SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica, utiliza a ficha A para cadastramento das famílias

**Pessoa de referência - Pessoa responsável pela família ou que assim fosse considerada pelos demais membros da família;

Cônjuge - Pessoa que vivia conjugalmente com a pessoa de referência da família, existindo ou não o vínculo matrimonial;

Filho - Pessoa que era filho, enteado, filho adotivo ou de criação da pessoa de referência da família ou do seu cônjuge;

Outro parente - Pessoa que tinha qualquer outro grau de parentesco com a pessoa de referência da família ou com o seu cônjuge;

Agregado - Pessoa que não era parente da pessoa de referência da família nem do seu cônjuge e não pagava hospedagem nem alimentação a membro da família;

Pensionista - Pessoa que não era parente da pessoa de referência da família nem do seu cônjuge e pagava hospedagem ou alimentação a membro da família; (IBGE,2002)

O QUES 02 foi aplicado no dia 24 (Sábado) de agosto de 2003. A coleta de dados foi realizada por entrevistadores treinados que registraram as respostas no questionário.

Na segunda visita foram realizadas 99 entrevistas ocorrendo 14 (14,1%) perdas. As perdas foram devido a duas recusas, nove domicílios fechados e três domicílios não visitados.

O programa Epi-data foi utilizado para a elaboração do banco de dados do estudo e o programa estatístico Epi Info 2002 e STATA - Statistical Software,2001 para a análise dos dados.

Para estimar a oferta de serviços da equipe de PSF e descrever o perfil assistencial da USF, foram realizadas entrevistas com o médico de família da equipe sorteada e com o gerente da USF utilizando-se de roteiro (Anexo C). As entrevistas foram realizadas no dia 16 de setembro de 2003.

A partir dos registros existentes nos mapas de Produção (Ficha D1 médico e D2 enfermeiro do SIAB - Anexo D), foram sistematizados os dados de produção da equipe 01 do Programa Saúde da Família.

Para a caracterização do perfil sócio econômico e epidemiológico do Distrito de Saúde Pirituba foram usadas as seguintes fontes secundárias: PRO-AIM (Secretaria Municipal de Saúde); Fundação Seade; Mapa da Exclusão /Inclusão Social da Cidade de São Paulo edição 1996 e 2000; CEInfo –SMS; IBGE.

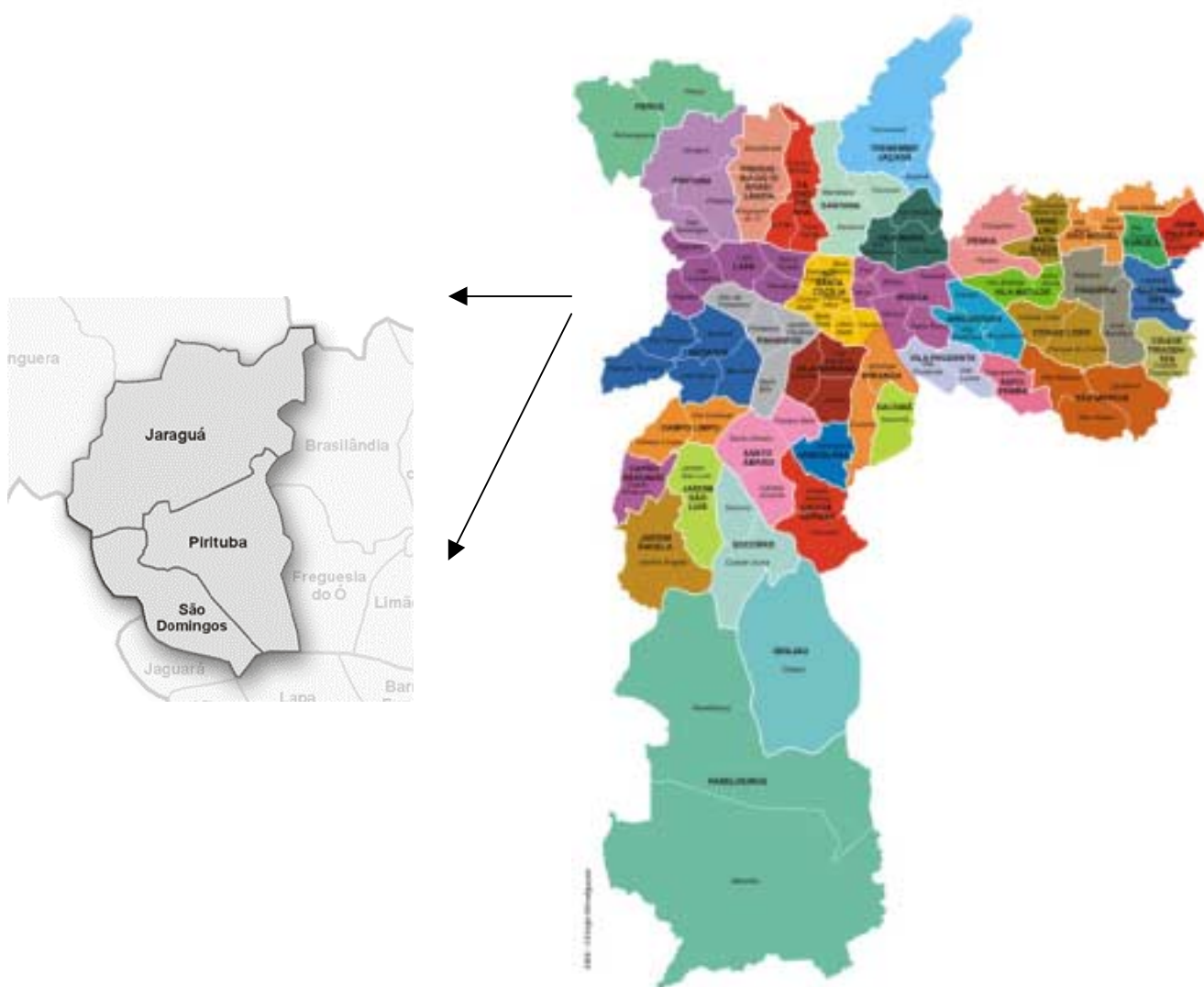
4) RESULTADOS

*There are more things in heaven and earth,
Horatio, Than are dreamt of in your
philosophy. Hamlet, Act I, Sc.5*

4.1 CARACTERÍSTICAS DO DISTRITO DE SAÚDE PIRITUBA

O Distrito de Saúde Pirituba localiza-se na região noroeste do município de São Paulo (Figura 1), envolve os Distritos Administrativos de Pirituba, Jaraguá e São Domingos e pertence a Subprefeitura de Pirituba (DOM, 2002).

FIGURA 1 – MAPA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E DISTRITO DE SAÚDE PIRITUBA 2003



4.1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO*

As diversas fontes consultadas ainda não trazem uniformidade da unidade territorial adotada, em decorrência disto, privilegiou-se citar os dados do Distrito Administrativo (DA). As informações apresentadas serão especificadas quanto a correspondência à Distrito Administrativo (divisão administrativa adotada pela Subprefeitura) ou Distrito de Saúde (divisão adotada pela Secretaria Municipal de Saúde). No caso do Distrito de Saúde Pirituba há a configuração 2001 (DA Pirituba e DA São Domingos) e a reconfiguração de 2002 (DA Pirituba, DA São Domingos e DA Jaraguá). Da mesma forma, os dados demográficos e epidemiológicos disponíveis se referem a anos distintos e serão identificados por parênteses.

O Distrito de Saúde Pirituba (Pirituba, São Domingos e Jaraguá), compreende uma área de 54,7 km² e uma população total de 390.083 habitantes (IBGE, 2000). Somente o Distrito Administrativo (DA) Pirituba conta com 161.732 habitantes (2003) e apresentou uma taxa de crescimento anual da população de 0,22% em 2002.

O DA Pirituba apresenta perfil de população jovem, registrou 33,9% dos indivíduos com idades entre 0 e 24 anos enquanto apenas 2 a 5% da população apresentava-se com 70 anos ou mais. O município de São Paulo apresentava 33,66% de sua população entre 0 a 24 anos (MAPA DA EXCLUSÃO,2000).

O DA Pirituba compreende 40.587 domicílios permanentes (MAPA DA EXCLUSÃO,2000).

* FONTES: FUNDAÇÃO SEADE,2002 ; PRO-AIM /SMS –SP 2002; IBGE,2000

A renda média familiar em salários mínimos* em 1997 era de 11,16 enquanto que o Município apresentava 14,03. (1997)

A média de moradores por domicílio particular permanente era de 3,44, próximo a densidade média habitacional do município que era de 3,54. (IBGE: Censo Demográfico,2000)

O DA Pirituba apresentava 21,04% de seus domicílios em condições precárias (MAPA DA EXCLUSÃO,1996).

O percentual de mulheres chefes de família em 1996 era de 21,85%, não sendo considerado ainda um índice de exclusão, considerado como tal, percentuais acima de 24,89%. O percentual de chefes de família sem instrução era de 5,5% em 1996.

Quanto a oferta de serviços públicos, o Distrito Administrativo apresentava em 1999, déficit de 10.770 vagas em creches para crianças de 0 a 4 anos. Apresentava 10 % de seus domicílios em condições precárias quanto ao acesso a água (MAPA DA EXCLUSÃO,2000).

A oferta de Unidades Básicas de Saúde pelo DA Pirituba permite a cobertura de 100% da população, considerando-se uma UBS para 30.000 habitantes.

O DS Pirituba (2002) possui os seguintes equipamentos de Saúde (Tabela 4):

*Valor do Salário Mínimo em 1997 – R\$ 117,33

**TABELA 4 – EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DO DISTRITO DE SAÚDE PIRITUBA
– 2002**

DA	Município			Total	Estado				Particular		Total
	UBS	CS	UBS		Hosp	Leito	Hosp	Leito	Hosp	Leito	
Jaragua	03	02	-	05	-	-	01	208	-	-	01
Pirituba	03	04	02	09	01	138	01	80	-	-	02
S.Domingos	-	-	02	02	-	-	-	-	02	330	02
				16							05

FONTE: SMS/ 1998

UBS- Unidade Básica de Saúde CS- Centro de Saúde * Atualmente municipalizados

Segundo o Índice de Exclusão/Inclusão Social (IEX), a classificação dos Distritos Administrativos que compõem o Distrito de Saúde Pirituba são: DA Jaraguá (- 0,63) , DA Pirituba (-0,41) e DA São Domingos (-0,21), portanto todos em níveis de exclusão social considerando que o índice varia de (-1) para o pior Distrito a (+1) para o melhor, sendo o valor 0 dado a um padrão desejável (SPOSATI et al., 2000).

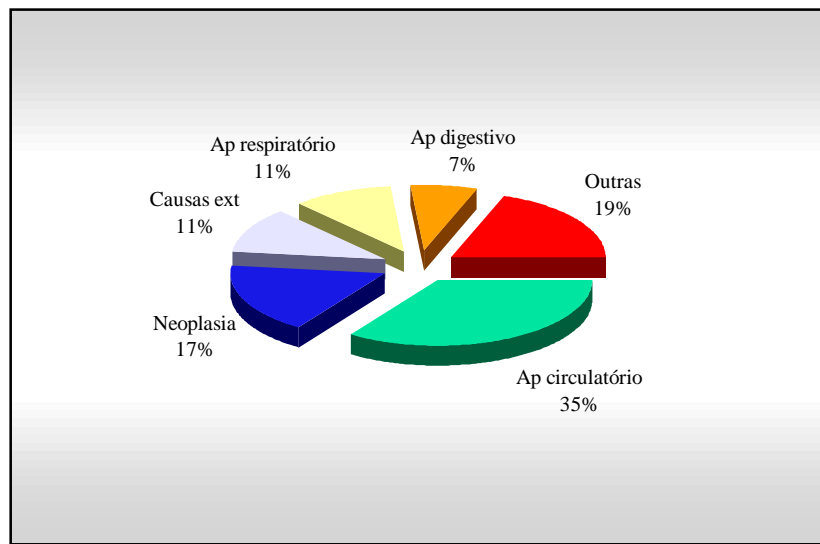
4.1.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO*

* FONTE: FUNDAÇÃO SEADE,2002 ; PRO-AIM /SMS –SP 2002; IBGE,2000

O Distrito de Saúde Pirituba (DA Pirituba e DA São Domingos) situa-se, de acordo com o Índice de Saúde, na 16ª posição entre os 41 Distritos de Saúde com o escore de 0,59. Este Índice foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, varia de zero a um, sendo o valor zero dado ao Distrito com pior situação de saúde e um àquele com melhores condições. O índice é construído a partir dos seguintes indicadores: coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de incidência de tuberculose, mortalidade precoce por doenças crônicas e mortalidade por causas externas (CEINFO, 2002).

O DA Pirituba apresentava em 2002 uma taxa de mortalidade infantil de 16,27 por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil do DA ficou acima da taxa do Município que era de 15,10 por 1000 nascidos vivos no mesmo ano.

O DA Pirituba registrou 1.055 óbitos gerais, o equivalente a uma taxa de mortalidade geral de 6,49 por mil habitantes no ano de 2002. A taxa de mortalidade geral ficou próxima à do Município, 6,38 por 1000 habitantes. As principais causas de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório (365), neoplasias (184), causas externas (117) e as doenças do aparelho respiratório (113) - Figura 2. As mortes por homicídio foram responsáveis por 68 óbitos, 58,1% das causas externas. Como nos demais distritos do município de São Paulo, os homicídios matam quase que exclusivamente a população jovem masculina. Das 68 mortes por homicídio 61 eram de homens e apenas sete eram do sexo feminino. O DA Pirituba apresentou taxa de mortalidade por homicídios (por cem mil hab) de 37,55. A taxa de mortalidade por homicídios do Município em 2002 era de 54,20.

FIGURA 2 - PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO DO DS PIRITUBA - 2002

FONTE: Pro-Aim/ SMS –SP 2002

4.2 Características Gerais da Unidade Saúde da Família Jardim Pirituba*

A Unidade de Saúde Jardim Pirituba foi inaugurada em 1973 pela Prefeitura de São Paulo. No período de 1995 a 2000 pertenceu ao Módulo oito do PAS e retornou a Secretaria Municipal de Saúde em 2001. A Unidade foi transformada em Unidade de Saúde da Família em outubro de 2002. Atualmente trabalham na Unidade três equipes de Saúde da Família que fornecem cobertura a 70% da população da área de abrangência da UBS.

*Segundo entrevista realizada dia 16/09/2003 com a gerente da USF

A Instituição Parceira que abrange Jardim Pirituba é a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Os critérios para implantação do PSF nesta Unidade foram:

- a) A Unidade estar sob a gerência da SMS . Somente a Unidade Jardim Pirituba junto com outras 02 Unidades do Distrito Administrativo Pirituba pertenciam a gerência Municipal, os outros 06 (seis) serviços de assistência primária do Distrito estavam sob o comando da Secretaria Estadual de Saúde;
- b) Condições sócio–econômicas precárias: através da territorialização, foram priorizadas as regiões com piores indicadores sócio-econômicos, caracterizadas como as áreas onde as famílias recebiam menos de cinco salários mínimos.

Segundo a gerente da Unidade de Saúde da Família Jd Pirituba não houve planejamento específico para a assistência médica na Unidade após a transformação do serviço em Unidade de Saúde da Família.

Houve a substituição gradativa do modelo vigente na UBS pelo do PSF, acarretando a saída de alguns profissionais que não se incorporaram ao PSF. Portanto, a UBS foi transformada em Unidade de Saúde da Família.

As equipes são formadas por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários. Nesta USF, as equipes foram compostas por médicos com formação em ginecologia, um clínico e um pediatra. Cada equipe atende a 1.500 famílias adscritas. O trabalho médico permaneceu inicialmente com as consultas agendadas através da demanda espontânea sem restrição da área de abrangência, divididas entre os agendamentos tradicionais de consultas clínicas, ginecológicas e pediátricas. Permaneceu desta maneira para que os profissionais médicos pudessem capacitar-se observando as consultas uns dos outros. O Programa prevê o atendimento médico com

abordagem generalista, por isso foi necessário capacitar cada médico para que atendesse as três especialidades gerais (clínica, ginecologia e pediatria). Após os cursos de capacitação para médico e enfermeira fornecidos pela UNIFESP foi adotada a diretriz de adscrição da clientela para cada equipe de Saúde da Família. Deste modo, as equipes se caracterizaram como equipe de PSF, ou seja, a mesma equipe deve fornecer assistência médica aos adultos, mulheres e crianças das mesmas 1500 famílias, assim como exercer as demais atividades de prevenção e promoção à saúde.

4.2.1 Perfil de oferta de serviços da Unidade Jardim Pirituba

Horário de atendimento- Segunda a Sexta-feira das 07:00 às 20:00h.

Serviços :

- √ Procedimentos : Curativo, Inalação, coleta de sangue, vacinação
- √ Dispensação de Medicamentos
- √ Atendimento em grupo (terapêutico e educativo) destinado a Hipertensos, diabéticos, Gestantes, Adolescentes, Planejamento familiar, Depressivos;
- √ Realização de grupos de caminhada e ginástica
- √ Atendimento de enfermagem
- √ Atendimento Odontológico (quatro profissionais)
- √ Atendimento Fonoaudiológico (um profissional)
- √ Atendimento por Nutricionista (um profissional)

✓ Serviço social (um profissional)

✓ Atendimento médico por médico de família que realizam de rotina: coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero (Papanicolaou), colocação de Dispositivo-Intra-Uterino (DIU), assistência a pré-natal de baixo risco, climatério, puericultura, atendimento as demais necessidades pediátricas, atendimento clínico geral e atendimento a Tuberculose

O Hospital Municipal de Pirituba é utilizado como referência para: exames de Radiografia, Eletrocardiograma e Ultrassonografia de urgência, colposcopia, cirurgias eletivas, partos de baixo risco e consultas especializadas.

Para realização de Mamografia e Ultrassonografia eletivas, os pacientes são encaminhados para o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho ou para o Ipiranga, através de convênio com a UNIFESP. As vagas de Ultrassonografia são preenchidas prioritariamente pelas gestantes.

Recentemente, a USF se beneficiou de vagas para algumas especialidades provenientes do serviço iniciado em agosto de 2003 pela Prefeitura, chamado *Call Center*.

O Hospital Arnaldo Vieira de Carvalho recebe as referências para oncologia.

As internações para partos de alto risco são encaminhados para Hospital Vila Nova Cachoeirinha.

As cirurgias pediátricas ainda não possuem serviço de referência definido.

A USF não possui base de ambulância no local, há uma ambulância que permanece na sede da Coordenadoria de Saúde de Pirituba.

4.2.2 Dinâmica de trabalho da Equipe de Saúde da Família *

As atividades do trabalho médico de uma semana típica são as seguintes:

- a) quatro a seis horas/ dia para consulta médica individual, divididas em atendimento pediátrico nas segundas-feiras, atendimento clínico nas terças-feiras e atendimento ginecológico nas sextas-feiras
- b) reunião de equipe três vezes por semana uma hora/dia
- c) reunião técnica com a Unidade uma vez por semana
- d) grupos terapêuticos duas vezes por semana (uma hora/grupo)
- e) visita domiciliar aos acamados duas a quatro horas semanais
- f) atendimentos de urgência três horas semanais

4.2.3 Indicadores de Produção da Equipe de Saúde da Família

A produção de consultas médicas é anotada pelo profissional médico na ficha denominada Ficha D1 (Anexo D) do sistema SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica).

* Segundo entrevista com o médico de família O médico da equipe 01 trabalha na Unidade Jd Pirituba desde de 1992 e foi contratado como médico de família em outubro de 2002. Sua formação é de clínico geral.

A ficha D discrimina os atendimentos por faixa etária em atendimentos de puericultura, pré-natal, puerpério, ginecologia, prevenção de câncer cervico uterino, fornecimento de diafragma, colocação de DIU, DST, AIDS, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase e outras consultas.

TABELA 5 – PRODUÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA DA EQUIPE 01 – PERÍODO 01 ANO*

	Nov 02	Dez/ 02	Jan/ 03	Fev 03	Mar/ 03	Abri 03	Mai 03	Jun 03	Jul 03	Ago 03	Set 03	Out 03
Hipertensão		02		48	52	26	34	72				
Diabetes		03	01	45	18	18	8	88				
Tuberculose				2	2	1	1					
Gineco		18	60	23	54	66	42	37		43	44	28
Cons gerais		114	75	194	74	125	132	185		306	413	335
Total	226	137	136	312	200	236	217	382	106	349	457	363

*Os dados não estão disponíveis de forma uniforme

4.3 Resultados das entrevistas com o indivíduo domiciliado adscrito a equipe do Programa Saúde da Família

4.3.1–Caracterização da população entrevistada :

TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS 99 ENTREVISTADOS

Característica	N (%)
Idade	
Média \pm desvio padrão (anos)	36,6 \pm 22,07
Mediana (anos)	36
Variação mín. máx. (anos)	1-79
Sexo	
Masculino	39 (39,4)
Feminino	60 (60,6)
Número de Moradores no Domicílio	
Média \pm desvio padrão (pessoas)	4,19
Mediana (pessoas)	4
Variação mín. máx. (pessoas)	1 –11
Renda Familiar (88 declararam)	
Média \pm desvio padrão (reais)	1.320,00 \pm 1.147,32
Mediana (reais)	950,00
Moda (reais)	240,00
Variação mín. máx.(reais)	200,00 – 7.500,00
Escolaridade	
Analfabeto	5 (5,1)
1º grau incompleto	30 (30,3)
1º grau completo	16 (16,2)
2º grau incompleto	13 (13,1)
2º grau completo	16 (16,2)
Universitário incompleto	03 (3)
Universitário completo	03 (3)
Não se aplica	13 (13,1)

4.3.2 Cobertura, Consumo e Financiamento de Serviços Privados de Saúde

FIGURA 3 - COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE:

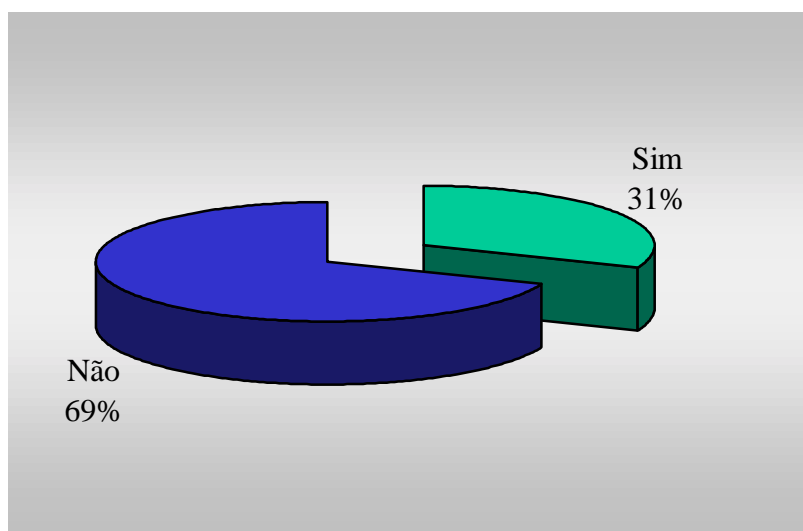
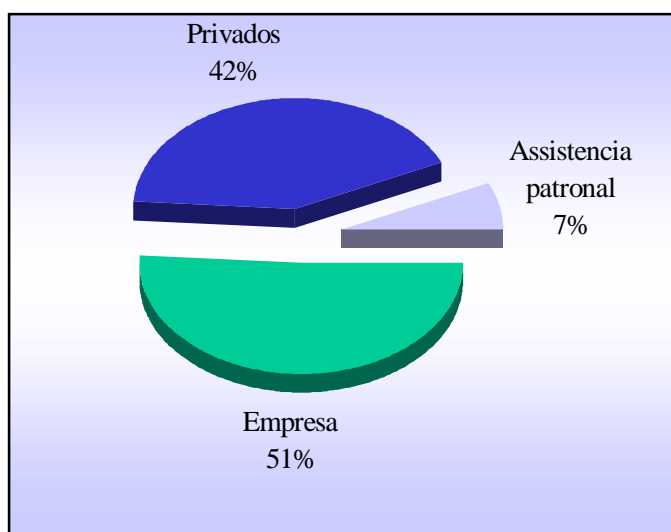


TABELA 7 - IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

	N (%)
AMENO	1 (3,2)
AMICO	1 (3,2)
AMESP	1 (3,2)
BRADESCO	1 (3,2)
CRUZ AZUL	1 (3,2)
INTERCLÍNICAS	2 (6,4)
LIFE SYSTEM	1 (3,2)
MEDIAL SAÚDE	1 (3,2)
MEDICOL	1 (3,2)
MESP	1 (3,2)
METRUX	1 (3,2)
OESTE	3 (9,7)
QUAZAPLUS	1 (3,2)
SAMCIL	3 (9,7)
SERVIDOR PÚBLICO	2 (6,4)
SUL AMÉRICA	3 (9,7)
UNIMED	2 (6,4)
NÃO RESPONDEU / NÃO SABE	5 (16,1)
	31 (100)

FIGURA 4 - MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**TABELA 8 - FONTE DE PAGAMENTO DO PLANO DE SAÚDE**

	N (%)
Titular através do trabalho anterior	02 (6,5)
Titular através do trabalho atual	11 (35,5)
Titular diretamente ao Plano	10 (32,3)
Outro morador do domicílio	08 (25,8)
	31 (100)

TABELA 9 - VALOR DA MENSALIDADE DO PLANO DE SAÚDE

	N (%)
Até R\$ 30,00	4 (12,9)
R\$ 50 a 100,00	4 (12,9)
R\$ 100 a 200,00	5 (16,1)
R\$ 200 a 300,00	4 (12,9)
Mais de R\$ 500,00	1 (3,2)
Não respondeu/Não sabe	13 (41,9)
	31 (100)

TABELA 10 - COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE

	N (%)
Consulta Médica	31 (100)
Exames Complementares	31 (100)
Internações	31 (100)
Medicamentos fora da Internação	01 (3,2)

4.3.3 Caracterização do Consumo de Serviços Ambulatoriais e de Urgência

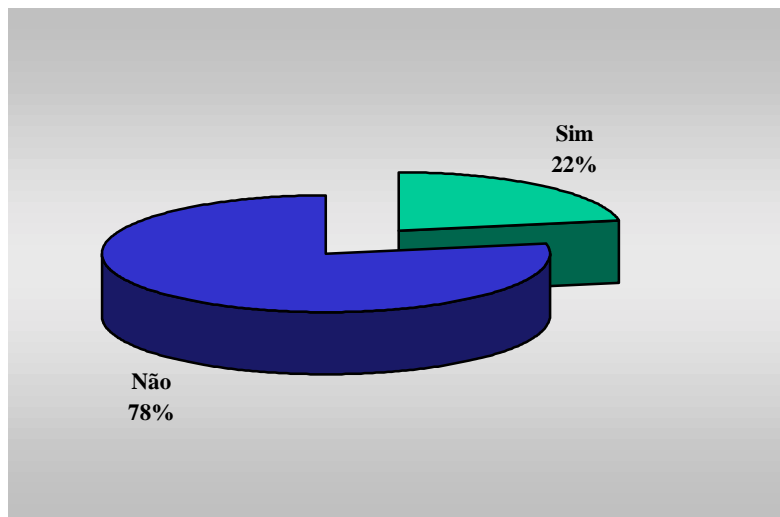
FIGURA 5 – PROCURA POR SERVIÇO DE SAÚDE NOS 15 DIAS PRECEDENTES À ENTREVISTA

TABELA 11- FREQUÊNCIA DE PROCURA AO SERVIÇO DE SAÚDE

Número de Pessoas (%)	Número de vezes
18 (81,8)	01 vez
03 (13,6)	02 vezes
01 (4,5)	04 vezes
22 (100)	

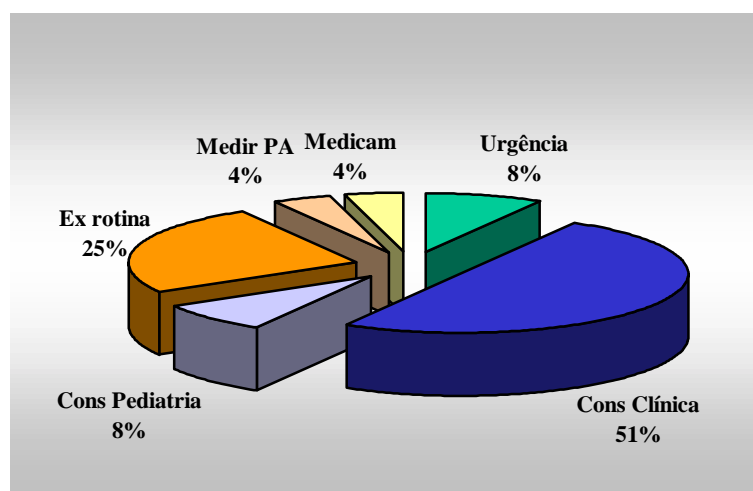
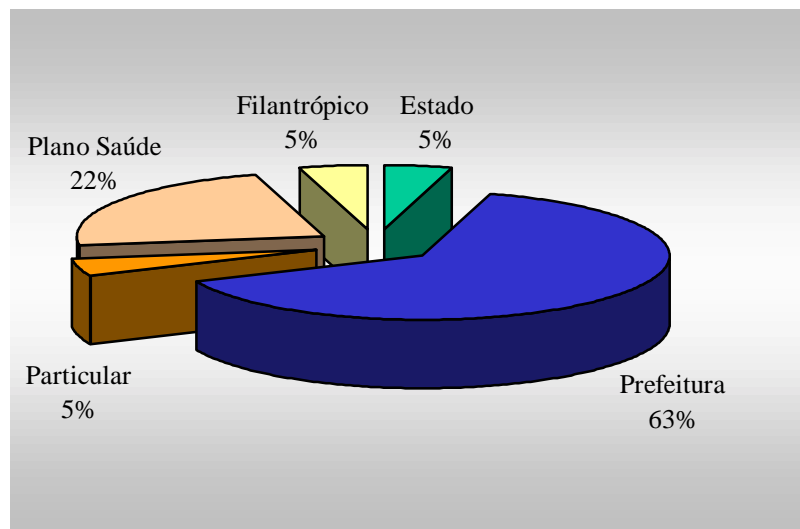
FIGURA 6 - MOTIVO DA PROCURA

TABELA 12 - TIPO DE SERVIÇO PROCURADO

	N (%)
Posto ou Centro de Saúde	09 (40,9)
Consultório Particular	05 (22,7)
Pronto Socorro	05 (22,7)
Hospital	02 (9,1)
Ambulatório Especialidades Público	01 (4,5)
	22 (100)

TABELA 13 - LOCALIZAÇÃO DO SERVIÇO PROCURADO

BAIRRO	N (%)
Pirituba	12 (54,5)
Jardim São José	01 (4,5)
Casa Verde	01 (4,5)
Santa Cecília	01 (4,5)
Vergueiro	01 (4,5)
Não Respondeu/Não sabe	06 (27,2)
MUNICÍPIO	
São Paulo	19 (86,3)
Não Respondeu/Não sabe	03 (13,6)
	22 (100)

FIGURA 7 - NATUREZA DO SERVIÇO PROCURADO

4.3.4 Acesso , Financiamento e Identificação do Atendimento na Primeira Procura aos Serviços de Saúde

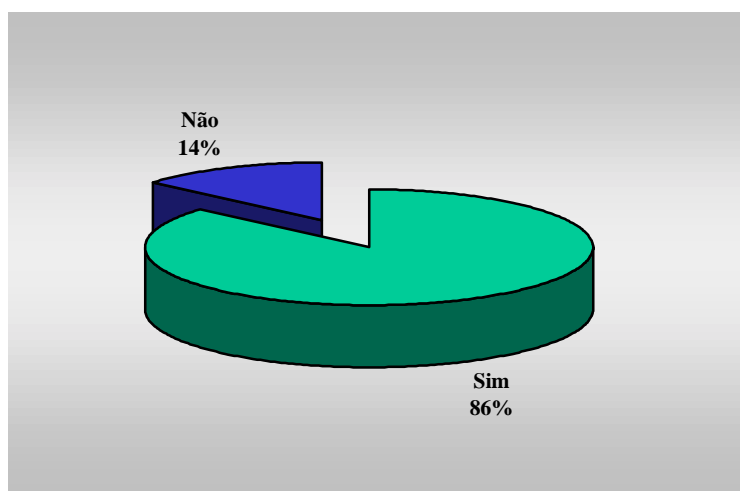
FIGURA 8 – RESPOSTA DO SERVIÇO NA PRIMEIRA PROCURA (N=22)

FIGURA 9 – TIPO DE PROCEDIMENTO REALIZADO NA PRIMEIRA PROCURA

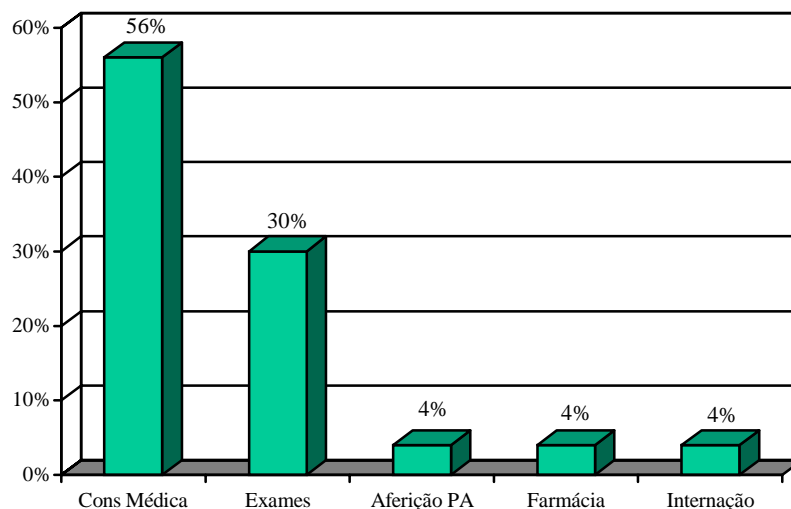


TABELA 14 – FORMA DE FINANCIAMENTO DO ATENDIMENTO

Pagou pelo atendimento	N (%)	Quantia (R\$)
Não	17 (85)	
Sim (Parcialmente)	1 (5)	16,00
Sim (Integralmente)	2 (10)	80,00 E 150,00
	20 (100)	

4.3.5 Acesso , Financiamento e Identificação do Atendimento na Segunda Procura aos Serviços de Saúde

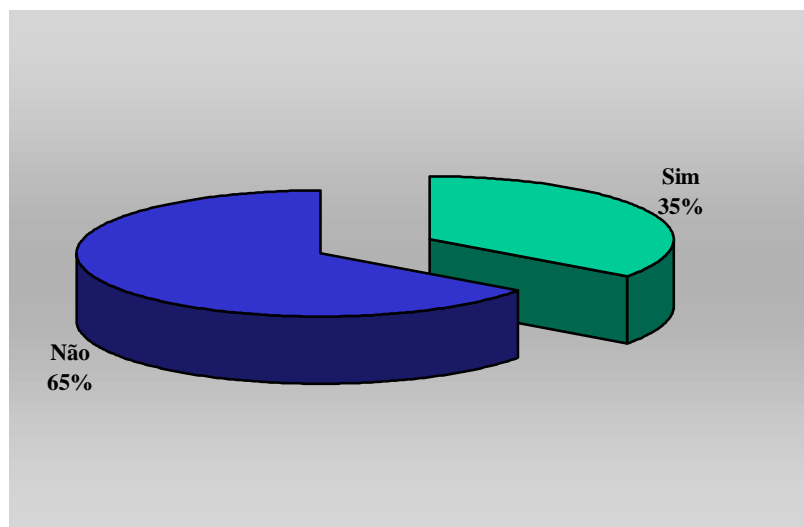
TABELA 15 -MOTIVO PELO QUAL NÃO FOI ATENDIDO NA PRIMEIRA PROCURA

	N (%)
Ausência de médico	2 (66,7)
Não marcou consulta	1 (33,3)
	3 (100)

TABELA 16 – SITUAÇÃO DOS INDIVÍDUOS EM RELAÇÃO A PROCURA DO SEGUNDO ATENDIMENTO

Voltou a procurar o serviço	N(%)	Tipo Serviço	Local (DA)
Não	2 (66,7)		
Sim	1 (33,3)	Consultório Particular	Jabaquara
	3(100)		

4.3.6 Consumo e Financiamento de Serviços de Diagnose e Terapia (SADT) na Procura aos Serviços de Saúde

FIGURA 10 - SOLICITAÇÃO DE EXAMES N = 20**TABELA 17 – FORMA DE FINANCIAMENTO DOS EXAMES SOLICITADOS**

	N (%)	Quantia (R\$)	Cobertura do gasto restante
Plano de Saúde	2 (28,6)		
Recursos Próprios Parcial	1 (14,3)	11,00	Caixa aposentadoria militar
SUS	3 (42,9)		
NR	1 (14,3)		
	7 (100)		

4.3.7 Consumo e Financiamento de Medicamento Vinculado ao Atendimento Efetivado (Primeiro Ou Segundo)

FIGURA 11- RECEITA DE MEDICAMENTOS (N=20)

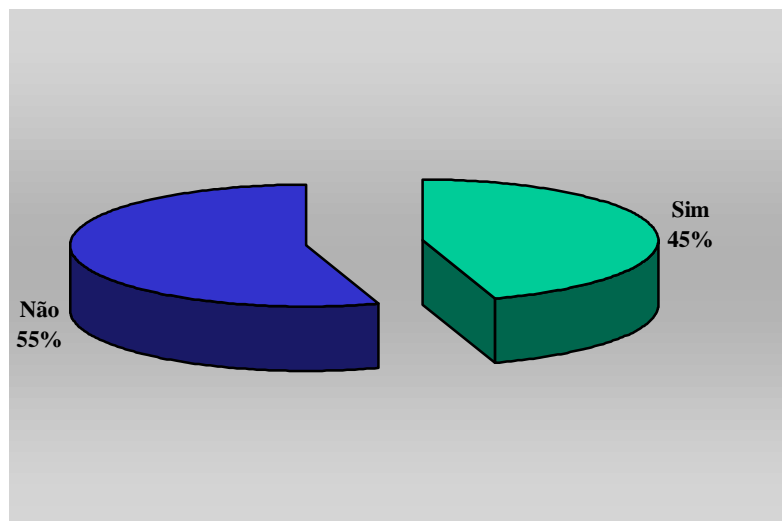


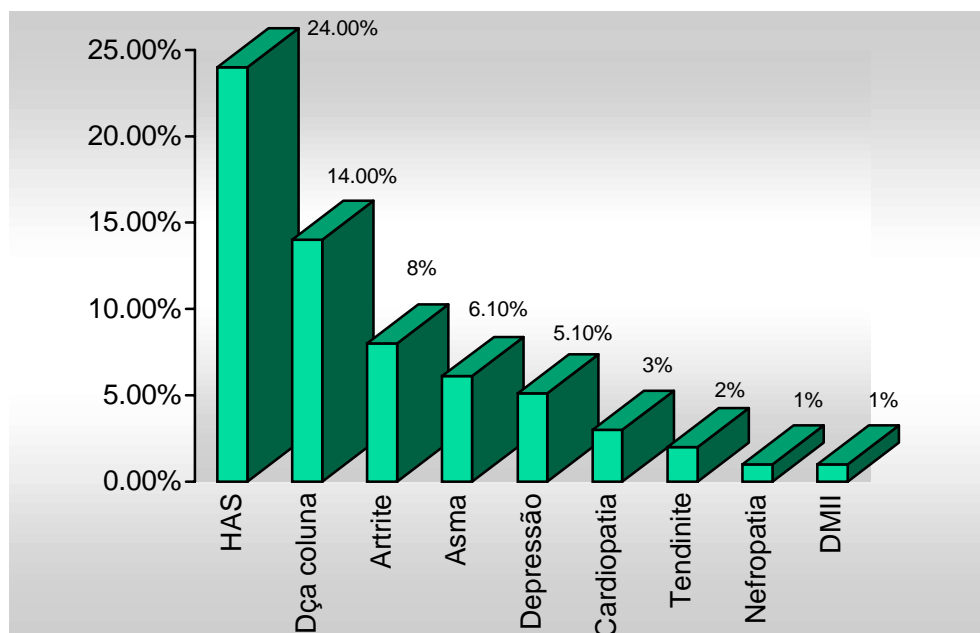
TABELA 18 – USO DO MEDICAMENTO PRESCRITO

	N (%)
Sim	8 (88,9)
Não	1 (11,1)
	9 (100)

TABELA 19 – FONTE DE FINANCIAMENTO DO MEDICAMENTO PRESCRITO

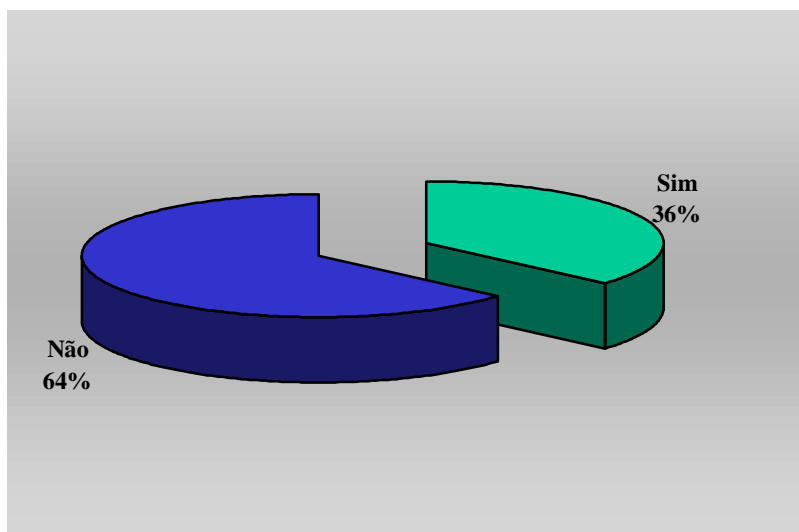
Pagou pelo medicamento	N (%)	Quantia R\$	Média ± dp* (R\$)
Não	1 (12,5)		
Parcial	2 (25)	3,50 e 5,00	4,25± 1,10
Integral	4 (50)	40,00; 60,00; 78,00; 100,00	69,50± 19,00
Não respondeu/Não Sabe	1 (12,5)		
	8 (100)		

* dp desvio padrão

FIGURA 12 - PESQUISA DE AGRAVOS GERAIS DE SAÚDE (N=99)

4.3.8 Caracterização do Consumo e Financiamento de Medicamentos

FIGURA 13 -CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO



**TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS POR CLASSE
MEDICAMENTOSA (N= 36)**

Classe Medicamentosa	N (%)
Anti-hipertensivos	26 (72,2)
Vitaminas	08 (22,2)
Anticoncepcionais	04 (11,1)
Antiulcerosos	03 (8,3)
Antiinflamatórios Não –Esteróides	02 (5,5)
Antitireoidianos	02 (5,5)
Inibidor da Reabsorção Óssea	02 (5,5)
Antilipêmicos	02 (5,5)
Antidepressivos	01 (2,7)
Broncodilatadores	01 (2,7)
Antialérgicos	01 (2,7)
Ansiolíticos	01 (2,7)
Anorexígenos	01 (2,7)
Hormônios de Reposição	01 (2,7)
	55*

*Os indivíduos fizeram uso de mais de um medicamento

TABELA 21 – PROCEDÊNCIA DA RECEITA DO MEDICAMENTO

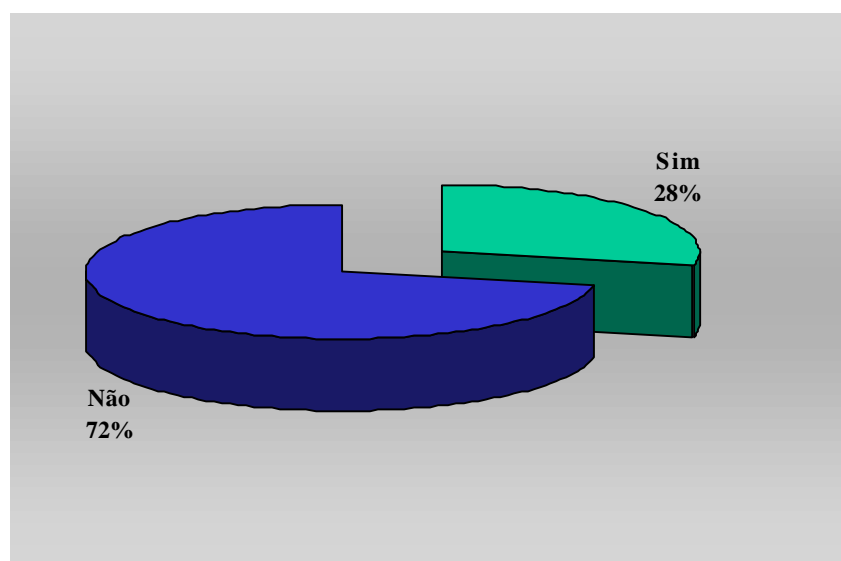
Quem receitou	N (%)
Médico	33 (91,7)
Automedicação	2 (5,6)
Não Respondeu	1 (2,8)
	36 (100)

TABELA 22 – LOCAL DE AQUISIÇÃO DO MEDICAMENTO

	N (%)
Farmácia	21 (58,3)
Hospital	01 (2,8)
Posto de Saúde	13 (36,1)
Não Respondeu	1 (2,8)
	36 (100)

TABELA 23- FORMA DE FINANCIAMENTO DO MEDICAMENTO

	N (%)	Média ± dp (R\$) (mín. e máx)	Cobertura restante	gasto
Recursos próprios integral	21 (58,3)	60,4 ± 104 (3,60 a 300,00)		
Recursos próprios parcial	01 (2,8)	3,50	SUS	
SUS	13 (36,1)			
Não Respondeu	01 (2,8)			
	35 (100)			

FIGURA 14 - CONSUMO DE MEDICAMENTOS NOS SETE DIAS ANTERIORES**TABELA 24- MEDICAMENTOS UTILIZADOS NOS SETE DIAS ANTERIORES
POR CLASSE MEDICAMENTOSA (N= 28)**

Classe Medicamentosa	N (%)
Analgésicos	14 (50)
Antiinflamatórios Não –Esteróides	09 (32,1)
Antialérgicos	06 (21,4)
Antiulcerosos	03 (10,7)
Antibióticos	02 (7,1)
Antiespasmódico	01 (3,5)
Broncodilatadores	01 (3,5)
	36 *

* 07 entrevistados fizeram uso de mais de um medicamento

TABELA 25 – PROCEDÊNCIA DO MEDICAMENTO DOS SETE DIAS ANTERIORES

	N (%)
Automedicação	15 (53,6)
Médico	06 (21,4)
Familiar	04 (14,3)
Farmacêutico	02 (7,1)
Não Respondeu	01 (3,6)
	28 (100)

TABELA 26 – FORMA DE FINANCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS USADOS NOS SETE DIAS ANTERIORES

	N (%)	Média ± dp (R\$) (mín. e máx.)	Cobertura do gasto restante
Recursos próprios integral	24 (85,7)	14,1 ± 26 (0,40 a 100,00)	
Recursos próprios parcial	01 (3,5)	8,00	SUS
Ganhou	01 (3,5)		
Não Respondeu	02 (7,1)		
	28 (100)		

4.3.9 Caracterização do Consumo de Serviços Hospitalares

FIGURA 15 - INTERNAÇÃO NOS 12 MESES QUE ANTECEDERAM A PESQUISA

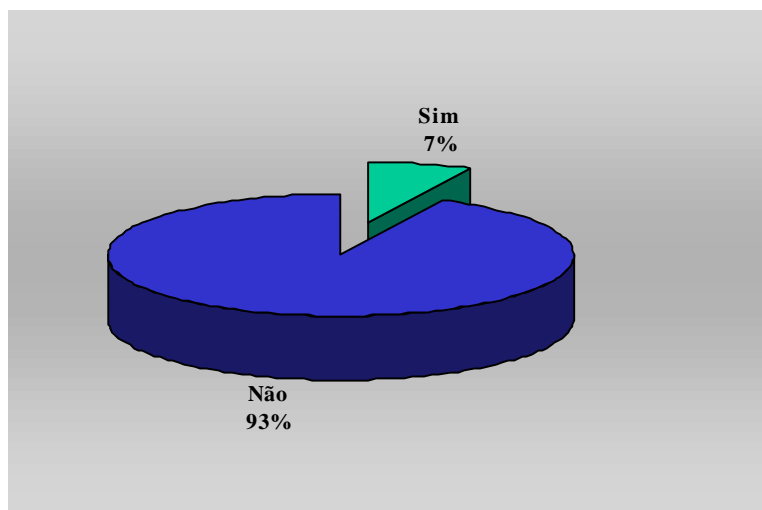


TABELA 27 - NATUREZA DO HOSPITAL

	N (%)
Público	05 (71,4)
Plano de Saúde	01 (14,3)
Particular	01 (14,3)
	07 (100)

TABELA 28 – LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL PROCURADO

BAIRRO	N (%)
Pirituba	04 (57,1)
Freguesia do Ó	01 (14,3)
Cambuci	01 (14,3)
Vergueiro	01 (14,3)
MUNICÍPIO	
São Paulo	07 (100)

TABELA 29 - TEMPO DE INTERNAÇÃO

Dias	N (%)
1-2	02 (28,6)
2-5	03 (42,9)
Até 15 dias	01 (14,3)
Até 30 dias	01 (14,3)
	07 (100)

TABELA 30 - TIPO DE PROCEDIMENTO REALIZADO

	N (%)
Cirurgia	01 (14,2)
Exames	03 (42,8)
Parto Normal	01 (14,2)
Tratamento Clínico	02 (28,5)
	07 (100)

TABELA 31 – FONTE DE FINANCIAMENTO DA INTERNAÇÃO

	N (%)	Quantia R\$
SUS	05 (71,4)	
Plano de Saúde	01 (14,3)	
Particular	01 (14,3)	2.130,00
	07 (100)	

5. DISCUSSÃO

A verdadeira viagem da descoberta não é achar novas terras , mas ver o território com novos olhos. Marcel Proust

A descrição e a análise do consumo efetivo de serviços de saúde pela população adscrita às equipes de PSF podem servir como instrumentos para o planejamento das ações da USF.

A literatura sobre consumo de serviços de saúde usada como referência na discussão dos resultados desta pesquisa não apresenta identidade de metodologia e de abrangência. A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD (1998) apresenta nível de agregação para grandes regiões e áreas metropolitanas.

Pesquisa realizada por COSTA; FACCHINI (1997) sobre utilização de serviços em Pelotas também citada como referência, usa estudo transversal com base populacional e sua abrangência é municipal (população de 289.500 habitantes). Entretanto, o DA Pirituba conta com 161.732 habitantes, equiparando-se a um município de médio porte (>100.000hab) de acordo com IBGE,2003.

A característica da população estudada apresentou perfil adulto (média de 36,6 anos dp \pm 22,07 e mediana de 36 anos), população mais idosa do que a encontrada no Distrito

Administrativo Pirituba (moda 20 a 24 anos). Foi encontrado baixo nível de escolaridade (41,5% dos entrevistados com 0 a 4 anos de estudo; 29,3% com 4 a 10 anos e somente 6% com mais de 10 anos). Os dados secundários do DA apresentam apenas o nível de escolaridade dos chefes de família, não permitindo, portanto, comparação. A renda média familiar em salários mínimos encontrada foi de cinco salários mínimos, enquanto que o DA apresentava em 1997, última informação disponível, renda média familiar de 11,16 de acordo com o mapa de exclusão/inclusão social (valor do salário mínimo em 2003=R\$ 240,00 e em 1997 R\$117,33). A ocupação por domicílio foi de 4,19 moradores por domicílio, enquanto que a do DA foi de 3,44.

Dos indivíduos domiciliados na área adscrita ao PSF, 31% tinham cobertura por plano de saúde. Este percentual revelou-se superior ao encontrado pela PNAD –1998, 29,2% de cobertura por plano de saúde em áreas urbanas de todo o país. Portanto, esta cobertura é significativa se considerarmos as condições sócio-econômicas da população estudada, ressalte-se que a taxa de desemprego no município de São Paulo em 2003 era de 13,6%.

Da população coberta por plano de saúde, 51%(16) possuíam plano empresa, 42%(13) plano de saúde privados e 7%(02) vínculo a planos de Instituição Patronal de Assistência ao Servidor Público. A PNAD para a população brasileira considera duas categorias de planos: os vinculados a planos de saúde privados (operadoras comerciais e empresas com plano de auto-gestão), encontrados em 75% dos brasileiros cobertos por plano de saúde e os vinculados a planos de instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil ou militar, com 25% das ocorrências.

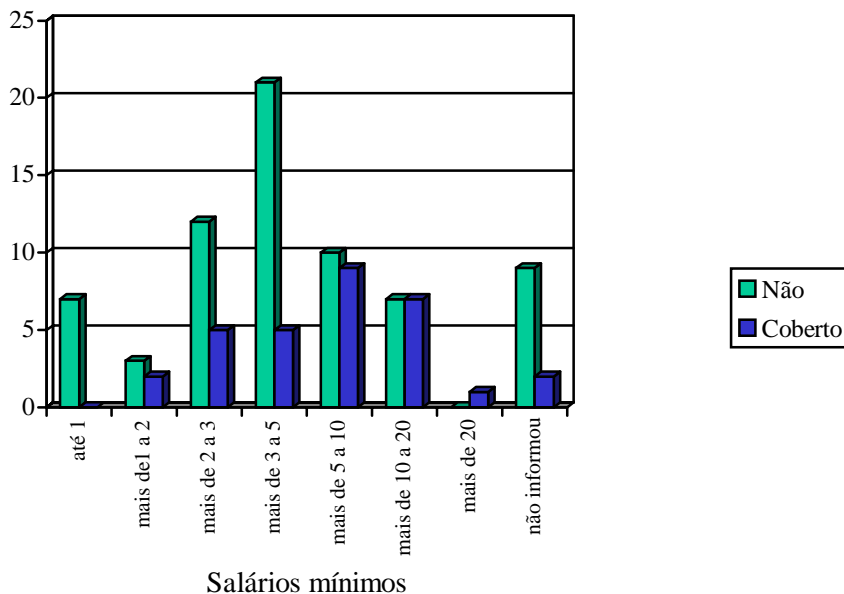
Quanto ao financiamento dos planos de saúde, 35,5%(11) dos planos contam com financiamento parcial do empregador do titular. O titular do plano de saúde foi financiador

direto em 32,3% (10) dos planos, o titular através do trabalho anterior 6,5%(02) e outro morador do domicílio em 25,8%(08) das ocorrências.

A PNAD(1998) encontrou para a população nacional, cerca de 60% dos planos de saúde financiados integral (13,2%) ou parcialmente (46%) pelo empregador do titular. O titular pagava integralmente o plano em 30% e cerca de 10% dos titulares tinham seus planos financiados por outra pessoa. As ocorrências foram semelhantes ao do presente estudo quanto ao financiamento integral do titular ao plano, 32,3% dos planos encontrados pela presente pesquisa e 30% pela PNAD.

Embora não tenha ocorrido associação positiva com significância estatística entre cobertura por plano de saúde e renda familiar ($p=0,06$, pelo teste qui-quadrado) houve uma tendência crescente desta associação até a renda familiar de 10 salários mínimos. Não houve cobertura por plano de saúde na classe de renda familiar inferior a um salário mínimo e chega a 10,22% de cobertura nas famílias de renda de 5 a 10 salários mínimos (Figura 16). Vale notar que apenas dois entrevistados apresentavam renda familiar igual ou superior a 20 salários mínimos o que pode interferir na análise estatística da associação.

FIGURA 16 – COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE E CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR



A PNAD mostra para a população brasileira uma associação positiva entre cobertura por plano de saúde e renda familiar, encontrando 2,6% de cobertura na classe de renda familiar inferior a um salário mínimo, alcançando 76% nas famílias com renda de 20 salários mínimos ou mais. Portanto, há semelhanças entre a associação encontrada pela PNAD e a do presente estudo até a faixa de renda de 20 salários mínimos.

A análise do valor do plano de saúde ficou comprometida, uma vez que 41,9% dos entrevistados não responderam a este quesito.

A cobertura assistencial encontrada na pesquisa mostrou que, na totalidade dos casos, os planos ofereciam pelo menos consulta médica, exames complementares e internação hospitalar. Já a cobertura de medicamentos fora da internação ocorreu em apenas 3,2% dos

planos de saúde. Para o Brasil, a PNAD encontrou apenas 91,7% dos planos de saúde oferecendo cobertura de consulta médica, exames complementares e internação hospitalar.

Quanto ao consumo de serviços de saúde, a procura nos 15 dias que precederam a entrevista foi de 22% (22) ou o equivalente a um coeficiente de utilização de serviços de 22,2 por 100 habitantes. Quanto a frequência da procura, 13,6% (03) procuraram o serviço duas vezes e 4,5% (01) quatro vezes. Esta mesma estimativa revelou-se menor na PNAD (1998) que estimou em 13% a população do país que buscaram atendimento de saúde nos 15 dias precedentes a pesquisa, com coeficiente de utilização de serviços de saúde de 12,7 por 100 habitantes, portanto significativamente menor que ao encontrado na pesquisa. A maior procura por serviço de saúde na área de PSF, permite indagar acerca da ocorrência de um estímulo positivo ao consumo de serviço de saúde pela ação da equipe de Saúde da Família, especialmente pelo trabalho pró-ativo do agente comunitário de saúde.

Não houve diferença com significância estatística ($p=0,74$, pelo teste qui-quadrado) na procura por serviço de saúde entre os sexos. A PNAD também não encontrou diferença relevante entre os sexos.

A faixa etária que mais procurou o serviço foi a de pessoas com mais de 60 anos de idade, atingindo 35% neste grupo etário. O segundo grupo foi o das crianças abaixo de 09 anos (20%). Embora esta diferença não tenha se mostrado estatisticamente significativa ($p=0,14$, pelo teste Qui-quadrado) é situação esperada considerando-se o perfil de morbidade incidente na faixa etária acima de 60 anos, o que acarreta uma demanda maior aos serviços de saúde assistenciais.

Embora não tenha havido diferença significativa ($p=0,68$, pelo teste Qui-quadrado), a procura por serviço foi maior em termos percentuais na faixa de renda acima de 10 salários mínimos (33%), enquanto que na faixa de renda familiar até 01 salário mínimo, 28%

procurou por serviço. A PNAD mostrou também uma tendência de aumento no atendimento de saúde para famílias de maior renda.

Quanto ao local de procura para atendimento à saúde, 40,9% (09) declararam ter procurado o Centro de Saúde, 22,7% (05) o Pronto Socorro, 22,7% (05) o consultório particular, 9,1% (02) o hospital e 4,5% (01) o ambulatório de especialidade público. Este perfil revela a potencialidade do Centro de Saúde como unidade de acesso ao Sistema de Saúde (porta de entrada). Na presente pesquisa, a procura por Centro de Saúde foi semelhante ao encontrado pela PNAD para a população brasileira, na qual 41,8% procuraram o Centro de Saúde de forma regular. Já no que diz respeito a procura por Pronto Socorro, o percentual encontrado foi superior ao encontrado pela PNAD (22,7% contra 4,8%). A explicação para esta discrepância talvez resida no perfil de oferta de serviços de saúde no Sistema de Saúde brasileiro, com muitos serviços concentrados em alguns municípios e escassez em algumas regiões do Brasil.

Quanto a natureza jurídica dos serviços, ocorreu o predomínio da procura pelos governamentais em 68% (15), seguindo-se os planos de saúde em 22% (05), as entidades filantrópicas em 5% (01) e consultórios privados em 5% (01) das ocorrências.

Para a mesma situação, a PNAD encontrou para a população brasileira 49,3% dos usuários atendidos pelo SUS, 35,8% por planos de saúde e 15,8% pagaram pelo atendimento. Chama a atenção que coberturas semelhantes por plano de saúde (29,2% PNAD e 31% pesquisa) resultem em consumo de serviços diferenciados. Esta discrepância indica a necessidade da realização de estudos posteriores para melhor entendimento e análise deste aspecto. Estas diferenças podem ser explicadas, numa primeira análise, por culturas distintas na procura por serviço de saúde. Não se deve descartar também, o papel do PSF no padrão de consumo pela população adscrita, seja por facilitar o acesso e

acessibilidade a USF, seja por mudanças na cultura sanitária da população. No caso do consumo de serviços em consultórios privados, ainda que as hipóteses anteriores não possam ser descartadas e a elas se sobreponham um aspecto preponderante que diz respeito as características sócio-econômicas da população estudada, que certamente apresenta perfil de renda incompatível com o consumo de serviços privados de saúde.

Em pesquisa realizada em Pelotas- RS 1992 por COSTA; FACCHINI (1997) demonstrou em 30% dos casos a procura por serviços conveniados (ambulatórios de sindicatos ou empresas, medicina de grupo, conveniados pelo INAMPS), em 29% pelo sistema público (postos de saúde e ambulatórios do INAMPS e Faculdade de Medicina) , em 22 % pelos filantrópicos e em 19% pelo sistema privado (médicos particulares).

No presente estudo, como já mencionado acima, foi encontrado 68% dos atendimentos realizados pelo SUS, mostrando na área estudada, uma expressiva dependência por serviços do Sistema Único de Saúde, condizente com a estratificação sócio-econômica da população adscrita.

No que concerne ao principal motivo da procura por serviço de saúde, destaca-se a consulta clínica 50% (12), em segundo lugar exame de rotina 25% (06), consulta pediátrica 8% (02), urgência 8% (02), procedimentos tais como a dispensação de medicamentos 4% (01) e para medir a pressão arterial 4% (01). Diferentemente, a PNAD encontrou como principal motivo de procura aos serviços o exame de rotina ou prevenção, com 37% das referências. A busca por motivo de doença ocorreu em 33,3%.

COSTA; FACCHINI (1997) encontraram em primeiro lugar para o motivo da procura , as doenças agudas ou crônicas, ou seja a busca por consulta médica, em segundo lugar os aspectos preventivos e em terceiro razões administrativas.

No caso deste estudo a busca pela consulta clínica coloca como central o papel do médico no atendimento de saúde do PSF, questionando o ideário da ação em equipe. A oferta de serviços provavelmente também interfere no motivo da procura. Em grandes centros e em áreas urbanas há maior oferta de serviços curativos, o que não ocorre nas áreas rurais, áreas também pesquisadas pela PNAD.

Na área pesquisada 22% dos entrevistados usaram o serviço nos 15 dias anteriores a pesquisa, sendo que 18,1% (04) mais de uma vez. Somando-se o número de vezes que o serviço foi usado chega-se a 28 utilizações, sendo que em 92% dos casos a procura deu-se à visita ao médico. Esta informação possibilita estimar que 26% dos entrevistados usaram consulta médica nos 15 dias que precederam a pesquisa e por inferência populacional (erro amostral 8%), estima-se na área adscrita uma procura de 354 consultas médicas em 15 dias. Considerando-se o PSF como a porta de entrada do sistema de saúde, seria necessária a oferta de 354 consultas médicas em 15 dias, distribuídas da seguinte forma: 51%(181) destinadas a clínica médica, 25% (88) para realização de exames de rotina, 8% (28) consulta pediátrica e 8% (28) para consultas de urgência. Através dos dados de produção do médico de família da equipe um, foram realizadas no mês de agosto de 2003 (mês em que a pesquisa foi realizada) 349 consultas médicas, equivalendo a aproximadamente 174 consultas no período de 15 dias. Ao considerar o padrão efetivo de consumo de serviços de saúde, a equipe estaria atendendo apenas metade (49%) da demanda. Ademais, considerando-se a produção do médico de família em 3121 consultas /ano (2003) e o consumo efetivo estimado anual em 6228 consultas, significaria que cada indivíduo em média realizaria apenas uma consulta médica a cada dois anos. Esta frequência revela-se preocupante frente ao padrão de morbimortalidade vigente nas regiões metropolitanas brasileiras. Mesmo considerando apenas a população com acesso exclusivamente ao SUS,

isto é, excluindo-se os 31% com cobertura por plano de saúde, a oferta de serviços cobriria apenas 71 % da demanda efetivamente realizada pela população adscrita.

Vale notar que na situação do PSF estudado, a procura por consulta médica individual foi elevada e o próprio profissional faz um depoimento apontando que: *“As consultas ainda ocupam o maior espaço de tempo, pois as pessoas ainda não tem a vivência de fazer grupos”* (médico de família), o que corrobora os aspectos apontados acima.

De forma que, a produção do PSF não considera o consumo da população e se mantém clássico ao privilegiar a lógica da oferta na estruturação dos serviços assistenciais. O PSF é inovador nas práticas, com potencialidades a ser exploradas, mas conserva a lógica do planejamento dos serviços de saúde baseado na oferta de serviços, neste sentido esta forma de efetivar compromete sua potencialidade de resultar numa nova cultura de negociação de responsabilidades entre as esferas pública (o serviço de saúde) e a privada (o usuário) na melhoria do padrão de saúde da população.

O resultado da pesquisa mostrou que a porcentagem de demanda atendida dos que procuraram o atendimento de saúde nos últimos 15 dias foi de 86%. Portanto, um percentual de 14% não conseguiu atendimento, mesmo havendo teoricamente a disponibilidade de equipamentos, como mostra a tabela 4. Os principais motivos indicados para o não atendimento da demanda numa primeira busca foram a ausência de médico para atendimento (66,7%) e não agendamento prévio da consulta (33,3%). Isto revela uma situação comum nos serviços de saúde das periferias das regiões metropolitanas: a dificuldade de fixação de profissionais, especialmente do profissional médico. No outro caso, demonstra a inflexibilidade, o “não acolhimento”, do serviço de saúde em trabalhar às necessidades da demanda espontânea, o que significa uma não adaptação a necessidade sentida, que por vezes confronta a rigidez da organização dos serviços centrados

exclusivamente na oferta. O projeto “Acolhimento” implantado na rede municipal de saúde de SP tem como um de seus objetivos, fazer frente a esta situação. Como afirma REIS et al. (1998) :

O Acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em Saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de Saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo[...]a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população;[...]

Contudo, esta medida se mostra de pequeno alcance por conviver com a manutenção da lógica da oferta de serviços e por manter intocada a lógica da gestão. Somente no momento do “acolhimento” o gerente se dispõe a negociar a necessidade do usuário. A abordagem do consumo é uma das maneiras de se dar sustentação técnica a concepção de uma negociação, poder público e usuário na manutenção da saúde.

Entre os indivíduos atendidos efetivamente nas duas semanas anteriores à entrevista 20% (20), 85% (17) não pagaram pelo atendimento, 5% (1) pagou parcialmente pelo atendimento e 10% (02) pagaram integralmente. Os dados encontrados pela PNAD foram de 49,3% dos atendimentos realizados pelo SUS, 35,8% plano de saúde e 15,8% pagaram pelo atendimento. Há preponderância dos serviços governamentais de saúde.

Quanto a localização geográfica dos serviços, 54,5% procuraram serviços no Distrito Administrativo Pirituba, percentual intermediário de utilização local dos serviços de saúde. Expressiva parcela consome serviços fora do DA Pirituba, o que terá impacto sobre o tempo socialmente gasto para efetuar este consumo e na sobrecarga do sistema do transporte urbano. O DA apresenta desta forma intermediária autonomia no atendimento das necessidades de saúde. Como confirmam os dados secundários do DA, o DA Pirituba

apresenta baixo índice de mobilidade segundo metodologia desenvolvida por BOUSQUAT (2000), que se refere à capacidade de deslocamento da população, expressa no índice de mobilidade e o coeficiente de Viagens por Motivo de Saúde. Índices baixos podem indicar dificuldade ao acesso de bens e serviços e “demandas reprimidas”.

Em 35% (07) dos atendimentos foi solicitado algum tipo de exame complementar, sendo em 42,9% dos casos realizados pelo SUS, 28,6% pelo plano de saúde e em 14,3% com recursos próprios.

Por inferência populacional (erro amostral 8%), a população adscrita teria usado 95 (noventa e cinco) exames complementares num período de 15 dias. O equivalente a 0,34 exames por consulta, ou a um exame a cada três consultas realizadas. Mesmo sendo baixa a utilização de exames, há dificuldade para o encaminhamento de exames complementares, reafirmadas nas afirmações dos profissionais da área administrativa:

*Há referência para mamografia com longa espera.
Há uma espera longa para mamografia.
A Endoscopia Digestiva Alta apresenta a maior dificuldade para realização.*

Em 45% dos atendimentos realizados foi receitado algum medicamento ou uma prescrição a cada duas consultas.

Quanto ao levantamento dos problemas gerais de saúde referidos ocorreu com maior frequência a Hipertensão Arterial (24%), seguidos por Doença da coluna (14%), Artrite (8%), Asma (6,1%), Depressão (5,1%) e cardiopatias (3%).

Houve correlação positiva entre a procura do serviço de saúde e a presença de Hipertensão Arterial ($p=0,0016$, pelo teste Qui-quadrado). Houve diferença significativa também, para os que referiram ter doença do coração ($p=0,001$, pelo teste Qui-quadrado) e

depressão ($p=0,03$, pelo teste Qui-quadrado). Nas demais patologias referidas não foi encontrado diferenças estatisticamente significante para o consumo de serviços.

O consumo de medicamentos de uso contínuo nos trinta dias que antecederam a pesquisa ocorreu em 36% (36) dos entrevistados. A classe medicamentosa mais utilizada foi a dos anti-hipertensivos (72,2%), seguidas por vitaminas (22,2%). Aproximadamente 92% (33) dos casos referiram que a medicação foi prescrita pelo médico. Para a aquisição do medicamento em 58,3% (21) dos casos foi comprada na farmácia com recursos próprios, com gasto médio de R\$ 60,40 e mediana R\$ 32,5 ou o equivalente a 36 vales transporte, valores de 2003. O fornecimento do medicamento pelo posto de saúde ocorreu em 36,1% (13) das situações. Como a renda média per capita na população adscrita situou-se em R\$ 330,00 mês, pode-se depreender que o gasto com medicamento de uso contínuo resulte num comprometimento de 20% da renda per capita.

O consumo de medicamentos nos 7 dias que antecederam a pesquisa ocorreu em 28% (28) dos entrevistados, sendo as classes medicamentosas mais utilizadas as dos analgésicos (50%) e antiinflamatórios não-esteróides (32,1%). Neste caso, a automedicação ocorreu em 53,6% das situações e a medicação prescrita pelo médico em 21,4%. O uso de recursos próprios para a aquisição do medicamento ocorreu em 85,7% (24) dos entrevistados, com gasto médio referido de R\$ 14,10 e mediana R\$ 3,00 ou 8,3 vales transporte. Da mesma forma, considerando-se a renda média per capita de R\$ 330,00 mês, o gasto com medicamento de uso esporádico foi de 4,7% da renda per capita.

Em pesquisa realizada por CANESQUI (1990), a automedicação (farmacêutica e caseira) aparece também como importante recurso de tratamento (25,7%).

Uma das responsabilidades da equipe da Saúde da Família é, segundo DOCUMENTO NORTEADOR (2002), a de “*Desenvolver processos educativos e novas*

tecnologias de intervenção em saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;”. Não se pode, entretanto, interpretar que a automedicação poderia estar refletindo uma melhoria do autocuidado dos indivíduos. Pois ao se avaliar a classe medicamentosa usada sem prescrição médica, encontrou-se 32,1% dos indivíduos usando Antiinflamatórios não-esteróides, 21% antialérgicos e 7,1% antibióticos, medicamentos estes que apresentam importante reações adversas e necessitam acompanhamento médico segundo os Protocolos aceitos para os cuidados na Atenção Básica.

O trabalho apontou que 7,1%(07) dos entrevistados tiveram uma internação hospitalar no último ano que antecedeu a entrevista. Por inferência populacional (erro amostral 8%), teriam ocorrido 97 internações no último ano.

O coeficiente de internação hospitalar por 100 habitantes coincide com o encontrado pela PNAD em 1998 para a população brasileira, com 6,9 pessoas a cada 100 habitantes e no presente estudo 7 a cada 100 pessoas.

No estudo não houve diferença relevante entre os sexos. O coeficiente de internação nas mulheres foi de 6,6 por 100 mulheres e nos homens 7,6 por 100 homens. Para a população brasileira a PNAD demonstrou um coeficiente de internação hospitalar maior para as mulheres quando comparado aos homens (8,7 contra 5,1 por 100).

Neste estudo a internação hospitalar não apresentou associação estatisticamente significativa com a renda familiar ou com as faixas etárias. Os coeficientes de internação foram semelhantes entre os grupos etários, variando de 10 a 13 internações a cada 100 habitantes. A internação ocorreu em hospital público em 71,4%(05) dos casos, 14,3% (01) por meio do plano de saúde e 14,3%(01) por desembolso direto. A PNAD demonstrou que 63,1% das internações eram feitas através do SUS. A participação do Sistema Único de Saúde para a rede hospitalar foi expressiva.

Quanto aos motivos da internação foram referidos 42,8%(03) para realização de exames, 28,5%(02) tratamento clínico, 14,2%(01) para tratamento cirúrgico e 14,2%(01) para parto normal. Segundo estes dados de consumo efetivo de serviços de saúde, a equipe de Saúde da Família demandaria em média oito vagas de internação ao mês.

No entanto uma grande dificuldade encontrada pelo PSF é a obtenção de vaga para internação, como se depreende as afirmações de alguns profissionais:

As cirurgias são grandes problemas (gerente da USF)

As cirurgias eletivas são demoradas, muitas demoram mais de três meses (médico)

As cirurgias ortopédicas são difíceis (medico)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espantosa realidade das cousas, é a minha descoberta de todos os dias. Cada cousa é o que é, e é difícil explicar quanto isso me alegra e me basta. Fernando Pessoa

A abordagem do consumo é uma das maneiras de se dar sustentação técnica a concepção de uma organização fundada na negociação, poder público e usuário para a manutenção da saúde.

A Unidade Básica de Saúde revelou ter potencial como unidade de acesso ao Sistema de Saúde.

A busca pela consulta médica foi predominante, o que resulta em situar o médico como figura central da equipe da Saúde da Família.

As entrevistas com o gerente e o médico da USF mostraram que o PSF conserva a lógica de planejamento dos serviços de saúde baseado na oferta de serviços, mesmo assim, a oferta de serviços pela equipe de Saúde da Família não é suficiente frente ao consumo efetivo de serviços pela população adscrita.

Os portadores de Hipertensão arterial, Doença do coração e Depressão utilizam mais os serviços de saúde do que a população não acometida por estas doenças.

O comprometimento da renda per capita com medicamentos de uso contínuo revelou-se importante, comprometendo 20% da renda. Assim como, a automedicação para medicamentos de uso esporádico foi expressiva para medicamentos que apresentam efeitos colaterais importante. Estas tendências colocam a necessidade da oferta de medicamentos como uma política pública na área de saúde.

Os encaminhamentos para especialidades, os exames complementares e as internações são as grandes dificuldades encontradas pela equipe de Saúde da Família estudada.

A descrição e análise do consumo efetivo de serviços de saúde pela população adscrita às equipes de PSF apontou a potencialidade deste tipo de instrumento, permitindo maior aproximação com a realidade de saúde da população, ao tempo que pode auxiliar para a efetivação de um planejamento que conceba o usuário do serviço como sujeito e objetivo do trabalho em saúde. Deste modo, a Equipe de Saúde da Família estará ganhando meios técnicos mais adequados ao desenvolvimento pleno das potencialidades existentes nesta modalidade de atenção à saúde e de gestão dos serviços.

7) ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

QUESTIONÁRIO 02

Entrevistador(a) : _____ nº quest. _____ data: ____/____/2003

DA: nº__ __ Equipe: _____ Município: _____

End. do domicílio: _____ nº _____ Compl.: _____

Número do questionário 1 _____

Nome do entrevistado sorteado:

Quem respondeu o questionário:

O próprio.....1

O responsável (sorteado menor de 12 ano).....2

O responsável (sorteado incapaz de responder).....3

O sorteado com a ajuda de alguém (resposta dupla neste caso).....4

BLOCO 01 - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

01) O Sr (a) tem direito a algum plano de saúde (médico ou odontológico)?

Sim.....1 Qual(is) _____

Não.....2 pule p/ questão 6 na pág. 2

NR/NS.....9 pule p/ questão 6 na pág. 2

02) Este plano de saúde é particular, de empresa ou de órgão público?

Empresa.....1 Assistência de servidor público.....3

Particular2 NR / NS.....9

03) Quem paga a mensalidade deste plano de saúde?

Somente o empregador do titular.....1 O titular, através do trabalho atual.....4

O titular, através do trabalho anterior.....2 O titular, diretamente ao plano.....5

Outro morador do domicílio.....3 Pessoa não moradora do domicílio.....6

Outro, especificar() _____

NR / NS.....9

04) Qual é o valor da mensalidade deste plano de saúde?

Até 30,00.....1

Mais de R\$30,00 até 50,00.....2

Mais de R\$ 50,00 até 100,00.....3

Mais de R\$100,00 até 200,00.....4

Mais de R\$200,00 até 300,00.....5

Mais de R\$300,00 até 500,00.....6

Mais de R\$ 500,00.....7

NR / NS.....9

05) Este plano de saúde dá direito a que tipo de atendimento?

Pode haver mais de uma resposta

Consulta médica.....1

Exames complementares.....2

Internações hospitalares.....3

Medicamentos fora da internação.....4

Assistência odontológica.....5

Não Sabe.....9

06) Nos últimos quinze dias, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à saúde?

Sim.....1 Quantas vezes_____

Não.....2 passe para questão 23 na pág. 8 e encerrar este bloco

NR / NS3 passe para questão 23 na pág. 8 e encerrar este bloco

08) Qual foi o motivo pelo qual procurou este atendimento à saúde?

Atendimento de urgência.....1	Medir a Pressão.....9
Somente atestado médico.....2	Parto.....10
Consulta clinica.....3	
Consulta de outras especialidades , especificar _____	
Consulta ginecológica.....4	Pegar remédio.....11
Consulta odontológica.....5	Pré-natal.....12
Consulta pediátrica.....6	Puericultura.....13
Controle diabetes-dextro.....7	Tratamento ou reabilitação.....14
Exame de rotina ou de prevenção.....8	Vacina.....15
	NR / NS.....99

09) Qual foi o serviço que o Sr(a) procurou?

Ambulatório de empresa ou sindicato.....1
Ambulatório de especialidades (público).....2
Atendimento domiciliar.....3
Consultório particular.....4
Farmácia.....5
Hospital.....6
Posto ou Centro de Saúde.....7
Pronto Socorro.....8
NR / NS.....9

10) Onde fica o serviço procurado?

a)Nome do serviço: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Não sabe.....9

11) Esse serviço de saúde procurado é?

- Público do Estado.....1
 Público da Prefeitura.....2
 Particular.....3
 Serviço de sindicato/associação de categoria.....4
 Serviço da empresa.....5
 Plano de saúde.....6 Qual? _____
 Filantrópico.....7
 NR / NS.....8

12) Foi atendido(a) no serviço que procurou?

- Sim.....1
 Não.....2 passe p/ questão 20

13) Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?

- | | |
|--|---|
| Aferição de pressão arterial.....1 | Encaminhamento para outro serviço.....7 |
| Atendimento pela farmácia.....2 | Exame complementar.....8 |
| Atendimento/consulta de outro profissional de saúde. Qual (especificar)_____ | |
| Cirurgia ambulatorial.....3 | Injeção.....9 |
| Consulta médica.....4 | Internação hospitalar.....10 |
| Consulta odontológica.....5 | Somente marcação de consulta.....11 |
| Dextro.....6 | Vacina.....12 |
| Outros (especificar)_____ | |
| NR / NS.....99 | |

14) O Sr(a) pagou diretamente pelo atendimento recebido?

- Não.....1
 Sim, parcialmente.....2 Quanto gastou? _____
 Sim, integralmente.....3 Quanto gastou? _____
 NR / NS.....9

15) Nesse atendimento foi pedido algum exame?

- Sim1
 Não.....2 passe p/ questão 17
 NR /NS.....3 passe p/ questão 17

16) Quem custeou esse(s) exame(s)?

Plano de saúde.....1

Recursos próprios integral2 Quanto
gastou? _____

Recursos próprios parcial3 Quanto Quem cobriu o gasto
gastou? _____ restante? _____

Sindicato /Associação.....4

SUS/Governo.....5

Outros (especificar)

NR / NS9

17) Neste atendimento foi receitado algum remédio?

Sim.....1

Não.....2 passe para questão 23 e encerrar este bloco

NR / NS.....9 passe para questão 23 e encerrar este bloco

18) O(A) Sr(a) tomou os remédio(s) prescrito(s)?

Sim.....1

Não.....2 passe para questão 23 e encerrar este bloco

NR / NS.....9 passe para questão 23 e encerrar este bloco

19) O (A) Sr(a) pagou pelo(s) medicamento(s)?

- Não.....1
- Sim, parcialmente.....2 Quanto gastou?_____
- Sim integralmente.....3 Quanto gastou?_____
- Outros, especificar_____
- NR / NS.....9
- ▶ Passe para questão 23

20) Por que não foi atendido(a)?

- Não consegui vaga/senha.....1
- Médico faltou2
- Não tinha médico.....3
- O serviço não estava funcionando.....4
- Não Podia pagar.....5
- Esperou muito e desistiu.....6
- Não tinha o profissional que precisava.....7
- Outros, especificar _____
- NR / NS.....9

21) Voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo?

- Não.....1 passe para questão 23 e encerrar este bloco
- Sim.....2
- NR / NS.....9

22) Onde procurou novo atendimento por este mesmo motivo ?

- Posto ou Centro de Saúde.....1
Consultório particular.....2
Ambulatório de empresa ou sindicato.....3
Ambulatório de especialidades público.....4
Pronto Socorro.....5
Hospital.....6
Farmácia.....7
Atendimento domiciliar.....8
Outros, especificar _____
NR / NS9

22.1) Nome do serviço deste novo atendimento:

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

▶ Voltar para questão 13 seguir até questão 19

23) O Sr(a) tem algum destes problemas de saúde?

	Sim	Não	Não sabe	NR
a) Tem doença da coluna ou costas?	1	2	9	8
b) Tem artrite ou reumatismo?	1	2	9	8
c) Tem câncer?	1	2	9	8
d) Tem diabetes?	1	2	9	8
e) Tem bronquite ou asma?	1	2	9	8
f) Tem pressão alta?	1	2	9	8
g) Tem doença do coração?	1	2	9	8
h) Tem doença do rim?	1	2	9	8
i) Tem depressão?	1	2	9	8
j) Tem tuberculose?	1	2	9	8
k) Tem tendinite?	1	2	9	8
l) Tem cirrose ?	1	2	9	8

=====

BLOCO 02 - USO DE MEDICAMENTOS

01) Usou algum medicamento de uso contínuo nos últimos 30 dias ?

Sim.....1

Não.....2 passe p/ questão 06

NR / NS.....3 passe p/ questão 06

02) Qual (is) Medicamentos?

03) Quem recebeu?

- Algum familiar.....1
 Benzedeira/ Curandeiro.....2
 Farmacêutico.....3
 Médico.....4
 NR / NS.....9
 Outro profissional de saúde? Especificar_____

04) Esse(s) Medicamento(s) foi(ram) adquirido(s):

Pode haver mais de uma resposta

- Amostra grátis.....1
 Farmácia2
 Hospital3
 Posto de saúde.....4
 NR / NS.....9
 Outros (especificar)_____

05) Quem custeou esse(s) medicamento(s)?

- Recursos próprios integral.....1 Quanto gastou?_____
- Recursos próprios parcial.....2 Quanto gastou?_____
- Sindicato /Associação.....3
- SUS/ Governo.....4
- NR / NS.....9
- Outros, especificar_____

Quem cobriu o gasto restante?

06) Usou algum outro medicamento nos últimos 07 dias?

Sim.....1

Não.....2 encerrar este bloco

NR / NS.....3 encerrar este bloco

07) Qual (is) Medicamento(s)?

08) Quem receitou?

Algum familiar.....1

Benedeira/ Curandeiro.....2

Farmacêutico.....3

Médico.....4

NR / NS.....9

Outro profissional de saúde? Especificar _____

09) Quem custeou este(s) medicamento(s) ?

Recursos próprios integral.....1 Quanto gastou? _____

Recursos próprios parcial.....2 Quanto gastou? _____

Quem cobriu o gasto restante?

Sindicato /Associação.....3

SUS/ Governo.....4

NR / NS.....9

Outros, especificar _____

=====

BLOCO 03 - HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

01) Nos últimos doze meses , esteve internado?

Sim.....1

Não.....2 encerrar

NR.....3 encerrar

02) Nos últimos doze meses , quantas vezes esteve internado?

1 vez.....1

2 vezes.....2

3 vezes.....3

mais de 3 vezes.....4

03) O estabelecimento de saúde em que esteve internado pela última vez nos últimos doze meses é?

Plano de saúde.....1

Público.....2

Particular.....3

Não Sabe.....9

04) Onde fica este estabelecimento de saúde procurado?

a) Nome do serviço: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Não sabe9

05) Na última internação dos últimos doze meses, quanto tempo permaneceu internado?

1-2 dias.....1

2-5 dias.....2

até 15 dias.....3

até 30 dias.....4

mais de 30 dias.....5

06) Na última vez que esteve internado nos últimos doze meses, qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?

Cirurgia.....1

Exames.....2

Parto Cesário.....3

Parto normal.....4

Tratamento clínico.....5

Tratamento psiquiátrico.....6

NR / NS.....7

Outros (especificar)_____

07) Quem cobriu os gastos?

Plano de saúde.....1

Recursos próprios integral.....2 Quanto gastou? _____

Recursos próprios parcial.....3 Quanto gastou? _____

Sindicato /Associação.....4

SUS/ Governo5

NR / NS.....9

Outros, especificar_____

Quem cobriu o gasto
restante?

ANEXO C

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O GERENTE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- 1- Qual a data de início de funcionamento desta UBS?
- 2- O PSF possui quanto tempo de implantação nesta Unidade?
- 3- A Unidade adotou como modelo de atenção exclusivamente o Programa da Saúde da Família ou manteve o modelo anterior conjuntamente e qual o critério adotado para esta decisão:
- 4- Há planejamento para a assistência médica na Unidade?
() Não; se Não justifique:
() Sim; Se Sim Quais os critérios utilizados para fornecer os serviços prestados:
- 5- Qual o perfil de oferta de serviços desta Unidade Básica de Saúde?
- 6- Qual a produção (consultas médicas) do último ano que sua Unidade realizou?
- 7- A sua Unidade de Saúde realiza encaminhamentos de pacientes?
() Não
() Sim; Se Sim detalhe os tipos de referência e cite os serviços para os quais encaminha
Exames subsidiários? _____
Ambulatório de especialidades? _____
Internamento clínico? _____
Internamento cirúrgico? _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 – O Sr (a) trabalha há quanto tempo no Programa de Saúde Família e qual sua especialidade de origem?

2- Há planejamento para a assistência à saúde na sua equipe ?

() Não; se Não justifique: _____

() Sim; Se Sim Quais os critérios utilizados para fornecer os serviços prestados:_____

3- Qual o perfil de oferta de serviços da sua equipe de Saúde da Família e qual o percentual de tempo estimado para cada uma das atividades

4 - O Sr(a) atende a procura espontânea do dia?

() Não

() Sim; Se sim, qual o percentual aproximado gasto com este atendimento

5- O Sr(a) ou a sua equipe realiza encaminhamentos de pacientes?

() Não

() Sim; Se Sim detalhe os tipos de referência e cite os serviços para os quais encaminha

Exames subsidiários?_____

Ambulatório de especialidades?_____

Internamento clínico?_____

Internamento cirúrgico?_____

ANEXO D

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOUSQUAT, A. Saúde pública e espaço urbano: a trajetória da região de Santo Amaro 1958-1991. Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina preventiva, Faculdade de Medicina, USP, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Brasil:1998. Disponível em: <www.ibge.net/estatística/população/pnad98> Acesso em: 19 setembro 2000. v. 23, 2002

_____. IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Brasil:2002. Disponível em: <www.ibge.net/estatística/população/pnad02> Acesso em: 02 dez. 2003.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set.1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez.1990.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS n° 692*. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de março 1994.

_____. Norma Operacional Básica – SUS 01/1996. *Portaria MS n° 2203*. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 de novembro 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS n° 1886*. **Diário Oficial da União** 18 de dez 1997. Brasília: DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programas e projetos: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>> .Acesso em :20 de out 2003.

_____. Ministério da Saúde. IBGE. **Acesso e utilização de Serviços de Saúde. Tema suplementar da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios-PNAD**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <<http://www.ibge.net/estatistica/populacao/pnad98/saude/analise.htm>> .Acesso em :19 de set 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de saúde da Família** Brasília: DF, 2000. 65p

_____. Ministério da Saúde (MS). *Projeto Promoção da Saúde; Declaração de Alma-Ata*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde (MS). **11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final 2000**. Brasília: MS/CNS, 2001. 198p.

- _____. Ministério da Saúde. *Portaria MS n° 868.*, Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria MS n° 1350. Diário Oficial da União* 24 de julho de 2002 Brasília: DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria MS n° 1348. Diário Oficial da União* 18 de novembro de 1999 Brasília: DF, 2002.
- CANESQUI, A. M. A organização do consumo em saúde em famílias trabalhadoras. Relatório Final de Pesquisa. FINEP/UNICAMP Campinas, 1990 (mimeo)
- CAMPOS, G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para o debate. In CAMPOS, G. W. S. et al. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, p 53-60, 1994.
- CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de saúde da família em São Paulo. In: CAPISTRANO FILHO et al **Saúde para todos, desafio ao município**. 2. ed. São Paulo:Hucitec,1988
- CEDEC. **Avaliação e Monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil** relatório da pesquisa. São Paulo: 2003.
- CECILIO, L.C. O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CESAR, C.L.G. et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras : metodologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30,n. 2, p.153-160, 1996.
- _____. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos Saúde Publica** , Rio de Janeiro v. 12 (supl 2), p 59-70,1996.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização dos Serviços**. São Paulo: Editora Cortez, 1996

- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R.; KARSCH, U.S. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 2. edição São Paulo: Editora Cortez,1999
- COHN, A. ; ELIAS, P.E. (coords.) **O Público e o privado: o PAS em São Paulo** São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999. 248p.
- COSTA, J.S.D.; FACCHINI, L.A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas:onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n 4: p.360-369,1997.
- COUGHLAN, D.N. General hospital resources consumed by na elderly population awaiting long-term care . **Irish Medical Journal**, v. 94, n. 7, p. 206-207, 2001.
- COURTENAY, M.J. et al Frequent attendance in a family practice. **JR College General Practice**, v. 24, n. 141, p.251-261, 1974.
- DALEN, J. E. US Physician Manpower Needs Generalists and Specialists: Achieving the Balance. **Archives of Internal Medicine** v. 156, p. 21-24, 1996.
- DALMASO, A S. W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? **Saúde em Debate**. v.44, p.35-8, 1994.
- ELIAS, P.E. A construção da cidadania: lições e experiências de participação nos Conselhos de Gestão.São Paulo, Mimeo, 1995
- _____. Estrutura e organização da atenção à saúde no brasil. In COHN, A. & Elias, P. (org.) **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, p.57-117, 1996.
- EPI INFO A Database, and Statistics Program for Public Health Professionals Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Epidemiology Program office,2002
- ESCRIVÃO, Jr. A. Produção e Uso das Informações de Saúde na SMS de São Paulo . Abrasco, Campinas, Mimeo, 1990.

- FALEIROS, J.J. et al. Motivos de consulta mais frequentes e utilização em um serviço de atenção primária à saúde. **Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 29: p.297-300,1985.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil** . São Paulo : Editora Hucitec, 1998.
- FRANCO, T. ; MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde on-line. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psfTito.htm>> .Acesso em: 19 de jul. 2002.
- FUNDAP, Distribuição da Força de Trabalho de Nível Superior na Área da Saúde no Estado de São Paulo em 1992. Documento de Trabalho, 1997.
- GOIC, A. Formacion de Medicos especialistas de Acuerdo a Las Necesidades del Pais **Revista Medica Chile**, v. 118, p. 692-98, 1990.
- GONÇALVES MENDES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994
- GRUMBACH, K. ; FRY, J. Managing Primary Care in the United Kingdom **The New England Journal of Medicine** v. 328, n. 13, p. 941-45, 1993.
- HORTALE, V.A et al. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n° 1 , p.79-88, 1999.
- LEBRÃO, M. L. **Estudos de morbidade** . São Paulo: USP , 1997.
- LITTLE,P. et al Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. **British Journal of General Practice**, v. 51, p. 987-94, 2001.

MACHADO, M. H. **Os Médicos no Brasil um Retrato da realidade**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997.

MENDES, E.V. (org.) **Distritos Sanitários: Conceitos-chave**. In: _____ **Distrito Sanitário** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PAIM, J.S. & Almeida Filho, N. **A Crise da Saúde Pública**. Parte I. Uma “Nova Saúde Pública” ou de novo a velha retórica? Mimeo, Salvador, 1998

RADAELLI, S. M. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Revista Saúde Pública**, v.24, n°3, p.232-40, 1990.

REIS, A. T. (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo :Xamã, 1998.

RIVERA, J.U. et al. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez Abrasco

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria n° 2069* **Diário Oficial do Município**, São Paulo, SP 09 de maio 2003.

_____. Lei n° 13.399, de 01 de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município**, São Paulo, SP 01 de agosto de 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Documento Norteador. Outubro de 2002. **Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF**. São Paulo, SP outubro de 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. CEInfo. **Situação dos distritos de saúde do município de São Paulo**. São Paulo: 2002

- _____.Secretaria Municipal de Saúde. CEInfo. **Equipamentos da rede de saúde do Município de São Paulo**. São Paulo: 2003
- _____. Comunicado 87/2002/SMS.G. Dispõe sobre a nova configuração dos Distritos de Saúde e competências de seus diretores. **Diário Oficial do Município**, São Paulo, SP 15 de agosto de 2002.
- SCHRAIBER, L.B. Programação Hoje: a força do debate. In:_____.**Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SCHROEDER, S. A. Western European Responses to Physician Oversupply Lessons for the United States. **JAMA**, v. 252, n. 3, p. 373-84, 1984.
- SPOSATI, A. O. et al. **Mapa da exclusão /inclusão social da cidade de São Paulo**. São Paulo : EDUC,1996
- _____. **Mapa da exclusão /inclusão social da cidade de São Paulo: dinâmica social dos anos 90**. São Paulo: INPE, POLIS, PUC/SP, 2000. CD-ROM. Produzido pela Microservice Tecnologia Digital.
- SOUSA, M. F. **A Cor-agem do PSF** São Paulo: Hucitec,2001
- STATA CORPORATION. **STATA, Statistical software**, Release 7.0. College Station TX, 2001
- STARFIELD, B. Primary Care and Health A Cross-National Comparison. **JAMA**, v. 266, n. 16, p. 2268-71, 1991.
- TANAKA, O.Y.; RESENBURG, C.P. Análise da Utilização pela Clientela de uma Unidade Ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil) **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n 1: p. 60-8, 1990
- WHITCOMB, M. E.; DESGROSEILLIERS, J. P Primary Care Medicine in Canada **The New England Journal of Medicine** , v. 326, n. 22, p.1469-72, 1992.