

Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica

Paulo de Tarso Puccini

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Vitória Kedy Cornetta



**São Paulo
2005**

46367/2005 doc

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores. Para fins curriculares do autor, é solicitado que seja comunicado por e-mail: ppuccini@terra.com.br onde a tese será citada.

Assinatura:

Data:

Dedicatória

Aos meus pais, Geraldo Puccini (em memória) e Wanda dos Santos Puccini (em memória), e aos meus irmãos, Cristóvão, Geraldo e Rita.

À Rosana e aos nossos filhos, Pedro e Renata.

Agradecimentos

À professora Vitória Kedy Cornetta, pela amizade, pelo apoio e pela aberta e criteriosa orientação.

Aos professores Augusta Thereza de Alvarenga e Paulo Antônio de Carvalho Fortes, pelas sugestões na qualificação.

A Rosana Fiorini Puccini, pelo carinho, apoio e sugestões.

A Raquel Zaicaner, secretária de Saúde de Itapeçerica da Serra, pela amizade e pelo apoio, e a todos os amigos e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, pelo apoio recebido e pela possibilidade de ter compartilhado uma luta cotidiana em defesa do direito à saúde.

A Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, pelo apoio.

A Edina Mariko Koga da Silva, pelas sugestões.

A Pedro Fiorini Puccini e Renata Fiorini Puccini, pela ajuda.

A Geraldo Puccini Junior e Dilma Mineko Tacahashi Puccini, pelo incentivo.

A Lauro Vicente de Oliveira Aventurato, Gizelda Monteiro da Silva, Marlene Freire da Silva e Silva, pelo apoio.

A Zenilda Gonçalves Leite e Sueli Aparecida de Paiva, pela ajuda e digitação do material.

A Cecília Vannucchi, pela revisão do texto.

RESUMO

Puccini PT. **Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica.** São Paulo; 2005. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

O desenvolvimento da atenção básica e a conseqüente reorganização da sua rede de serviços são processos fundamentais na reforma setorial da área, visando à consolidação do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde. O monitoramento é uma etapa indispensável ao processo de planejamento e administração, um componente da capacidade de gestão. Considerando-se a insuficiência de instrumentos para o apoio à gestão local da atenção básica, partiu-se da hipótese de que determinadas ocorrências atendidas em pronto-socorro podem estar relacionadas a possíveis falhas da atenção básica e, assim, ser utilizadas como eventos sentinela que apoiem o monitoramento da rede básica. **Objetivo:** analisar ocorrências atendidas em pronto-socorro com vistas à identificação de indicadores que possam ser utilizados pela gestão local para o monitoramento da atenção básica. **Método:** estudo transversal com componente retrospectivo. Foram utilizados dados quantitativos e qualitativos sobre determinadas ocorrências atendidas em pronto-socorro, previamente escolhidas, que possivelmente refletem uma falha no funcionamento da rede básica. Foram exploradas as diferenças encontradas na distribuição da freqüência de cada uma dessas ocorrências, entre áreas/UBSs, utilizando-se a técnica estatística da metanálise e analisadas as motivações e circunstâncias determinantes da procura por atendimento no pronto-socorro. **Resultados:** as freqüências das hipóteses diagnósticas escolhidas (HDEs) apresentaram valores de 30% a 42,8% do total de atendimento conforme a área/UBS de procedência dessas pessoas. Essa diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($X^2 = 9,19$ e $p\text{-valor} = 0,027$). A entrevista com uma amostra de 113 das 625 pessoas atendidas e diagnosticadas com uma das ocorrências escolhidas reconstituiu os passos das pessoas na procura de assistência até serem atendidas no pronto-socorro, com interesse especial na relação mantida ou não com a unidade básica de saúde. A apreciação desses discursos sugeriu a existência de causalidade entre o motivo declarado da procura do pronto-socorro e a situação da organização e da disponibilidade de atendimentos em cada unidade básica de saúde. **Conclusões:** a análise das ocorrências como possíveis eventos sentinela, indicadores para o monitoramento da rede básica, sugere: 1) a freqüência das ocorrências escolhidas foi influenciada pelas áreas/UBSs de procedência das pessoas; 2) é plausível

que a influência detectada seja, em parte, determinada pela situação local da atenção básica em cada área/UBS; 3) a técnica de levantamento de evento sentinela em PS para o monitoramento da atenção básica mostrou-se tecnicamente possível; 4) o instrumental de monitoramento estudado pode ser produzido e mantido com uma operação simples e viável para o gestor municipal; 5) o instrumental satisfaz de forma aceitável um conjunto de requisitos desejáveis para um indicador que o qualificam para a função de monitorar a atenção básica; 6) o indicador não revela todos os aspectos e dificuldades da atenção básica, mas propicia um maior diálogo com o cotidiano mais imediato dos serviços e pode somar-se a outros indicadores, propiciando a sua parte de contribuição.

Descritores: Serviços básicos de saúde. Cuidados integrais de saúde. Avaliação dos serviços. Evento sentinela. Monitoramento. Metanálise.

ABSTRACT

Puccini PT. **Analysis of support instruments for the monitoring of basic attendance services.** São Paulo; 2005. [Doctoral Thesis – School of Public Health, University of São Paulo].

The development of basic attendance and consequent reorganization of the network of such services have been fundamental processes within the reform of the sector that have had the aim of consolidating the National Health System and the right to healthcare in Brazil. Monitoring is an indispensable stage in the planning and administration process and forms one component of the capacity for administering the system. Considering the insufficiency of instruments for supporting the local administration of basic attendance, the hypothesis raised was that certain occurrences attended by emergency services might be related to possible failures of basic attendance and thus could be utilized as sentinel events that would support the monitoring of the basic network. **Objective:** To analyze occurrences attended by emergency services with the aim of identifying indicators that could be utilized by local administrations for monitoring basic attendance. **Method:** This was a cross-sectional study with a retrospective component. Quantitative and qualitative data on certain previously chosen occurrences attended by emergency services were utilized. These occurrences might reflect failures in the functioning of the basic network. The differences in their frequency distribution between areas and basic healthcare units were explored by utilizing the statistical technique of meta-analysis, and the motivations and circumstances determining the demand for emergency service attendance were analyzed. **Results:** The observed frequencies of the diagnostic hypotheses chosen ranged from 30% to 42.8% of all attendance, according to the area and basic healthcare unit these people came from. Such differences were shown to be statistically significant ($X^2 = 9.19$; $p = 0.027$). Interviews with a sample of 113 of the 625 people attended and diagnosed with one of the chosen occurrences reconstructed the steps these people took in seeking attendance, up to the time they were attended by the emergency services, with special interest in what relationship (if any) they had with the basic healthcare unit. Examination of these conversations suggested there was a causal relationship between the declared reason for seeking the emergency services and the state of organization and availability of attendance in each basic healthcare unit. **Conclusions:** Analysis of the occurrences as possible indicative sentinel events for monitoring the basic network suggests: 1) the frequency of the chosen

occurrences was influenced by the areas and basic healthcare units the people came from; 2) it is plausible that the influence detected is partly determined by the local state of basic attendance in each area and basic healthcare unit; 3) the technique of surveying sentinel events in emergency services for monitoring basic attendance has been shown to be technically feasible; 4) the monitoring instrument studied can be produced and maintained through an operation that is simple and viable for the municipal administrator; 5) the instrument acceptably satisfies a set of desirable requisites for an indicator that qualify it for the function of monitoring basic attendance; 6) the indicator does not reveal all the aspects and difficulties within basic attendance, but provides greater dialog with the most immediate day-to-day routine in the services and can be added to other indicators, thereby making its contribution.

Key words: Basic health services. Comprehensive health care. Services evaluation. Sentinel event. Monitoring. Meta-analysis.

Sumário

1	Introdução	1
1.1	O direito à saúde e a atenção básica	2
1.2	Atenção primária e atenção básica	4
1.3	A atenção básica no SUS e a integralidade	7
1.4	A integralidade do cuidado e a humanização dos serviços	10
1.5	A atenção básica e as mudanças no modelo assistencial	13
1.6	Mudança do modelo assistencial e capacidade de gestão	16
1.7	Monitoramento da atenção básica, marcadores e eventos sentinela	19
1.8	Sintetizando: o problema e a hipótese da pesquisa	22
2	Objetivos	24
3	Método	25
3.1	Tipo de pesquisa	25
3.2	Local	25
3.3	População e amostra	30
3.4	Principais variáveis de estudo e levantamento dos dados.....	33
3.5	A escolha das ocorrências para estudo.....	35
3.6	Análise dos dados.....	40
3.7	Considerações éticas	46

4 Resultados	47
4.1 Os atendimentos no Pronto-Socorro Central	47
4.2 As entrevistas com as pessoas diagnosticadas com uma das hipóteses diagnósticas escolhidas para estudo.....	66
4.3 Algumas características das unidades básicas escolhidas para estudo.....	76
4.4 Opinião dos médicos socorristas e dos médicos das unidades básicas de saúde.....	79
5 Discussão	85
6 Conclusões	111
7 Bibliografia	115
8 Anexos	

Lista de figuras

Figura 1 – Itapecerica da Serra, na Grande São Paulo – GSP	25
Figura 2 – Distribuição das consultas médicas. Itapecerica da Serra, 1999 e 2003	29
Figura 3 – Frequência dos casos, segundo critérios de seleção. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	48
Figura 4 – Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de <i>odds ratio</i> , segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Branca Flor e Valo Velho. Itapecerica da Serra, 2004	59
Figura 5 – Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de <i>odds ratio</i> , segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Salvador Leone e Valo Velho. Itapecerica da Serra, 2004	60
Figura 6 – Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de <i>odds ratio</i> , segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Parque Paraíso e Valo Velho. Itapecerica da Serra, 2004	61
Figura 7 – Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de <i>odds ratio</i> , segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Branca Flor e Parque Paraíso. Itapecerica da Serra, 2004	62
Figura 8 – Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de <i>odds ratio</i> , segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Branca Flor e Salvador Leone. Itapecerica da Serra, 2004	63
Figura 9 – Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de <i>odds ratio</i> , segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Salvador Leone e Parque Paraíso. Itapecerica da Serra, 2004	64

Figura 10 – Razão de Prevalência (RP) de HDs demais entre pares de áreas/UBSs. Itapecerica da Serra, 2004	89
Figura 11 – Razão de Prevalência (RP) de HDEs entre pares de áreas/UBSs. Itapecerica da Serra, 2004	89
Figura 12 – Verificação da significância da diferença de 10% de ocorrência de HDEs em diferentes tamanhos de amostras, em dois períodos hipotéticos da UBS Valo Velho. Itapecerica da Serra, 2004	91

Lista de quadros

Quadro 1 – Ocorrências em pronto-socorro, indicadas pelos médicos socorristas como casos a serem mais adequadamente atendidos na rede básica. Itapecerica da Serra, 2004	37
Quadro 2 – Ocorrências atendidas em pronto-socorro, escolhidas como possíveis indicadores para o monitoramento da atenção básica. Itapecerica da Serra, 2004	39
Quadro 3 – Observação de aspectos negativos na organização das UBSs em estudo, segundo situação de cada UBS diante da superação do problema. Itapecerica da Serra, 2004	78

Lista de tabelas

Tabela 1 – Indicadores da situação de saúde-assistência selecionados, segundo alguns anos. Itapecerica da Serra 2004	28
Tabela 2 – Unidades Básicas que se utilizam preferencialmente do PS Central de Itapecerica da Serra escolhidas para o estudo e população de abrangência, 2004	30
Tabela 3 – Frequência dos atendimentos, segundo dia da semana e hipótese diagnóstica. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	47
Tabela 4 – Frequência das HDs escolhidas e demais, segundo horário de atendimento. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	47
Tabela 5 – Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS, segundo áreas/UBSs de procedência dos usuários. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	48
Tabela 6 – Frequência das 25 primeiras HDs dos atendimentos realizados no horário-UBS e originados nas áreas/UBSs escolhidas. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	49
Tabela 7 – Distribuição de todas as HDs dos atendimentos realizados no horário e áreas de procedência em estudo, segundo capítulos da CID/10 PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	50
Tabela 8 – Frequência das HDs escolhidas e demais, no horário-UBS e originados nas áreas/UBSs escolhidas, segundo sexo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	51
Tabela 9 – Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS e áreas/UBSs de procedência em estudo, segundo faixas etárias. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	51

Tabela 10 – Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS e áreas/UBSs de procedência em estudo, segundo grupos etários. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	52
Tabela 11 – Valores de <i>odds ratio</i> entre grupos de idade e HDE no horário e áreas de procedência em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	52
Tabela 12 – Frequência de algumas variáveis e verificação da influência na ocorrência das HDEs dos atendimentos realizados no horário e áreas de procedência em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	53
Tabela 13 – Verificação da influência de algumas variáveis na ocorrência das HDEs, segundo horário e área de procedência em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	54
Tabela 14 – Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS, segundo áreas/UBS em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	55
Tabela 15 – Verificação da diferença entre pares de áreas/UBSs de origem dos atendimentos na frequência das HDEs. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	55
Tabela 16 – Frequência das HDEs e HDs demais no horário e áreas de procedência em estudo, segundo grupos etários. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	56
Tabela 17 – Frequência de cada uma das HDEs e HDs demais no horário e áreas de procedência em estudo, segundo sexo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	57
Tabela 18 – Frequência de cada uma das HDEs e HDs demais no horário e áreas de procedência em estudo, segundo áreas de procedência em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	57

Tabela 19 – Valores do qui-quadrado e valores de p da diferença entre as quatro áreas/UBS de procedência e a frequência de cada uma das HDEs. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	58
Tabela 20 – Resumo dos valores de <i>odds ratio</i> de cada uma das HDEs, segundo áreas/UBSs tomadas duas a duas e valor da medida-sumário de <i>odds ratio</i> , calculados com a técnica da metanálise. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	65
Tabela 21 – Frequência dos atendidos com HDE entrevistados, segundo dia da semana. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	66
Tabela 22 – Frequência dos atendidos com HDE entrevistados, segundo área/UBS de procedência. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	66
Tabela 23 – Frequência dos atendidos com HDE entrevistados, segundo cada uma das HDEs escolhidas para estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	67
Tabela 24 – Distribuição dos entrevistados e do total de atendidos com HDE, segundo sexo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	67
Tabela 25 – Distribuição dos entrevistados e do total de atendidos com HDE, segundo grupo etário. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	68
Tabela 26 – Distribuição das principais ocupações, média de anos de estudo e média de anos na residência atual dos entrevistados, segundo área/UBS de procedência. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	68
Tabela 27 – Frequência de algumas características de uso dos serviços de saúde por parte dos entrevistados, segundo áreas/UBSs escolhidas. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	69

Tabela 28 – Frequência das categorias discursivas dos entrevistados que procuraram atendimento na UBS pelo problema atual e dos que tiveram consulta médica durante o ano na UBS. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	74
Tabela 29 – Frequência das categorias discursivas dos entrevistados, segundo área/UBS de procedência. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	74
Tabela 30 – Distribuição percentual do número de casos padronizados das categorias discursivas, segundo as áreas/UBSs de procedência. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	75
Tabela 31 – Algumas características das unidades básicas de saúde escolhidas para o estudo. Itapecerica da Serra, 2004	76
Tabela 32 – Produção e índice por 1.000 habitantes de consultas médicas (CM), segundo UBSs em estudo e Pronto-Socorro Central. Itapecerica da Serra, 2004	77
Tabela 33 – Valores de <i>odds ratio</i> entre grupos de idade, dias da semana, sexo e ocorrência de HDE nas áreas/UBSs em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004	86

Lista de Abreviaturas e Símbolos

AIS – Ações Integradas de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

FSP – Faculdade de Saúde Pública

HAS – hipertensão arterial sistêmica

HDE – hipótese diagnóstica escolhida

HDs demais – demais hipóteses diagnósticas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OR – *odds ratio*

PS – Pronto-Socorro

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

URRS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

X^2 – qui-quadrado

1. Introdução

“O sucesso e a viabilidade do Sistema Único de Saúde dependem da instalação de uma rede básica eficaz”, “A atenção básica é pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo”, “A atenção básica é a principal estratégia do Sistema Único de Saúde para a mudança do modelo de atenção” Essas são afirmações muito frequentes em documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e na elaboração teórica da área, sobre os rumos do sistema de saúde brasileiro.

Desde as primeiras mudanças provocadas pelo movimento brasileiro de reforma sanitária, iniciado, como conjunto de medidas institucionais, com a implementação dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, a rede básica de serviços vem ocupando uma posição privilegiada nas proposições. A discussão de como mudar o modelo assistencial tem priorizado o tema da atenção básica como uma questão estratégica. Mas por que mudar o modelo assistencial e para qual direção se pretende caminhar? Essas talvez sejam as principais questões a ser tratadas para um entendimento da definição, das contribuições e dos limites da atenção básica, superando a tentação de catalogar o que constitui ou não seu rol de funções.

A história da estruturação dos serviços públicos de saúde no Brasil foi marcada desde o início do século passado por uma separação artificial, uma dicotomia entre ações preventivas, limitadas a campanhas e programas de controle de epidemias e endemias, e ações médico-curativas organizadas em torno do sistema previdenciário. As heranças desse período não são de rápida e fácil superação: fragmentação das ações e serviços, muitas vezes duplicados, com comandos paralelos; ação programática rígida e limitada, realizada em Centros de Saúde sob o comando de governos estaduais, isoladas das ações realizadas pela administração municipal ou federal; assistência curativa individual distorcida e sem eficácia; separação entre preventivo e curativo, individual e coletivo; inexistência de mecanismos de referência para continuidade e integralidade da assistência; limitação da oferta de serviços.

Todos esses aspectos restritivos articulavam-se com a definição que a sociedade tinha sobre a saúde das pessoas e sobre a abrangência dos cuidados de saúde. A marca fundamental desse período é a inexistência do reconhecimento do direito de todos à saúde.

1.1 O direito à saúde e a atenção básica

A saúde foi uma bandeira de resistência democrática por muitos anos. Ela despertava interesse, agrupava, expunha conflitos e contradições e favorecia, ainda que de forma difusa e atomizada, espaços de debate, organização e mobilização. Tais embates pela democratização viabilizaram diversas iniciativas de questionamento aos limites das concepções sobre a saúde e seus serviços, que também ocorriam internacionalmente, particularmente após a realização da Conferência de Alma-Ata, no ano de 1978 (GALLO e NASCIMENTO 1995).

Com a crise econômica e, em particular, do sistema previdenciário, nos anos finais da ditadura militar, abrem-se conflitos no interior do governo com espaços para ações de racionalização que contam com a participação de setores das forças democráticas presentes no aparelho de Estado. Assim, surge o Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que, posteriormente, vai orientar os convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O relevante desse processo é verificar que ele não se realiza apenas com sua lógica interna de reparos funcionais no sistema nacional de saúde. O processo é intensamente politizado. Infladas pela vitória oposicionista nas eleições de 1982, as primeiras iniciativas com as AIS e o SUDS contribuíram para que paulatinamente fosse rompido o limite inicial de mudanças, abrindo caminho em direção ao SUS. Fortalece-se o movimento pela reforma sanitária, que contribui com muitas formulações de alternativas, as quais vão embasar as decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde. Novas forças sociais entram em cena na disputa pela condução das políticas públicas da área de saúde: movimentos de saúde, conselhos populares criados em torno das AIS e do SUDS e a municipalização que coloca, definitivamente, a saúde na agenda do poder local, envolvendo de forma crescente e participativa prefeitos, vereadores e organizações da sociedade, assim como secretários municipais e estaduais da saúde (RODRIGUES NETO 1997).

A Constituinte foi marcada por essa conjuntura política muito singular. Ela registrou o transbordar do anseio democrático difusamente organizado, com a participação de amplo espectro de forças políticas progressistas. Na Constituinte vem à tona a pesada dívida social acumulada por anos de injustiças, desigualdades e obscurantismo. Numa sociedade fragilmente organizada, setores mais estruturados e combativos puderam ampliar suas conquistas. Pelas particularidades da luta contra a ditadura em torno de uma ampla

frente democrática, o MDB congregou e expressou publicamente a maior parte dos combates e foi também crescendo seu compromisso com as teses democratizantes da saúde. Foi um momento importante na vida pública brasileira, um processo que viria fazer resplandecer a solidariedade humana expressa na marca civilizadora da “Constituição Cidadã”, conforme batizada pelo seu presidente, o deputado Ulisses Guimarães, no discurso de promulgação da nova Carta Magna.

Todo esse processo produz uma nova condição para as futuras políticas de saúde e, definitivamente, converte a saúde de questão social (já assim manifesta no século XIX, com o nascente Estado republicano, que, procurando afirmar sua legitimidade, desenvolve as primeiras iniciativas públicas de combate às grandes epidemias) em direitos sociais em disputa, horizontes de um projeto contra-hegemônico (HOCHMAN 1998).

O surgimento de uma questão a partir de necessidades problematizadas nem sempre produz respostas públicas voltadas para o seu substantivo equacionamento. O simples fato de ela ser uma questão presente numa sociedade marcada pela desigualdade suscita diferentes formas de reação, que põem em movimento tendências divergentes em torno de sua efetiva resolução. É por isso que a política de satisfação de necessidades embutidas numa questão social constitui uma situação incontestável de conflito de interesses. Daí a importância de considerar o direito à saúde, incluído na Constituição e nas Leis Ordinárias que regulam a questão, não como uma medida criada juridicamente e a ser desenvolvida por decreto ou por gestões meramente tecno-administrativas, mas, acima de tudo, como um recurso jurídico e político conflituoso, não obstante sua configuração formal (POTYARA 2000).

A saúde como direito social e a ação das forças sociais para sua efetiva realização, ou não, são, portanto, a marca fundamental deste novo período das políticas públicas de saúde. A saúde é questão assumida formalmente pelo conjunto da sociedade como direito de cidadania e, portanto, universal, coletivo, não contributivo e financiado pelos fundos públicos, configurando-se, assim, a nova conjuntura político-social. É em torno dessa questão e da disputa pelos fundos públicos que diferentes projetos passam a se articular.

As novas condições para a organização das ações de saúde no Brasil, concretizadas com a regulamentação do SUS, na Constituição de 1988 e na legislação ordinária que se seguiu (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), inauguraram um novo ciclo de disputas, qualitativamente distinto das questões e problemas que tomavam conta da agenda político-

social da área da saúde, no período anterior. Os problemas e equívocos do sistema de saúde então existente foram criticados em profundidade e amplitude. A reestruturação assumida pelo SUS estabelece, além de nova definição formal do sistema, um novo conceito de saúde, ampliado, não reduzido a ações assistenciais, compreendendo a necessidade de maior abrangência do horizonte sanitário como busca de igualdades para a melhoria da qualidade de vida.

A reconstrução do sistema de saúde em novas bases, portanto, não é tarefa simples, pois ultrapassa um questionamento conceitual interno da área, restrito apenas aos seus técnicos e profissionais. A saúde como direito social é a mudança fundamental anunciada pelo SUS. Assim, para a sua consolidação torna-se gradativamente insuficiente apenas o posicionamento crítico em relação ao conceito limitado da saúde ou em relação à forma de organização dos serviços – dicotomizada entre as ações individuais e as coletivas e entre prevenção e cura, características da situação anterior. A nova arena exige mais. Tomando o conceito amplo de saúde, a nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania.

As propostas técnicas e organizacionais, como, por exemplo, as formulações da Atenção Primária, que foram instrumentos importantes na luta contra a situação anterior ao SUS e na estruturação conceitual da reforma sanitária, precisam incorporar novas questões para contribuir na nova realidade da saúde como direito.

1.2 Atenção primária e atenção básica

É pela compreensão desse contexto histórico e social que podemos melhor entender a evolução dos significados das proposições da atenção primária e suas relações com a atenção básica no SUS.

Atenção primária foi definida na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e confirmada pela Assembléia Mundial de Saúde em reunião subsequente, em maio de 1979, como (STARFIELD 2002, p.30-31):

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo com que tanto a comunidade como o país

possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, no que constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do lugar onde as pessoas residem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

De fato, se formos analisar as proposições aprovadas na Conferência sobre a atenção primária e expressas na Declaração de Alma-Ata e no documento “As 22 Recomendações de Alma-Ata”, não veremos grandes contradições em relação ao que agora se discute quanto à atenção básica. Mas as propostas ganham significado na prática social e aí se caracterizam como estratégias no interior da disputa sobre a abrangência e os limites das políticas públicas. Foi nos embates de interesses de sua operacionalização que a atenção primária transformou-se em serviços mínimos para populações marginalizadas. Esse mesmo embate ainda hoje permanece com muito vigor, apesar do espírito das leis que defendem o direito à saúde no SUS.

Como afirma Mario Testa:

[...] não é possível considerar a atenção primária de saúde como um conceito totalizante, com a mesma validade em qualquer país e circunstância [...] A contextualização da atenção primária de saúde é dada, em primeira instância, pelo sistema de saúde em que está inserida. Esse sistema é o que concretiza a significação de tal atenção no nível da organização setorial (TESTA 1992, p.160).

Pontos fundamentais das proposições de Alma-Ata foram colocados de lado, e um dos seus itens, o qual faz referência a um conjunto de ações que ao menos deveriam ser implementadas, foi elevado por diversas circunstâncias e interesses diversos à categoria de objetivo final das proposições da Conferência. É importante lembrar que, repercutindo um momento de luta político-ideológica internacional, em Alma-Ata, delegações de 134 governos, sob a coordenação do Professor B. Petrovsky, Ministro da Saúde da URSS, eleito presidente da Conferência, firmou-se na “Declaração de Alma-Ata – 1978” que a saúde é um direito humano fundamental; que a saúde não é somente ausência de doença

mas algo cuja concretização exige ação dos setores econômico e social; que a grave desigualdade existente no estado de saúde das populações, especialmente entre a população dos países desenvolvidos e a dos demais, é política, social e economicamente inaceitável; que o desenvolvimento econômico e social baseado em uma Nova Ordem Econômica Internacional é de importância fundamental para a saúde de todos; que o povo deve ter direito de participar e que os governos têm a obrigação de cuidar da saúde de sua população e, finalmente, que a atenção primária de saúde é a chave para alcançar melhor nível de saúde como parte de um desenvolvimento no espírito da justiça social.

Analisando a evolução da atenção primária, TESTA (1992) observa que, nos países que conseguiram direcionar o sistema de saúde, segundo esse conjunto articulado de princípios e valores sociais, ela é um elemento da cadeia de atenção, onde são resolvidos alguns problemas, orientando os restantes pelos níveis sucessivos. Em países que não conseguiram estabelecer um sistema com essas características, isto é, regionalizado e com um adequado sistema de referência, a atenção primária de saúde se transformou em atenção primitiva de saúde, em um serviço de segunda categoria. Não há uma rede de estabelecimentos interligados por claros procedimentos de referência e de transmissão da informação pertinente, que ordenem a circulação interna das pessoas atendidas no sistema, e não há um ordenamento territorial regionalizado. O tipo de atenção prestado nesses estabelecimentos não tem a qualidade necessária para realizar a distribuição indicada. O pessoal destinado a prestar esses serviços, nos países capitalistas dependentes, é, em geral, o de menor nível de capacitação: estudantes ou médicos recém-formados, sem a necessária experiência para desempenhar a função que tem a maior responsabilidade no funcionamento do sistema.

Foi com uma orientação restritiva que a atenção primária foi significada e orientada no Brasil, na primeira metade da década de 1980. Capturada pelo enfoque da Medicina Comunitária, que se baseava em iniciativas voltadas para populações negras e pobres dos Estados Unidos, os cuidados primários, nos países periféricos, foram induzidos no limite de ações focais da medicina comunitária, com farta munição articulada por fundações norte-americanas que já apoiavam, desde a década de 1970, experiências pontuais em universidades e instituições filantrópicas (ASSIS et al. 1993; MARSIGLIA 1995).

O característico desses programas marginais complementares aos limites do próprio sistema então existente – que não reconhecia o direito universal e integral à saúde – era oferecer serviços de baixa resolubilidade e de baixo custo, providos por pessoal de baixa

qualificação profissional, sem possibilidades de referências para outros níveis, incluindo uma retórica de participação comunitária (ASSIS et al.1993).

Ao assumir esse caráter de medicina simplificada para os pobres, a atenção primária deixou de ser privilegiada enquanto tal nas proposições elaboradas na VIII Conferência Nacional de Saúde; entretanto, o ideário de Alma-Ata (direito fundamental, dever de Estado, integralidade, equidade, intersetorialidade, participação da comunidade, regionalização, hierarquização, descentralização) foi amplamente incorporado no corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM 1999).

Em 1998, no processo de implantação do SUS, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 3925 (Manual de Organização da Atenção Básica do SUS), contendo uma orientação geral aos gestores municipais sobre o conteúdo e a organização das ações de atenção básica. Adota-se nesse Manual a definição de atenção básica como sendo “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL 1998). Essa definição evidencia importantes questões: Qual seria a dimensão e a abrangência desse conjunto de ações? Como a atenção básica se situa e se articula com o sistema?

1.3 A atenção básica no SUS e a integralidade

No Brasil, a transição por que passam as práticas de saúde, de mercadoria/benefício contributivo para a nova conceituação como direito social de cidadania, é certamente um processo dificultado por velhos problemas herdados pelo SUS e por novos que vão se colocando nas disputas pela organização dos serviços e das ações de saúde, segundo os princípios do SUS.

As heranças recebidas pelo SUS e os interesses que mantiveram a saúde também como mercadoria/benefício colocam a atenção básica numa posição estratégica, num centro de tensão entre forças, numa disputa entre o SUS para pobres e o SUS como direito de cidadania de todos os brasileiros. Na perspectiva do SUS como um subsistema público seletivo para os pobres, a consequência mais provável será a tendência ao subfinanciamento e à restrição de serviços assistenciais ao mínimo (MENDES 2004).

No processo de busca da superação do modelo médico-privatista, com todo o seu corolário de mazelas articuladas com os interesses econômicos do “complexo médico-industrial”, e também da saúde pública campanhista e controlista, enfrentam-se polêmicas recorrentes com as concepções restritivas representadas pelas propostas de provimento mínimo do direito à saúde, focadas na rede básica simplificada, com equipe mínima, cumpridora de uma “oferta organizada” unilateral e “tecnicamente” definida, oriundas de uma concepção distorcida da “atenção primária à saúde”, e, também, com as “modernas” concepções da “Gestão pela Qualidade”, a qual, comprometida com a funcionalidade do “Estado Gerencial”, tende a dissolver as arenas de disputa política pela abrangência dos direitos sociais e pela qualidade de vida (OLIVEIRA 1998). Assim, ao se evidenciarem momentos de forte conflito com os interesses hegemônicos na implementação do SUS, que se manifestam em variados aspectos objetivos observáveis, não se deve propor uma forma de equacionamento da questão sugerindo mudanças nos serviços que desconsiderem o fortalecimento de um bloco de forças capaz de defendê-lo. A desconsideração da correlação de forças pode induzir à criação de propostas apenas submetidas à lógica das racionalidades técnicas ou extremamente voluntaristas, sem nenhuma viabilidade e, sobretudo, descentrar prioridades e desarmar a constituição dos mecanismos de ação política contra-hegemônicos (PUCCINI 2002).

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, são qualificadores do direito social, são elementos que impulsionam a expressão de novas necessidades. Isto é, se no plano mais geral da política o embate dos projetos da saúde concentra-se na disputa pelos princípios da universalidade, da autonomia crítica do controle social, da formatação da equidade e da conseqüente política de financiamento do sistema, no plano da organização cotidiana dos serviços e das práticas é sobre a integralidade do cuidado que se trava a disputa entre o mínimo e o básico. No ato de reconhecer e valorizar novas necessidades está a fundamental diferença entre o provimento mínimo e o básico do direito à saúde. É um momento privilegiado no qual se constituem alianças sociais para que o alcance e a abrangência das políticas públicas não sejam reduzidos ao mínimo (PUCCINI e CECÍLIO 2004).

O ótimo no provimento de um direito social é, certamente, um ponto sempre em fuga, mas o mínimo e o básico não são a mesma coisa; do ponto de vista prático, conceitual e político, são noções assimétricas. O mínimo se vincula ao menor, ao menos,

identifica-se com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção; é acompanhado por supressão ou cortes de atendimento. Já o básico diz respeito a algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável ao que a ela se acrescenta. O básico requer investimentos sociais de qualidade que preparem o terreno para o surgimento de outras necessidades, que questionem os limites da própria estrutura social e das relações sociais vigentes (POTYARA 2000).

A reforma sanitária reconhece que cada região, na sua grande diversidade social e epidemiológica, tem um perfil de necessidades e prioridades. A descentralização com ênfase na municipalização, a hierarquização e a regionalização são estratégias de organização do SUS para, com a ação do controle social, tirar do papel os princípios da cidadania e transformá-los em prática social. Nessa direção, são questões estratégicas, já amplamente reconhecidas, para a remontagem do sistema de saúde brasileiro, o papel, a extensão e a organização que a rede básica deve assumir. Desenvolver uma organização de serviços e uma prática comprometida com a integralidade do cuidado é um problema central. É impossível um gestor local ou regional conseguir articular uma cidade saudável com foco na promoção de saúde, se continua refém de um modelo assistencial antigo.

Os municípios que combateram as atividades distorcidas da assistência e investiram na ampliação da assistência básica resolutive, lutando pela integralidade, conseguiram neutralizar as heranças do complexo médico-industrial. Foram esses que mais acertaram na intersectorialidade e nas ações de promoção. Já aqueles que se deram por vencidos e acharam que não podiam mais perder tempo com interesses malignos da assistência e gastaram o seu tempo gerencial e o entusiasmo exacerbando as possíveis contribuições das ações intersectoriais e de promoção, não fizeram nem a promoção, nem a reversão estrutural da assistência (SANTOS 2002).

É fato que para que uma rede básica possa ser responsável pela saúde de uma dada população, não pode se omitir na hora da demanda, da doença, do sofrimento, ocultando sua insuficiência de recursos ou sua maneira limitada de funcionar com um discurso que estrinja o papel da atenção básica ao mínimo, ao atendimento primário e à promoção da saúde. A dificuldade em responder aos problemas concretos que aparecem na porta dos serviços gera muitas críticas, insatisfações, e, assim, toda a credibilidade dos serviços e a necessária intenção de ampliar o conceito de saúde-doença são arrastadas, em conjunto com o não-acolhimento das demandas, para o mundo das intenções irrealizadas.

Compreende-se, assim, que não há futuro para o SUS sem a presença ativa dos interessados na transformação da saúde em direito social e, portanto, sem o reconhecimento do cidadão, com expectativas e necessidades, como agente político de sua concretização. Assim, o que importa em cada momento da luta pelo direito à saúde é a adequação do projeto coletivo do SUS, que transcende os regramentos técnicos, enfrentando, no terreno onde apareça, a tendência de limitar ao mínimo o financiamento e as ações de um sistema que, por ser solidário, universal e um direito financiado por fundos públicos, encontra-se na contramão do ideário e dos interesses da acumulação de capital.

1.4 A integralidade do cuidado e a humanização dos serviços

A concretização do princípio da integralidade precisa superar o entendimento da rede básica como sinônimo de equipe mínima, profissionalmente capenga, simplificada, com baixa resolubilidade, sem trabalho de equipe multiprofissional; precisa superar a exacerbação do discurso da promoção de saúde em contraposição às ações assistenciais, que num típico exemplo de “idéias fora de lugar” perde o foco da luta brasileira entre o mínimo *versus* o básico e se torna incapaz de acolher as pessoas e de assumir a responsabilidade pela saúde da população de uma área, oferecendo cuidados integrais e contínuos.

As proposições de humanização da assistência têm contribuído para uma melhor compreensão da prática da integralidade, ao induzirem a pensar uma nova rede básica, ao defenderem que é impossível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos rígidos de programação de “oferta organizada” de serviços. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. Esse reconhecimento contamina a atmosfera do convívio cotidiano com uma nova força estruturante e de defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo princípio ampliado, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde (PUCCINI e CECÍLIO 2004).

O novo modelo assistencial não se resolve com uma necessária, porém insuficiente, justaposição das dicotomias entre individual e coletivo, entre preventivo e curativo. É

preciso compreender a integralidade do cuidado para além da disponibilidade e da articulação de serviços. O processo integrador de ações depende da interação entre as pessoas para o encaminhamento dialógico de interesses comuns e, para assim, superar-se a fragmentação tecno-burocrática. Esse é um dos sentidos que embasam a atual ênfase na humanização dos serviços de saúde.

A valorização do encontro cuidador é uma exigência particularmente forte na área da saúde pelas suas características próprias. Toda a assistência se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. A saúde, mais do que outros serviços, depende de um laço interpessoal forte e decisivo para a própria eficácia do ato. O usuário é um fornecedor de valores de uso substantivos, de tal modo que é co-participante do processo de trabalho e co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica (NOGUEIRA 1997).

Em termos gerais, o movimento de humanização pode ser entendido como uma crítica a essa condição da vida humana em sociedade. O homem estranha seu próprio trabalho e os produtos de seu trabalho. Recusa aceitar que as coisas são assim porque sempre foram assim. O movimento pela humanização questiona os limites impostos pela organização social vigente, procura ir além do fazer fixado e regulamentado na estrutura social, busca interromper o fluxo imaginado como o natural dos acontecimentos, escapar da tirania da aparência de “normalidade” e refletir criticamente sobre a realidade. Nesse sentido é que HELLER (1978), discutindo as imposições da organização social, alerta que os homens prisioneiros do fazer pelo fazer e do consumismo entregaram-se ao domínio das coisas sobre eles, e nessas condições as relações inter-humanas aparecem como desejos de coisas, e as necessidades não são governadas pelas necessidades de desenvolvimento e de auto-realização dos indivíduos.

Na área da saúde, um movimento humanizador também vem se desenvolvendo e se traduz em muitas proposições: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio amenizadas e lúdicas, como as “brinquedotecas” e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança e horários de visita mais amplos para adultos e idosos; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto – o parto humanizado – e na atenção ao recém-nascido de baixo peso – programa da mãe-canguru; amenizar as condições do atendimento às pessoas em regime de terapia intensiva; denunciar a “mercantilização” da medicina; criticar a “instituição total”.

Entretanto, a humanização efetivamente transformadora exige ultrapassar o limite da pregação moral, da vontade individual de alguns profissionais, e ir além da amenização de aspectos isolados da prática social. No caso da saúde, a atitude transformadora expressa-se na crítica e na superação das heranças negativas do SUS, da visão da saúde como mercadoria e não como direito social; na superação da visão da saúde como caridade ou filantropia, da pessoa em atendimento como um ser sem nome, opinião e expectativas; na valorização das relações interpessoais como aspectos fundamentais da ação cuidadora integral; no reconhecimento do cidadão, do usuário do serviço e dos profissionais como agentes do processo de cuidado, como portadores de um direito e de necessidades.

Concebe-se, assim, uma linha de identidade das diferentes experiências desse movimento como tentativas de ruptura, de ir além das necessidades “necessárias”, de valorizar a autonomia dos sujeitos e as diferenças (HELLER 1978, 2000). Isto é, uma opção de entendimento que transforma a doutrina humanista clássica atravessando-a com o pulsar histórico dos carecimentos humanos concretos construídos socialmente.

Com base em algumas experiências concretas de processos de humanização (PUCCINI 2002), podem-se destacar certas questões e princípios que têm marcado sua ação transformadora, em especial para a reorganização da atenção básica:

- reconhecer que a integralidade do cuidado pressupõe ouvir e compreender o outro, considerar a pessoa atendida como agente do processo de cuidado;
- acolher a todos os que procuram os serviços, garantindo uma continuidade do cuidado conforme a necessidade;
- favorecer o diálogo e o processo pedagógico na relação profissional–usuário;
- ampliar canais de participação da população e de controle social, visando reconhecer novas necessidades e incluir a opinião dos usuários na definição de prioridades;
- ampliar a participação dos profissionais no planejamento e no gerenciamento das unidades, debatendo a situação da organização dos serviços e as prioridades de mudança;

- valorizar o saber de cada profissão e do trabalho em equipe, incentivando e capacitando em especial o enfermeiro, para que ele retome seu papel assistencial na rede básica;
- substituir o “balcão recepção”, com seu papel limitado a uma ação burocrático-administrativa, por uma recepção técnica acolhedora que possibilite melhor condição ao trabalhador da saúde de dialogar, escutar o problema que motivou a pessoa a procurar o serviço e, assim, definir, em conjunto com ela, a continuidade do seu cuidado;
- capacitar os médicos, sem o objetivo restrito de transformá-los em “generalistas”, a terem uma compreensão da atenção básica receptiva, cuidadora, crescentemente resolutiva, respeitosa do direito do cidadão, que atende pessoas agendadas e não-agendadas e realiza ações em equipe dentro e fora da unidade de saúde;
- articular o desenvolvimento de novas atividades na unidade e fora dela (extramuros) em conjunto com a comunidade, para que as atividades, num novo patamar de integralidade, superem a visão restrita da saúde como sinônimo de consulta médica, exames e medicamentos.

A humanização assim compreendida pode contribuir para a atribuição social de sentidos e finalidades ao princípio da integralidade na atenção básica, favorecendo uma contraposição à tendência restritiva das políticas públicas mínimas na área da saúde, agrupando interesses num projeto de defesa do direito à saúde (PUCCINI 2002).

1.5 A atenção básica e as mudanças no modelo assistencial

As dificuldades do processo de mudança não são poucas. Além das heranças negativas que fundamentam a história da saúde e as práticas cujos valores são permanentemente revigorados no funcionamento da ordem social e sua reprodução, novas dificuldades são evidenciadas na disputa do novo com o antigo no processo de mudança. Como toda mudança, a reorganização dos serviços desloca interesses, questiona certos equilíbrios, certa maneira de funcionar acordada entre grupos de interesses, e esses são motivos de resistência.

Assim, é necessário reconhecer que há uma integração entre as ações realizadas na esfera pública e a lógica do sistema social e sua reprodução, mas, também, que a luta social tem conquistado a ampliação da ação pública na prestação de serviços sociais, segundo princípios do bem comum, como “antimercadorias e antivalores”, a despeito dos interesses imediatos do capital (BRAVERMAN 1987; OLIVEIRA 1998). Essa situação, sempre muito instável e cheia de avanços e reveses, apresenta-se nos dilemas e nas dificuldades que envolvem a implementação do SUS, na disputa pelo provimento mínimo *versus* o básico do direito à saúde, na disputa pelos fundos públicos.

Uma mudança na saúde, ainda que setorial, está de forma permanente interagindo com a disputa dos valores gerais da sociedade na qual se insere e é dependente dela. Isto é, novos fins do trabalho em saúde, e na rede básica em especial, sob a ótica do direito social, só encontram sua afirmação democrática com a incorporação do cidadão na definição de projetos, na afirmação do tipo de sociedade que se deseja, na ação política como materialização das possibilidades de gestação de projetos de interesse geral.

A atenção básica é um componente fundamental desse projeto geral, que, para contar com a disposição de todos os envolvidos na condução dos seus rumos, precisa buscar atingir um grau mais elevado de clareza e organização. A atenção básica, como algo a ser priorizado pelos sistemas de saúde, tem sido defendida por diversas propostas para a conformação de um sistema de saúde, entretanto, tal importância atribuída às ações básicas não tem a mesma abrangência de concepção. Há conflitos presentes, o que continuamente tem causado dificuldades para o estabelecimento de parâmetros e instrumentos de avaliação e monitoramento gerencial dessas ações.

Uma rede básica mínima cria um ciclo vicioso na utilização dos serviços, resulta em grande e desnecessária procura da população por unidades de urgência/emergência e de ambulatorios de especialidades e, em consequência, as unidades básicas perdem sua condição de local onde se privilegiam os cuidados contínuos, perdem a credibilidade para realizar ações de promoção e prevenção, mergulham no equívoco de avaliar que o problema é a população que não entende ou resiste em aceitar que a porta de acesso aos serviços de saúde é a unidade básica.

A idéia de que a rede básica é a porta de entrada do sistema de saúde, embora corretamente preocupada com a integração sistêmica, traz duas grandes armadilhas:

- considerar que de forma regulamentar e tecnocrática os gestores são capazes de definir uma porta obrigatória ou preferencial que a população deverá procurar;
- considerar que, como é porta de entrada, o fundamental do trabalho da rede básica seria garantir o acesso a outros níveis, descaracterizando, assim, a integralidade como parte da ação de cada serviço. Pois, de forma gradativa e crescente, isso vai desqualificando a atenção básica, reduzindo-a ao discurso de promoção e limitando-a a uma triagem para a assistência realizada em outros níveis do sistema (MERHY e QUEIROZ 1993; CECÍLIO 1997).

O fato é que a população só usará a rede básica como acesso privilegiado se esta se preparar para isso. Tal situação reforça a idéia de que o acesso, a integralidade *com humanização dos serviços* e a continuidade do cuidado não são atributos do sistema concretizados apenas na existência de uma cadeia de níveis de assistência, mas estão presentes na concepção e nas funções de cada um dos níveis e de cada serviço, com os respectivos profissionais.

A concepção de básico é dinâmica, é a capacidade de aprender com a realidade e incorporar de forma permanente novas necessidades. Trabalhar com o básico é trabalhar com um caminho sempre a percorrer, e não com um ponto de chegada. Assim, uma definição de rede básica, mais do que estabelecer um conjunto fixo de funções nacionalmente pré-definidas, precisa ser capaz de, no cotidiano, ensinar e aprender com os outros níveis do sistema e com as necessidades apresentadas pelo usuário, pelo cidadão e pela comunidade.

Sobre essa tentativa de fixar o elenco de funções pertinentes à atenção básica, importante para um processo avaliativo e de monitoramento, RIBEIRO (2002) afirma que, considerando o diversificado elenco de conceitos e definições, talvez não seja necessário, ou mesmo possível, um consenso, mas apenas que cada processo avaliativo ou de monitoramento das mudanças defina com nitidez o que se pretende avaliar ou monitorar.

1.6 Mudança do modelo assistencial e capacidade de gestão

A reorganização da rede básica representa um processo fundamental na reforma setorial e é fortemente dependente da capacidade de gestão (BODSTEIN 2002). A capacidade de governo, que é revelada como capacidade de direção, administração e controle, refere-se, segundo MATUS (1997), ao acervo de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um gestor e sua equipe para conduzirem o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo. Assim, toda equipe de governo está sempre limitada por sua capacidade de gestão, que será desafiada em medida proporcional à ambição do projeto de governo e à dificuldade para mudar expressa pela governabilidade do sistema.

Avaliação e monitoramento são etapas essenciais do processo de planejamento e administração, são componentes da capacidade de gestão que possibilitam a tomada de decisão de maneira mais racional e atenta aos problemas enfrentados. Apesar do intenso debate, poucos estudos e pesquisas de caráter avaliativo tratam de qualificar as mudanças em curso no sistema de saúde brasileiro. Tais estudos adquirem, portanto, um papel imprescindível em um contexto democrático, de construção social de um direito. Isso porque, quanto maior a capacidade de gestão, de planejamento, de monitoramento e de avaliação de seus resultados, tanto maior o espaço para a participação e o controle social (BODSTEIN 2002).

CESAR e TANAKA (1996), seguindo a tríade defendida por DONABEDIAN (1980) – estrutura, processo e resultado –, propõem uma definição de avaliação como um conjunto de atividades voltadas para medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e as metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor. A avaliação seria, assim, constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações de medir, comparar e emitir juízo de valor.

A essencialidade de uma avaliação se localiza no julgamento de valor de um programa, projeto, intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar com base em um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ e CAMACHO 1996; HARTZ 2000a).

Atentos a possíveis armadilhas a que a supervalorização recente de avaliações poderia levar, CARVALHO e BARREIRA (2001) chamam a atenção para alguns aspectos norteadores de uma melhor compreensão do que seja avaliar:

- A avaliação não tem um valor em si, não substitui a política ou programa nos processos e resultados que move e persegue.
- Avaliação é oportunidade de reflexão crítica da ação e possibilidade de disputa e conquista dos resultados idealizados.
- Avaliação é imperativo ético, desconstrói e reconstrói a política ou programa na sua intencionalidade, resultados e efeitos quanto à alteração da qualidade de vida – enquanto proteção, inclusão e cidadania – dos envolvidos na ação pública.

Avaliar é estabelecer um juízo de valor. A idéia de valor vai além do julgamento de mérito como tal. Pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado sobre o conteúdo das conclusões, que serão incorporadas, interagindo com o contexto no qual a avaliação se desenvolve (NOVAES 2000). Assim, é forçoso reconhecer que não há neutralidade num processo avaliativo. O juízo de valor depende da visão de mundo de quem o executa, e toda avaliação pressupõe uma opção clara sobre o que se vai avaliar, sobre as características que se vai observar e medir e sobre o que se fará com o juízo de valor emitido nesse processo (SALA 1998).

No caso da avaliação e do monitoramento da atenção básica e sua rede de serviços, a diversidade de situações apresenta-se como uma dificuldade adicional à necessidade de uma objetivação do que avaliar e monitorar. Essa condição sempre será um desafio metodológico, pela própria natureza dinâmica desse tipo de serviço, particularmente num momento turbulento de superação do legado da situação anterior ao SUS.

Destacando que a avaliação de sistemas de saúde e, em particular, da atenção básica enfrenta desafios metodológicos – determinação multifatorial da saúde, julgamento de valor, natureza dos processos de trabalho que visam a mudanças sociais –, CONILL (2002) reforça as proposições de BODSTEIN (2002), sugerindo três questões, que poderiam ser utilizadas como categorias analíticas em torno das quais mais se articulam as transformações pretendidas pela reforma brasileira: o acesso, a integralidade e o controle social.

A expressão da luta cotidiana pela abrangência e extensão da saúde para todos, em contraposição à tendência do provimento seletivo segundo a estratégia dos mínimos sociais, estabelece para construção e funcionamento do novo modelo assistencial a necessidade de articulação dos princípios do SUS, pois eles se esclarecem e se reforçam mutuamente (CECÍLIO 2001). Assim, acesso, conceito ampliado de saúde, integralidade *com humanização dos serviços* e controle social são rumos gerais e são as categorias fundamentais adotadas neste estudo para a avaliação e o monitoramento do processo de mudança. Para tanto, esses rumos gerais precisam ser traduzidos em categorias mais operativas. O desafio está então na necessidade de definir variáveis que traduzam avanços no sentido proposto e que não desconsiderem inovações que estão transformando os princípios e o processo de trabalho dos serviços, mas que nem sempre aparecem refletidos nos indicadores clássicos, já que estes raramente dão conta de mudanças contextuais, do desempenho institucional e dos processos na gestão da rede e dos serviços (SILVA e FORMIGLI 1994; HORTALE 1999; BODSTEIN 2002).

Objetivando orientar o processo de implementação da atenção básica, o Ministério da Saúde formulou a proposta do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (BRASIL 1999), regulamentando um processo de acompanhamento e avaliação. Assim, concebeu um grupo inicial de 17 indicadores. No ano de 2003, após reunião da Comissão Intergestora Tripartite, o elenco inicial passou para 34 indicadores, que compõem um conjunto de metas a serem pactuadas pelos municípios e estados, como um instrumento nacional de avaliação das ações e serviços de saúde, referentes à atenção básica no âmbito do SUS (BRASIL 2003). Sem dúvida, foi uma iniciativa importante, que tem contribuído para o avanço da avaliação e da gestão do SUS. Mas, pela sua própria origem e vocação principal, essa estratégia tem uma contribuição limitada na gestão cotidiana dos serviços e no reconhecimento dos problemas mais imediatos ao alcance dos gestores municipais.

MEDINA et al. (2000), reconhecendo a potencialidade do Pacto de Indicadores e observando que muitos gestores presos a um tratamento burocrático deixam de aproveitar sua contribuição para a gestão, destacam, por outro lado, a necessidade de desenvolver novas ferramentas para conferir agilidade ao processo de monitoramento e maior possibilidade de direcionamento das ações em tempo real.

Segundo HARTZ (2000b), a análise de componentes inovadores de um sistema não é bem representada nem captada em estratégias baseadas em metas. Indicadores tradicionais utilizados, ainda que necessários, tornam-se insuficientes para apreender as

mudanças desejáveis. A mesma autora destaca a importância e os desafios metodológicos para integrar a avaliação em um sistema organizacional de modo a ser efetivamente capaz de influenciar o seu funcionamento, ligando as atividades analíticas às de administração. Assim, busca clarear as diferenças entre as atividades de avaliação e as de monitoramento, enfatizando aspectos desta última. Enquanto a avaliação poderia ser entendida como um conjunto de atividades, desenhadas sequencialmente, para determinar o valor ou o mérito de um programa, projeto ou intervenção, o monitoramento estaria mais focado na geração de informações de fácil apropriação e utilidade para o dia-a-dia dos gestores, gerando informações mais relevantes para a tomada de decisão e aperfeiçoamento dos programas. O monitoramento está articulado, mas não se confunde com as funções da avaliação das políticas e programas de saúde (HARTZ 2002).

Observa-se, entretanto, que essa não tem sido a principal tendência, e complexos instrumentos e sistemas computacionais tornaram o monitoramento muito mais uma ferramenta de controle e acompanhamento de instâncias centrais do sistema ou de organismos financiadores. Não surpreende, portanto, o fato de os gestores locais não os considerarem úteis e criticarem a sobrecarga da coleta de informações (BODSTEIN 2002; HARTZ 2002). Em geral, esses sistemas, embora ofereçam informações importantes para uma avaliação mais global, têm obedecido a uma lógica centralizadora e vertical, o que dificulta ou impossibilita a futura desagregação de informações para o acompanhamento das ações e para a tomada de decisão, resultando em reduzida utilidade para a gestão local dos serviços (TEIXEIRA et al. 2003).

1.7 Monitoramento da atenção básica, marcadores e eventos sentinela

Monitoramento e investigação avaliativa são ferramentas de gestão. O monitoramento é voltado para a análise continuada, para o acompanhamento dos procedimentos e dos produtos. Sua utilidade é maior para o gestor local dos serviços. A avaliação, diferentemente, focaliza a efetividade ou o impacto das mudanças produzidas e, em geral, tem utilidade maior para a instância central e os organismos de financiamento. A atividade de monitoramento é uma etapa imprescindível na avaliação dos programas de saúde (HARTZ 1996; 2000).

Em síntese, monitoramento pode ser definido como um conjunto de atividades de coleta e análise de informações pré-definidas (indicadores), visando acompanhar de forma

sistemática e contínua o comportamento de serviços assistenciais, com o objetivo de detectar problemas e avanços. É uma atividade voltada para o cotidiano dos serviços e seus resultados, subsidiando o planejamento e a gerência local (PENNA 1997).

Um exemplo clássico de monitoramento na área de saúde é a vigilância epidemiológica. Ela tem como estratégia trabalhar com as informações de todos os casos suspeitos ou confirmados de determinado grupo de agravos escolhidos. Entretanto, muitos problemas de saúde prescindem do conhecimento de todos os casos para subsidiar as intervenções, demandando outras formas de coleta de dados e de monitoramento operacionalmente mais ágeis, que permitam a identificação dos problemas em uma escala temporal mais próxima da ocorrência dos eventos, problemas esses que muitas vezes estão fora do alcance de indicadores tradicionais (TEIXEIRA et al. 2003).

Nesse sentido, duas técnicas são frequentes: o uso de marcadores/traçadores e de eventos sentinela. Marcadores ou traçadores, como instrumentos para a avaliação da atenção à saúde, foram propostos inicialmente por KESSNER et al. (1973). Baseiam-se no pressuposto de que, com base na avaliação da assistência prestada às pessoas, por determinada condição ou doença escolhida e acompanhada, seria possível detectar e inferir problemas e pontos de estrangulamentos de um serviço (PENNA 1997).

Por exemplo, poderiam-se tomar como marcador os cuidados de pré-natal prestados, verificando como foi o pré-natal, a média de consultas realizadas, o início do pré-natal, os exames realizados ou outras atividades previstas. Já o evento sentinela difere do marcador, por ter como idéia básica a coleta de informação a partir do fato negativo, definido previamente como o que não deveria ocorrer. Nesse exemplo, um evento sentinela levaria a investigar retrospectivamente a cadeia de fatos que determinou que um grupo de mulheres parturientes não tivesse realizado o pré-natal. São exemplos típicos de eventos sentinela da qualidade da assistência as investigações do óbito infantil e materno realizadas pelos Comitês de Mortalidade. A área da saúde ambiental também se apropriou da estratégia de eventos sentinela, a exemplo de malformações congênitas, visando investigar a associação dessas ocorrências com riscos ambientais. Também o Unicef, em 1986, utilizou a técnica de eventos sentinela para estudar a tendência da mortalidade infantil na Guatemala e na Nicarágua (TEIXEIRA et al. 2003).

Evento sentinela foi inicialmente conceituado por RUTSTEIN et al. (1976) como ocorrência de agravo, invalidez ou morte desnecessária, isto é, como ocorrência de

condições que poderiam ser evitadas, já que há tecnologia de saúde suficiente para isso. Com base nesse conceito, eventos sentinela vêm sendo utilizados para a avaliação de sistemas de saúde. Assim, são conceituados como algo que não deveria ocorrer se os serviços de saúde funcionassem adequadamente (PENNA 1997).

Definido o evento e detectada sua ocorrência, desencadeia-se uma investigação para o esclarecimento das falhas que levaram à ocorrência desse evento, a fim de propiciar sua correção e melhorar o funcionamento do sistema. A idéia básica, portanto, é fazer a coleta sistemática de informação a partir do fato negativo e, por meio da investigação dos casos, avaliar a articulação, o acesso, a integralidade, a resolubilidade e as falhas que estão ocorrendo nos serviços e na integração do sistema. Assim, o evento sentinela trabalha com o pressuposto de que uma informação de um evento escolhido, possível de ser coletada com certa facilidade, permita monitorar um certo universo de fenômenos (PENNA 1997).

O uso de evento sentinela tem importantes características (HARTZ 1996; PENNA 1997; TEIXEIRA et al. 2003):

- obriga a uma definição clara dos objetivos dos serviços, na medida em que trabalha com o fato definido como negativo, que não deveria ocorrer;
- viabiliza, na exploração retrospectiva da ocorrência, a incorporação de outros elementos, como a percepção de profissionais e usuários sobre os serviços e seus problemas;
- favorece a detecção de insuficiências de acesso, resolubilidade e continuidade do cuidado;
- pode incluir no monitoramento a população não coberta pelos serviços;
- tem natureza mais específica que indicadores mais voltados para a avaliação, com menor dificuldade na operacionalização do monitoramento, em especial de processos de mudança.

Mas é sempre bom lembrar que eventos escolhidos podem ser apenas indicadores de condições dos serviços, e não da saúde da população.

1.8 Sintetizando: o problema e a hipótese da pesquisa

A reorganização da rede básica representa um processo fundamental na reforma setorial da área da saúde. Apesar do intenso debate, poucos são os estudos sobre as mudanças em curso no sistema de saúde brasileiro que têm como perspectiva oferecer instrumentos de apoio à gestão local da atenção básica.

Essa necessidade, amplamente reconhecida, delimita questões para uma pesquisa: como entender, atualmente, o que é atenção básica integral no SUS e como monitorar o processo de mudança e a reversão do modelo assistencial? Seria possível definir indicadores que contribuíssem objetivamente para o monitoramento da atenção básica, que comportassem diferenças de momentos da sua reorganização e que fornecessem subsídios para a gestão cotidiana dos serviços? Que instrumentos de avaliação e monitoramento poderiam contribuir para ampliar a capacidade de gestão local de modo articulado com os rumos gerais propostos.

Há diversos trabalhos de análise sobre demanda ambulatorial e de pronto-socorro, mas eles não se direcionaram para a análise de eventos sentinela com vistas a monitorar a atenção básica. Neles são comuns conclusões como: “os dados levantados indicam que o estrangulamento de serviço de emergência se deve à desestruturação dos serviços básicos” (MARTINS e PASKULIN 1992, p.26); o pronto-socorro estudado “não é apenas um serviço de urgência, mas também, uma ‘válvula de escape’ dos serviços públicos de saúde [...]” (SALLA et al. 1989, p.79); “um considerável número de pacientes poderia ter sido atendido nas respectivas unidades básicas, sugerindo a sua exclusão dos níveis primário e secundário” (GUTIERREZ e BARBIERI 1998, p.81).

Alguns estudos que tomaram como objeto de análise, especificamente, a demanda de unidades de emergência/urgência têm observado alta proporção de pessoas com problemas de saúde que se avaliam como passíveis de serem resolvidos mais apropriadamente em UBSs (YAMADA et al. 2000; CASTRO et al. 2001; YAMADA et al. 2001; CASTRO et al. 2002; YAMADA et al. 2002; MENDES 2003). Esses estudos, embora de natureza geral sobre a demanda atendida, sugerem importantes informações críticas sobre possíveis problemas da rede básica que poderiam estar determinando tal característica de demanda nos serviços estudados. Entretanto, eles não tinham o objetivo de explorar retrospectivamente determinados tipos de ocorrência e relacioná-los com

características da organização e do funcionamento da rede básica, de modo a propiciar instrumentos para o monitoramento.

No presente trabalho parte-se da idéia de que seja necessário avançar na capacidade de monitoramento das mudanças da atenção básica, segundo princípios e categorias analíticas estabelecidas. Para tanto, elege-se a técnica da identificação e da exploração de eventos sentinela em unidade socorrista, pois se caracterizam como ocorrências negativas em uma dimensão mais imediatamente relacionada a possíveis falhas do processo de trabalho da atenção básica.

A hipótese do presente estudo, portanto, é que determinadas ocorrências em unidades socorristas, utilizadas como eventos sentinela, podem ser relacionadas a possíveis falhas da atenção básica, convertendo-se, assim, em instrumentos que colaborarão com o monitoramento da rede básica, visando à concretização dos rumos gerais pretendidos.

2. Objetivos

Objetivo geral

Analisar ocorrências atendidas em pronto-socorro para identificar eventos sentinela que possam ser utilizados na gestão local como indicadores para o monitoramento da atenção básica.

Objetivos específicos

- Eleger ocorrências nosológicas de pessoas atendidas em pronto-socorro para a verificação de possíveis eventos sentinela.
- Verificar a existência de diferenças entre áreas/UBSs de procedência das pessoas atendidas no pronto-socorro quanto à frequência das ocorrências previamente escolhidas.
- Analisar a possível influência da situação local da atenção básica na determinação dessas diferenças, incluindo, além de valores frequenciais, o contexto das características de organização da rede básica, da repercussão das proposições de humanização dos serviços e da visão dos envolvidos, em particular dos usuários dos serviços, dos médicos do pronto-socorro e das unidades básicas de saúde.
- Discutir a viabilidade operacional da utilização desses eventos sentinela pelo gestor municipal como indicadores para apoiar o monitoramento da atenção básica.
- Discutir as limitações, as qualidades e a utilidade do indicador em estudo.

3. Método

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal com componente retrospectivo (PEREIRA 2002, p.283). Foi realizada análise com dados quantitativos e qualitativos sobre ocorrências atendidas em um serviço de pronto-socorro, a fim de verificar a potencialidade da utilização dessas ocorrências como eventos sentinela para apoiar o monitoramento da rede básica de saúde. Considerando a utilidade de um evento sentinela, procurou-se identificar e explorar retrospectivamente casos atendidos em unidade socorrista que não deveriam ter ocorrido e que de alguma forma refletem uma possível falha nas atividades de organização e funcionamento da rede básica. Identificado um caso, levantaram-se, portanto, as circunstâncias da sua ocorrência, a área/UBS de procedência das pessoas atendidas e a história da utilização dos serviços de saúde relacionada ao caso em questão. Para verificar as relações entre essas ocorrências, previamente escolhidas, e aspectos da organização dos serviços básicos e do seu processo de trabalho, foram levantadas também informações sobre cada uma das unidades básicas de saúde incluídas no estudo, junto aos seus médicos e diretores.

3.2 Local

O local do estudo foi o município de Itapequerica da Serra, localizado a 33 km do centro do município de São Paulo, na região sudoeste da Grande São Paulo, e limitado pelos municípios de Cotia, Embu, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra e São Paulo (figura 1).

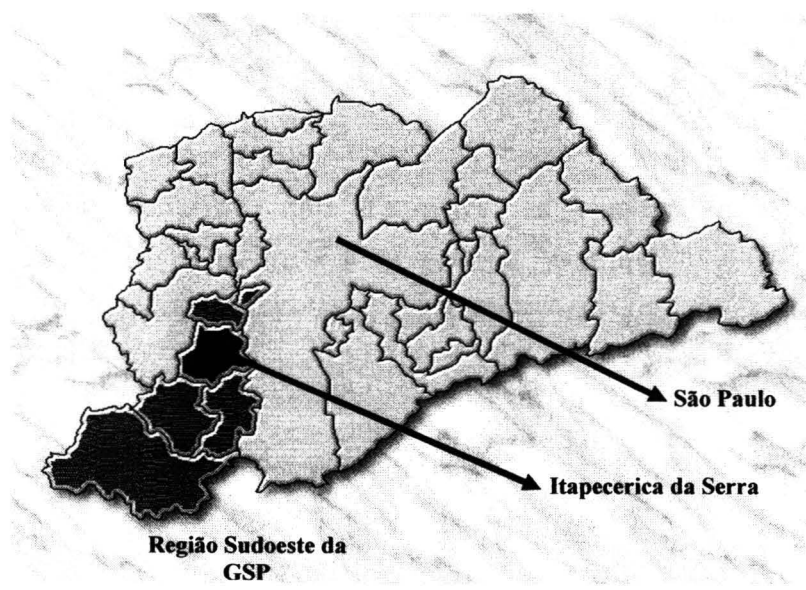


Figura 1 – Itapequerica da Serra, na Grande São Paulo - GSP

O aldeamento de Itapecerica da Serra, com a participação dos padres jesuítas, ocorreu por volta do ano de 1690, e sua emancipação à condição de município, em 1877. Entre 1960 e 1970, o município desmembrou-se, dando origem aos municípios de Embu, Taboão da Serra, Embu-Guaçu, Jquitiba e, em 1997, São Lourenço da Serra. As principais vias de acesso são a Rodovia Regis Bittencourt – BR 116 e a Estrada de Itapecerica da Serra. O crescimento rápido e intenso da sua população, a partir da década de 1960, comum nas cidades-dormitórios da Grande São Paulo, foi motivado pela forte migração. Com um dos mais expressivos crescimentos populacionais da Grande da São Paulo, a população do município é estimada para o ano de 2004 em 147.540 habitantes. A rede de água tratada atinge 85% da população, a de esgoto 25%, e a de coleta de resíduos sólidos tem cerca de 96% de cobertura; a população analfabeta corresponde a 8,9%, e a renda *per capita* é de R\$ 277,20, segundo dados do IBGE para o ano de 2000. Esse quadro situa o município de Itapecerica da Serra no 288º. lugar, dentre os municípios paulistas, quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM-2000. Todo o território do município, de 136 km², encontra-se em área de proteção de manancial, gerando o desafio adicional de promover um plano local de desenvolvimento sustentável e viável.

Quanto aos serviços de saúde, na década de 1980, a rede pública começa a expandir-se, como resultado da implementação do convênio das Ações Integradas de Saúde — AIS. Nesse processo de mudanças, iniciado com as AIS e o SUDS, ganha expressão regional uma crítica ao modelo de organização da saúde e da rede básica, em particular. Questiona-se a inexistência de compromisso dos serviços com o cidadão, realiza-se a inclusão nas UBSs de atendimento médico para as pessoas doentes, o que era malvisto pelas tradições controlistas dos antigos Centros de Saúde. São abolidas as concepções de pré e pós-consulta como atos que fragmentam a consulta médica e prejudicam uma melhor relação entre os médicos e as pessoas atendidas. Procura-se superar a rígida e falsa separação entre prevenção e cura, em busca da integralidade das ações (SANO 1999).

Na região, técnicos e uma parcela da população participam ativamente na intervenção e na reorganização de alguns serviços privados, que, desapropriados pelo poder público, deram origem ao Pronto-Socorro Municipal de Embu, ao Hospital Regional de Osasco e ao Hospital Municipal de Jandira, constituindo-se, assim, os primeiros leitos públicos nessa grande área da Grande São Paulo. Conquistou-se, ainda, a construção do

que hoje são os Hospitais de Itapecerica, Pirajussara/Embu, Carapicuíba e Itapevi. Ocorreu expansão e organização da rede básica, resultando na ampliação dos serviços e das especialidades de atendimento, com maior articulação e unificação do sistema. A região contou, também, nesse período, com importante participação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo na organização de um distrito escola. A afirmação do SUDS, que no plano nacional significava uma vitória das tendências descentralizadoras e unificadoras do sistema, em contraposição às resistências centralizadoras instaladas no aparelho de Estado e articuladas com interesses econômicos da área (LUZ 1997), no plano local produziu uma inserção de novas forças sociais, redefinindo o papel do poder local na gestão das políticas públicas de saúde (PUCCINI 2002).

Em 1991, Itapecerica da Serra cria o Fundo Municipal e o Conselho Municipal de Saúde, conforme regulamentado na legislação do SUS. Desenvolvendo um modelo de *distritalização* e vigilância à saúde, a área de responsabilidade de cada unidade básica de saúde foi delimitada no ano de 1993, por meio de um processo de *territorialização* que contou com a participação de funcionários da saúde e lideranças populares. Identificam-se áreas e situações de risco, estabelecem-se programas prioritários, ampliam-se os trabalhos com a comunidade e as alternativas de cuidado. Esse processo é fortalecido com a formação de Conselhos Locais de Saúde em todas as unidades (SANO 1999).

De três unidades básicas existentes no ano de 1980, a rede pública de saúde passou a contar, no ano de 2004, com dez unidades básicas, um centro de referência para especialidades, serviço de vigilância sanitária e epidemiológica, um Centro Regional de Controle de Zoonoses, dois prontos-socorros, um laboratório regional, uma maternidade municipal com 32 leitos, recém-ampliada, e um Hospital Geral Regional com 165 leitos, que iniciou seu funcionamento em 1999. Nesse processo de busca de melhoria da atenção básica, a partir de 1997 desenvolve-se uma nova prioridade para a organização do sistema local, focada na busca da humanização dos serviços e da satisfação dos usuários. Definiu-se uma visão de reorganização dos serviços como a busca de uma nova inter-relação entre profissionais e usuários, que valorizasse o respeito mútuo, o reconhecimento do cidadão como portador de um direito, a atenção, o zelo e as exigências técnicas e humanas na ação profissional para a realização dos cuidados. Foram priorizadas, na implementação da diretriz de humanização, atividades voltadas para a reflexão crítica, a formação e a participação dos profissionais; atividades voltadas para a ampliação dos canais de comunicação, participação do cidadão e controle social; atividades voltadas para a

reorganização dos serviços, procurando incorporar as opiniões, os anseios e as críticas dos profissionais e usuários (ITAPECERICA DA SERRA 1998, 2003; PUCCINI 2002).

A série histórica de alguns dados e indicadores de saúde sugere uma melhora nos serviços de saúde, em parte como resultado de maior abrangência e articulação do sistema de saúde local (tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores selecionados da situação de saúde-assistência de Itapecerica da Serra, segundo alguns anos.

Indicador	1996	2000	2002
coeficiente de mortalidade infantil *	25,20	15,20	10,01
taxa de mortalidade materna **	155,30	50,70	0,00
CPOD ***	3,20	1,57	1,42
% da pop. com todos os dentes aos 18 anos	87,80%
cobertura de crianças < 1 ano	96,00%	125,80%	176,92%
cobertura de gestantes	...	77,11%	108,16%
% de amamentação exclusiva aos 4 meses	31,90%
cobertura papanicolaou	14,50%	28,50%	32,69%
doses imunizantes de vacinas aplicadas	...	17.687	22.276
consultas médicas	279.337	402.521	472.417
tratamentos completos - bucal	6.415	11.296	11.532

* por mil nascidos vivos

** por 100 mil nascidos vivos

*** CPOD - Dentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos

Fonte: SMSIS/SEADE

Entretanto, as consultas médicas realizadas em ambiente de pronto-socorro permanecem elevadas, quando comparadas com as consultas básicas, embora apresentem uma leve diminuição na participação relativa quando se comparam os anos de 1999 e 2003 (figura 2). Mas é impossível afirmar que essa seja uma tendência estável e fruto das intervenções realizadas na alteração do modelo assistencial e da reformulação da rede básica (ITAPECERICA DA SERRA 2003).

Certamente, muito das consultas realizadas em ambiente de pronto-socorro ainda são desnecessárias, o que permite sua análise segundo a estratégia de eventos sentinela.

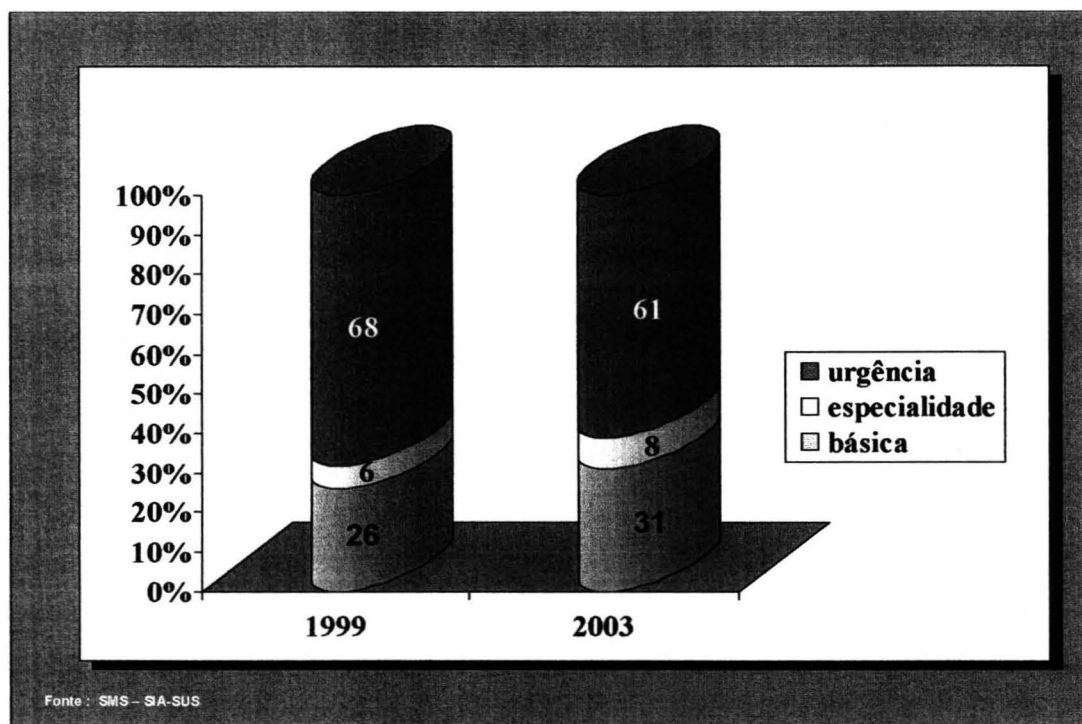


Figura 2 – Distribuição das consultas médicas. Itapecerica da Serra, 1999 e 2003.

Essas características favoreceram, portanto, a escolha do local como campo de estudo, além do fato de o pesquisador lá haver trabalhado. A priorização de estratégias de organização e humanização da rede básica, a diversidade de situações características desses processos e a desigualdade no grau de mudanças implementadas em cada unidade (por exemplo, os estágios de organização da recepção técnica acolhedora) permitem conhecer e comparar situações, com distintos problemas, possibilitando uma exploração abrangente das relações entre possíveis eventos sentinela e problemas da atenção básica.

Considerado o desenho geral da pesquisa, a articulação e a regionalização dos serviços, foram escolhidas quatro UBSs para o estudo, com diferentes portes e cuja população (58,6% da população total do município) utiliza, preferencialmente, o Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra como referência (tabela 2).

Tabela 2 - Unidades Básicas que se utilizam preferencialmente do Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra escolhidas para o estudo e população de abrangência, 2004

Unidade	população de abrangência	% da pop. do município	% da pop. do grupo
UBS Salvador Leone	36.500	24,7	42,2
UBS Parque Paraíso	24.500	16,6	28,3
UBS Valo Velho	18.500	12,5	21,4
UBS Branca Flor	7.000	4,7	8,1
Todas as quatro UBSs	86.500	58,6	100,0
Total do município	147.540	-	-

Fonte: SMSIS e DATASUS

3.3 População e amostra

3.3.1 Médicos socorristas: formulário para auto-resposta entregue aos 16 médicos do Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra, plantonistas do período diurno.

3.3.2 pessoas atendidas no pronto-socorro: foram consideradas como população-alvo do estudo todas as pessoas atendidas durante um mês, no horário das 7 às 16 horas, de segunda a sexta-feira – horário e dias da semana que consideraram o funcionamento regular da rede básica –, e que tiveram procedência de uma das áreas/UBSs escolhidas para o estudo.

Essa base mensal utilizada para definir a população-alvo (universo) justifica-se pelo fato de que o presente estudo propõe-se a identificar instrumentos de monitoramento que permitam instantâneos da situação de um período, de modo a compará-los numa série histórica. Assim, é com base em ocorrências mensais que se poderão construir instrumentos mais ágeis para o monitoramento, não tendo

sentido pensar a população-alvo como aquela formada pelas pessoas atendidas no ano ou nos semestres.

Quanto à definição do tamanho da amostra, a preocupação primeira foi fixar um procedimento de coleta de dados que fosse operacionalmente fácil de ser reproduzido no cotidiano de trabalho dos sistemas municipais de saúde. Assim, estabeleceu-se como pressuposto não ultrapassar duas semanas de coleta de dados, comprometendo a pesquisa com a simplicidade de um procedimento de levantamento de dados que possa ser repetido cerca de quatro vezes ao longo de um ano, tornando-o viável no processo de monitoramento da atenção básica.

Considerando-se esse pressuposto, o tamanho da amostra depende do volume global de atendimentos de um pronto-socorro e da parcela correspondente ao atendimento realizado para as pessoas com procedência de cada uma das áreas/UBSs escolhidas para serem monitoradas. Mas, dessa parcela de atendimentos correspondente às áreas de procedência de interesse, as HDEs (hipóteses diagnósticas escolhidas) para estudo, com pretensões de serem eventos sentinela, são, ainda, uma parcela menor. Nessas condições, o que se coloca em questão é saber até que frequência de uma determinada ocorrência atendida no PS há significância estatística para as análises e comparações. Note-se que intencionalmente está se invertendo a pergunta comumente formulada para a definição do tamanho de uma amostra. A partir de um tamanho dado pelas condições operacionais, pergunta-se até onde é possível ir com a análise com uma certa margem de segurança. Essa preocupação é necessária dado que a tendência é trabalhar com frequências muito pequenas, sobretudo pelo fato de que uma frequência geral no PS terá que ser redistribuída segundo as áreas/UBSs de procedência das pessoas atendidas, pelo interesse nessa dimensão local da análise.

No cálculo das possibilidades da amostra considerou-se, portanto, como pergunta a ser respondida: qual o valor da menor frequência que pode ser aceito para incluir uma dada ocorrência no estudo?

Dados utilizados nos cálculos:

- População de estudo: atendimentos diários de segunda a sexta-feira, no horário das 7 às 16 horas, originados em uma das áreas/UBSs escolhidas: média de 3.000 pessoas atendidas por mês.
- Tamanho da amostra (duas semanas) = 1.500 pessoas atendidas.
- Considerando-se que a menor área/UBS corresponde a 8,1% do total da população das quatro áreas em estudo (tabela 2) e procurando identificar uma frequência mínima geral para que determinada ocorrência (hipótese

diagnóstica) tenha chance de estar representada com ao menos um caso em todas as áreas/UBSs, temos que:

- 1 caso = 1500 x Freqüência Mínima Geral (FMG) x 8,1%
- 1 = 1500 x FMG x 0,092
- 1 = 138 x FMG
- FMG = 1/138 = 0,007 = 0,8%

Assim, a existência, no presente estudo, de uma área/UBS com 8,1% do potencial de demanda global do pronto-socorro (total de 3.000 atendimentos/mês) limita a inclusão de ocorrência com freqüência menor que 0,8%, sem o que ela pode não estar representada nessa menor área/UBS. Alerta-se para o fato de que mesmo trabalhando com o universo de atendimentos mensais algumas ocorrências não atingiriam essa freqüência mínima de 0,8%, o que reforça a idéia de que se deva trabalhar com uma amostra, para facilitar o monitoramento, e com a devida atenção e ponderação na hora de incluir ou não determinada ocorrência.

3.3.3 Entrevistas com as pessoas atendidas por uma das ocorrências escolhidas:

às pessoas diagnosticadas com uma das ocorrências previamente escolhidas, os médicos socorristas, após o atendimento, solicitaram a participação numa pesquisa e indicaram o local para o caso de concordância. Tal procedimento foi reforçado pela equipe de enfermagem, que colaborou na solicitação da participação na entrevista e na orientação. Em uma sala fixa durante todo o período (duas semanas) e no horário da pesquisa, o pesquisador entrevistou as pessoas atendidas, para lá encaminhadas, que concordaram em participar. Concordaram e participaram da entrevista 18% das pessoas (amostra não intencional) diagnosticadas com uma das ocorrências escolhidas.

3.3.4 Diretores das unidades básicas de saúde incluídas no estudo: quatro diretores entrevistados pelo pesquisador.

3.3.5 Médicos das unidades básicas de saúde escolhidas: foram entregues formulários para auto-resposta dos médicos das unidades básicas, obtendo-se 50% de devoluções.

3.4. Principais variáveis de estudo e levantamento dos dados

3.4.1 *Em relação aos médicos socorristas:*

Instrumento (anexo 1): questionário com perguntas abertas para levantamento da opinião dos médicos socorristas sobre:

- quais ocorrências atendidas por eles, no serviço em questão, deveriam estar sendo resolvidas ou acompanhadas em unidades básicas, por não necessitarem de atendimento de urgência ou emergência. Conforme explicação a seguir, no item 5 do capítulo “Método”, as indicações foram utilizadas na escolha das ocorrências, possíveis eventos sentinela, do presente estudo;
- o papel dos serviços básicos e dos socorristas, indagando sobre o que determina esse tipo de procura.

3.4.2 *Em relação aos atendimentos realizados no PS Central de Itapeperica:*

Instrumentos (anexo 2): planilha para anotação de todos os atendimentos realizados no pronto-socorro e ocorridos no período de observação. Houve necessidade de acertos com as gerências do serviço, pois alguns dos dados necessários, como área/UBS de procedência ou hipótese diagnóstica, não são rotineiramente colhidos e sistematizados pelo serviço. Muitas vezes as folhas de atendimento não apresentavam com clareza a hipótese diagnóstica e nunca dispunham do código da Classificação Internacional de Doenças - CID. Assim, foi necessário rever todos os registros dos atendimentos a fim de estabelecer a codificação e, algumas vezes, aclarar a hipótese diagnóstica, antes da digitação do material. Todo esse trabalho foi realizado por uma equipe fixa, com a participação do pesquisador e de mais dois médicos colaboradores.

3.4.3 *Em relação às pessoas diagnosticadas com uma das ocorrências de interesse do estudo:*

Instrumento (anexo 3): formulário com perguntas abertas e fechadas para entrevistar as pessoas atendidas e explorar as circunstâncias pregressas das ocorrências escolhidas de interesse. As respostas às questões abertas foram anotadas pelo pesquisador, que foi o único entrevistador. O questionário levantou informações sobre:

- variáveis de identificação e caracterização das pessoas atendidas e dos acompanhantes, no caso de crianças;
- variáveis sobre o tipo de uso rotineiro de unidade básica;
- variáveis sobre a ocorrência em questão (queixa e tempo de queixa);
- variáveis sobre o problema atual e a procura ou não de atendimento anterior até a decisão de procurar o pronto-socorro;
- opinião em relação ao atendimento ocorrido na unidade básica pelo problema atual antes de procurar o pronto-socorro ou por que não procurou a unidade básica pelo problema atual.

3.4.4 Em relação às unidades básicas de saúde e seus diretores:

Instrumento (anexo 4): formulário com perguntas abertas e fechadas para observar a unidade básica de saúde e entrevistar o seu diretor. A observação-entrevista foi realizada unicamente pelo pesquisador:

- informações relativas à disponibilidade de recursos da unidade básica, em especial no período da ocorrência dos eventos identificados na unidade socorrista;
- situação da organização e humanização do serviço e dos processos de trabalho, em especial quanto ao primeiro atendimento, isto é, o processo de trabalho que garante acesso e continuidade do cuidado;
- situação da participação da população e do controle social.

Além de questionário de entrevista do diretor e observação direta, a pesquisa utilizou-se, também, de dados secundários produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde, especialmente os relatórios de supervisão das unidades sobre o processo de mudanças em curso na organização da recepção técnica acolhedora, na implementação da atividade assistencial do enfermeiro e na integração dos médicos na perspectiva de ações cuidadoras integrais.

4.5 Em relação aos médicos das unidades básicas de saúde:

Instrumento (anexo 5): questionário com duas perguntas abertas para os médicos das UBSs opinarem sobre o papel da UBS em algumas situações características da procura de assistência por parte da população:

- situações freqüentes de procura da UBS, pela população, quando o pronto-socorro deveria ter sido procurado diretamente;
- tipo de serviço que mais se recomenda à população que procure nos casos de febre, pródromos de infecções de vias aéreas superiores, broncoespasmo, sintomas de descontrole de hipertensão ou diabetes. Solicitou-se opinião e explicação.

5 A escolha das ocorrências para estudo

Uma etapa preliminar do trabalho de pesquisa foi dedicada a reunir referências óricas e dados que possibilitaram a escolha e a delimitação daquelas ocorrências endidas em pronto-socorro, que foram analisadas, no desenvolvimento da pesquisa, ianto à potencialidade de serem utilizadas como eventos sentinela para apoiar o onitoramento da atenção básica. A preocupação não foi incluir um grande número de orrências, mas reunir um conjunto que pudesse refletir um maior espectro de situações e odalidades assistenciais realizadas fora e dentro da unidade básica de saúde. Foram ilizados como critérios para um juízo de valor na escolha das ocorrências incluídas no tudo:

- a) *indicação dos médicos socorristas:* respostas aos formulários;
- b) *freqüência da ocorrência observada em levantamento piloto:* retiraram-se aquelas ocorrências que, mesmo indicadas pelos médicos socorristas e consideradas como características do papel da atenção básica, não se apresentavam numa freqüência razoável para o estudo, isto é, quando foram menores que 0,8% do total dos atendimentos considerados, conforme fundamentado na discussão de população e amostra;
- c) *sensibilidade para o cuidado continuado, vínculo com o serviço:* procurou-se ponderar com esse critério a necessidade de inclusão de ocorrências que

refletissem a organização dos serviços para estabelecer os necessários cuidados contínuos de doenças sob controle periódico, particularmente aquelas para as quais a atenção básica já conta com uma programação geral ou com protocolos já estabelecidos;

- d) *especificidade para diferenciar estágios da dinâmica resolutiva da atenção básica*: procurou-se com esse critério garantir a presença de ocorrências que refletissem a história de evolução da atenção básica de ação programática materno-infantil para ação programática múltipla e, desta, para ação programática humanizada, isto é, capaz de abrir o acesso para a demanda do dia, para os agravos e problemas aos quais só a existência prefixada e rígida de uma “oferta programática organizada” é incapaz de dar a devida resposta;
- e) *opinião de expertos*: a listagem e seus objetivos foram apresentados a profissionais com experiência em atendimento na atenção básica para uma avaliação e sugestões.

Nas respostas aos questionários os médicos socorristas indicaram as doenças/ocorrências que na prática de atendimento no PS Central de Itapecerica da Serra são freqüentes, mas as quais eles julgam que podem ser resolvidas ou acompanhadas mais adequadamente em UBSs, por não necessitarem de atendimento ou de recursos de unidades de urgência/emergência, isto é, aqueles casos freqüentes avaliados como ambulatoriais, mais característicos do papel assistencial da rede básica.

O questionário foi entregue a todos os médicos dos plantões diurnos de segunda a sexta-feira, conforme foco definido para o estudo. Do total de 16 médicos plantonistas, obtiveram-se 12 respostas aos questionários com as respectivas indicações das ocorrências.

As ocorrências indicadas foram ordenadas nas três áreas básicas de atuação das UBSs, segundo ciclos de vida – clínica pediátrica, clínica do adulto e clínica da mulher –, e, também, destacadas aquelas mais freqüentes, dentre as diversas citadas (quadro 1).

Quadro 1 - Ocorrências em pronto-socorro, indicadas pelos médicos socorristas como casos a serem mais adequadamente atendidos na rede básica. Itapecerica da Serra, 2004.

Área	Ocorrências*
Clínica pediátrica	Anorexia/inapetência, erro alimentar, obesidade Asma brônquica Dermatite amoniacal, dermatite atópica Dermatológicas Dificuldade escolar e distúrbio de comportamento Distúrbio de refração e estrabismo Dor recorrente crônica Ectoparasitoses (escabiose, pediculose) IVAS (resfriado comum, otite média, amigdalite, sinusite) Puericultura (antropometria, check-up, amamentação, hábitos fisiológicos, cólica do RN, obstrução nasal do lactente) Rinite alérgica Verminose
Clínica do adulto	Asma brônquica Diabetes (controle de dextro) Dispépticas Guias/exames e troca de receitas HAS IVAS (resfriado comum, otite média, amigdalite, sinusite) Ortopédicas Piodermite, verruga vulgar, impetigo
Clínica da mulher	Distúrbios e irregularidade da menstruação Vulvovaginites Pré-natal
* Em negrito as mais indicadas	

Com a realização de coleta piloto de dados do atendimento do PSC de Itapecerica da Serra observou-se, em linhas gerais, a frequência das ocorrências indicadas e, também, se a qualidade do preenchimento da folha de atendimento pelo médico socorrista permitia o discernimento e a discriminação da hipótese diagnóstica para uma correta classificação. Com base na intensidade da frequência das ocorrências indicadas ou na qualidade do

preenchimento da folha de atendimento e na clareza na formulação das hipóteses diagnósticas pelo médico, optou-se por retirar da lista geral de indicações:

- *Pré-natal*: os casos de supervisão de gravidez normal CID₁₀ = Z34 não apresentaram uma frequência alta o suficiente para servirem de sentinela no caso da situação do município de Itapeçerica da Serra. A cobertura de mulheres grávidas matriculadas na rotina dos cuidados de pré-natal na rede básica tem sido alta nos últimos dez anos, sempre ao redor de 100% de cobertura. Destaque-se, ainda, que anexo ao PSC, base do estudo, funciona a maternidade municipal para a qual as grávidas são orientadas a procurar atendimento quando há suspeita de trabalho de parto ou outras intercorrências. Assim, no município em questão, não houve ocorrências com características de supervisão de gravidez normal, e portanto esse tipo de ocorrência não ajuda no monitoramento e na diferenciação da situação das unidades da rede básica.
- *Piodermites, verminoses, ectoparasitoses, distúrbios de refração, estrabismo, dificuldade escolar, anorexia, obesidade*: não foram consideradas na análise devido à frequência geral baixa, muito inferior ao mínimo estabelecido de 0,8%.
- *Ortopédicas, dorsalgias, dor recorrente na criança, sintomas dispépticos, rinites alérgicas e dermatológicas*: foram tiradas da lista geral de indicações por se apresentarem como hipóteses diagnósticas muito genéricas, por vezes confusas, ou por ser pouco definido o papel da UBS e do PS. Lembre-se que só há aparelhos de Raios X no PS, portanto a população tende a procurá-lo, quando há suspeita de trauma ou problema semelhante.
- *Guias de exame e troca de receitas*: foram desconsideradas pela baixa frequência, pela dificuldade de separação dessas ocorrências com retornos para a continuidade no atendimento do próprio PS e devido à instabilidade das motivações determinantes dessa ocorrência e sua ligação com questões administrativas.

Após esse ajuste, procurou-se garantir que o rol das ocorrências escolhidas espelhasse distintas situações de organização do atendimento e de cuidados conforme os

ciclos de vida. Assim, foi definido um conjunto de ocorrências (quadro 2), obviamente sem nenhuma pretensão de ser o único possível e alertando-se, ainda, para a plasticidade do processo de escolha, intencionalmente relacionado à situação da realidade local a ser estudada. Com a preocupação de espelhar diferentes situações e estágios de organização da atenção básica, duas ocorrências com frequência menor que 0,8% foram mantidas no rol das escolhidas. Tais exceções foram as hipóteses diagnósticas de vulvovaginites e diabetes. No caso das vulvovaginites, decidiu-se por deixá-las tendo em vista que a retirada diminuiria a presença e a análise dos agravos específicos da assistência à mulher. Considerou-se, ainda, que essa reduzida mas não ausente frequência (caso do pré-natal) pode ser um instrumento de monitoramento no futuro imediato e ainda permite o acompanhamento de unidades maiores. No caso do diabetes, optou-se por mantê-lo, dado as circunstâncias de sua presença em co-morbidade com HAS, havendo uma interação tal que torna, muitas vezes, difícil identificar o diagnóstico primeiro do atendimento.

Quadro 2 - Ocorrências atendidas em pronto-socorro, escolhidas como possíveis indicadores para o monitoramento da atenção básica. Itapeçerica da Serra, 2004.

Área	CID_10	Ocorrência
Comum	J03	Amigdalite
	J45	Asma brônquica
	J00 e J11	Nasofaringite
	H66	Otite média
	J01	Sinusite
Clínica pediátrica	Z00 e L22	Puericultura: problemas relacionados a antropometria, cólica do RN, obstrução nasal do lactente, amamentação e dermatite das fraldas
Clínica do adulto	E14	Diabetes
	I10	HAS
Clínica da mulher	N91, N92, N94	Distúrbios e irregularidades da menstruação
	N76	Vulvovaginites

No anexo 6, as ocorrências escolhidas para estudo são delimitadas do ponto de vista da conceituação nosológica e da prática de codificação adotada. Definem-se, também, os critérios utilizados na padronização da codificação e da inclusão ou não dos atendimentos no estudo, enquanto ocorrências em verificação.

3.6 Análise de dados

Avaliar ou monitorar serviços de saúde não é um processo exclusivamente técnico, um método pelo qual, dispondo-se de um conjunto de procedimentos, medidas e indicadores, se possa então deduzir, quase que algebricamente, a efetividade de determinado serviço ou programa. O sucesso ou não de determinado serviço está implicado com valores, ideologias, posições de classe, crenças dos usuários e dos profissionais. Dessa forma, avaliar é também decodificar os interesses em disputa, visando a um entendimento contextualizado da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve (DESLANDES 1997).

Para a decodificação do conflito apresentado no presente estudo, isto é, a incapacidade da atenção básica gerando ocorrências desnecessárias no pronto-socorro, é preciso encontrar os caminhos de análise dos dados que respondam de forma objetiva e contextualizada às perguntas: Como determinadas ocorrências em unidades socorristas podem ser relacionadas a possíveis falhas na atenção básica e, assim, converter-se em eventos sentinela, instrumentos que colaborem com o monitoramento da rede básica de serviços, visando à concretização dos rumos gerais pretendidos pela reforma sanitária brasileira? Como é que determinada ocorrência passa de potencial evento sentinela a indicador de monitoramento? Quais são as precondições, os critérios para tal transmutação dos dados?

Para sair do dado situado no campo do saber não sistematizado das evidências práticas cotidianas e chegar aos campos epistêmico e teórico de realização da pesquisa, BRUYNE et al. (1977) realçam a importância de que problemáticas gerais dêem lugar a hipóteses de pesquisa. Por sua vez, estas precisam ser traduzidas operacionalmente na coleta de dados de determinadas variáveis, convertendo os dados em informações úteis para responder às questões colocadas pela pesquisa. O dado, propõe o autor, transforma-se em informação pelas operações, orientadas pelos referenciais teóricos, que os selecionam e especificam, e pelo comprometimento com o esclarecimento das hipóteses de trabalho da pesquisa.

Para converter o dado genérico da frequência de ocorrências escolhidas do estudo em informações úteis para a problemática da pesquisa, é preciso, portanto, além do referencial teórico desenvolvido, estabelecer hipóteses de trabalho. No presente estudo, a

hipótese geral desenvolvida no capítulo “Introdução” pode ser decomposta como o acadeamento de três hipóteses de trabalho:

- a. a frequência das ocorrências escolhidas para estudo é influenciada pelo funcionamento da atenção básica em cada uma das áreas/UBSs de procedência dos usuários do PS, e isso pode ser estatisticamente demonstrado;
- b. é possível contextualizar tais diferenças procurando construir explicações nas quais, além de valores frequenciais, incluem-se as visões dos envolvidos, em particular, dado o tipo de desenho do estudo, dos médicos socorristas, dos médicos de UBS e dos usuários dos serviços;
- c. é possível, com essa triangulação de informações, contextualizar e associar as diferenças nas taxas de frequência das ocorrências escolhidas com a estrutura, a organização e o funcionamento das UBSs.

Demonstrada uma associação, uma determinada ocorrência escolhida assumiria a condição de evento sentinela, isto é, de indicador capaz de colaborar com o monitoramento da atenção básica de uma localidade. Sintetizando, busca-se com os dados a serem obtidos informações que relacionem adequadamente a frequência de determinadas ocorrências (hipóteses diagnósticas) em pronto-socorro com a organização e o funcionamento das UBSs e que essa relação seja evidenciada e discutida no âmbito mais amplo das políticas públicas e da ação concreta e das motivações das pessoas envolvidas.

tapas de organização e análise dos dados:

- 3.6.1 Organizar e realizar tratamento exploratório dos dados para verificar qualidade e consistências e esquematizar as possibilidades de ordenação e relacionamento do conjunto dos dados levantados. Todos os dados foram organizados em bancos de dados utilizando-se o programa Excell 2000 para Windows.
- 3.6.2 Caracterizar o perfil da amostra das pessoas atendidas no pronto-socorro, verificando a distribuição das ocorrências, segundo hipótese diagnóstica, sexo, faixa etária, ciclo de vida e área/UBS de procedência.

- 3.6.3 Verificar a diferença entre as frequências de HDEs de cada área/UBS de procedência. Para tanto foi utilizada, como índice comparativo, a razão entre as HDEs e as HDs demais originadas em cada área/UBS em estudo. O uso desse índice (HDE/HD demais) evita o erro de comparar diretamente os valores absolutos de cada ocorrência, obviamente enviesados pelo diferente tamanho da população de cada área/UBS, e evita, também, utilizar a razão entre HDE e população de cada área/UBS. Esta última estratégia comparativa tem um pressuposto difícil de ser garantido, isto é, que cada uma das populações utilizariam o PSC na mesma proporção, que haveria um mesmo risco de utilização da unidade socorrista em estudo, por ser igualmente procurado pelas populações de cada área/UBS quando da necessidade de atendimento, por qualquer uma das ocorrências escolhidas. Esse pressuposto trabalha, portanto, com o índice da razão entre o número de casos favoráveis (as ocorrências escolhidas) e o número de casos possíveis (população da área com risco de vir-a-ser caso), o que pressupõe uma hipótese de condição de risco para a qual não se controlam as variáveis populacionais de confundimento. Quando se adota a comparação da razão entre HDEs e HDs demais de cada área, abandona-se a idéia de risco em prol da concepção de chance, isto é, trabalha-se com a razão entre o número de casos favoráveis (HDEs) e o número de casos desfavoráveis (HDs demais). Assim, evitam-se erros potenciais, o que torna a análise estatística mais simples, robusta e confiável, requisitos importantes para a seleção de indicadores.
- 3.6.4 Analisar a significância estatística das diferenças entre os índices resultantes das razões de HDE e HDs demais de cada uma das áreas/UBSs. Utilizou-se o teste do qui-quadrado (X^2) quando a análise considerava o grupo das quatro áreas/UBSs, e, nos casos de comparação entre as áreas/UBSs tomadas duas a duas, utilizou-se também o cálculo do *odds ratio*. Na avaliação de cada uma das ocorrências, levou-se em consideração o fato de serem pequenas as frequências de cada ocorrência escolhida, dada a condição de amostragem assumida como pressuposto do estudo, determinado pelas condições operacionais da gestão dos serviços. Nessa condição de baixas frequências, o poder estatístico para detectar e

interpretar diferenças de frequência, ainda que relevantes, é sempre limitado.

Assim, adotou-se a técnica de análise estatística da metanálise, não usualmente utilizada em circunstâncias semelhantes de pesquisa, mas aqui apropriada com o mesmo sentido e preocupações de suas aplicações mais comuns, isto é, como uma técnica estatística que visa responder à necessidade de combinar ocorrências homogêneas independentes, agregando vários estudos, cada um com um número reduzido de casos, e, assim, aumentar a probabilidade de detectar variações. Note-se, e este é um aspecto fundamental, que com a metanálise não se busca apenas produzir uma medida síntese do somatório de casos de cada um dos estudos, mas, também, facilitar a comparação entre os resultados de cada estudo, visando descrever e detectar concordâncias e discordâncias entre eles. A metanálise realiza uma análise ilustrada graficamente e comparativa entre os resultados de diversos estudos, o que possibilita amplificar as inconsistências entre os achados, colaborando com a construção de teorias e modelos explicativos. Isso significa dizer que o uso da metanálise não é útil apenas para o cálculo de uma medida-sumário que agregue e resuma os resultados de vários estudos, mas para explorar os estudos incluídos e seus resultados particulares. Os estudos constituem as unidades primárias de análise em que se buscam padrões consistentes e fontes de discordância entre seus achados (DAWSON 2003; COUTINHO 2004).

Na presente pesquisa, aquilo que na metanálise é comumente chamado de estudo será representado pelas dez ocorrências escolhidas. Assim, o número de casos HDE propiciado pela ocorrência das amigdalites, por exemplo, foi comparado simultaneamente, por meio da técnica da metanálise, com o número de casos HDE propiciado pelas outras nove ocorrências em estudo. Realizou-se esse procedimento para cada um dos pares possíveis das quatro áreas/UBSs incluídas na pesquisa. Comparou-se, portanto, HDE com HDs demais como se cada ocorrência escolhida fosse um dos estudos agregados numa metanálise. Cada ocorrência escolhida (usualmente chamada de estudo, na metanálise) propicia um número de HDE e de HDs demais, segundo cada uma das quatro áreas/UBSs, que são comparadas duas a duas

como se fossem o grupo tratado e grupo controle num estudo do tipo ensaio clínico. Uma das áreas/UBSs, nesse arranjo, assume o papel de um grupo controle para verificar o comportamento e as diferenças em relação a outra área/UBS. Calculou-se, assim um *odds ratio* sumário, ponderado pelo peso individual de cada ocorrência, utilizando-se o método de Mantel-Haenszel. Essa medida é mais consistente do que o cálculo de *odds ratio* resultante do simples somatório de HDEs e HDs demais propiciados por cada uma das dez ocorrências. Isso porque a metanálise, ao permitir trabalhar e combinar frequências muito pequenas ao lado de outras não tão pequenas, realiza uma ponderação para cada estudo agregado, segundo a variabilidade de cada estudo, que depende, no caso em questão, da frequência de cada HDE e do tamanho da amostra levantada nos dez dias.

A base de dados e as análises descritivas foram elaboradas com o apoio do programa Excell 2000 para Windows, os testes de estatística analítica realizados com o programa SPSS 10.0, e para a metanálise foi utilizado o *software* RevMan (Review Manager) 4.2, desenvolvido pela “The Cochrane Collaboration”. Em toda a análise, o nível de confiança utilizado foi de 95% ($\alpha = 0,05$).

- 3.6.5 Conhecer os discursos das pessoas atendidas no pronto-socorro sobre o uso ou não dos serviços básicos e as razões e motivações que resultaram na procura do pronto-socorro pelo problema atual. Os depoimentos foram analisados com o recurso da técnica de análise categórica de discurso. A escolha dessa técnica para a análise dos discursos fundamentou-se nas condições limitadas dos depoimentos colhidos, expressos em declarações sintéticas sobre as motivações e a vivência concreta do uso ou não da atenção básica, antes da procura de atendimento no pronto-socorro, por uma das ocorrências escolhidas para estudo.

A análise de conteúdo, utilizando categorias temáticas, é a técnica de análise de conteúdo, que realiza operações de desmembramento do texto em unidades de significado segundo categorias pré-estabelecidas. Segundo BARDIN (2000), embora limitada, essa é uma técnica rápida e eficaz, que pode ser aplicada a discursos diretos e simples. Consiste em identificar

núcleos de sentido presentes na enunciação, descrevê-los quanto ao significado temático e à frequência, tendo como pressuposto que esses núcleos podem significar aspectos esclarecedores para o objetivo do estudo.

No processo de análise, as unidades de significação foram sendo gradativamente definidas com a exploração das particularidades do material empírico coletado, segundo a orientação geral propiciada pelos aspectos e pelos princípios discutidos nos referenciais teóricos. Assim, a definição das categorias temáticas foi sendo estabelecida com o apoio das categorias gerais desenvolvidas nos referenciais teóricos — acesso, integralidade *com humanização dos serviços*, conceito ampliado de saúde e participação da população. As categorias gerais foram traduzidas em algumas questões operacionais, isto é, em alguns possíveis problemas, identificados por muitos autores e corriqueiros na experiência prática de gestão. Essa listagem de problemas operacionais, que também foi utilizada como orientadora para a elaboração dos formulários de entrevistas com os usuários e os médicos e no roteiro de levantamento das informações de cada uma das UBSs, identificou questões tais como: demora na obtenção de um atendimento agendado; tempo de espera para ser atendido; dificuldade nas relações interpessoais, incapacidade de escutar, rigidez burocrática e normas disciplinares que dificultam o acesso aos cuidados; forma de organizar o acesso com balcão que dispensa, sem acolhimento do usuário; equipe simplificada, mínima, com baixa resolubilidade; trabalho centrado só no médico, falta de trabalho em equipe; falta de recurso; desarticulação com outros serviços; fragilidade das ações de promoção e de interação com a comunidade, desejo do usuário pela tecnologia e por ser atendido pelo profissional médico, considerado o único resolutivo. As categorias temáticas foram definidas com a aproximação entre o sentido principal do material empírico e as questões operacionais listadas.

As categorias temáticas resultantes desse procedimento metodológico são explicadas no capítulo “Resultados” e apresentadas com a adição de segmentos dos discursos das pessoas entrevistadas, de modo a delimitar a expressividade presente na idéia da categoria. Por fim, são também

apresentadas as frequências das categorias temáticas, segundo as áreas/UBSs de procedência dos entrevistados.

- 3.6.6 Caracterizar a estrutura das unidades básicas, recursos disponíveis, processo de trabalho, em especial durante o período mais proximamente relacionado com as ocorrências em estudo.
- 3.6.7 Conhecer a opinião dos médicos socorristas e das UBSs sobre o papel assistencial da UBS e do pronto-socorro, com ênfase na opinião sobre as circunstâncias e situações em que consideram desnecessário o uso do atendimento de urgência/emergência e sobre as razões desse uso desnecessário. Utilizou-se, também nestes casos, a técnica de análise categórica de discurso.

Na discussão dos dados procurou-se analisar as diferenças da razão HDE/HDs demais entre as áreas/UBSs segundo características da atenção básica. Procurou-se também contextualizar os achados quantitativos com a opinião e os valores manifestos pelas pessoas envolvidas, verificando uma possível associação entre maiores ou menores valores dessa razão com os hiatos da prática da rede básica que poderiam ser mais relevantes na determinação das ocorrências indesejáveis e desnecessárias. Para o desenvolvimento do capítulo “Discussão” utilizou-se a figura metodológica de um interlocutor fictício (DONATO 2000), que assume a função de questionar os achados, ampliar a crítica de forma a integrar os diversos tipos de dados coletados. Esse foi o recurso utilizado na condução da discussão e no encaminhamento das conclusões, também devido à inexistência de estudos semelhantes que permitissem uma confrontação entre os achados e as explicações.

3.7 Considerações éticas

Elaborou-se termo de consentimento para os médicos socorristas e das UBSs entrevistados, esclarecendo-os sobre o questionário aplicado (anexo 7), e outro para as pessoas participantes da pesquisa atendidas no PS que foram entrevistadas (anexo 8). As etapas da pesquisa e os materiais foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP e, também, os objetivos da pesquisa discutidos com o gestor local, o qual autorizou a realização do trabalho (anexo 9).

4. Resultados

4.1 Os atendimentos no Pronto-Socorro Central

Durante duas semanas, de segunda a sexta-feira, foram levantados dados de todo o atendimento realizado no Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra e entrevistadas pessoas lá atendidas que tiveram como hipótese diagnóstica uma das ocorrências escolhidas, conforme definido. Nas 24 horas desses dez dias foram atendidas 4.038 pessoas, ficando 69 atendimentos sem definição diagnóstica, resultando em 3.969 observações válidas (tabela 3). As 1.295 pessoas para as quais detectaram-se hipóteses diagnósticas escolhidas como possíveis eventos sentinela (HDEs) representaram 32,6% dos casos válidos. Não houve associação estatística significativa entre dia da semana e hipótese diagnóstica categorizada em HDE e HDs demais ($X^2 = 6,127$ $p = 0,19$).

Tabela 3 - Frequência dos atendimentos, segundo dia da semana e hipótese diagnóstica. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004

Dia da semana	HDEs		HDs Demais		Total	
	n	%	n	%	n	%
segunda-feira	261	20,2	586	21,9	847	21,3
terça-feira	238	18,4	551	20,6	789	19,9
quarta-feira	260	20,1	525	19,6	785	19,8
quinta-feira	291	22,5	532	19,9	823	20,7
sexta-feira	245	18,9	480	18,0	725	18,3
Total	1.295	100,0	2.674	100,0	3.969	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
 Percentagem calculada com exclusão das ignoradas
 HD ignorada = 69 observações (1,7% do total)

No horário-UBS (das 7h às 16h) definido para o estudo das ocorrências, durante os mesmos dez dias, ocorreram 60,2% do total dos 3.969 casos. Dos 1.295 casos com HDEs, 65,4% (847) ocorreram no horário-UBS (tabela 4). O horário-UBS aumentou em 1,4 vez a chance de HDE ($X^2 = 21,6$ - $p < 0,001$)

Tabela 4 - Frequência das HDs escolhidas e demais, segundo horário de atendimento. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Horário de atendimento	HDEs		HDs Demais		Total	
	n	%	n	%	n	%
7h — 16h	847	65,4	1.543	57,7	2.390	60,2
16h — 7h	448	34,6	1.131	42,3	1.579	39,8
Nas 24 horas	1.295	100,0	2.674	100,0	3.969	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
 Percentagem calculada com exclusão dos ignorados. Ignorados = 69 (1,7% do total)

A tabela 5 apresenta a distribuição dos 2.390 atendimentos no horário-UBS, segundo a área/UBS de procedência do usuário. As áreas/UBSs escolhidas para o estudo foram responsáveis por 70,6% de todos os atendimentos e por 73,8% das HDEs, no horário-UBS considerado.

Tabela 5 - Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS, segundo áreas/UBSs de procedência dos usuários. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Área/UBS	HDEs		HDs demais		Total	
	n	%	n	%	n	%
Áreas/UBSs escolhidas						
Salvador Leone	308	36,4	489	31,7	797	33,3
Parque Paraíso	169	20,0	286	18,5	455	19,0
Valo Velho	89	10,5	208	13,5	297	12,4
Branca Flor	59	7,0	79	5,1	138	5,8
Total - UBSs escolhidas	625	73,8	1.062	68,8	1.687	70,6
Outras UBSs do município	169	20,0	326	21,1	495	20,7
Outros municípios	53	6,3	145	9,4	198	8,3
Ignorado		-	10	0,6	10	0,4
Total	847	100,0	1.543	100,0	2.390	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

A figura 3 apresenta um quadro-resumo da frequência dos atendimentos, segundo sucessivas restrições de categorias populacionais e critérios para a seleção da amostra.

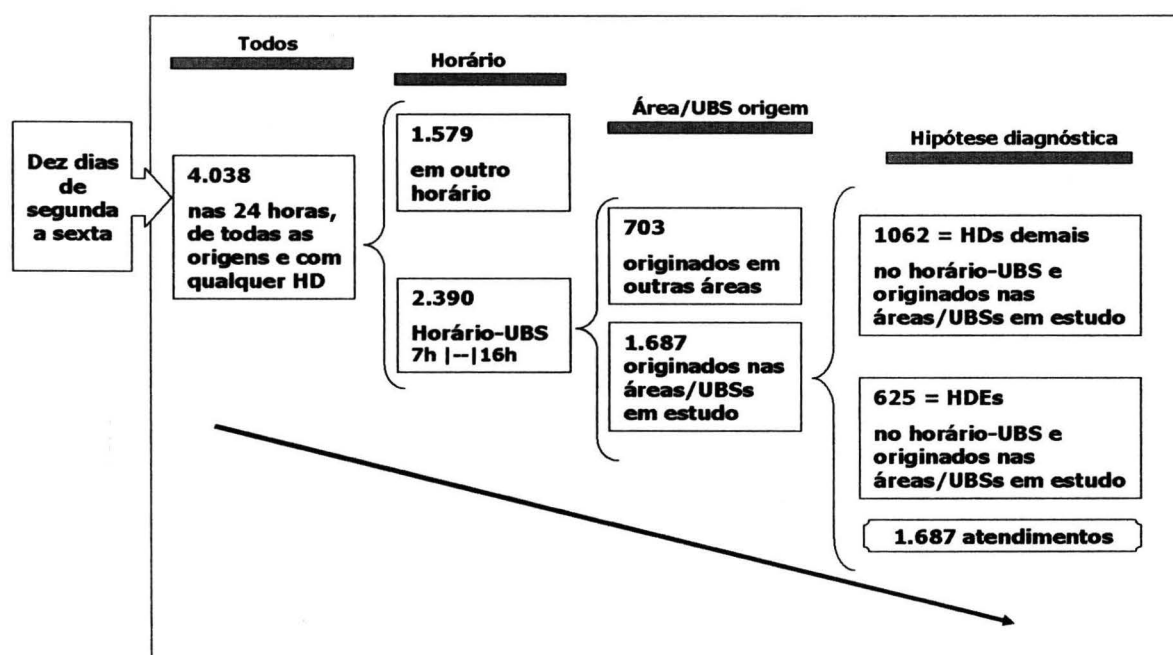


Figura 3 – Frequência dos casos, segundo critérios de seleção. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Considerando-se os 1.687 atendimentos da amostra da população em estudo com hipóteses diagnósticas estabelecidas, ordenaram-se as 25 primeiras hipóteses diagnósticas, utilizando-se a classificação de três dígitos da CID-10. Elas corresponderam, quanto à frequência relativa acumulada, a 76,5% do total dos 1.687 atendimentos. Das dez ocorrências incluídas nas HDEs, oito apareceram dentre essas 25 primeiras (tabela 6). Laringite, amigdalite e HAS são respectivamente a primeira, a terceira e a quarta hipóteses diagnósticas mais frequentes, considerando-se todas as ocorrências.

Tabela 6 - Frequência das 25 primeiras HDs dos atendimentos realizados no horário-UBS e originados nas áreas/UBSs escolhidas. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

HD*	CID	n	%	% acum.
Nasofaringite	J00	266	15,8	15,8
Trauma único não especificado	T14	141	8,4	24,1
Amigdalite	J03	111	6,6	30,7
HAS	I10	88	5,2	35,9
Exame de seguimento	Z09	73	4,3	40,2
Dorsalgia	M54	57	3,4	43,6
Asma	J45	52	3,1	46,7
Outros transtornos dos tecidos moles	M79	50	3,0	49,7
Outros transtornos urinários (ITU)	N39	49	2,9	52,6
Broncopneumonia/Pneumonia	J15	44	2,6	55,2
Sinusite	J01	39	2,3	57,5
Dispepsia	K30	34	2,0	59,5
Dor de garganta e no peito	R07	34	2,0	61,5
Dor abdominal	R10	30	1,8	63,3
Diarréia e gastroenterite	A09	28	1,7	65,0
Outros transtornos articulares	M25	25	1,5	66,4
Dermatite atópica	L20	24	1,4	67,9
Otite média	H66	22	1,3	69,2
Cefaléia	R51	20	1,2	70,4
Não respondeu	NR	20	1,2	71,5
Conjuntivite	H10	20	1,2	72,7
Dor e outras do ciclo menstrual	N94	17	1,0	73,7
Urticária	L50	16	0,9	74,7
Puericultura	Z00	16	0,9	75,6
Falso trabalho de parto	O47	15	0,9	76,5
Demais		396	23,5	100,0
Total		1.687	100,0	

* Em negrito hipóteses diagnósticas escolhidas

HD = hipótese diagnóstica

Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados - 24 ignorados (1,4%)

Utilizando-se o agrupamento dos capítulos da CID, o capítulo X (doenças do aparelho respiratório) é o principal grupo de HDs dos atendimentos, com 31,2% do total, certamente muito influenciado pelas infecções de vias aéreas superiores (tabela 7). As lesões externas características de unidades de urgência/emergência seguem em segundo lugar, com 10,6% dos atendimentos.

Tabela 7 - Distribuição de todas as HDs dos atendimentos realizados no horário e nas áreas de procedência em estudo, segundo capítulos da CID/10. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Capítulo e descrição CID	n	%	% acum.
X. Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	526	31,2	31,2
XIX. Lesões, envenenamento e outras causas externas (S00-T98)	178	10,6	41,7
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames, não classificados em outra parte (R00-R99)	169	10,0	51,7
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	152	9,0	60,8
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	110	6,5	67,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	92	5,5	72,7
IX. Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	98	5,8	78,5
XI. Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	52	3,1	81,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	75	4,4	86,1
XV. Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	37	2,2	88,3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	35	2,1	90,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95)	36	2,1	92,5
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	17	1,0	93,5
II. Neoplasias [tumores] (C00-D48)	32	1,9	95,4
V. Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	12	0,7	96,1
Não respondeu à chamada	20	1,2	97,3
VII. Doenças do olho e anexos (H00-H59)	23	1,4	98,6
VI. Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	13	0,8	99,4
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	8	0,5	99,9
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	1	0,1	99,9
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	1	0,1	100,0
Total	1.687	100,0	

CID = Classificação Internacional das Doenças

Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados - 24 ignorados (1,4%)

Considerando-se os 1.687 atendimentos, verificou-se a distribuição segundo sexo e faixa etária. O sexo feminino foi mais frequente no total de atendimentos, com 56,6%, e no total das HDEs, com 57,1% (tabela 8). A ocorrência de HDEs não foi influenciada de forma estatisticamente significativa pela variável sexo ($X^2 = 0,105 - p = 0,745$).

Tabela 8 - Frequência das HDs escolhidas e demais, no horário-UBS e originados nas áreas/UBSs escolhidas, segundo sexo. PS Central, Itapeçerica da Serra, 2004.

Sexo	HDEs		HDs Demais		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	357	57,1	598	56,3	955	56,6
Masculino	268	42,9	464	43,7	732	43,4
Total	625	100,0	1.062	100,0	1.687	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

$X^2 = 0,105 - p = 0,745$

Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados. Ignorados = 24 (1,4% do total)

As HDEs predominaram no sexo masculino até os 14 anos de idade, e a partir dos 15 anos a predominância é feminina. Até a faixa etária 1 - 4 anos as HDEs superam as HDs demais, mas o maior contingente de HDE provém da faixa 15 - 49 (tabela 9). A variável idade em faixas etárias não apresentou associação significativa com horário de atendimento, mas apresentou associação com a ocorrência de HDEs. Isto é, conforme a faixa etária, a chance de ser uma HDE é maior ou menor. A faixa etária <1 ano é a mais fortemente associada positivamente com a ocorrência de HDEs. Comparando-se a faixa <1 ano com a de 15 - 49, a chance de um caso atendido na faixa <1 ano ser HDE é 5,8 vezes maior ($OR_{<1 \times 15-49} = 5,8$ com $IC95\% = 3,5 - 9,5$).

Tabela 9 - Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS e áreas/UBSs de procedência em estudo, segundo faixas etárias. PS Central, Itapeçerica da Serra, 2004.

Faixa etária	HDEs		HDs Demais		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 1	62	9,9	28	2,6	90	5,3
1 - 4	140	22,4	83	7,8	223	13,2
5 - 9	84	13,4	85	8,0	169	10,0
10 - 14	23	3,7	52	4,9	75	4,4
15 - 49	234	37,4	610	57,5	844	50,1
50 - 64	55	8,8	127	12,0	182	10,8
65 ou +	27	4,3	76	7,2	103	6,1
Total	625	100,0	1.061	100,0	1.686	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

$X^2 = 155,59 - p < 0,001$

Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados

ignorados = 25 (1,5% do total)

Categorizando a variável idade segundo três grupos – crianças (0 --| 14) jovens (15 |--| 20) e adultos (21 ou mais) –, constata-se que a chance de o atendimento ser uma HDE foi maior no grupo criança (tabelas 10 e 11). No total de 625 HDEs, o grupo etário criança contém 309 HDEs, o jovem 42 e o adulto 274.

Tabela 10 - Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS e áreas/UBSs de procedência em estudo, segundo grupos etários. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Grupo de idade	HDEs		HDs demais		Total	
	n	%	n	%	n	%
Criança (0 -- 15)	309	49,4	248	23,4	557	33,0
Jovem (15 -- 21)	42	6,7	114	10,7	156	9,2
Adulto (21 --)	274	43,8	700	65,9	974	57,7
Total	625	100,0	1.062	100,0	1.687	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
 Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados
 Ignorados = 24 observações (1,4% do total)

$$X^2 = 121,16 - p < 0,001$$

Tabela 11 - Valores de odds ratio entre grupos de idade e HDEs no horário e nas áreas de procedência em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Grupos comparados	OR	IC95%
Criança X Jovem	3,38	2,29 - 5,00
Criança X Adulto	3,18	2,56 - 3,96
Jovem X Adulto	0,94	0,94 - 1,38

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
 Criança (0 --| 15); Jovem (15 |--| 21); Adulto (21 |--|)

Portanto, na verificação de possíveis influências das variáveis dias da semana, sexo e idade (categorizada em grupos etários) na ocorrência de HDEs, apenas a variável idade mostrou-se significativamente associada (tabela 12).

Tabela 12 - Frequência de algumas variáveis e verificação da respectiva influência na ocorrência das HDEs dos atendimentos realizados no horário e nas áreas de procedência em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Variável	HDEs		HDs demais		Total		Qui-quadrado	Valor de p
	n	%	n	%	n	%		
Dia da semana								
segunda-feira	138	36,3	242	63,7	380	100,0		
terça-feira	126	37,7	208	62,3	334	100,0		
quarta-feira	109	35,2	201	64,8	310	100,0		
quinta-feira	140	39,9	211	60,1	351	100,0		
sexta-feira	112	35,9	200	64,1	312	100,0		
Total dia da semana	625	37,0	1062	63,0	1687	100,0	2,02	0,73
Sexo								
Feminino	357	37,4	598	62,6	955	100,0		
Masculino	268	36,6	464	63,4	732	100,0		
Total sexo	625	37,0	1062	63,0	1687	100,0	0,11	0,75
Grupo de idade								
Criança	308	55,3	248	44,5	557	100,0		
Jovem	42	26,9	114	73,1	156	100,0		
Adulto	274	28,1	700	71,9	974	100,0		
Total grupo de idade	624	37,0	1062	63,0	1687	100,0	121,16	<0,01

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
 Percentagem calculada com exclusão dos ignorados
 24 ignorados (1,4%)

A seguir, inclusive pelo fato de a variável idade estar associada com a maior ou menor ocorrência de HDEs, a preocupação foi verificar se as variáveis dia da semana, sexo e, sobretudo, idade (categorizada em grupos etários), por distribuição significativamente diferente entre as áreas/UBSs, por obra do acaso, estariam produzindo uma tendenciosidade nos dados, isto é, se as diferenças na frequência entre as áreas/UBSs das HDEs ocorrem não por diferenças entre as áreas, mas pela diferente distribuição dessas variáveis. A tabela 13 apresenta os resultados dos testes dessa verificação, que demonstram a inexistência de associação estatística significativa entre essas variáveis e as áreas/UBSs de procedência das HDEs.

Tabela 13 - Verificação da influência de algumas variáveis na ocorrência das HDEs, segundo horário e área de procedência em estudo. PS Central, Itapeceira da Serra, 2004.

Variável	B. Flor	P. Paraíso	S. Leone	V. Velho	Total	Qui- quadrado	Valor de p
Dia da semana							
segunda-feira	14	39	68	17	138		
terça-feira	8	30	66	22	126		
quarta-feira	8	28	58	15	109		
quinta-feira	13	43	64	20	140		
sexta-feira	16	29	52	15	112		
Total dia da semana	59	169	308	89	625	8,52	0,74
Sexo							
Feminino	35	89	174	59	357		
Masculino	24	80	134	30	268		
Total sexo	59	169	308	89	625	4,59	0,20
Grupo de idade							
Criança	28	87	148	46	309		
Jovem	4	12	23	3	42		
Aduito	27	70	137	40	274		
Total grupo de idade	59	169	308	89	625	2,51	0,87

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
24 ignorados (1,4%)

Controlado o efeito dessas variáveis (dia da semana, sexo e grupo etário), procurou-se analisar a área de procedência das pessoas atendidas como fator associado com maior ou menor ocorrência de HDEs. Mas, como já discutido no capítulo “Método”, as populações das áreas/UBSs são diferentes em tamanho e, provavelmente, em relação ao uso do PS, e portanto comparar as frequências absolutas de HDEs de cada uma das áreas é inútil, pois não permite encontrar diferenças entre as áreas quanto à utilização/resolução da atenção básica.

Em razão dessa situação, procedeu-se à comparação da frequência das HDEs com a das HDs demais de cada uma das áreas, evitando-se o fator tamanho de cada população e, também, as diferenças de uso do PS Central. Para proceder a essa verificação os grupos HDEs e HDs demais procedentes de cada área/UBS foram comparados com os mesmos grupos originados em outra área/UBS. O objetivo foi verificar se uma determinada área/UBS produz relativamente mais HDEs do que HDs demais, quando comparada com outra área/UBS. Ou seja, foi verificar se a área/UBS influi na ocorrência de HDEs.

Em outros termos, procurou-se verificar, estatisticamente, se a ocorrência de HDEs pode ser usada para monitorar diferenças entre as áreas/UBSs de procedência dos usuários do pronto-socorro.

A tabela 14 apresenta a análise do conjunto das quatro áreas/UBSs e a ocorrência de HDEs e HDs demais. A maior frequência relativa de HDEs ocorreu na área/UBS Branca Flor (42,8%), e a menor na área/UBS do Valo Velho (30,0%). No conjunto, as áreas/UBSs apresentaram diferença significativa quanto à ocorrência de HDEs ($\chi^2 = 9,19$ e $p\text{-valor} = 0,027$).

Tabela 14 - Frequência das HDEs e HDs demais, no horário-UBS, segundo áreas/UBS em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Área/UBS	HDEs		HDs demais		Total	
	n	%	n	%	n	%
Salvador Leone	308	38,6	489	61,4	797	100,0
Parque Paraíso	169	37,1	286	62,9	455	100,0
Valo Velho	89	30,0	208	70,0	297	100,0
Branca Flor	59	42,8	79	57,2	138	100,0
Total	625	37,0	1.062	63,0	1.687	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados
24 ignorados

$\chi^2 = 9,19$ e $p\text{-valor} = 0,027$

A tabela 15 apresenta a análise das áreas/UBSs, duas a duas, com os respectivos valores de qui-quadrado, com seu $p\text{-valor}$, e de *odds ratio* e seu intervalo de confiança. Todas as áreas/UBSs apresentaram diferenças significativas quando comparadas com a área/UBS do Valo Velho. Segundo os valores de *odds ratio*, a chance de HDE é 1,75 vez maior na área/UBS Branca Flor quando comparada com a do Valo Velho.

Tabela 15 - Verificação da diferença entre pares de áreas/UBSs de origem dos atendimentos na frequência das HDEs. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

HDE	HDE * HDs demais			
	Qui-quadrado	Valor de p	OR	IC95%
B. Flor * V. Velho	6,86	< 0,01	1,75*	1,15 - 2,65
S. Leone * V. Velho	7,05	< 0,01	1,47*	1,11 - 1,96
P. Paraíso * V. Velho	4,11	0,04	1,38*	1,01 - 1,53
B. Flor * S. Leone	0,83	0,36	1,19	0,82 - 1,71
B. Flor * P. Paraíso	1,41	0,24	1,26	0,86 - 1,86
S. Leone * P. Paraíso	0,28	0,60	1,07	0,83 - 1,36

* Valores de OR significantes para um IC95%

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

Controladas as variáveis dia da semana, sexo e idade e identificada uma possível associação entre as HDEs no seu conjunto e as áreas/UBSs de procedência dos usuários atendidos no Pronto-Socorro Central, passou-se para a análise de cada uma das dez ocorrências incluídas no grupo das HDEs.

Explorando cada uma das HDEs em relação à variável idade, categorizada em grupos etários, amigdalite, asma, otite média e sinusite distribuíram-se com semelhança entre o grupo criança e adulto. A nasofaringite, embora seja mais freqüente no grupo criança, não tem pequena ocorrência no grupo adulto, correspondendo a 23,7% do total de casos (tabela 16).

Tabela 16 - Frequência das HDEs e HDs demais no horário e nas áreas de procedência em estudo, segundo grupos etários. PS Central, Itapeçerica da Serra, 2004.

HD	Criança		Jovem		Adulto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HDE								
Nasofaringite	192	72,2	11	4,1	63	23,7	266	100,0
Amigdalite	45	40,5	18	16,2	48	43,2	111	100,0
HAS	-	-	1	1,1	87	98,9	88	100,0
Asma	23	44,2	3	5,8	26	50,0	52	100,0
Sinusite	20	51,3	3	7,7	16	41,0	39	100,0
Otite média	12	54,5	1	4,5	9	40,9	22	100,0
Dor e outras do ciclo menstrual	-	-	5	29,4	12	70,6	17	100,0
Puericultura	16	100,0	-	-	-	-	16	100,0
Diabetes	-	-	-	-	8	100,0	8	100,0
Vulvovaginites	1	16,7	-	-	5	83,3	6	100,0
Todas as HDEs	309	49,4	42	6,7	274	43,8	625	100,0
Todas as HDs demais	248	23,4	114	10,7	700	65,9	1.062	100,0
Total	557	33,0	156	9,2	974	57,7	1.687	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

Criança (0 — 15); Jovem (15 |— 21); Adulto (21 |—)

Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados - 24 ignorados (1,4%)

Em relação ao sexo, as HDEs, exceto aquelas diretamente ligadas ao sexo, distribuíram-se de maneira próxima, com leve tendência para maiores freqüências no sexo feminino (tabela 17).

Tabela 17 - Frequência de cada uma das HDEs e HDs demais no horário e nas áreas de procedência em estudo, segundo sexo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004

HD	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
HDE						
Nasofaringite	127	47,7	139	52,3	266	100,0
Amigdalite	52	46,8	59	53,2	111	100,0
HAS	37	42,0	51	58,0	88	100,0
Asma	23	44,2	29	55,8	52	100,0
Sinusite	12	30,8	27	69,2	39	100,0
Otite média	5	22,7	17	77,3	22	100,0
Dor e outras do ciclo menstrual		-	17	100,0	17	100,0
Puericultura	10	62,5	6	37,5	16	100,0
Diabetes	2	25,0	6	75,0	8	100,0
Vulvovaginites		-	6	100,0	6	100,0
Todas as HDEs	268	42,9	357	57,1	625	100,0
Todas as HDs demais	464	43,7	598	56,3	1.062	100,0
Total	732	43,4	955	56,6	1.687	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados - 24 ignorados (1,4%)

A tabela 18 apresenta a frequência das ocorrências escolhidas segundo cada área/UBS e no total. A maior frequência foi de nasofaringite, com 15,8% do total. Diabetes e vulvovaginites foram as duas ocorrências com menor frequência, apresentando zero casos na menor área/UBS, como era previsível, conforme discussão no capítulo “Método”.

Tabela 18 - Frequência de cada uma das HDEs e HDs demais no horário-UBS, segundo áreas/UBSs em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

HD	Branca Flor		Parque Paraíso		Salvador Leone		Valo Velho		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nasofaringite	23	1,4	70	4,1	132	7,8	41	2,4	266	15,8
Amigdalite	8	0,5	25	1,5	60	3,6	18	1,1	111	6,6
HAS	12	0,7	21	1,2	47	2,8	8	0,5	88	5,2
Asma	4	0,2	15	0,9	26	1,5	7	0,4	52	3,1
Sinusite	6	0,4	16	0,9	13	0,8	4	0,2	39	2,3
Otite média	3	0,2	8	0,5	9	0,5	2	0,1	22	1,3
Dor e outras do ciclo menstrual	1	0,1	3	0,2	10	0,6	3	0,2	17	1,0
Puercultura	2	0,1	5	0,3	7	0,4	2	0,1	16	0,9
Diabetes	0	0,0	3	0,2	2	0,1	3	0,2	8	0,5
Vulvovaginites	0	0,0	3	0,2	2	0,1	1	0,1	6	0,4
Todas as HDEs	59	3,5	169	10,0	308	18,3	89	5,3	625	37,0
Todas as HDs demais	79	4,7	286	17,0	489	29,0	208	12,3	1.062	63,0
Total	138	8,2	455	27,0	797	47,2	297	17,6	1.687	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

Porcentagem calculada com exclusão dos ignorados - 24 ignorados (1,4%)

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e sinusite, isoladamente, foram as ocorrências mais influenciadas pelas áreas/UBSs, quando consideradas em conjunto, isto é, distribuíram-se de forma significativamente diferente, quando comparadas com as HDs demais, conforme a área/UBS de procedência considerada (tabela 19).

Tabela 19 - Valores do qui-quadrado e valores de p da diferença entre as quatro áreas/UBSs de procedência e a frequência de cada uma das HDEs. PS Central, Itapeçerica da Serra, 2004

HDE	B. Flor - P. Paraíso - S. Leone - Valo Velho	
	Qui-quadrado	Valor de p
Amigdalite	2,72	0,44
Asma	1,20	0,75
Diabetes	2,98	0,39
Dor e outras do ciclo menstrual	1,22	0,75
HAS	9,94	0,02
Nasofaringite	2,99	0,39
Otite	3,15	0,37
Puericultura	1,07	0,78
Sinusite	8,84	0,03
Vulvovaginite	1,86	0,60

as áreas/UBSs diferem com significância estatística quanto à frequência de HAS e sinusite

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
24 ignorados (1,4%)

A seguir, utilizando o instrumental analítico da metanálise, verificou-se a influência e o comportamento de cada uma das ocorrências escolhidas em relação às áreas/UBSs tomadas duas a duas. As figuras 4 a 9 apresentam os relatórios padronizados desse procedimento, contendo a quantidade das HDEs e HDs demais propiciadas por cada uma das ocorrências escolhidas, como se estas fossem, no modelo mais comum de utilização da metanálise, estudos a serem agregados. Pode-se observar que há uma pequena diferença entre o *odds ratio* calculado com a soma simples dos casos HDEs e HDs demais, conforme tabela 15, e os valores calculados pelo método estatístico da metanálise, este mais confiável, conforme discutido no capítulo “Método”. Das seis comparações realizadas, três apresentaram medida-sumário significativa e três não tiveram significância. A tabela 20, após as figuras, resume os valores de *odds ratio* de cada ocorrência e o *odds ratio* como medida-sumário, todos calculados com a técnica da metanálise, segundo pares de áreas/UBSs.

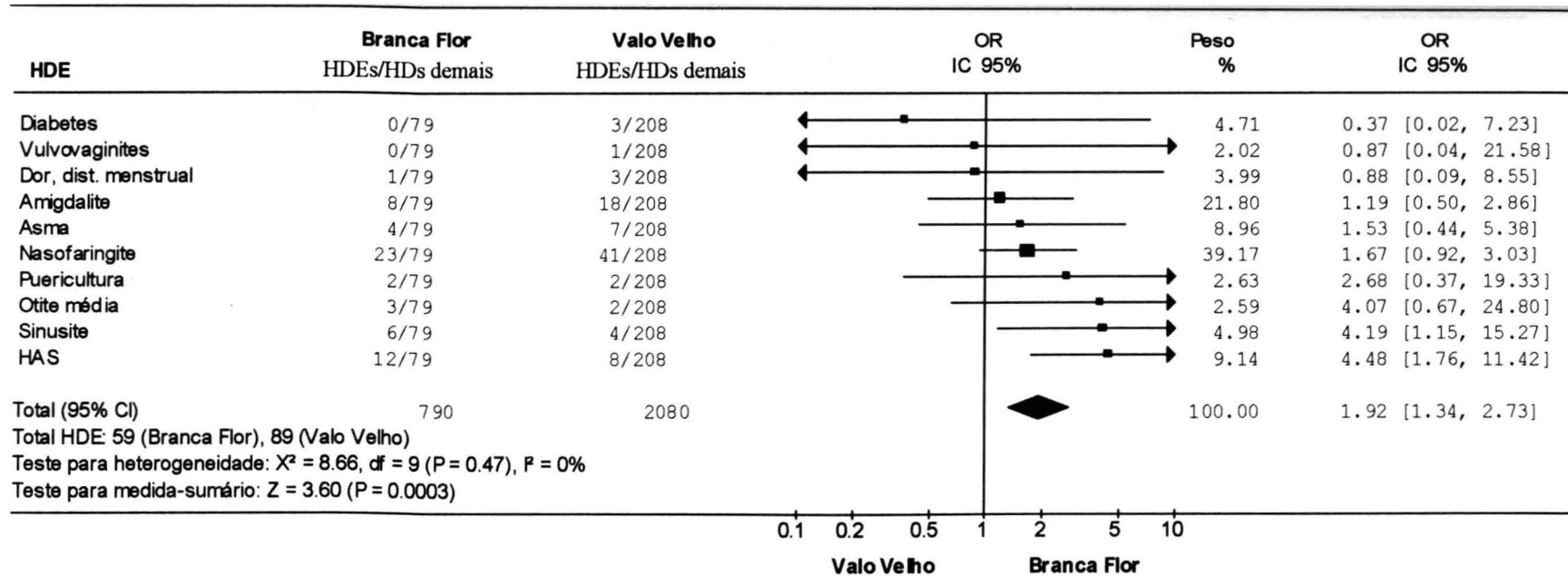


Figura 4 - Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de *odds ratio*, segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Branca Flor e Valo Velho. Itapecerica da Serra, 2004.

Legenda:

HDEs = hipóteses diagnósticas de pessoas atendidas no Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra, escolhidas para verificação da possibilidade de serem usadas como eventos sentinelas para monitorar as UBSs e procedentes de uma das áreas/UBSs em estudo (*obs.*: no conceito de chance = numerador).

HDs demais = demais hipóteses diagnósticas ocorridas nas mesmas circunstâncias (*obs.*: no conceito de chance = denominador).

OR = 1,92 → significa que a chance de ocorrência de HDEs procedente da área/UBS Branca Flor é 1,92 vez maior do que a chance de HDEs procedente da área/UBS Valo Velho. Considerando IC95%, o valor de OR tem significância estatística.

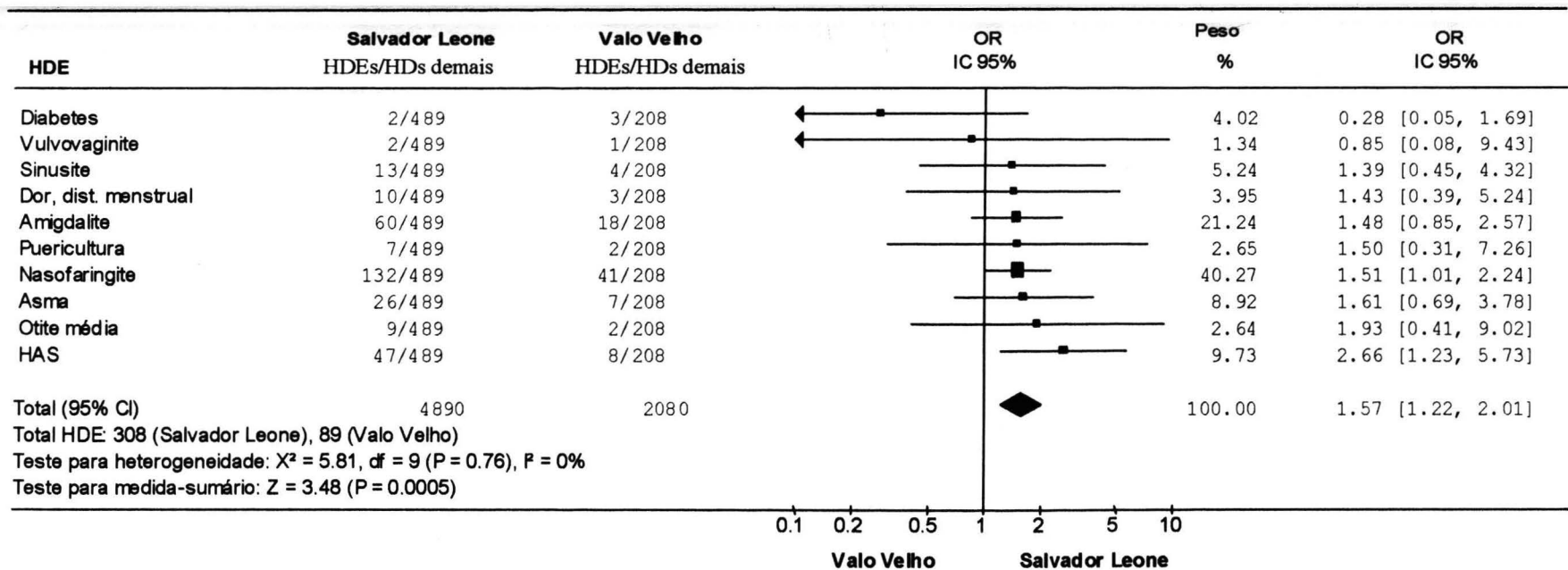


Figura 5 - Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de *odds ratio*, segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Salvador Leone e Valo Velho. Itapecerica da Serra, 2004.

Legenda:

HDEs = hipóteses diagnósticas de pessoas atendidas no Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra, escolhidas para verificação da possibilidade de serem usadas como eventos sentinelas para monitorar as UBSs e procedentes de uma das áreas/UBSs em estudo (*obs.*: no conceito de chance = numerador).

HDs demais = demais hipóteses diagnósticas ocorridas nas mesmas circunstâncias (*obs.*: no conceito de chance = denominador).

OR = 1,57 → significa que a chance de ocorrência de HDE procedente da área/UBS Salvador Leone é 1,57 vez maior do que a chance de HDEs procedente da área/UBS Valo Velho. Considerando IC95%, o valor de OR tem significância estatística.

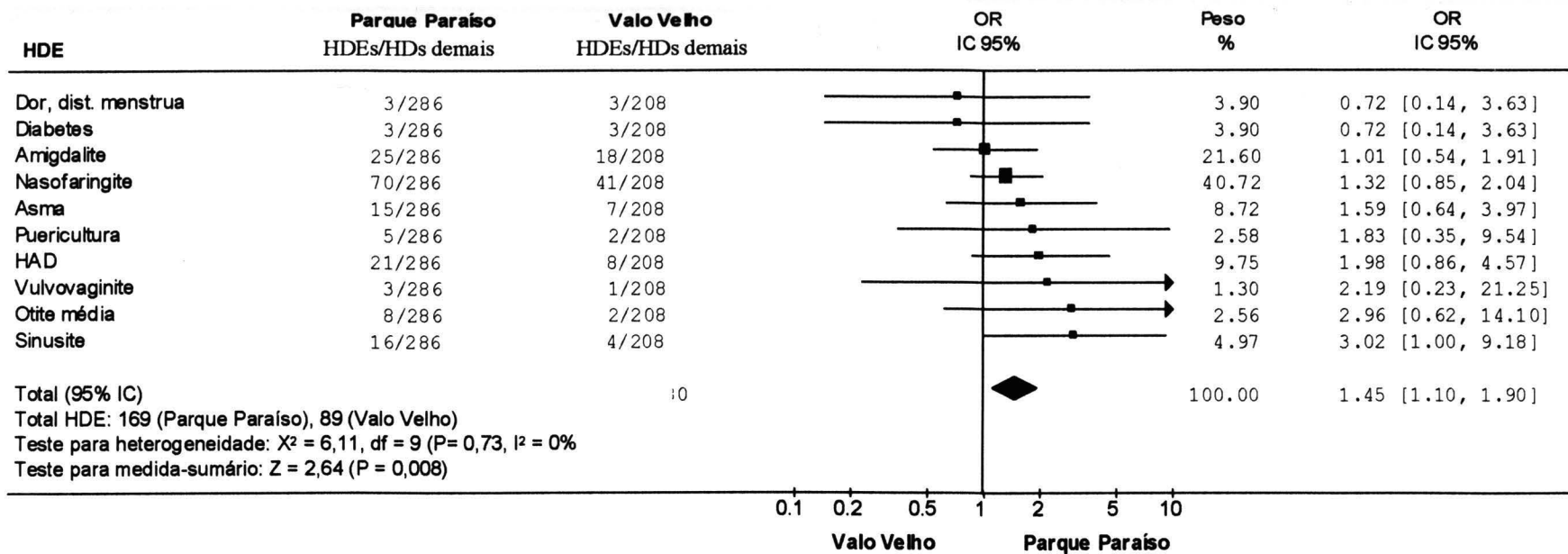


Figura 6 - Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de *odds ratio*, segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Parque Paraíso e Valo Velho. Itapepecica da Serra, 2004.

Legenda:

HDEs = hipóteses diagnósticas de pessoas atendidas no Pronto-Socorro Central de Itapepecica da Serra, escolhidas para verificação da possibilidade de serem usadas como eventos sentinelas para monitorar as UBSs e procedentes de uma das áreas/UBSs em estudo (*obs.*: no conceito de chance = numerador).

HDs demais = demais hipóteses diagnósticas ocorridas nas mesmas circunstâncias (*obs.*: no conceito de chance = denominador).

OR = 1,45 → significa que a chance de ocorrência de HDEs procedente da área/UBS Parque Paraíso é 1,45 vez maior do que a chance de HDEs procedente da área/UBS Valo Velho. Considerando IC95%, o valor de OR tem significância estatística.

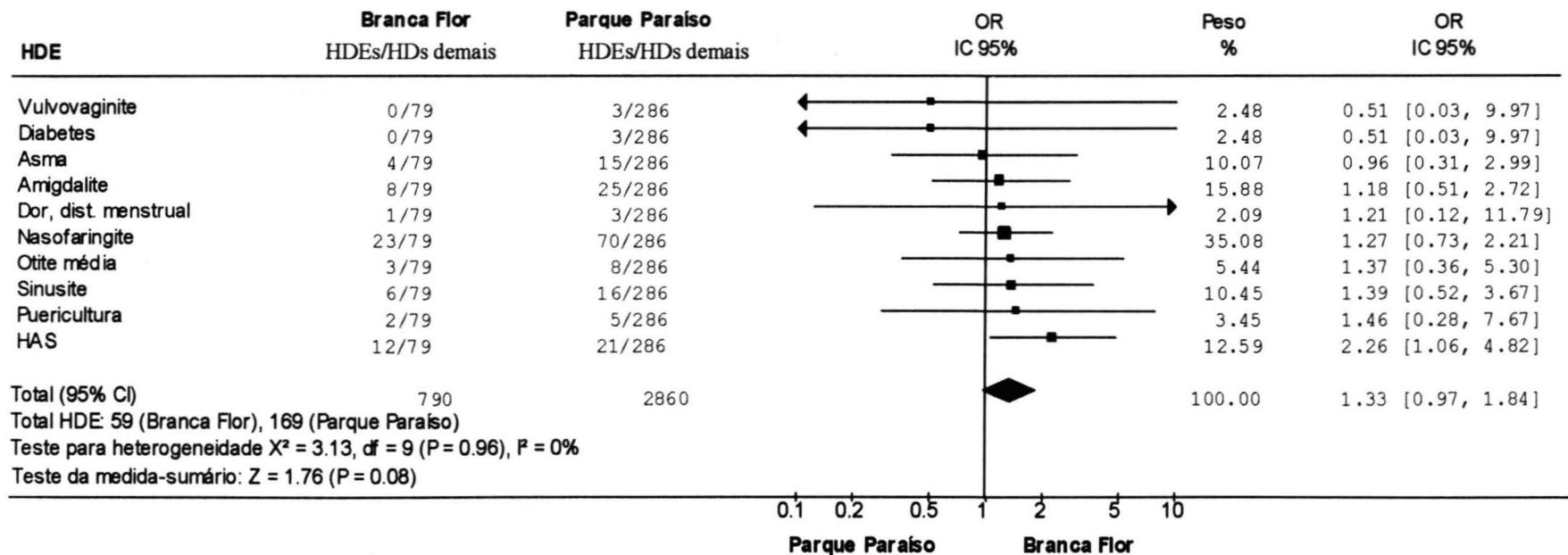


Figura 7 - Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de *odds ratio*, segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Branca Flor e Parque Paraíso. Itapeperica da Serra, 2004.

Legenda:

HDEs = hipóteses diagnósticas de pessoas atendidas no Pronto-Socorro Central de Itapeperica da Serra, escolhidas para verificação da possibilidade de serem usadas como eventos sentinelas para monitorar as UBSs e procedentes de uma das áreas/UBSs em estudo (*obs.*: no conceito de chance = numerador).

HDs demais = demais hipóteses diagnósticas ocorridas nas mesmas circunstâncias (*obs.*: no conceito de chance = denominador).

OR = 1,33 → significa que a chance de ocorrência de HDEs procedente da área/UBS Branca Flor é 1,33 vez maior do que a chance de HDEs procedente da área/UBS Parque Paraíso. Considerando IC95%, o valor de OR não tem significância estatística.

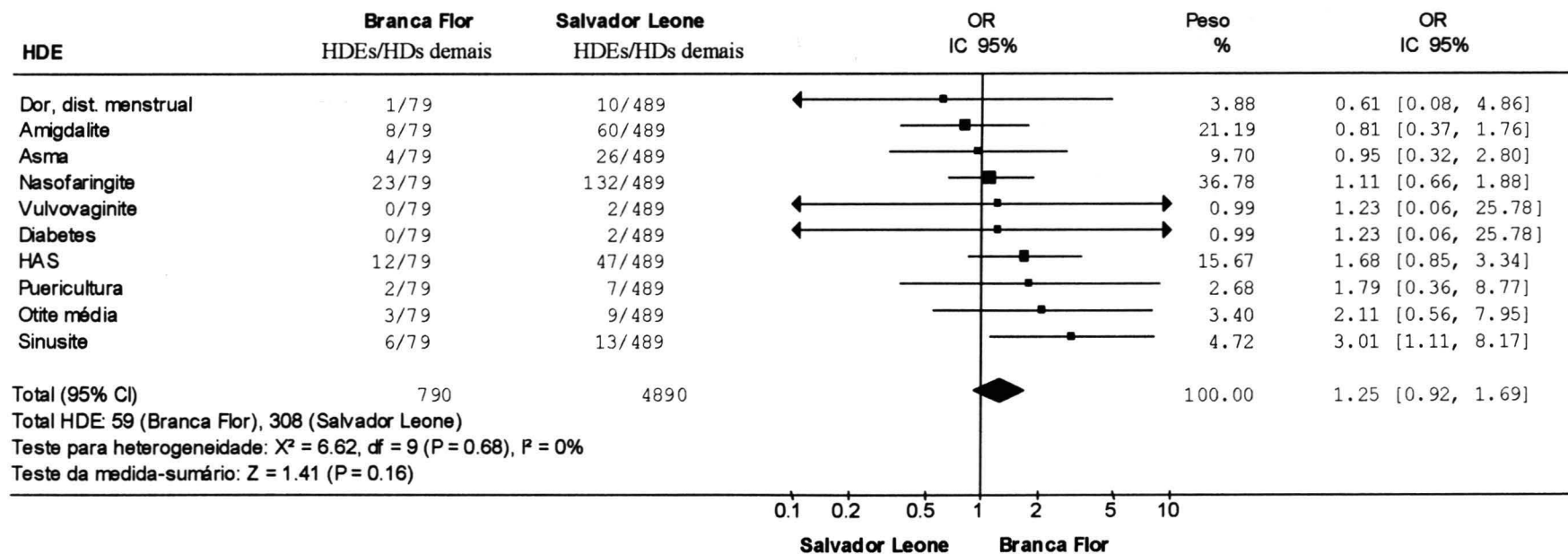


Figura 8 - Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de *odds ratio*, segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Branca Flor e Salvador Leone. Itapecerica da Serra, 2004.

Legenda:

HDEs = hipóteses diagnósticas de pessoas atendidas no Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra, escolhidas para verificação da possibilidade de serem usadas como eventos sentinelas para monitorar as UBSs e procedentes de uma das áreas/UBSs em estudo (*obs.*: no conceito de chance = numerador).

HDs demais = demais hipóteses diagnósticas ocorridas nas mesmas circunstâncias (*obs.*: no conceito de chance = denominador).

OR = 1,25 → significa que a chance de ocorrência de HDEs procedente da área/UBS Branca Flor é 1,25 vez maior do que a chance de HDEs procedente da área/UBS Salvador Leone. Considerando IC95%, o valor de OR não tem significância estatística.

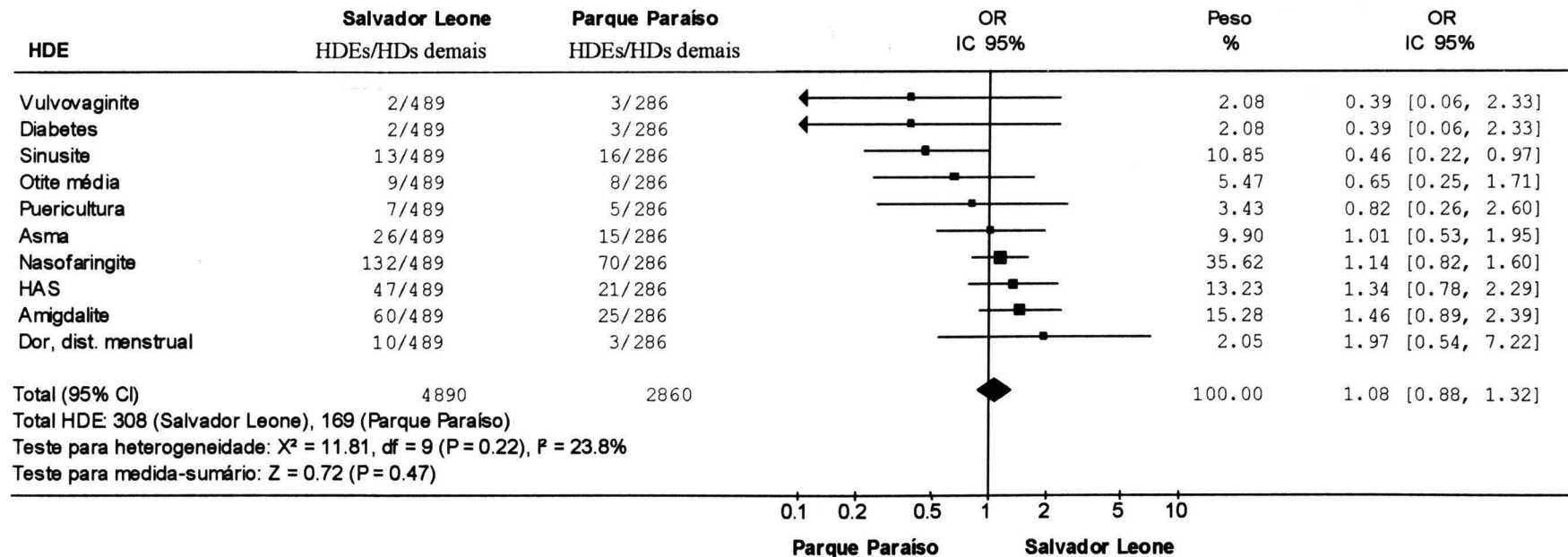


Figura 9 - Metanálise da contribuição de cada uma das HDEs no cálculo da medida-sumário de *odds ratio*, segundo comparação entre as áreas/UBSs de procedência Salvador Leone e Parque Paraíso. Itapecerica da Serra, 2004.

Legenda:

HDEs = hipóteses diagnósticas de pessoas atendidas no Pronto-Socorro Central de Itapecerica da Serra, escolhidas para verificação da possibilidade de serem usadas como eventos sentinela para monitorar as UBSs e procedentes de uma das áreas/UBSs em estudo (*obs.*: no conceito de chance = numerador).

HDs demais = demais hipóteses diagnósticas ocorridas nas mesmas circunstâncias (*obs.*: no conceito de chance = denominador).

OR = 1,08 → significa que a chance de ocorrência de HDEs procedente da área/UBS Salvador Leone é 1,08 vez maior do que a chance de HDEs procedente da área/UBS Parque Paraíso. Considerando IC95%, o valor de OR não tem significância estatística.

Tabela 20 - Resumo dos valores de *odds ratio* de cada uma das HDEs, segundo áreas/UBSs tomadas duas a duas, e valor da medida-sumário de *odds ratio*, calculados com a técnica da metanálise. PS Central, Itapeoceria da Serra, 2004.

HDE	áreas/UBSs tomadas duas a duas**						n° de contradições	n° de significativos
	B. Flor * V. Velho	S. Leone * V. Velho	P. Paraíso * V. Velho	B. Flor * P. Paraíso	B. Flor * S. Leone	S. Leone * P. Paraíso		
Amigdalite	1,19	1,48	1,01	1,18	(?) 0,81	1,46	1	0
Asma	1,53	1,61	1,59	(?) 0,96	(?) 0,95	1,01	2	0
Diabetes	(?) 0,37	(?) 0,28	(?) 0,72	(?) 0,51	1,23	(?) 0,39	5	0
Dor, dist. menstrual	(?) 0,88	1,43	(?) 0,72	1,21	(?) 0,61	1,97	3	0
HAS	➡ 4,48	➡ 2,66	1,98	➡ 2,26	1,68	1,34	0	3
Nasofaringite	1,67	➡ 1,51	1,32	1,27	1,11	1,14	0	1
Otite média	4,07	1,93	2,96	1,37	2,11	(?) 0,65	1	0
Puericultura	2,68	1,50	1,83	1,46	1,79	(?) 0,82	1	0
Sinusite	➡ 4,19	1,39	➡ 3,02	1,39	➡ 3,01	(?) 0,46	1	3
Vulvovaginite	(?) 0,87	(?) 0,85	2,19	(?) 0,51	1,23	(?) 0,39	4	0
medida-sumário	➡ 1,92	➡ 1,57	➡ 1,45	1,33	1,25	1,08		3

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida
24 ignorados (1,4%)

(?) apontou para o sentido oposto da medida-sumário

➡ valor estatisticamente significativo

** Exemplificando com amigdalite e o primeiro par de UBSs: 1,19 significa que a chance da ocorrência de amigdalite é 1,19 vez maior na área/UBS B. Flor quando comparada com a Valo Velho.

4.2 As entrevistas com as pessoas diagnosticadas com uma das hipóteses diagnósticas escolhidas para estudo

Das 625 pessoas com uma das HDEs em estudo, 113 (18,1%) foram entrevistadas. A distribuição dos entrevistados segundo os dias da semana mostrou maior número de entrevistas realizadas na quinta-feira (tabela 21).

Tabela 21 - Frequência dos atendidos com HDE entrevistados, segundo dia da semana. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Dia da semana	Entrevistados					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
segunda-feira	17	12,3	121	87,7	138	100,0
terça-feira	26	20,6	100	79,4	126	100,0
quarta-feira	20	18,3	89	81,7	109	100,0
quinta-feira	35	25,0	105	75,0	140	100,0
sexta-feira	15	13,4	97	86,6	112	100,0
Total	113	18,1	512	81,9	625	100,0

$\chi^2 = 9,84$ - valor de $p = 0,04$

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

Entretanto, em relação às áreas/UBSs de procedência das pessoas atendidas, não foi constatada diferença estatística significativa (tabela 22).

Tabela 22 - Frequência dos atendidos com HDE entrevistados, segundo área/UBS de procedência. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Área/UBS	Entrevistados					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Branca Flor	11	18,6	48	81,4	59	100,0
Parque Paraíso	25	14,8	144	85,2	169	100,0
Salvador Leone	63	20,5	245	79,5	308	100,0
Valo Velho	14	15,7	75	84,3	89	100,0
Total	113	18,1	512	81,9	625	100,0

$\chi^2 = 2,75$ - valor de $p = 0,43$

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

Em relação às ocorrências em estudo, há maior número de entrevistados com a hipótese diagnóstica de nasofaringite, e puericultura foi relativamente a mais entrevistada (tabela 23).

Tabela 23 - Frequência dos atendidos com HDE entrevistados, segundo cada uma das HDEs escolhidas para estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Área/UBS	Entrevistados					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Amigdalite	11	9,9	100	90,1	111	100,0
Asma	9	17,3	43	82,7	52	100,0
Diabetes	1	12,5	7	87,5	8	100,0
Dor e outras do ciclo menstrual	-	-	17	100,0	17	100,0
HAS	12	13,6	76	86,4	88	100,0
Nasofaringite	71	26,7	195	73,3	266	100,0
Otite média	2	9,1	20	90,9	22	100,0
Puericultura	5	31,3	11	68,8	16	100,0
Sinusite	1	2,6	38	97,4	39	100,0
Vulvovaginites	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Total	113	18,1	512	81,9	625	100,0

HD = hipótese diagnóstica e HDE = HD escolhida

$\chi^2 = 33,8$ - valor de $p < 0,001$

A tabela 24 compara a distribuição da variável sexo entre o total das pessoas atendidas com uma das HDEs e as 113 pessoas entrevistadas. Observa-se que o grupo de entrevistados não se distribui com diferença significativa em relação à variável sexo.

Tabela 24 - Distribuição dos entrevistados e do total de atendidos com HDE, segundo sexo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Sexo	Branca Flor	Parque Paraiso	Salvador Leone	Valo Velho	Total de entrevistados		Total de HDE	
	%	%	%	%	n	%	n	%
Feminino	63,6	44,0	49,2	71,4	59	52,2	357	57,1
Masculino	36,4	56,0	50,8	28,6	54	47,8	268	42,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	113	100,0	625	100,0

χ^2 para diferença de sexo entre o grupo dos entrevistados e o grupo HDE total = 0,94 e valor de $p = 0,33$

A tabela 25 compara, da mesma forma que a anterior, a variável idade categorizada em três grupos etários. A maior parte dos entrevistados foi composta pelos acompanhantes dos menores na faixa 0 - 15 anos atendidos.

Tabela 25 - Distribuição dos entrevistados e do total de atendidos com HDE, segundo grupo etário. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Grupo etário	Branca Flor	Parque Paraíso	Salvador Leone	Valo Velho	Total de entrevistados		Total de HDE	
	%	%	%	%	n	%	n	%
Criança (0 -- 15)	72,7	80,0	77,8	57,1	85	75,2	309	49,4
Jovem (15 -- 21)	-	4,0	3,2	-	3	2,7	42	6,7
Adulto (21 --)	27,3	16,0	19,0	42,9	25	22,1	274	43,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	113	100,0	625	100,0

χ^2 para diferença de grupo etário entre o grupo dos entrevistados e o grupo HDE total = 25,65 e valor de $p < 0,001$

A tabela 26 apresenta a distribuição das características ocupação, anos de estudo e de residência atual. No caso dessas características, foram considerados os dados dos acompanhantes quando a pessoa atendida era criança ou adolescente menor de 15 anos. Em relação a todas essas características, as quatro áreas/UBSs apresentam uma similaridade acentuada. Destacam-se as diferenças dos anos de residência das pessoas com procedência da área do Branca Flor e a frequência da ocupação “Do lar” entre os procedentes da área/UBS Salvador Leone.

Tabela 26 - Distribuição das principais ocupações, média de anos de estudo e média de anos na residência atual dos entrevistados, segundo área/UBS de procedência. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Característica	Branca Flor	Parque Paraíso	Salvador Leone	Valo Velho	Total de entrevistados	
	%	%	%	%	n	%
Ocupação						
Do lar	30,0	29,2	45,2	35,7	43	38,1
Desempregado	30,0	33,3	24,2	28,6	30	26,5
Doméstica e caseiro	20,0	-	6,5	7,1	7	6,2
Aposentado	-	8,3	4,8	-	5	4,4
Demais	20,0	29,2	19,4	28,6	28	24,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	113	100,0
Média de anos de estudo	7	7	7	8	7	
Média de anos na residência atual	15	9	11	9	11	

A tabela 27 resume algumas características de uso dos serviços básicos e de pronto-socorro por parte das pessoas entrevistadas. Destaca-se que 88% dos entrevistados costumam procurar atendimento nas UBSs e que dois terços deles estiveram durante o último ano ao menos uma vez em consulta médica. Ressalte-se ainda que 75% dos entrevistados eram acompanhantes de crianças e adolescentes menores de 15 anos atendidas, fato que pode induzir tendenciosidade nesses resultados. De qualquer forma, a alta frequência relativa dessa faixa etária no atendimento geral do pronto-socorro é parte de um padrão de expressiva utilização dos serviços assistenciais por essas populações. Entretanto, é muito interessante verificar que apenas 22% procuraram a UBS pelo problema atual antes de procurar atendimento no pronto-socorro.

Tabela 27 - Frequência de algumas características de uso dos serviços de saúde por parte dos entrevistados, segundo áreas/UBSs escolhidas. PS Central, Itapeçerica da Serra, 2004.

Tipo de uso dos serviços de saúde	Branca Flor	Parque Paraiso	Salvador Leone	Valo Velho	Total	
	%	%	%	%	n	%
Costuma procurar atendimento na UBS	90,9	88,0	87,3	92,9	100	88,5
Usa a UBS mais próxima de casa	100,0	96,0	93,7	92,9	107	94,7
Tem matrícula na UBS	100,0	92,0	87,3	92,9	102	90,3
Esteve na UBS este ano para consulta médica	100,0	76,0	55,6	78,6	76	67,3
Há quantos meses foi à UBS	3,0	3,0	2,0	2,0		
Procurou a UBS pelo problema atual	18,2	36,0	15,9	28,6	25	22,1
tempos médios	Branca Flor	Parque Paraiso	Salvador Leone	Valo Velho	Total	
	média	média	média	média	média	
Média de meses desde a última consulta médica na UBS, daqueles que foram no ano	2,7	3,2	2,1	1,8	2,5	
Média de dias desde o início da queixa	16,8	4,3	8,9	3,2	8,0	
Média de outros comparecimentos no PSC, nos últimos 3 meses	2,3	1,0	1,5	1,3	1,4	

Os entrevistados foram indagados, para uma resposta aberta, sobre uma de três perguntas alternativas, mas que visavam todas conhecer a motivação da utilização do PS. Foi solicitado às pessoas que falassem sobre as razões de terem ido à UBS e depois ao PS, ou de terem ido ao PS sem tentar a UBS, ou ainda de não usarem os serviços da UBS. As respostas foram organizadas em seis categorias, conforme o sentido fundamental da motivação enunciada.

1. Desconfiança em relação ao atendimento recebido na UBS, anseio por exames ou medicações. Reuniram-se nessa categoria os discursos em que a motivação para procurar atendimento no PS era obter resposta a dúvidas, ou desconfiança em relação ao atendimento oferecido/recebido na unidade básica, ou insatisfação pela não-realização de exames ou pela não-administração de medicações na UBS. Essa primeira categoria de motivação pode ser exemplificada com alguns dos discursos:

- *Passei na consulta no posto e depois vim para cá. Achei que não resolveu nada...*
- *A enfermeira que avaliou falou que não tinha nada...*
- *Aqui no PS dão medicamento na hora, qualquer coisa faz exame.*
- *Porque aqui no PS eu já tomo inalação. Passei mais para tirar uma chapa da cabeça...*
- *Cansei de ir no posto. Vou lá, tomo injeção, a dor passa mais depois volta.*
- *No posto não ia dar injeção assim logo.*
- *Aqui tem medicação, RX na hora, eu prefiro trazer aqui mesmo.*
- *Acompanho a pressão lá no Posto, mas hoje deu vontade de vir no PS, tirar a dúvida.*
- *Fui lá, a médica atendeu, mas como o peito encheu e começou a tossir mais, resolvi vir aqui. Lá no posto se fosse eles não iam passar nada.*
- *Passei no pediatra que examinou e falou que era gripe. Mas fiquei meio desconfiada, aí resolvi trazer aqui.*

2. Busca do PS não alternativa ao uso da UBS. Nesta categoria estão as pessoas que não usam regularmente a UBS por terem médico particular/convênio, os “peregrinos” de serviços de saúde que não conseguem perder a oportunidade ao estar passando por perto e as pessoas premidas por sensação de temor das possíveis conseqüências dos seus sintomas. É bom lembrar que os discursos originam-se apenas de usuários diagnosticados com um dos eventos em estudo. Exemplos:

- *Começou com febre muito alta aí resolvi vir aqui.*
- *Ela foi operada do coração, fiquei preocupada com a febre e trouxe ela aqui.*
- *Vim trazer minha irmã que quebrou o dedo e aproveitei para passar o menino.*
- *Tinha que vir no banco aí aproveitei para dar uma passada.*

- *Passei no médico do trabalho que identificou pressão alta e encaminhou para cá.*
- *Não uso porque uso o médico particular.*
- *Fui atendida no posto da Samcil, tomei remédio, mas não estava melhorando então resolvi vir aqui.*

3. Falta de médico na UBS. Nesta categoria foram incluídas as pessoas que mencionaram a inexistência de médico na UBS no momento necessário. A afirmação foi checada com a grade de horários dos médicos das UBSs, e verificou-se que as informações dos usuários revelaram um bom conhecimento dos dias, períodos e especialidades médicas não disponíveis. Exemplos:

- *Passei lá, mas a médica não ia hoje. Aí vim direto ao PS...*
- *Estive lá, passei no acolhimento, mas não tinha pediatra hoje...*
- *Passei lá, mas hoje não tinha pediatra. Só tem às 2^{as}., 4^{as}. e 6^{as}., aí mandaram vir ao PS.*
- *Passei lá no posto, e aí a moça falou que só tem médico de manhã, à tarde não tem.*
- *Ontem lá nem médico tinha...*
- *Não fui na UBS porque hoje não tem pediatra de manhã.*

4. Dificuldade de obtenção de vaga no dia. Esta categoria engloba as respostas que evidenciam um conjunto de dificuldades ou obstáculos que, associados ou não à falta objetiva de vagas no dia, interpõe-se entre o usuário e o início do cuidado na UBS. Exemplos:

- *No posto também eu gosto, mas aqui passa rápido. No posto não passa rápido.*
- *Cheguei cedo. A balconista falou que não tinha mais vaga.*
- *Cheguei às 6 horas. Esperei para ser atendida. No balcão mandaram esperar e depois falaram que não tinha mais vaga.*
- *Não tinha vaga, as médicas estavam lotadas.*
- *Cheguei antes do posto abrir. A moça da ficha falou que não tinha encaixe. Deixei marcado para daqui um mês.*
- *Trabalho e não posso ir lá tentar a vaga do dia.*
- *Não dava mais para tentar vaga do dia, por que lá tem que chegar muito cedo.*

- *No posto não consegue passar no médico. Nunca tentei. A vizinha falou que tem que esperar sobrar uma vaga.*
- *Não tem consulta na hora, mesmo acompanhando a pressão alta não consigo sem agendar.*
- *Agora com aquele negócio de acolhimento a gente tem que passar primeiro lá e só depois no médico. É muito raro a gente conseguir passar no médico no mesmo dia.*
- *Fica o dia inteiro aguardando vaga de bobeira e acaba não sendo atendido.*
- *Não passei lá porque lá só atende com consulta marcada, ou então tem que chegar às 6 horas da manhã para tentar uma vaga.*
- *No posto demora, aqui é melhor. Se tivesse ido no posto estaria lá até o meio-dia.*
- *Aqui é mais rápido, no posto tinha que ir de madrugada, sair na friagem com ela.*
- *A gente chega lá fica e fica esperando. Venho direto para cá quando as crises (asma) são muito fortes.*
- *Lá é ruim para passar, tem que ir muito cedo, é muito frio para levar o bebê.*
- *Lá com um tal de acolhimento só passa se tem febre, se não tem, não passa.*

5. Dificuldade para agendar consulta. Nesta categoria o discurso era de crítica às sistemáticas operacionais e organizacionais das UBSs, que na visão do usuário criam dificuldades para o agendamento. Exemplos:

- *O acolhimento mandou marcar, aí no balcão falaram que agendamento só no dia 1 ou 23 do próximo mês.*
- *Fui agendar e eles falaram que só para janeiro (2 a 3 meses).*
- *Criança com 8 anos não marca mais no posto.*
- *Passei lá a última vez quando ele completou 1 ano, depois não tem mais acompanhamento.*
- *Como completou 1 ano é difícil passar no posto.*
- *Falaram que não tinha agenda aberta para pediatria e para ir passando até abrir a agenda. Tá muito difícil...*
- *Fui lá hoje de manhã e falaram que não está aberto para marcar consulta e que tem que tentar uma vaga às 6 horas da manhã.*
- *Difícil para conseguir. Quando marca é para 3 meses. Estou trabalhando e eles falam que tem que ficar esperando encaixe...*
- *Chego lá, dizem que a agenda abriu e já lotou, aí mandam vir outro dia.*

6. Orientações restritivas. Grupo que mencionou o fato de se disseminarem aos usuários, de maneira formal ou informal, orientações muitas vezes contraditórias, que vão estabelecendo um padrão restritivo de uso dos serviços. Essas orientações são alvo de críticas por distanciarem-se das expectativas dos usuários. Exemplos:

- *Não consegui transferir a matrícula para o posto (mudou de Embu). Passei lá, eles não deixam a gente falar, não dão orientação nenhuma.*
- *Outro dia passei lá com febre, atenderam, mas falaram que quando acontecer isso outra vez, problema de febre, é para ir direto ao PS. Falaram que lá só cuida de rotina e que quando ficar grave é para ir ao PS.*
- *A médica falou que quando é problema assim (IVAS) é para ir direto no PS. Acho que quando chega criança ruim no posto eles podiam ver! Agora trago direto aqui.*
- *Falam que aqui é o local para trazer criança com crise de asma. Que lá não é e não tem médico para isso.*
- *Lá no posto eles não atendem quando está com dor de garganta. Falam que em caso de febre, cólica, dor de cabeça tem que vir ao PS.*
- *Eles falam que quando não é rotina é para vir ao PS.*
- *Quando é febre, no posto eles falam para procurar o PS mais próximo.*
- *O pediatra acha ruim, fala que emergência é no PS.*
- *Quando a gente vai no Posto com uma queixa mais grave eles mandam vir aqui. Então para não gastar dinheiro a gente vem direto.*
- *Já tentei outra vez e não tinha vaga. Falam que só é para ir se estiver passando muito mal.*
- *Tem que estar muito grave para passar no médico lá.*
- *Só com gripe lá não passa, só em caso de muita urgência.*

A tabela 28 apresenta a distribuição das seis categorias discursivas, segundo duas situações, não excludentes, vividas pelos entrevistados: comparecimento a pelo menos uma consulta na UBS no último ano e procura da UBS pelo problema atual. As quatro últimas categorias discursivas, como se referem especificamente a facetas complementares de problemas na organização e no acesso aos serviços da UBS, foram agrupadas e apresentadas, também, em subtotal.

Observa-se que, dentre aqueles que procuraram atendimento na UBS pelo problema atual antes de procurar o pronto-socorro, as frequências das categorias “falta de médico” e “vaga no dia” são as maiores e semelhantes, sendo que para os que não foram à UBS a

maior justificativa é a “vaga no dia”. Para os que foram à UBS no último ano, portanto têm experiência anterior de uso, a maior motivação para procurar o PS foi, também, o acesso no dia.

Tabela 28 - Frequência das categorias discursivas dos entrevistados que procuraram atendimento na UBS pelo problema atual e dos que tiveram consulta médica durante o ano na UBS. PS Central, Itapeçerica da Serra, 2004.

Categoria discursiva	Consulta médica no ano na UBS			Procurou atendimento na UBS pelo problema atual		
	Sim %	Não %	Total %	Sim %	Não %	Total %
Desconfiança, anseios	11,7	8,6	10,7	20,0	8,0	10,6
Usa convênio, peregrino/premência	11,7	20,0	14,4	4,0	17,0	14,2
Subtotal	23,4	28,6	25,1	24,0	25,0	24,8
Falta de médico	15,6	2,9	11,6	28,0	6,8	11,5
Vaga no dia	51,9	37,1	47,3	28,0	53,4	47,8
Agendamento	3,9	14,3	7,1	8,0	6,8	7,1
Orientação restritiva	5,2	17,1	8,9	12,0	8,0	8,8
Organização, acesso -- subtotal	76,6	71,4	74,9	76,0	75,0	75,2
Todas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Total dos entrevistados = 113

Ignorados = 1 na questão consulta no ano

Encerrando a apresentação dos resultados das entrevistas, a tabela 29 ilustra as frequências relativas das categorias discursivas, segundo as áreas/UBSs de procedência. No geral, a busca por uma vaga no dia representou 47,8% das motivações, que somadas às demais categorias relacionadas mais diretamente com a organização do processo de trabalho e do acesso aos serviços perfazem 75,2%.

Tabela 29 - Frequência das categorias discursivas dos entrevistados, segundo área/UBS de procedência. PS Central, Itapeçerica da Serra, 2004.

Categoria discursiva	Branca Flor	Parque Paraíso	Salvador Leone	Valo Velho	Total
	%	%	%	%	%
Desconfiança, anseios	9,1	8,0	9,5	21,4	10,6
Usa convênio, peregrino/premência	18,2	12,0	11,1	28,6	14,2
Subtotal	27,3	20,0	20,6	50,0	24,8
Falta de médico	9,1	20,0	9,5	7,1	11,5
Vaga no dia	54,5	44,0	49,2	42,9	47,8
Agendamento	9,1	4,0	9,5	0,0	7,1
Orientação restritiva	0,0	12,0	11,1	0,0	8,8
Organização, acesso -- subtotal	72,7	80,0	79,4	50,0	75,2
Todas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Total dos entrevistados = 113

A categoria “vaga no dia” é a mais indicada em todas as quatro áreas/UBSs de procedência. Mas, para comparações da distribuição de cada uma das categorias discursivas entre as áreas/UBSs de procedência das pessoas atendidas, a tabela 29 não ajuda, uma vez que cada área/UBS tem um total de casos. Assim, de uma comparação direta dos dados colhidos resultaria que a área/UBS com maior população, obviamente, sempre apresentaria as maiores frequências das categorias discursivas. Para comparar, por exemplo, o peso do motivo “vaga no dia” entre áreas/UBSs, não basta o número absoluto de casos: é preciso levar em conta o peso que esse motivo teve no total de categorias de cada UBS e, segundo o seu número total de casos. Para tanto, foi preciso considerar a força da ocorrência de cada motivo em cada UBS, padronizando o número de casos. Trata-se de um procedimento semelhante, por exemplo, ao utilizado na padronização de coeficientes, como o geral de mortalidade, para possibilitar comparações entre países com estruturas populacionais diferentes, em que cada faixa etária tem uma força distinta na ocorrência da mortalidade. Em razão do exposto, a tabela 30 apresenta resultados padronizados, calculados com os seguintes procedimentos:

- definiu-se uma população hipotética, padrão de casos/categorias de 1.000;
- para cada área/UBS, de acordo com a força de ocorrência de cada motivo, calculou-se o número de casos, multiplicando-se 1.000 x frequência relativa do motivo na área/UBS considerada;
- somou-se o novo número de casos, calculados na base-padrão 1.000, de todas as áreas/UBSs, de cada um dos motivos;
- calculou-se quanto percentualmente cada área/UBS contribuiu no total de casos de cada um dos motivos.

Tabela 30 - Distribuição percentual do número de casos padronizados das categorias discursivas, segundo as áreas/UBSs de procedência. PS Central, Itapeperica da Serra, 2004.

Categoria discursiva	Branca Flor	Parque Paraiso	Salvador Leone	Valo Velho	Total
	%	%	%	%	%
Desconfiança, anseios	18,9	16,7	19,8	44,6	100,0
Usa convênio, peregrino/premência	26,0	17,2	15,9	40,9	100,0
Subtotal	23,1	17,0	17,5	42,4	100,0
Falta de médico	19,9	43,7	20,8	15,6	100,0
Vaga no dia	28,6	23,1	25,8	22,5	100,0
Agendamento	40,2	17,7	42,1	0,0	100,0
Orientação restritiva	0,0	51,9	48,1	0,0	100,0
Organização, acesso - subtotal	25,8	28,4	28,1	17,7	100,0

4.3 Algumas características das unidades básicas escolhidas para estudo

A tabela 31 apresenta informações sobre as UBS referentes ao mesmo período em que foram levantadas as informações sobre as pessoas atendidas no pronto-socorro. Com base na população estimada de cada área/UBS, calcularam-se valores de horas profissionais disponíveis por 1.000 habitantes. Esses índices de horas profissionais, segundo população da área, são maiores na área/UBS Branca Flor para médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A área/UBS Valo Velho tem a menor relação de horas médicas disponíveis por habitante. A UBS Parque Paraíso, por perdas anteriores de médicos, tem o maior número de períodos do dia sem médico.

Tabela 31 - Algumas características das UBSs escolhidas para o estudo. Itapecerica da Serra, 2004.

Características da área/UBS	Branca Flor	Parque Paraíso	Salvador Leone	Valo Velho	Total
População (2004)	7.000	24.500	36.500	18.500	86.500
Horas de funcionamento diário	10	10	12	10	-
Total de horas médicas semanais	75	135	178	104	492
Horas semanais/1.000 hab.					
Médico pediatra	2,86	1,59	1,40	1,78	1,65
Médico gineco-obstetra	3,57	1,22	1,56	1,89	1,70
Médico clínico geral	4,29	2,69	1,92	1,95	2,34
Todos	10,71	5,51	4,88	5,62	5,69
Enfermeiro	10,00	2,86	2,47	5,41	3,82
Auxiliar/técnico de enfermagem	22,86	9,80	16,16	12,97	14,22
Agente comunitário de saúde	51,43	11,43	10,96	6,49	13,41
Nº. de períodos do dia sem profissional, na semana					
Médico pediatra	6,0	9,0	4,0	4,0	23,0
Médico gineco-obstetra	4,0	7,0	2,0	4,0	17,0
Médico clínico geral	3,0	5,0	1,0	4,0	13,0
Todos	13,0	21,0	7,0	12,0	53,0
Enfermeiro	3,0	-	-	-	3,0

A UBS Parque Paraíso, por exemplo, na época de realização do levantamento, chegou a ter nove períodos na semana sem pediatra e seis sem clínico, de dez períodos

semanais possíveis, devido a dificuldades criadas por demissão de médicos, má distribuição das horas existentes e problemas decorrentes de férias ou licenças. Verificando-se as coincidências de períodos sem médico, observou-se que em três períodos da semana a unidade ficou sem nenhum médico presente. Em relação à realização de consultas médicas básicas por habitante/ano, as UBSs Parque Paraíso e Valo Velho são as que apresentaram os menores índices (tabela 32).

Tabela 32 - Produção e índice por 1.000 habitantes de consultas médicas (CM), segundo UBSs em estudo e Pronto-Socorro Central. Itapecerica da Serra, 2004.

Produção e índice	Branca Flor	Parque Paraíso	Salvador Leone*	Valo Velho	Todas as UBSs	PSC*	Total
CM média mês - 2004	841	1.581	4.496	1.147	8.065	8.336	16.401
CM/ano - 2004	10.090	18.977	53.956	13.763	96.785	100.029	196.814
CM habitante/ano	1,44	0,77	1,48	0,74	1,12	1,16	2,28
população	7.000	24.500	36.500	18.500	86.500		86.500

* Estimativa de consultas de pronto-socorro para usuários originados na área/UBS.

Parte das consultas da UBS Salvador Leone foi rateada em cotas para as outras, como atendimento referenciado.

Em relação aos recursos materiais, em nenhuma unidade houve retardo ou cancelamento de atendimento motivado por falta de materiais de consumo e medicamentos nem por mau funcionamento ou falta de manutenção de equipamentos. Há registro de faltas pontuais de alguns medicamentos básicos (problema esse levantado somente na UBS Branca Flor): cefalexina, furosemida, metildopa e AAS infantil. Em relação à organização dos serviços e dos processos de trabalho, são dois os destaques diferenciais:

- algumas unidades estabelecem – às vezes deixando a data “no ar” -, o dia em que irão abrir agenda, enquanto outras trabalham com agenda sempre aberta, procurando agendar no momento do comparecimento do usuário no serviço;
- o estágio de funcionamento da recepção técnica acolhedora, com a necessária integração da equipe de enfermagem e médica a essa atividade, é muito desigual. Algumas unidades trabalham de forma parcial ou inconstante com a recepção técnica acolhedora, com maior dificuldade em fixar a mudança na maneira tradicional de funcionamento via balcão/recepção. A equipe de enfermagem foi, em algumas unidades, mais resistente em participar ativamente da nova recepção técnica, estando por vezes mais vulnerável à ação de intimidação desencadeada por órgãos

corporativos dos enfermeiros, que com visitas fiscalizadoras e posterior convocação do pessoal de enfermagem para oitivas no conselho profissional, ameaçavam formalmente os que participassem das mudanças em curso. Também o movimento do “ato médico”, desencadeado unilateralmente por órgãos representativos da profissão, contribuiu para dificultar as mudanças e a melhora na articulação de funções e responsabilidades da equipe de saúde, obstaculizando avanços que valorizam, de fato, o profissional médico.

Ainda em relação à organização de atividades, todas as UBSs possuem pelo menos grupos de cuidados para hipertensos, diabéticos, mulheres em pré-natal, odontológico de lactentes e para atividades físicas. Promovem visitas domiciliares quando necessário e contam com o trabalho de campo de agentes comunitários de saúde. As quatro UBSs vivem dificuldades semelhantes em relação ao encaminhamento de pessoas para algumas especialidades e procedimento médicos e ao tempo de retorno de exames que, atualmente, quando não se solicita urgência, demora em torno de 15 dias para urina e bioquímica, 40 dias para papanicolaou e hormônios e 30 dias para os demais. Todas as UBSs têm conselho gestor de saúde, com participação direta da população e reuniões regulares com eleição bial. O quadro 3 apresenta uma síntese de aspectos da organização das quatro unidades, baseada em observações de campo e relatórios de supervisão da Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 3 - Observação de aspectos negativos na organização das UBSs em estudo, segundo situação de cada UBS diante da superação do problema. Itapeçerica da Serra, 2004.

Aspectos negativos	UBS e a superação do negativo			
	Branca Flor	Parque Paraíso	Salvador Leone	Valo Velho
Dispensar uma pessoa que procura atendimento na UBS, com base numa comunicação administrativa de capacidade esgotada de atendimento, que é anunciada na porta, na fila ou no balcão/recepção da unidade, seja pela dificuldade operacional em manter funcionando a recepção técnica acolhedora durante o dia, seja pela limitação da mudança no processo de trabalho	parcial	parcial	parcial	sim
Atribuir à recepção/balcão o papel de controlar e decidir sobre o agendamento das consultas médicas	parcial	parcial	parcial	parcial
Enfermeiro sem papel direto e sistemático na assistência	sim	sim	sim	sim
Equipe de enfermagem com papel cuidador reduzido e sem participação efetiva na recepção técnica acolhedora. Ação da recepção técnica mais entendida como um novo balcão para agendamento	parcial	parcial	parcial	sim
Agendamento estabelecido de forma a obrigar os usuários a voltarem, com ou sem data estabelecida, para poder marcar uma consulta	não	parcial	não	sim

4.4 Opinião dos médicos socorristas e dos médicos das unidades básicas de saúde

4.4.1 Médicos do pronto-socorro entrevistados: além de terem sido solicitados a indicar as ocorrências/doenças mais frequentes no atendimento do PS que poderiam ter sido atendidas nas UBSs – havendo suas respostas ajudado a compor o rol de ocorrências escolhidas para o estudo –, esses médicos foram também perguntados sobre o porquê desse uso inadequado do pronto-socorro.

As respostas a essa questão podem ser apresentadas em quatro categorias fundamentais:

Problemas na disponibilidade de oferta de atendimento na rede básica:

- os postos de saúde não funcionam
- a rede básica não funciona, faltam profissionais
- faltam médicos na rede básica, resultando em muito demora na marcação de consultas
- a demanda é maior do que as UBSs podem absorver

Características negativas do funcionamento da UBS

- a consulta e os exames demoram, e a pessoa acaba procurando um pronto-socorro
- os médicos da UBS resolvem pouco e encaminham demais
- não há pronto-atendimento para os casos que procuram a UBS

Características atrativas do funcionamento do PS

- facilidade e rapidez do atendimento no PS
- o PS acaba funcionando como pronto-atendimento: como só o médico pode descaracterizar a urgência, ninguém é dispensado sem a consulta, e o PS fica lotado
- as pessoas não querem aguardar vagas para consulta na UBS, e no PS o atendimento é imediato

Falta informação e há conflito de expectativas entre usuários e serviços de saúde:

- muitas vezes há falta de esclarecimento da mãe: a explicação que o médico da UBS dá à mãe não é a esperada, e ela acaba recorrendo ao PS
- as pessoas não compreendem o funcionamento do sistema e acham que tudo pode ser resolvido no PS

4.4.2 Médicos das UBSs – foram solicitadas respostas a duas questões:

- Entre as ocorrências/doenças que chegam às unidades básicas de saúde, quais poderiam ser mais bem resolvidas se as pessoas procurassem diretamente os prontos-socorros?
- Considerando a necessidade de melhor delimitar as funções das unidades básicas de saúde e dos prontos-socorros, nos casos de febre, pródromos de IVAS, broncoespasmo, sintomas de descontrole de hipertensão ou diabetes, em qual desses dois serviços as pessoas, em geral, deveriam ser orientadas a procurar atendimento? Comente um pouco sua indicação.

Nas quatro unidades básicas incluídas no estudo existiam cerca de 24 médicos, atendendo nas áreas básicas – pediatria, clínica do adulto e gineco-obstetria. Com o objetivo de conhecer a opinião e a visão desses profissionais sobre o papel da atenção básica e do pronto-socorro, 11 deles foram entrevistados, sendo seis clínicos gerais, três gineco-obstetras e dois pediatras. Optou-se por entrevistar os médicos de duas das quatro unidades – UBS Valo Velho e Salvador de Leone –, por se considerar esse conjunto de informações suficientes para o objetivo do trabalho.

Em relação à primeira questão – ocorrências frequentes nas UBSs em que as pessoas deveriam ter procurado diretamente os PSs –, as respostas foram organizadas em três grupos:

Causas externas: foram, no conjunto, as mais indicadas. Incluíram-se nesse grupo os acidentes de forma geral, traumatismo, ferimento cortante, corpo estranho, afogamento e estupro.

Ocorrências agudas: convulsão, cólica nefrética, cólica biliar, meningite, desidratação graus II e III, diarreia aguda, abscesso, lipotimia, epistaxe, metrorragias, abortamento em curso, início de trabalho de parto, infarto, quadros febris, infecção urinária, surto psicótico e alcoolismo.

Doenças de controle: crise HAS, crise asmática e diabetes descompensado.

Observa-se que várias das ocorrências incluídas como características da atenção básica estão relacionadas, pelo menos por um médico das UBSs, como doenças que poderiam ser mais bem resolvidas procurando-se diretamente os PSs. Em relação às crises asmática e hipertensiva, metade dos entrevistados indicou-as como ocorrências em que as pessoas deveriam procurar diretamente o PS. Mas como eles justificam essa posição?

A segunda pergunta contribui para aclarar o que pensam os entrevistados a respeito do papel de cada tipo de serviço no sistema local de saúde. Indagou-se especificamente sobre essas situações pela relação entre elas e as hipóteses diagnósticas escolhidas para o estudo. Essas situações dão origem às hipóteses diagnósticas que foram analisadas como possíveis indicadores de monitoramento da atenção básica, com base no pressuposto de que poderiam ser plenamente atendidas e acompanhadas nas UBSs. O entendimento dos médicos das UBSs entrevistados a respeito do tipo de serviço que seria o mais adequado para atender a essas situações não foi consensual, e houve muitas contradições. Por exemplo, alguns apontam que:

“Nos casos de febre, pródromos de IVAS e broncoespasmo, entendo que no PS há melhor condição para atendimento (apesar da demanda); já nos sintomas de descompensação de diabetes e hipertensão, acho mais prudente a avaliação na UBS com posterior encaminhamento para o PS se os casos forem graves.”

Outros afirmam que:

“Nos pródromos de IVAS e até broncoespasmo leves e moderados que não caracterizem insuficiência respiratória, a UBS comporta o atendimento, bem como diabetes não descompensado, podendo inclusive ter acompanhamento ambulatorial e é a isto que o ambulatório se propõe.”

Pode-se dividir a argumentação dos médicos entrevistados, para uma melhor compreensão de suas opiniões, em duas linhas de discurso:

A primeira avalia que não caberia à UBS atender esses casos por não dispor de complexidade tecnológica suficiente, levando à conclusão de que no PS há melhor condição para o atendimento. Assim, a resposta a essas situações não seria papel da UBS, que já tem como responsabilidade o atendimento às pessoas agendadas, e, nessas situações adicionais perguntadas, é necessário, muitas vezes, atendimento imediato.

“Nos casos de febre, pródromos de IVAS e broncoespasmo, entendo que no PS há melhor condição para atendimento.”

“A UBS não possui condição de ter exames de forma rápida, local apropriado para soroterapia, não tem em mãos equipamentos e medicamentos.”

“No PS seriam mais bem atendidas. No ambulatório as agendas são lotadas, às vezes são casos que necessitam atendimento imediato.”

A segunda avalia que esses atendimentos cabem à UBS, desde que se satisfaçam determinadas condições. Com base nesses condicionamentos foram criadas subcategorias, visando à compreensão mais detalhada dos discursos. Assim, o atendimento dessas ocorrências na UBS, na visão dos entrevistados, dependeria:

- **da gravidade do caso:** em geral se considera que atender ocorrências graves é atribuição do PS, mas não fica claro o que seja um caso grave, nem como é possível definir gravidade antes de a pessoa ser atendida por um profissional na UBS. Na dúvida, ou diante da dificuldade operacional para definir o que realmente seja um caso de maior gravidade, flerta-se com a adoção de uma orientação geral de que “casos de crise”, ou febre, ou broncoespasmo sejam de fato objeto do PS, tal como exposto na primeira tendência de argumentação.

“Caberia à UBS o atendimento desses casos, encaminhando ao PS casos não controlados.”

“Em relação à hipertensão, vejo mais casos que não estão compensados, mas que não são em geral crises hipertensivas, e um acompanhamento ambulatorial pode resolver esses casos.”

“Creio que a maioria desses casos, desde que sejam de menor gravidade, poderia ser atendida nas UBSs [...] Os mais graves: broncoespasmo com cianose, com desconforto respiratório importante, crise hipertensiva com sintomas/sinais neurológicos ou angina ou ambos, diabetes descompensado são mesmo para o PS.”

“Febre, pródromos de IVAS, broncoespasmo leve atender na UBS. Broncoespasmo moderado a grave no PS.”

- **da existência de médicos em todos os períodos:** a preocupação é que, para assumir o atendimento das situações de crise dessas morbidades crônicas em acompanhamento ou de ocorrências agudas mesmo que corriqueiras, é necessário tempo de observação até o momento adequado de dispensar a pessoa atendida do serviço para casa. Isso inviabilizaria o atendimento na UBS, caso ela não ofereça possibilidade de acompanhamento médico à pessoa durante todo o dia, até a alta, como é garantido no PS.

“Em relação aos quadros de broncoespasmo, penso que é melhor o atendimento no PS, visto ser necessário um período maior de observação do paciente até alívio do mesmo [...] Em relação ao diabetes descompensado, penso que o paciente deveria ser atendido no PS pela mesma razão citada acima e, claro, pelo risco maior a que está exposto.”

“Muitas vezes o broncoespasmo não melhora somente com inalações; muitas vezes precisa ficar em observação ou internar.”

“Em relação aos broncoespasmos recorrentes, também podem ser atendidos em UBSs que possuam clínicos em todos os períodos, pois na maioria dos casos há necessidade de avaliação médica.”

- **da existência de um pronto-atendimento na UBS:** a preocupação é, sobretudo, com a capacidade de atendimento para responder à demanda do dia. Essa condição articula-se com a idéia de que o médico da UBS tem pessoas agendadas para atender, e é impossível ficar a todo o momento interrompendo sua missão para uma consulta, seja para um curativo, seja para uma sutura de ferimento, seja para outra ocorrência, que inevitavelmente toma tempo e “embola” o atendimento das pessoas já agendadas. Então, é enfatizado que, para atender à demanda do dia, há necessidade de outra forma organizativa da assistência, que se adicione à exclusiva oferta de consultas agendadas. Como alternativa à visão do pronto-atendimento médico também são propostas iniciativas como a combinação de recepção técnica acolhedora com retaguarda médica e de enfermeiro, trabalho com grupos (hipertensão e diabetes), trabalho em equipe multiprofissional, com a ênfase especial na retomada do papel assistencial do enfermeiro.

“[...] poderiam ser atendidos na UBS por um médico que atendesse no PA.”

“As UBSs poderiam atender e acolher esses casos com a retaguarda médica da unidade para que, dependendo da análise do caso pelo médico, este verifique a necessidade de referenciar para um PS.”

“ [...] a menos que contratem mais profissionais para fazer pronto-atendimento e sejam adequadas as UBSs para atendimento desses tipos.”

5. Discussão

O desenvolvimento da discussão partiu da condição de inexistência na literatura de trabalhos semelhantes. Há estudos sobre demanda ambulatorial ou de pronto-socorro, mas nenhum deles tratou de evento sentinela em pronto-socorro com vistas à sua utilização como um indicador de monitoramento da atenção básica, de modo que se possa estabelecer uma confrontação de achados e discussões. Porém, reconhecendo a necessidade de o conjunto diverso de dados coletados ser questionado no entrecruzamento de informações, utilizou-se, para o desenvolvimento da discussão, o recurso metodológico de um questionador fictício (DONATO 2000). Fazendo as vezes de um crítico oculto, esse recurso cumpre o papel de instigar, problematizar e provocar reflexões, com o objetivo de ampliar a interpretação, a identificação das limitações das possíveis conclusões e, sobretudo, estimular a estratégia de triangulação das informações coletadas. Procura-se, assim, reduzir o risco de parcelamento da discussão, segundo cada um dos tipos e momentos dos dados levantados, quebrando a necessária totalidade do processo crítico.

Serão três as questões fundamentais em debate: A frequência das ocorrências escolhidas é influenciada pela área de procedência das pessoas? É possível atribuir essa possível influência detectada à situação da atenção básica de cada área? É operacionalmente viável a utilização dessas ocorrências no monitoramento da atenção básica?

— **A frequência relativa das HDEs apresentou variação conforme a área/UBS de procedência das pessoas atendidas?**

A tabela 14 apresenta valores que variam de 30% até 42,8% da proporção das HDEs no total de atendimento de cada uma das quatro áreas/UBSs de procedência. Essa diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($X^2 = 9,19$ e $p\text{-valor} = 2,7\%$). Isso significa dizer que, aceitando um erro de 2,7%, há uma ou mais diferenças na distribuição das HDEs entre as quatro áreas/UBSs.

- Essa diferença pode ter ocorrido devido à presença de uma variável de confundimento, que, estando distribuída de forma diferente entre as amostras das pessoas atendidas de cada área, causaria um viés, produzindo uma diferença entre as áreas/UBSs?

Foi por causa dessa indagação que se procurou, na análise dos dados, controlar algumas variáveis com maior potencial de confundimento. As situações de atendimento em fins de semana ou em horário que a UBS não funciona foram controladas com o uso de restrições de categorias na definição da população de estudo. Na análise dos dados, formulou-se a hipótese, a controlar, de que a distribuição diferente de HDEs entre as áreas poderia dever-se a uma distribuição tendenciosa das variáveis sexo, idade ou dia da semana de coleta dos dados, o que poderia resultar em confundimento. Por exemplo, se a variável idade, pelo acaso, associar-se com a maior ocorrência de HDE e se sua distribuição não for semelhante entre as áreas/UBSs, estar-se-á diante da possibilidade de um confundimento.

Essa situação, no caso da característica idade, de fato foi uma preocupação, em razão de as faixas etárias menores associarem-se positivamente com a ocorrência de HDEs.

Após a análise estatística apresentada na tabela 13, foi evidenciado que, embora a característica idade tenha se associado à maior ocorrência de HDEs, ela não se associou a nenhuma das áreas/UBSs, isto é, não se distribuiu de forma diferente entre as áreas de modo a enviesar os dados. Tampouco, sexo e dia da semana se associaram às áreas/UBSs de procedência (tabela 33).

Tabela 33 - Valores do qui-quadrado entre grupos de idade, dias da semana e sexo e as ocorrências de HDEs nas áreas/UBSs em estudo. PS Central, Itapecerica da Serra, 2004.

Variáveis de estudo	B. Flor - P. Paraíso - S. Leone - Valo Velho	
	Qui-quadrado	Valor de p
Dia da semana	8,52	0,74
Sexo	4,59	0,20
Grupo de idade	2,51	0,87

HDE = hipótese diagnóstica escolhida

24 ignorados (1,4%)

Criança (0 — 15); Jovem (15 |— 21); Adulto (21 |—)

- **Houve preocupação em controlar outras variáveis de confundimento, como, por exemplo, o tamanho da população de cada área, o tipo de uso que cada uma faz do PS, a proximidade maior ou menor de cada área/UBS com a unidade socorrista?**

Sim. Essas questões levaram a não fixar a avaliação na diferença entre as frequências absolutas das HDEs de cada área, mas a comparar o índice resultante da razão – HDEs/HDs demais – de cada área. Esse índice expressa a chance de ocorrência de HDE em cada área/UBS, que em termos probabilísticos independe do tamanho da população de cada área ou de ela procurar mais ou menos esse PS por estar mais próxima ou mais distante dele.

Entretanto, neste último caso a afirmação depende da aceitação do pressuposto de que uma possível tendência de maior ou menor uso do PS por uma das áreas/UBSs se manifestaria tanto nas HDEs como nas HDs demais da mesma área. Esse pressuposto é razoável, uma vez que as diferenças de uso pelas populações estão relacionadas à acessibilidade da área, independentemente de tratar-se de HDEs ou das HDs demais. É fato que as populações das vizinhanças do PS tendem a utilizá-lo mais, mas essa influência se faria exercer nos dois grupos diagnósticos. Se não for assim, por que outra razão uma população usaria mais o PS para HDEs e menos para HDs demais ou vice-versa? A questão seria, então, exatamente aquela da natureza do estudo, que busca verificar se diferenças existentes na atenção básica de cada área/UBS provocam uso diferenciado do PS, para determinadas queixas/doenças características do poder resolutivo da atenção básica. Isto é, a hipótese de trabalho é que a motivação da população de determinada área/UBS em usar mais ou menos o PS nos casos das HDEs estaria relacionada à situação da atenção básica e ao seu reconhecimento por essa população.

- **Mas é possível excluir estatisticamente a possibilidade de que outros fatores, não controlados, produzam uma interferência unilateral para maior ou menor de uso do PS nas HDs demais, alterando uma relação esperada como função da situação da atenção básica de cada área?**

É impossível estatisticamente, considerando o desenho do estudo adotado, excluir por completo essa possibilidade de erro. Embora seja uma ocorrência pouco provável, ela é possível e, se não bem delimitada, pode representar uma limitação do indicador em discussão.

Qualquer tentativa de comprovar completa independência entre as HDs demais e a atenção básica ou de supor uma ocorrência de HDs demais relativamente constante nas diversas populações iria esbarrar em novos problemas metodológicos. Por exemplo, falar que as HDs demais ocorrem na mesma proporção em qualquer área/UBS de procedência, apenas dependendo do tamanho da população, não levaria em conta a maior ou menor proximidade da população, ou a sua possibilidade de utilizar outro serviço. Ou, ainda, achar que as HDs demais são totalmente independentes da situação da atenção básica também é exagerar a situação e não reconhecer que entre as HDs demais estão as dispepsias, dorsalgias e outras ocorrências ao alcance da atuação da atenção básica, ainda que em grau mais reduzido nos dias de hoje.

O índice HDEs/HDs demais pode, portanto, carregar erros de subestimação quando apenas as HDs demais são influenciadas para maior ou de superestimação quando apenas as HDs demais são influenciadas para menor. Essas são possibilidades cuja incerteza procura-se reduzir com a ampliação dos horizontes no levantamento de dados para análise.

Entretanto, estatisticamente também é possível controlar essa possibilidade de erro. Usando como base de comparação uma estimativa local da população adscrita de cada área/UBS (tabela 2), pode-se demonstrar que, enquanto a razão de prevalência HDs demais/população, com uma exceção, não apresenta variação estatisticamente significativa entre as áreas, a razão de prevalência de HDE/população varia significativamente entre as áreas/UBSs.

A figura 10 apresenta a comparação das razões de prevalência das HDs demais entre as áreas/UBSs tomadas duas a duas, utilizando-se a técnica da metanálise, e a figura 11 as razões de prevalência de HDE. Pode-se observar, na figura 10, uma tendência da área/UBS Salvador Leone, geograficamente próxima do pronto-socorro, de apresentar valores maiores de HDs demais/população, quando comparada com as demais. Essa ocorrência tenderia, na análise anteriormente realizada, a subestimar a chance de HDEs/HDs demais na UBS Salvador Leone, aproximando-a artificialmente, na comparação, da UBS Valo Velho, por exemplo, que foi aquela que apresentou menor chance de HDEs/HDs demais. Mas, apesar disso, a diferença entre as chances das duas unidades foram significativas (figura 5).

Figura - 10
Razão de Prevalência (RP) de HDs demais entre pares de áreas/UBSs. Itapeacerica da Serra, 2004.

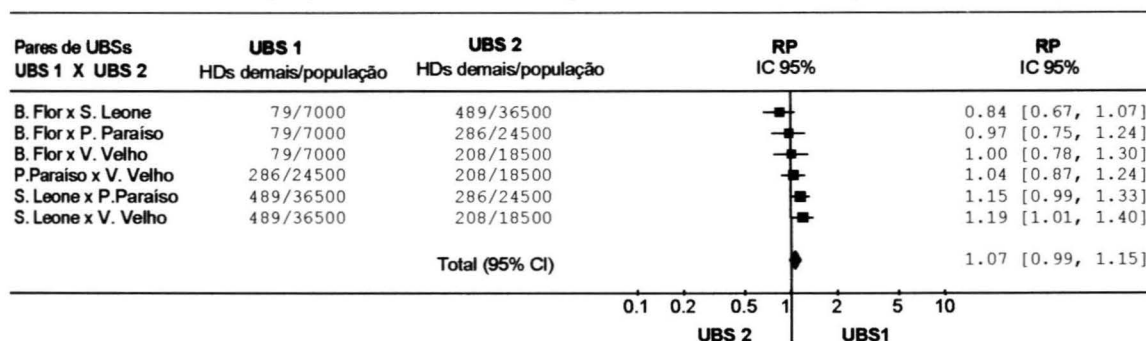
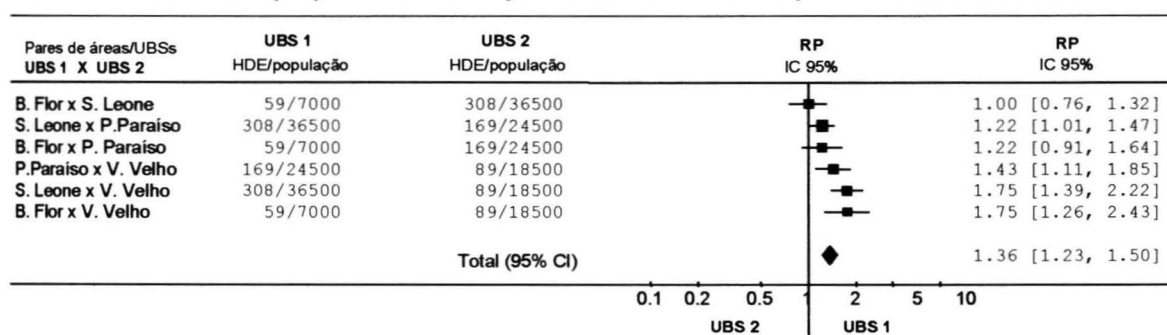


Figura - 11
Razão de Prevalência (RP) de HDEs entre pares de áreas/UBSs. Itapeacerica da Serra, 2004.



Comparando-se os resultados de ocorrência de casos de HDE e de HD demais de procedência da UBS Salvador Leone com os procedentes da UBS Valo Velho, com base na população estimada de cada área, a UBS Salvador Leone tem 1,19 vez mais casos atendidos de HDs demais no PS do que a UBS Valo Velho e 1,71 vez mais casos de HDE. Esses valores recolocam em cena a busca de uma explicação. O que explicaria essa maior diferença de HDEs entre as áreas, comparada com a pequena diferença das HDs demais? Que fatos poderiam ajudar a determinar tal ocorrência nessas áreas/UBSs? A diferença existe, mas como explicá-la? A hipótese da pesquisa não poderia ser um elo explicativo? Comparando-se as áreas/UBSs no seu conjunto, por meio da medida-sumário, essa mesma tendência de semelhança entre as HDs demais e diferenças entre as HDEs, conforme a procedência, se mantém: 1,07 para as HDs demais, sem significância estatística, para 1,35 das HDEs, com significância estatística.

Essa verificação não prova relação causal entre ocorrência das HDEs com atenção básica, mas reforça a suposição de que as HDs demais ocorrem de forma proporcionalmente semelhante em cada área/UBSs, na dependência do tamanho de sua população. Isso ratifica a possibilidade de o efeito tamanho, uso, distância da população de cada área não ter enviesado significativamente, de forma unilateral, a ocorrência de HDs demais e, assim, atribui consistência maior à análise utilizada das diferenças de chance.

- A razões de chance HDE/HDs demais não se mostraram diferentes em todas as comparações entre os pares de unidades. Isso não sugere que esse índice terá maiores dificuldades ainda para diferenciar a mesma unidade, em medidas sucessivas ao longo do tempo? Ou seja, o índice proposto terá poder discriminatório para a tarefa a que se propõe?

Como se pode observar nas figuras 4 a 9, a chance de HDE foi significativamente diferente apenas nas comparações da UBS Valo Velho com as outras, embora todas as comparações mostrem uma tendência de variação consistente. A preocupação fundamental do presente estudo foi verificar a hipótese de que ocorrências escolhidas em PS tendem a variar conforme a área/UBS de procedência. Não há para tal propósito a necessidade de que todas as áreas/UBSs se mostrem estaticamente diferentes. Mas, para ser utilizado na prática de monitoramento, o indicador proposto tem que demonstrar amplo poder discriminatório.

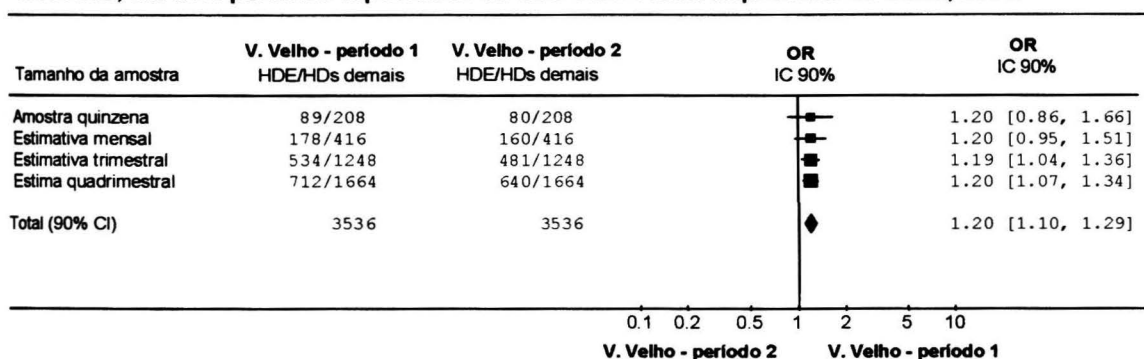
O rigor do método utilizado para o objetivo da pesquisa, uma vez já constatada a existência de associação, pode ser abrandado no cotidiano de sua utilização para o monitoramento de uma UBS, quer ao longo do tempo, quer em comparação com outras.

No processo de monitoramento, algumas adaptações podem ser feitas. Não há necessidade de trabalhar com intervalo de confiança de 95%, como o utilizado. Nas questões de avaliação ou monitoramento de serviços, 80% a 90% de nível de confiança é usualmente adotado, considerando-se inclusive que os dados serão articulados numa série histórica. O tamanho da amostra pode ser aumentado, evitando diferenças muito pequenas, pode-se adotar, com base em uma amostra, uma estimativa de casos por bimestre ou trimestre, podem-se incluir outras ocorrências que se considerem adequadas, podem-se excluir algumas sem repercussão, sempre com o objetivo de viabilizar maior poder discriminatório ao indicador proposto.

Com o objetivo de uma verificação mais concreta, realizou-se uma comparação da UBS Valo Velho, em duas situações hipotéticas, como se fossem dois momentos de uma série histórica, utilizando uma variação pré-fixada de 10% de diferença entre as duas mensurações.

Figura - 12

Verificação da significância da diferença de 10% de ocorrência de HDEs em diferentes tamanhos de amostras, em dois períodos hipotéticos da UBS Valo Velho. Itapeçerica da Serra, 2004.



Observe-se que conforme aumenta o tamanho da amostra, extrapolando-se seus valores quinzenais para mês, trimestre, quadrimestre, as diferenças vão ganhando maior significância estatística. Esse é um procedimento razoável, uma vez que para a prática do monitoramento o mais importante é o reconhecimento de uma tendência viável de ser acompanhada com esse instrumental adaptado da metanálise, possibilitando comparações repetidas entre períodos sucessivos do ano, sempre capaz de renovação pela flexibilidade na construção do indicador.

O poder discriminatório de qualquer indicador é historicamente datado. O processo é sempre muito dinâmico, com tendência a retirar seu poder discriminatório, particularmente se este está voltado para apoiar o processo de renovação da gestão. Muitos indicadores de saúde sofrem, também, essa perda de poder discriminatório ao longo do tempo. A Razão de Mortalidade Proporcional (indicador de Swaroop-Uemura), que utiliza uma relação de óbitos de pessoas maiores de 50 anos sobre o total de óbitos, vem cada vez mais perdendo seu poder discriminatório em comparações entre países, dado a maior longevidade geral. Como alternativa para sua atualização, tem-se proposto uma mudança no seu cálculo, passando-se a considerar no numerador apenas os óbitos das pessoas acima dos 75 anos (RMP 75). Também o Coeficiente de Mortalidade Infantil, em função de ações focais tem perdido sua capacidade de expressar condições gerais de vida e saúde de uma população (ROUQUAYROL 1999; PEREIRA 2002).

Essa compreensão reforça a necessidade de permanentes adaptações no indicador proposto ou em qualquer outro que se adote. Em especial, seria interessante incluir duas esferas de ocorrências: as de saúde bucal e as de saúde mental. No estudo elas não foram incluídas, pois o objetivo era mais metodológico, mas na prática do monitoramento essas ocorrências não deveriam estar ausentes. O município em estudo não possui atendimento

para urgência odontológica, o que dificultou a inclusão dessas ocorrências no presente trabalho. No PS estudado identificou-se a ocorrência de várias queixas de problemas em cavidade oral, mas em quantidade muito reduzida para compor o rol de HDEs. Mas se poderia pensar em outros aspectos a serem incluídos e agrupados, como, por exemplo, número de crianças com cáries ativas que freqüentam escolas escolhidas para participar do monitoramento. É importante ressaltar que, na decisão de incluir alguma ocorrência sentinela como um novo componente do indicador, deve-se levar em conta o seu significado como problema de saúde, mas, sobretudo, é preciso que haja facilidade na obtenção do dado e uma atuação palpável da atenção básica para a sua modificação, segundo o estágio local de desenvolvimento, sem o que essa nova ocorrência será um peso morto na composição final do poder discriminatório do indicador.

— Ficou demonstrada uma associação entre HDE e área/UBS, mas como é possível afirmar estatisticamente que a causalidade da diferença está ligada à situação da atenção básica em cada área? Por exemplo, o fato de a UBS Valo Velho ter menor índice quando comparada com as demais (tabela 15) tem explicação na situação da atenção básica ou poderia ser fruto de problemas metodológicos não controlados?

Essa não é uma conclusão pertinente para a análise estatística, e o desenho transversal do estudo permite constatar uma associação, mas não causalidade. Há a necessidade de ampliar o horizonte de análise. A UBS Valo Velho, quando comparada com todas as outras, apresentou menor chance de HDE (menor índice HDEs/HDs demais), e esse fato pode ter duas explicações polares: ou a atenção básica desenvolvida nessa unidade tem um maior efeito na redução da procura do PS, ou que essa diferença foi apenas devida a um erro metodológico de subestimação do índice dessa UBS.

Com a incorporação de informações, além da expressão quantitativa dessas ocorrências, buscou-se conhecer alguns dados da situação de cada UBS, da visão dos profissionais envolvidos sobre o papel de cada tipo de serviço no sistema o que verbalizam as pessoas atendidas no PS sobre o uso da unidade básica. Esse foi o caminho adotado para verificar possível causalidade entre o índice HDEs/HDs demais e a situação da atenção básica, incorporando a análise qualitativa das situações e das motivações dos envolvidos. Procurou-se, também, o apoio de critérios lógicos para julgamento de causalidade de uma associação, como o da plausibilidade e da analogia com outras motivações de consumo de

serviços de saúde, para um julgamento mais amplo e para controlar possíveis confundimentos na aparência dos dados.

A entrevista com uma amostra de 113 dos 625 atendidos e diagnosticados com uma das HDEs teve como intenção fundamental reconstituir os passos das pessoas na procura de assistência para o problema atual até chegarem a ser atendidas no PS. Foi interesse especial conhecer a relação mantida ou não com a UBS e as razões auto-referidas para as atitudes adotadas. A apreciação desses discursos revela a existência de consistências entre o motivo declarado da procura do PS e a situação da organização e da disponibilidade de atendimento em cada UBS.

A UBS Parque Paraíso, por exemplo, vinha sofrendo dificuldades havia algum tempo quanto à permanência da sua equipe médica, levando a certa descontinuidade da presença desse profissional. Isso transparece claramente nas indicações de motivos dos entrevistados. Também nos casos de problemas oriundos de orientações restritivas, as motivações concentram-se sobre as unidades que adotaram, por força de circunstâncias locais, que não são objeto do presente trabalho, formas de trancamento da agenda com abertura esporádica.

Observando-se alguns dados da UBS Valo Velho, percebe-se que essa unidade foi a que mais desenvolveu o processo de mudança focado na humanização dos cuidados (quadro 3). Não é a UBS com maior quantidade de horas médicas *per capita*, não é a que oferece maior quantidade de consultas médicas por habitante/ano, não obstante é a unidade com menor frequência, dentre os entrevistados, de categorias discursivas que justificam a procura do PS motivada por problemas de falta de médico, vaga do dia, problemas de agendamento ou orientações restritivas. Tal situação aparentemente paradoxal corrobora a importância da compreensão da atenção básica não apenas como um somatório algébrico de recursos disponíveis, mas, também, como capacidade de organizá-la de forma a reconhecer o direito de acesso das pessoas.

Os discursos dos médicos de UBSs são também elementos importantes para a compreensão das visões coexistentes sobre os serviços básicos. Essas visões disputam, segundo variados interesses, o significado a ser atribuído, na prática, à abrangência da atenção básica. A maior força de uma ou de outra visão está ligada ao processo de condução das mudanças na direção do direito à saúde, da humanização dos serviços e da participação crítica de todos os profissionais. A atenção básica é um signo em disputa, e é

positivo que assim o seja, pois a alternativa seria uma imposição por parte do pensamento hegemônico de limites para a atenção básica, na mesma direção tomada quando do enclausuramento da atenção primária como uma atenção primitiva para os pobres. Consta-se, assim, que os médicos das UBSs têm visões diferentes e por vezes contraditórias sobre o papel dos serviços básicos, e esses posicionamentos compõem o complexo de determinação de possibilidades ou restrições na reorientação do trabalho nas unidades básicas. No caso da UBS Valo Velho, os discursos dos médicos não apresentaram uma visão contrária à ampliação do papel tradicional dos antigos centros de saúde.

Os valores e opiniões apontados como mais relevantes na motivação para a procura do PS nos casos de HDE sugerem, com o apoio dos critérios lógicos, a existência de coerência entre os achados quantitativos de ocorrência diferencial das HDEs e a situação funcional da atenção básica em cada UBS. Essa interação dos fenômenos oferece argumentos consistentes de que a situação da atenção básica em cada área é um importante componente na determinação das ocorrências de HDE no PS.

— A amostra dos entrevistados é representativa e probabilística de modo a permitir essas inferências sobre problemas na UBS que motivaram a procurar o PS?

Não foi possível estabelecer uma amostra intencional probabilística. O processo de livre aceitação da pessoa atendida no PS em participar, a inclusão só das pessoas com um dos diagnósticos escolhidos, a vivência desse levantamento em ambiente de PS e logo após o atendimento e, ainda, as limitações estabelecidas pelo fato de as entrevistas terem sido realizadas só pelo pesquisador impuseram uma amostragem não probabilística. A amostra é relativamente bem representativa – 113 em 625 (18,1%) – e permite trabalhar com expectativas de frequência de 10%, com erro de 5% ao nível de 95% de confiança, mas é não intencional, de conveniência, o que vale dizer que a sua capacidade de generalização para o universo dos 625 é limitada.

Diante dessa situação, procurou-se verificar algumas características da distribuição dessa amostra e sua semelhança com o universo de casos; em especial, verificou-se sua representatividade quanto à distribuição da variável área/UBS de procedência. Para essa característica é que havia maior interesse em que não se encontrassem diferenças entre amostra e universo. Não foi encontrada diferença estatística significativa nesse caso (tabela 22).

- **Será que as pessoas atendidas no PS por uma das HDEs, não são aquelas que não costumam utilizar as unidades básicas?**

O levantamento de algumas características dos entrevistados revelou que 88,5% deles costumam procurar atendimento na UBS, 90,3% estão lá matriculados e 67,3% estiveram na UBS no último ano para uma consulta médica. Portanto, certamente não se trata de pessoas que não utilizam a atenção básica. O dado interessante, revelador da presença de obstáculos históricos ainda não totalmente removidos, é que, apesar ou talvez como fruto dessa proximidade com o funcionamento da UBS, apenas 22% dos entrevistados procuraram-na para tentar uma resposta ao problema que os levou ao PS.

Em uma pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, em março de 2004, pessoas que deixavam o PS Central foram escolhidas por processo aleatório e entrevistadas, verificando-se que 88% utilizavam a UBS mais próxima da residência e que apenas 20% procuraram a UBS antes de ir ao PS pelo problema atual (ITAPECERICA DA SERRA 2004). Ou seja, tal como nos dados encontrados no presente levantamento, é alta a frequência de uso da atenção básica, é alta a correspondência entre área de residência e UBS utilizada, e é baixa a procura da UBS pelo problema momentâneo que levou à procura do PS.

- **As dez ocorrências escolhidas são as que mais refletem a situação local de saúde, são as mais importantes ou significativas para a atenção básica?**

O procedimento usado, para a classificação da hipótese diagnóstica do atendimento realizado no PS, foi o registro de ocorrência única, aquela mais relacionada ao motivo da procura. Obviamente essa classificação não reflete a intensidade/gravidade da incidência ou da prevalência das doenças nas populações das áreas/UBSs estudadas. Muitos estudos de demanda têm fornecido importantes informações sobre perfil da clientela, motivos de consulta e procedimentos realizados para a parcela da população que consegue chegar aos serviços. Já os inquéritos populacionais têm permitido colher informações com alcance da totalidade da população, incluindo a parcela que não tem acesso aos serviços de saúde. Alguns estudos que comparam dados obtidos na unidade básica da mesma área de inquéritos concluem que há um nível de concordância que permite aos gerentes de saúde se apoiar em seus próprios registros para inferir sobre o perfil de morbidade da população e, portanto, utilizar-se dessa informação para o planejamento das ações (PUCCINI et al.

2001; PUCCINI et al. 2002). O trabalho com evento sentinela em PS tem uma vantagem, pois ele permite também trabalhar com a população excluída ou que não faz uso rotineiro da atenção básica, e isso fornece uma maior abrangência na interpretação dessas ocorrências.

Em relação às ocorrências escolhidas, vale destacar que o diabetes e as vulvovaginites, como esperado, apresentaram frequência zero no caso de pessoas atendidas e procedentes da menor área, o que enfraqueceu a análise dessas duas ocorrências. Na maioria das vezes seus valores de *odds ratio* apontaram uma tendência contrária à medida-sumário (tabela 20). Isso leva a crer que, quando da construção de uma série histórica, na prática de um monitoramento nessas mesmas circunstâncias, talvez fosse mais interessante retirá-las dos cálculos. Em relação às outras ocorrências, elas contribuíram, segundo o limite de frequência de cada uma, para o resultado da medida-sumário, permitindo uma análise comparativa.

Quanto à HAS, considerando que é parte de uma programação mais estruturada, recente e diferentemente viabilizada em cada área/UBS, foi a ocorrência que apresentou maior poder discriminatório. As ocorrências relacionadas à puericultura e à saúde da mulher, possivelmente por sua implantação e manuseio mais longínquo, apresentaram menor poder discriminatório do que a HAS, e as nasofaringites e demais doenças agudas permanecem como um grande desafio para todas as unidades num gradativo processo de assunção de responsabilidades com relação aos problemas de saúde-doença da população da área e dos que procuram a unidade.

Considerando-se o exemplo de outros estudos de demanda em PS, como os realizados nos PSs dos hospitais terceirizados para organizações sociais pela Secretaria de Estado da Saúde, observa-se que as ocorrências, na maior parte das hipóteses diagnósticas escolhidas, são muito semelhantes (YAMADA et al. 2000; CASTRO et al. 2002; YAMADA et al. 2002). Entretanto, há algumas diferenças para as quais a questão da padronização da classificação parece ser decisiva, e esse é um aspecto com o qual se deve ter muito cuidado na operação do monitoramento. Nesses hospitais as ocorrências de supervisão normal de gravidez foram bem frequentes, e nesses casos a construção de um indicador de monitoramento necessariamente deveria incluí-las, conforme já discutido sobre a plasticidade que deve existir na definição do que comporá ou não o indicador, para que ele seja o mais sensível, específico e discriminatório possível, em correspondência à realidade local de uma situação da atenção básica.

- **Alguns médicos das UBSs entrevistados não estariam com a razão ao defender que o atendimento de crises de HAS, diabetes e asma, não é papel da atenção básica, devido à gravidade da situação?**

Em relação às situações de crise das doenças crônicas de acompanhamento incluídas no estudo (HAS, diabetes e asma), avalia-se que os médicos que questionam o papel da UBS nessas situações podem ter certa razão factual, mas estrategicamente essa posição não poderá ser aceita, se se pensar em uma busca de mudança. Entende-se que a grande utilidade de um indicador é justamente impulsionar mudanças, e não construir uma contemplação fenomênica. Uma rota de mudança e qualificação do sistema de saúde pressupõe identificação e superação de dificuldades dos serviços, visando à estruturação de uma nova atenção básica marcada pela integralidade, pela humanização e pelo dinamismo na definição de suas funções.

Assim é que essas ocorrências, além de seu aspecto momentâneo importante e verificado nos dados, devem sim ser incluídas em monitoramentos, também, pela imputação de responsabilidade por princípio originário na missão que a atenção básica deva ter para o adequado funcionamento do sistema de cuidado de saúde. Caso contrário, estar-se-ia transformando toda a concepção de evento sentinela proposta num indicador do funcionamento, melhor ou pior, da capacidade de prontamente atender da unidade básica. Não se pode deixar de considerar que é papel da atenção básica antecipar-se às crises das morbidades crônicas em acompanhamento. Como expressa um médico de UBS entrevistado:

“Em relação à hipertensão e ao diabetes, a realização de grupos de orientação e controle facilita muito e possibilita o encaminhamento para reavaliação médica dos casos descompensados, com maior agilidade, possibilitando ajuste de doses ou revisão do tratamento utilizado. Acredito que com adequada orientação multiprofissional muitas das ocorrências que atualmente se direcionam ao PS poderiam ser resolvidas na UBS.”

Retirar as crises significaria deixar de obrigar que a atenção básica passe, de forma gradativa, a dar conta de um complexo mais amplo, continuado, pedagógico e comunicacional do cuidado das pessoas com essas morbidades.

- E do senso comum a idéia defendida inclusive por alguns pesquisadores da área da saúde, de que a grande motivação das pessoas para procurarem o PS tem pouco a ver com a situação da atenção básica, sendo antes um comportamento cultural. Afirma-se: “o principal motivo para uma pessoa doente não procurar o serviço básico, onde está matriculada, é a preferência, o atrativo exercido pela unidade de maior densidade tecnológica” (KOVACS et al. 2005 p.258). Ou, ainda, “[...] a escolha do local de atendimento sugere que a confiança da população no serviço é diretamente proporcional à complexidade do mesmo. Essas situações ratificam o desconhecimento da população em relação à dinâmica do atendimento de saúde e aumentam a sobrecarga dos serviços de maior complexidade” (MARTINS e PASKULIN 1992 p.25). Se assim for, a situação da atenção básica não teria de fato um efeito desprezível na procura pelo PS?

Observa-se nos discursos das pessoas atendidas e entrevistadas que essa motivação está presente – “Vou lá porque tem RX, lá pedem exames, lá tem tudo”. Entretanto, nem de longe essa é uma questão das mais importantes. Pode ser que no futuro, quando obstáculos objetivos de acesso à atenção básica forem removidos, esse problema ocupe uma posição importante, até para uma maior identidade entre o papel dos serviços e sua significação social. Mas, hoje, não é essa a situação local nem brasileira. Isto é, no que diz respeito à saúde, o principal problema continua sendo a falta de abrangência do atendimento e de integralidade dos cuidados e não o fetiche pelo uso de tecnologia. A aposta exagerada nessa explicação é fruto de confusão de alguns posicionamentos sobre como a atenção básica se insere na materialização do direito à saúde. Por vezes essa argumentação é usada para justificar a redução e a simplificação da assistência no sistema, com base num discurso frágil e a-histórico sobre mitológicas “reais necessidades de saúde da população”, outras vezes ela se coloca mais claramente na defesa da saúde para pobres contra a integralidade, e outras ainda como crítica genérica de cunho existencialista, à alienação dos profissionais de saúde, dos médicos em especial, como se estes fossem vítimas e algozes de uma total escravidão aos interesses mercantis do metabolismo social.

Porém, não é demais lembrar que quando essa “questão cultural” se firmar socialmente como o problema principal, resultado da recusa coletiva das manifestações do fetichismo da sociedade consumista, as pessoas se verão face a face com a górgone Medusa. Estará posto de forma ampla e radical para a sociedade o confronto transformador entre o valor de uso da saúde presente na concepção do direito à saúde contra a concepção da saúde como uma mercadoria, submetida aos interesses dos valores de troca. Ou seja, a

formação de uma representação de mundo que uma pessoa estabelece não se processa no vácuo da psique, mas na vivência concreta e cotidiana do ser social do indivíduo. É sobre essa significação social em disputa que é, e sempre será, necessário que se desenvolva uma prática esclarecedora dos e pelos profissionais de saúde, em particular daqueles ligados à atenção básica. Mas para fazer isso é preciso que haja serviço – acessível –, no qual esteja presente o ideário da saúde como direito. Pode-se sugerir, portanto, que as questões culturais são inseparáveis daquelas mais concretas e objetivas. Ou seja, ao se considerar a práxis da atenção básica, são inseparáveis, para a sua realização, as questões concretas – como estrutura de recursos, disponibilidade de oferta de serviços e garantia de acesso –, de outras questões, como as culturais, ou seja, da disputa social das significações. E, diga-se mais, isso é um fato tanto na consideração de uma práxis transformadora como naquela apenas reiterativa. O equívoco da posição exposta na indagação inicial não é apenas exagerar na consideração da “questão cultural”, mas tentar destacá-la como algo independente da totalidade do funcionamento dos serviços e da vida cotidiana. Ao conduzir-se nessa direção erra-se duplamente, pois essa questão cultural torna-se algo com uma gênese mágica e, por outro lado, retira-se da atenção básica todo o seu conteúdo valorativo, convertendo-a de práxis em prática automática e repetitiva de procedimentos e atos assistenciais (VAZQUEZ 1990; KOSIK 1995).

- **Aceitando que o uso substitutivo do PS em relação à UBS não pode ser explicado de forma simplista, reduzindo-o a uma questão cultural de veneração tecnológica e despregando-o da realidade concreta da atenção básica de cada área, então toda essa problemática não se resumiria à existência ou não de vaga no dia, isto é, à existência de um pronto-atendimento na unidade básica? Essa possibilidade não tornaria reducionista esse indicador de avaliação da atenção básica, quando ao final ele acaba se restringindo a monitorar a existência ou não de um pronto-atendimento médico?**

Essa argumentação confunde a necessidade e o direito das pessoas a uma resposta imediata, quando necessário, dos serviços básicos de saúde com outro tipo de serviço historicamente distorcido, sobretudo da ação médica, restrito aos moldes de queixa-conduta. Com essa confusão, todas as pessoas que se preocupam em pensar uma maneira concreta para responder à demanda do dia não agendada são, muitas vezes, classificadas como contrárias aos ideais da saúde coletiva, como pessoas que não valorizam a promoção da saúde por terem apego ou interesse em uma limitada prática clínica individual.

O fato é que o pronto atender, e com médicos, é objetivamente fundamental para a atenção básica. A questão que se coloca é como fazer isso de forma racional, ampla, estável e articulada com os princípios gerais de defesa do direito de todos à saúde; como fazer isso de forma a ampliar o cuidado imediato, quando necessário, com a contribuição de variadas profissões de saúde; como reconhecer o momento da intervenção de um ou de outro profissional; como fixar e articular protocolos que possam permitir uma ampliação do trabalho interdisciplinar e um cuidado continuado.

Essas mudanças, considerando-se a experiência gerencial acumulada no SUS, não ocorrerão imaginando-se que surgirá subitamente no fluxo de uma longa história de unidades básicas, fragilmente organizadas, capengas de recursos e desumanizadas na sua ação, um pronto-atendimento qualificado. A mudança não é uma questão de discurso, de uma roda de acordos corporativos ou de imposição burocrática, pois a implantação nessa rota acaba funcionando por um período reduzido, como vitrine gerencial, sem estabilidade, finalidades e responsabilidades claramente assimiladas pelas pessoas envolvidas.

A resposta imediata que a população procura nos serviços básicos é uma mudança politicamente construída no gradativo reconhecimento do usuário como cidadão portador de um direito. Uma mudança que não é simples nem consensual, envolve interesses diversos, exige canais de participação crítica e decisão entre gerentes, equipe de saúde e cidadãos/usuários. Assim, para uma unidade capacitar-se a responder com acesso à procura das pessoas com problemas de saúde, no momento em que procuram atendimento à sua dor ou sofrimento, há que equacionar uma variedade de processos, que nem de longe se reduzem a uma simples existência formal de um pronto-atendimento médico (PUCCINI 2002).

— Mas o indicador proposto, ao valorizar o atendimento clínico realizado pelos profissionais de saúde e pelos médicos, em particular, não estaria favorecendo e ampliando uma medicalização dos problemas das pessoas que procuram o serviço?

Segundo COLLARES e MOYSES (1994), medicalização é o processo de transformar questões não médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, de tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para esses problemas. Até há alguns anos esse processo era concretizado pelos profissionais médicos, e dessa circunstância advém o termo medicalização para nomear tal prática. Entretanto,

mais recentemente, com a criação/ampliação de campos de conhecimento, novas áreas, com seus profissionais, estão envolvidas nesse processo. São nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos que se vêm aliar aos médicos. Daí a proposta de substituir o termo medicalização por outro mais abrangente – *patologização* –, uma vez que o fenômeno tem-se ampliado, fugindo dos limites da prática médica. A *patologização* desloca as preocupações do coletivo para o particular. O que deveria ser objeto de mudança fica mascarado, ocultado pelo diagnosticar e tratar singularizados, e um fim desse processo é a culpabilização da vítima e a persistência do sistema de iniquidades perverso, com alta efetividade ideológica, conseguindo que a própria vítima se sinta a culpada e se desespere à procura de socorro em algum serviço.

A patologização da sociedade não é mais um processo relativo somente à atuação do profissional médico. O interesse mercadológico na saúde, hoje, tem muitos mercadores. Transformam-se problemas e dramas de origem e resolução econômica e social em questões de saúde-doença, e a esse ocultamento da essência dos problemas estão sujeitos todos os profissionais, inclusive os agentes comunitários de saúde. Mas os problemas escolhidos para monitorar a atenção básica são ocorrências nosológicas criteriosamente identificadas e classificadas (conforme anexo 6), assim não se acredita que essa técnica de monitoramento seja um incentivo à patologização.

É certo que se verifica uma tendência crescente de uso de serviços de saúde por queixas/doenças que poderiam ser cuidadas com maior autonomia em casa ou com o simples apoio da comunidade, mas essa é outra questão, diferente em substância do ocultamento produzido pelo processo da patologização.

– Mas não haveria uma procura desmedida e exagerada pelo atendimento no dia, transformando desnecessariamente tudo em urgência, o que o indicador proposto só tende a ampliar?

Esse problema de fato existe, é uma situação real. A questão é como entender melhor sua determinação e como construir alternativas socialmente aceitáveis. A busca irrefreável, às vezes frenética por uma consulta médica no dia por parte dos usuários não pode ser plenamente entendida se reduzida à tendência de patologização ou à falta de conhecimento ou autonomia para enfrentar o adoecer.

O Conselho Federal de Medicina (SÃO PAULO 1995) em sua resolução 1451/95, define como urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica”, e como emergência, “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. O balizamento é dado pela irreversibilidade do dano, que é, também, o fundamento do significado jurídico do termo, isto é, significa o que uma situação tem a ver com a irreversibilidade de um dano ou prejuízo para alguém. A procura pela população de uma vaga na hora, imediata, a busca incontrolável por ser prontamente atendido não tem a ver com o conceito médico ou jurídico de urgência. Não é fruto de ignorância sobre gravidade, é experiência vivida nas condições de acesso à saúde do seu grupo social e do valor moral de tudo fazer para preservar a vida e a saúde própria ou a dos seus. A idéia de grave para o usuário tem a ver mais com o temor (que não é ilusório) de uma situação que pode ter conseqüências sérias ou trágicas para sua vida ou a de seus familiares, ao passo que para os profissionais de saúde a idéia de grave é mais sentida como razões importantes que levariam a um proceder técnico justificando a necessidade de uso de um serviço.

O depoimento das pessoas dá prova de que sabem o que estão fazendo, sabem quando o problema é grave o suficiente para passar na UBS. Quando não é, paradoxalmente sabem que é melhor ir direto ao PS, sabem da artimanha de alegar febre para ter mais chance de ser atendido, sabem que quando se chega “grave” à unidade há uma grita pelo porquê de não terem ido direto ao PS. Isso significa que não há uma mobilização pela consulta no dia por ignorância do corpo, nem por falta de autonomia no cuidar da saúde, nem tampouco por influência da patologização. O fato é que historicamente se constituiu uma sensação de gravidade que está vinculada ao descaso a que o usuário dos serviços públicos de saúde foi submetido. Não é à toa que só a vivência de um atendimento, supervalorizada por toda a indução social e da corporação médica, em especial, parece encerrar a responsabilidade do acompanhante ou satisfaz uma expectativa. Parece que, mesmo quando seu problema não é grave, as pessoas não suportam deixar de ter uma palavra final no ato, no momento, no dia, a fim de aliviar-se de uma responsabilidade e não ter que suportar a suspeita própria ou de outrem de não ter feito tudo ao seu alcance.

Em poucas palavras *é preciso reconhecer que a sensação de gravidade para as pessoas é prenhe de aprendizagem histórica da incerteza do acesso.*

Esse significado da gravidade de problemas de saúde torna-se mais complexo ainda quando aliado ao fato de que em problemas de saúde-doença as pessoas costumam resolvê-los não com um serviço qualquer de conveniência, mas com serviços para os quais as pessoas tendem a fazer o maior esforço possível para obter atendimento de forma rápida e na qualidade imaginada, segundo as experiências da classe social em que vivem (LAS CASAS 1991).

A questão do tempo é assim um elemento imanente a esse aspecto da irreversibilidade da busca do atendimento imediato. O tempo, elemento constituinte da atitude da procura no dia, é um importante aspecto do cuidado, ainda muito pouco compreendido ou resolvido pelos serviços. O tempo perdido, em qualquer situação, é uma vivência de difícil aceitação, pois envolve aspectos da inter-relação entre tempo, envelhecimento e morte. Mas na questão da saúde, o tempo é vivido de forma mais angustiada, pois a sua perda nesse caso é para notícia do consumo da vida, uma perda de tempo de vida exatamente para a revelação do aproximar da morte (MELLO FILHO 1973; LEVINSON 2000). Ferreira Gullar oferece um poema que muito ajuda a compreender tal situação:

[...] Ela veio chegando ao ritmo do pulso,
sem pressa nem vagar e sem perder o impulso
que empurra a vida para o desenlace, para
o ponto onde afinal o sistema dispara
cortando a luz do corpo – e a máquina pára.
Muito antes, porém, que ocorra esse colapso,
chega o aviso da morte, indecifrado, *lapsus
linguae*, sinal errado ou mal pronunciado
no código de saís, ou não compreendido
deliberadamente: a gente faz ouvido
de mercador à voz que a morte noticia
pra não ouvi-la, já que não tem serventia
ouvi-la e assim saber que a hora está marcada [...]

Nova Conceção da Morte, GULLAR (2000, p.464-66)

Refletindo nessas direções, a explicação das razões que se estabelecem para o uso substitutivo da atenção básica, levando às diferenças encontradas nos valores de chance de

HDE de cada unidade, amplia-se e abrange um conjunto de questões que permeiam a implantação de mudanças. Esse conjunto não se reduz ao conhecimento de recursos disponíveis, aos processos normalizados burocraticamente ou ao volume de produção de atos e procedimentos, aspectos necessários, mas não suficientes para a compreensão do impacto da atenção básica em cada local.

É impossível compreender os problemas da atenção básica se o ser humano, no âmbito dessa totalidade, é considerado apenas objeto e se as relações entre as pessoas e seus grupos de interesse não são colocadas como parte dessa totalidade (KOSIK 1995).

— **A necessidade de modificação dos processos de trabalho e, portanto, da situação dos trabalhadores da saúde é amplamente reconhecida. Isso não significa que valeria mais monitorar as ações de participação e motivação, de autogoverno do trabalhador, das condições da chamada “micropolítica do fazer”, lócus onde se processam as mudanças, do que ficar monitorando algo tão pontual e limitado, que pouco contribui para compreender os desejos de cada um dos envolvidos?**

O indicador em discussão não é alternativo, não está sendo proposto para substituir qualquer outro esforço, nem ao menos se avalia que ele tenha uma abrangência suficiente para dar conta e monitorar os variados aspectos envolvidos na atenção básica e no seu processo de mudança.

A questão da subjetividade, como muitas vezes corretamente valorizada na literatura da área, é um componente indiscutível e muito presente no processo de cuidado em saúde. Mas há certa tendência a tratá-la como um aspecto independente no processo de realização do trabalho em saúde. Muitas vezes acaba-se operando com uma imagem excessivamente idealizada do subjetivo dos trabalhadores da saúde, quando se afirma, por exemplo, que recurso humano em saúde é gente que anseia proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários ou, ainda, quando se adota o pressuposto de que processos participativos na organização do processo local de trabalho (micropolítica do trabalho) conduziram a uma desalienação do trabalhador em saúde.

Nessa linha de pensamento, será mesmo, como sugerem MERHY (1997) e MISHIMA et al. (2003), que a subjetividade pode ser entendida como determinada por anseios e emoções individuais (o conceito do ser humano como “máquina desejante”) e que a ela pode ser atribuída de forma autônoma o estabelecimento das inter-relações no

momento do trabalho vivo? Qual a real potência que a vivência de processos participativos na atividade dos trabalhadores de saúde teria na superação da condição de trabalho alienado? Tratar a natureza global do processo de alienação de forma secundária, dedicando pouca atenção para suas conseqüências na totalidade da vida social não poderia resultar numa proposta com forte apelo corporativista e sindical?

É necessário valorizar as subjetividades sem ultrapassar o alcance de sua potência transformadora, evitando-se produzir uma “psicologização” dos processos de mudança ao não atentar para a essência sociológica desses fenômenos, “metê-los à força nos limites estreitos de um organismo individual e seu psiquismo” e explicar processos essencialmente sociais do ponto de vista da psicologia individual (BAKHTIN 2001, p.20). Discutindo aspectos da alienação, KONDER (1965) afirma que o refúgio na vida privada não impede que a dilaceração do humano sacrifique a unidade e promova a confusão. O mundo psíquico atomiza-se tanto quanto o social e perde o sentido da totalidade, e esse choque é vivido de forma inautêntica sob a caricatura de um conflito entre a “razão e os sentimentos”, como uma manifestação da cisão entre o singular e o universal, entre os indivíduos e a espécie no interior dos indivíduos. Assim, sem a percepção do que há de comum com os outros, as diferenciações individuais passam a ser observadas independentemente da história concreta e das condições materiais de vida dos homens.

A eleição da “micropolítica do fazer” como o centro do processo transformador do trabalho em saúde retira as pessoas da desesperança e do imobilismo, mas pode, também, criar um novo véu que se interpõe entre a realidade das coisas e os homens, mascarando-a, bem como às condições determinantes do que se pretende mudar (DURKHEIM 1978). Nesse contexto, é oportuno também considerar o exagero que existe em supor que processos de mudança centrados na autogestão dos serviços de saúde pelos seus trabalhadores, no interior do sistema capitalista, isolados, setoriais e, portanto, marcadamente corporativos, tenham condições de romper a lógica capitalista e comprometer-se com a lógica dos usuários. Ademais, seria interessante definir mais claramente que lógica é essa dos usuários e quem a elegeria como tal. Seria a lógica limitada às necessidades necessárias conforme criticada por HELLER (1978)? Estabelecer o centro diretor de mudanças alicerçado no dissecar da “micropolítica do fazer” traz contribuições e, também, apresenta grandes limitações, pois essa estratégia perde sua potência transformadora quando desarticulada da construção de projetos contra-hegemônicos amplos. É preciso considerar todas as partes num todo em mudança.

Em uma análise crítica, essas indagações conduzem a um necessário posicionamento sobre o núcleo da alienação do trabalhador em saúde. Seria uma alienação produto da disputa genérica entre trabalho morto e sua tendência de capturar o trabalho vivo numa dada racionalidade instituída? Seria, por outro lado, fruto do confronto entre valores de uso e valores de troca e da supremacia deste que se estabelece em particular no sistema capitalista, penetrando na totalidade da vida social, tal como propõe o conceito de reificação? Reificação é aqui entendida como a situação resultante do tipo de processo produtivo da sociedade, e por ele caracterizada sobretudo no sistema capitalista, em que o trabalho humano, cuja base é uma relação entre pessoas, se realiza de modo que produza coisas que são separadas dos homens, para se transformarem em mercadorias independentes ou imaginadas como tal e que, em vez de serem intermediárias entre indivíduos, convertem-se em realidades soberanas que passam a governar a vida social, submetendo a atividade humana, a qual se torna estranha ao próprio homem (LUKÁCS 1974).

Essa condição de submissão da atividade humana tem que ser considerada como uma característica geral da sociedade capitalista. Assim, idealizar o usuário do serviço público de saúde como se fosse uma pessoa estruturalmente mais generosa também pode levar a não reconhecer um conflito, para o qual esse usuário contribui numa inter-relação muitas vezes ríspida, repleta de preconceitos e do egoísmo individualista tão cultuado na sociedade, expressando uma revolta dispersa que é sentida particularmente pelos mais comprometidos profissionais de saúde. Uma certa fricção é inevitável e até pedagogicamente produtiva, impulsiona mudanças, mas não há como negar um conflito desagregador crescente entre usuários e profissionais dos serviços públicos. Esse quadro histórico-social recebe o combustível do descaso pelas pessoas que procuram atendimento nos serviços públicos. Toda essa situação destrutiva vai levando a população a criar um conceito, ou um preconceito, a respeito dos serviços de saúde e amplia a agressividade e o desprezo mútuo entre as pessoas.

KONDER (2000, p.29), discutindo o tipo humano burguês, o tipo humano da nossa sociedade e seus dilemas éticos, afirma:

“Querem ser bons, no entanto precisam aprender a ser maus. Querem ser solidários, mas não conseguem deixar de ser egoístas. Um certo calculismo se infiltra, gélido, até mesmo na cálida intimidade dos afetos. Virtudes e vícios se misturam, qualidades e defeitos se confundem. Inteligência e

esperteza se transformam em malandragem e matreirice. Generosidade vira burrice. O homem burguês é um ser eticamente irresolvido.”

Walter Benjamim, apud KONDER (1988, p.40), com uma apreciação aguda, reforça a dilaceração do humano no sistema produtor de valores de troca, afirmando que

“o dinheiro ocupou ‘militarmente’ o centro das conversas e das relações entre as pessoas, empobrecendo brutalmente a arte de conversar e conviver e obrigando as pessoas a só falarem nos preços das mercadorias.”

Assim, procura-se alertar para o fato que, para fazer mudanças, é preciso atentar coletivamente, e não apenas corporativamente, para o peso da força do passado e dos interesses do presente na totalidade social. Nos processos de reforma, em especial setoriais, o passado e a racionalidade instituída de uma sociedade nunca são definitivamente isolados, eles estão sempre presentes em todos nós, continuam agindo em nós com toda a força da tradição a favor e contra o humano do homem. Como afirma Walter Benjamin (apud KONDER 2000, p.106): “Todos os terrenos precisam ser tornados transitáveis pela razão, precisam ser limpos da galharia, da loucura e do mito”.

Com essas preocupações não se quer menosprezar a necessidade de novos caminhos na gestão do trabalho em saúde, nem tampouco afirmar que não se devam incentivar e monitorar avanços de participação e democratização do processo de trabalho. Entretanto, a complexidade e os condicionamentos para uma transformação radical dos processos de trabalho impõem que se considere de forma mais modesta as possibilidades de mudanças num dado regimento econômico-social. Assim, algumas avaliações sobre mudanças conquistadas por meio de processos participativos dos trabalhadores na “micropolítica do fazer”, embora motivadoras, estão mais próximas de declarações de fé, pois em choque com a totalidade social concreta esgotam-se, são fugazes, descontínuas, significativamente distantes de vislumbrada transformação dos trabalhadores em “sujeito social coletivo”.

O indicador proposto, ainda que somente tenha potencialidade para monitorar algo bem mais singelo e pontual, é concreto e está ao alcance de uma intervenção, o que pode contribuir para a defesa continuada da implementação de mudanças gradativas na atenção básica, colaborando com a resistência às políticas públicas mínimas. O indicador, de forma concentrada, repercute os processos de trabalho, o compromisso e a participação dos

profissionais e o que pensam e como reagem os usuários, maiores interessados na missão do sistema de saúde, embora não seja o instrumento mais apropriado para monitorar, especificamente, cada um desses aspectos.

— **Será possível ao gestor local manter o indicador analisado? Não haverá grande gasto de tempo dos profissionais, resultando numa relação custo-benefício pouco favorável?**

O instrumental de monitoramento analisado não será montado sem algum esforço adicional da equipe local de saúde. Mas é algo muito sintonizado com a atividade cotidiana de gestão. A maioria dos municípios conta com profissionais que assumem responsabilidades no acompanhamento das atividades de saúde integral da criança, da mulher e do adulto, e as UBSs também podem contribuir periodicamente com pessoas para viabilizar a coleta e a análise dos dados. Entretanto, seria bom que houvesse uma equipe mais fixa, pois isso permite melhor padronização das classificações nosológicas e na realização das entrevistas. Acredita-se que, para um município do porte do estudado, três profissionais, após uma capacitação feita em não mais que uma semana, incluindo o treinamento para o programa de metanálise, possam operar toda a idéia de coleta e cálculos aqui apresentadas. Os profissionais que manteriam esse instrumento estariam envolvidos nessa atividade durante uma quinzena a cada trimestre, por exemplo, mas não é uma atividade distante do que fazem, é um momento de contato com a situação real, muito interessante para a observação e o reconhecimento de problemas. Trata-se de uma atividade pedagógica para quem se propõe a organizar programas integrais de saúde.

A viabilidade do indicador aqui analisado não está, portanto, só no pouco tempo de trabalho que exige, mas no fato de que não constituirá um gasto de tempo paralelo às funções da equipe local de gestão ou de coordenação programática, a qual muitas vezes não sabe como sair do escritório e ter um contato mais concreto com o que está acontecendo e com as dificuldades na linha da execução.

Um grave problema que pode acontecer na gestão local é o indicador vir a tomar ares de pavão e tentar substituir a política. A gestão começará, então, a correr atrás de metas de indicadores como se estas tivessem ligação linear e natural com as prioridades gerenciais a serem enfrentadas, na sedução do enquadramento do real por única política possível e infalível.

— **Mas não seria mais prático e simples acompanhar indicadores relacionados com a tríade clássica – estrutura, processo e resultados?**

Acompanhar estrutura, processo e resultado não é incompatível com o proposto. Ao contrário, os dados de estrutura e processo podem, em contato com o indicador em análise, ilustrarem-se mutuamente. Por exemplo, é muito importante saber as horas/médico disponíveis em cada local, ou a porcentagem das mulheres matriculadas no pré-natal de uma localidade, ou o número de hipertensos sob cuidado contínuo; mas esses dados, aliados ao indicador em análise, mudam de qualidade e passam em conjunto a dizer muito mais.

Ademais, é bom lembrar que a técnica de acompanhar estrutura e processo, isoladamente, pressupõe uma cadeia de determinações com uma estabilidade modelar que na prática dos cuidados de saúde é dificilmente verificada (VUORI 1991; SILVA e FORMIGLI 1994; MEDINA et al. 2000).

Uma UBS pode, por exemplo, ter uma cadeia de frio exemplar, perfeita, pode ter seus vacinadores bem capacitados, estoque de vacinas controladas por novíssimos computadores e não obstante apresentar baixa cobertura vacinal. Essa desconexão concreta entre estrutura, processo e resultado alerta para as dificuldades de garantir o extenso rol de pressupostos envolvidos na linearidade sistêmica do modelo da tríade.

Aparentemente é lógico que, dada uma boa estrutura e adequados processos, haja bons resultados. Mas nessa linha de raciocínio há pelo menos três grandes questões: a primeira diz respeito à condição estruturalmente heterogênea na prestação de serviços pessoais especializados, nos quais é forte a dependência da realização do trabalho da pessoa do profissional, o que produz grande variabilidade e instabilidade na adesão a um conjunto de normas ou padrões dos processos de atendimento estabelecidos (LAS CASAS 1991); o segundo diz respeito à natureza consciente e ativa do objeto do sistema. Não é útil ou mesmo ético esperar que uma pessoa que adentra ao sistema de serviços de saúde comporte-se tal qual um lingote de ferro numa siderúrgica. Ou seja, não há como realizar uma práxis de saúde sem o convívio, sem atentar para as singularidades do ato cuidador como interação entre pessoas, sempre mais dinâmico e flexível do que qualquer extenso detalhamento modelar. A terceira questão diz respeito à dificuldade na definição do que seja um bom resultado. Quantos equívocos são diariamente cometidos em nome de “bons” resultados. Pode-se lembrar o uso da talidomida, a recente reposição hormonal, que

resultou numa epidemia de câncer de mama, o uso do medicamento Viox e tantas outras questões. O fato é que mesmo resultados aparentemente respeitáveis e altamente qualificados podem, muitas vezes, se transformar até em iatrogenia, porque a idéia de resultado é sempre diferente no tempo e no espaço, ela muda de forma permanente, está sujeita às imposições dos valores de troca, e isso embaralha a pretensa estabilidade avaliativa de eficácia baseada em estrutura e processo.

Do ponto de vista mais geral, essas são questões que apontam os limites do modelo da análise sistêmica quando aplicada às práticas sociais não mecanizáveis, para as quais o modelo sistêmico tem reduzida capacidade de compreendê-las criticamente no seu processo de transformação.

Essa mesma limitação do modelo sistêmico é, também, uma razão da confrontação, na prática gerencial, entre a adoção de uma diretriz de humanização radical dos serviços, o que pressupõe reconhecer e mergulhar no fluxo das transformações para disputar um direcionamento, e a adoção de uma diretriz da “qualidade total”, cujo fundamento orienta a gerência para a obsessão de normalizar, de pré-fixar estratégias e de cravá-las na margem, procurando ancorar o fluxo das coisas, resistindo e contrapondo-se ao movimento geral de mudanças. Quando, com o passar do tempo, um turbilhão arrasta as convicções mecânicas mais certeiras, de súbito conclui-se que a falha decorreu do fato de a realidade não ter sido fincada mais firme e estancada como devia. Ou, pior, a preguiça intelectual e o pânico diante de incertezas tomam conta e, em toque de retirada, adota-se a idéia de que as coisas são assim mesmo, pois é impossível explicar as coisas, já que na vida tudo é relativo, depende da interpretação individual, e não existe conhecimento: as certezas, não sendo eternas, são inúteis, e no fundo só o acaso explica a realidade...

O indicador analisado não é um indicador de estrutura ou de processo, mas ele reflete essas dimensões das atividades e dos serviços. Ele também não é um resultado esperado, ele é o resultado negativo, o anti-resultado, a tentativa de negação do sistema modelado em cada local e pode, assim, cumprir um papel, estabelecido na metodologia científica, de contribuir na refutação do estabelecido e fixado.

6. Conclusões

Definir indicador é um caminho para se aproximar da compreensão do funcionamento do todo. Seja para avaliação, seja para monitoramento, os indicadores não podem ser entendidos como objetivos de uma ação ou da gestão, desvio muito comum com indicadores de avaliação, os quais os níveis hierárquicos com menor poder obrigam-se a colocar no centro da sua missão, por sentirem-se vulneráveis a cobranças externas, estas, muitas vezes, sem sentido operacional real.

RATTNER (2003), criticando a tendência de transformar indicadores em centro da problemática de desenvolvimento de uma política social ou econômica, afirma que esse caminho pressupõe erradamente que indicadores estatísticos constituiriam um retrato fiel da realidade e que a tarefa mais importante passaria a ser o aperfeiçoamento do sistema de informações, ou seja, melhores indicadores levariam automaticamente a uma política social mais eficaz e justa, orientada e controlada pelos tecnocratas cujo modelo de organização social seria um sistema baseado no consenso. Enfatiza ainda que para evitar esse caminho seria aconselhável que a explicação das relações sócio-políticas, subjacentes aos planos, metas e programas, precedesse a elaboração dos sistemas de informação ou dos indicadores.

Nenhum indicador pode ser entendido como absoluto, trata-se apenas de mais um instrumento. Os indicadores não explicam nada: fornecem informações para uma explicação. A fragilidade histórica dos indicadores foi discutida, e sua neutralidade renegada, uma vez que sua construção envolve juízos de valor, opções prévias de valores e visões de mundo, que no presente trabalho estão fixados e expressos nos princípios que procuram qualificar a abrangência e a extensão do direito de todos à saúde.

É preciso estar vigilante quanto a tendências que procuram ultrapassar a potencialidade real dos indicadores, transformando-os em biombos que escondem os problemas concretos. Sempre há uma tendência de transformar indicador em meta, e aí ele acaba reduzido a um controlador de volume de atos, sem produzir alterações no processo de trabalho. Essa alternativa, que não tem permanência, é muito valorizada numa visão campanhista. Fornece projeção na mídia e em nada contribui para a ordenação estável dos serviços e de um sistema de saúde.

O indicador estudado tem uma importante característica a se destacar como princípio para a sua operação futura. O levantamento dos discursos dos envolvidos deverá ser mantido e aperfeiçoado, ainda que em menor periodicidade que o levantamento quantitativo das ocorrências. Esse procedimento pode ser uma vacina eficaz contra a tendência do indicador de degenerar para uma matemática gerencial, mantendo sua capacidade crítica ao assimilar variações qualitativas.

Mas para concretizar princípios não basta declará-los, são necessárias informações objetivas que digam sobre uma prática executada, não apenas sobre instrumentos tecnológicos da prática, sobre atividades meio, pois para embasar as discussões da equipe no processo de mudança há necessidade da objetividade do conhecimento da situação concreta. Há necessidade de dados que não sejam, apenas, auto-referidos, mas que tenham um certo distanciamento para poder avaliar o que está resultando determinada prática de um grupo. O dado do indicador de monitoramento cumpre um papel por vezes semelhante àquele desempenhado por um consultor externo. Com suas vantagens e limites, é uma colaboração crítica para uma equipe de trabalho propiciada por algo não diretamente implicado nas inter-relações cotidianas.

Indicadores, na óptica do monitoramento, são instrumentos que ajudam a observar uma característica ou um conjunto, sempre limitado, de características. Eles nos aproximam da compreensão do todo de um sistema complexo, como é o de saúde, com base na decomposição de suas partes, julgando-as segundo valores presentes no devir projetado para uma prática social. Assim, eles permitem acompanhar mais de perto as ações e as atividades, colaborando com subsídios para o planejamento e a gerência.

Do ponto de vista prático, o emprego de indicadores exige consideração detalhada de algumas características ou requisitos para o cumprimento da sua função. As características discutidas a seguir foram estabelecidas com base em conhecidos critérios para a escolha de indicadores de saúde e, também, com base na intencionalidade de induzir os princípios da reforma sanitária. Assim, com esses critérios avalia-se a qualidade do indicador de monitoramento em estudo:

- **Simples:** facilidade na obtenção dos dados, fácil de ser calculado e compreendido pelas pessoas diretamente envolvidas e interessadas em se apropriar das informações, constituindo-se em instrumento prático, voltado à realidade local e que pode apoiar tomadas de decisão.

- **Robusto:** pouco sensível à deficiência de dados (sobretudo dados de população) necessários à sua construção. Essa foi uma das razões da utilização do conceito de chance na análise.
- **Específico:** associa-se mais fortemente com a situação da atenção básica a ser monitorada.
- **Sintético:** expressa um complexo de possíveis fatores determinantes da situação da atenção básica.
- **Relevante:** retrata aspectos essenciais da atenção básica que se deseja monitorar, exigindo definições mais claras sobre os objetivos e os papéis da atenção básica no sistema.
- **Evolui ao longo do uso:** existe a possibilidade de aprimoramento do indicador; ele tem condições de se adequar a diferentes condições da atenção básica.
- **Discriminante:** pode diferenciar níveis e indicar alterações que ocorram com o tempo, pois varia em razão de mudanças nos processos ou sistemas de interesse do monitoramento. Mas essa capacidade depende de esforço adaptativo permanente e de um certo volume de variação para ser detectada.
- **Cobertura:** pode ser disponível para diferentes áreas/UBSs e localidades, permitindo amplas comparações.
- **Útil à tomada de decisão:** facilita a priorização de ações corretivas, na medida em que pode manter um acompanhamento de cada unidade e entre unidades ao longo do tempo.
- **Utilizável para o controle social:** pode ser comunicado e apropriado pela população, fortalecendo o processo de participação dos conselhos de saúde e do usuário em geral.
- **Custo aceitável:** não exige grandes dispêndios para obtenção das informações, cálculo e manutenção periódica.

- **Respeito ético:** não suscita nenhum problema de ordem ética, além de necessitar da opinião periódica dos envolvidos, sendo plenamente possível manter a confidência das informações levantadas.

Considerando as limitações apontadas, as vantagens e as qualidades do indicador analisado, finalmente conclui-se que:

- a frequência das ocorrências escolhidas foi influenciada pelas áreas/UBSs de procedência das pessoas;
- foi possível sugerir com razoável plausibilidade que essa influência detectada é, em parte, determinada pela situação da atenção básica em cada área/UBS;
- a técnica de levantamento de evento sentinela em pronto-socorro para o monitoramento da atenção básica mostrou-se tecnicamente possível;
- o instrumental de monitoramento estudado pode ser produzido e mantido com uma operação simples e viável para o gestor municipal;
- o indicador satisfaz de forma aceitável um conjunto de requisitos que o qualifica para a função de monitorar o que se propõe;
- o indicador não revela todos os aspectos e dificuldades da atenção básica, mas propicia um maior diálogo com o cotidiano mais imediato dos serviços e pode somar-se e conviver com outros indicadores, propiciando a sua parte de contribuição.

Para a materialização dessas qualidades será preciso desenvolvê-lo, levá-lo à prática. O indicador proposto precisa ser aprimorado, receber contribuições de novas pesquisas acadêmicas e, sobretudo, ser testado e revisto com seu uso na ação prática de monitorar.

7. Bibliografia

Anadão CA, Alvarenga EHL. Otite média. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.1211-4.

Assis MMA, Gonçalves ML, Matos MS. Atenção primária de saúde x sistema único de saúde: apontamento para um debate. **Rev baiana enfermagem** 1993; 6:78-88.

Bakhtin M. **O freudismo**. São Paulo: Perspectiva; 2001. 110p.

Baracat EC, Bonduki CE, Albuquerque Neto LC, Lima GR. Sangramento uterino disfuncional. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003a. p.623-4.

Baracat EC, Haidar MA, Costa AMM, Lima GR. Amenorréia. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas, 2003b. p.613-20.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2000. 226p.

Bellei NCJ. Gripes e resfriados. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.285-88.

Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc saúde coletiva** 2002; 7:401-12.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3925 de 1998**. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. [Online] Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sus/portarias/Port1998>>[set 2004].

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria N° 476 de 1999**. Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica – Pacto de indicadores da atenção básica. [Online] Brasília, 1999. Disponível em: <[Http://www.saude.gov.br/sus/portarias/Port1999](http://www.saude.gov.br/sus/portarias/Port1999)> [set 2004].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2003; 3:221:4.

Braverman H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3ª ed. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos; 1987. 379p.

Bruyne P, Herman J, Shoutheete M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977. 251p.

Bueno WS. Betim: construindo um gestor único Pleno. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.169-95.

Carvalho MCBC, Barreira MCRN. Apresentação In: Carvalho MCBC organizadora. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP; 2001. p.7-12.

Castro CGJ, Almeida MF, Cardoso MRL, Bertolino ME, Puccini PT. **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Itapeverica da Serra**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001. 151p.

Castro CGJ, Almeida MF, Yamada ATT, Garbin W, Oliveira NA, Oliveira MS, Sá ENC, Gomes MC. **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital de Itaim Paulista**. [Online] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2002/cas003.pdf>> [20 jun 2004].

Cecilio LCO. Modelos tecno-assistencias em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública** 1997; 13:469-78.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Campinas. In: Araújo R, Pinheiro R, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO; 2001. p.113-26.

Cesar CL, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad Saúde Pública** 1996; 12(supl 2):59-70.

Collares CAL, Moyses MAA. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação)** [Online]. São Paulo: FDE, 1994. Disponível em <<http://www.crmariocovas.sp.gov.br>> [nov 2004].

Consenso Brasileiro no Manejo da Asma - III. **J Pneumol** 2002; 28(supl 1):S1-S28.

Conill EM. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? **Ciênc saúde coletiva** 2002; 7:421-23.

Correa L, Pignatari ACC. Infecção por cocos gram-positivos. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.253-61.

Coutinho ESF. Metanálise. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2003. p.447-55.

Dawson B, Trapp RG. **Bioestatística básica e clínica**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2003. 364p.

Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad Saúde Pública** 1997;13(1):103-7.

Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. **Exploration in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. p.77-125.

Donato AF. **Traçando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde**. São Paulo; 2000 [Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública].

Durkheim E. O que é um fato social? In: Durkheim E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril Cultural; 1978. p.87-109. (Coleção os Pensadores).

Gallo E, Nascimento PC. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Fleury S, coordenador. **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995, p.91-118.

Genov IR, Roxo Júnior P. Otite média recorrente na infância. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2001; 34: 297-300.

Goldenberg P, Shenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Rev Bras Epidemiol** 2003; 6(1):18-28.

Gullar F. **Toda poesia**. 9ª. ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2000. p.464-6.

Gutierrez MR, Barbieri MA. Sistema Único de Saúde e demanda ambulatorial – Os pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. **Medicina (Ribeirão Preto)** 1998; 31(1):81-98.

Haidar MA, Albuquerque Neto LC, Nunes MG, Baracat EC. Dismenorréia. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.608-9.

Hartz ZMA. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Rev Saúde Pública** 1996; 30:310-18.

Hartz ZMA. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. 1º reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000a. 132p.

Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulg saúde deb** 2000b; 21:29-35.

Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciênc saúde coletiva** 2002; 7:419-21.

Hartz ZMA, Camacho LAB. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cad Saúde Pública** 1996; 12(supl. 2):13-20.

Heller A. **Teoria de las necesidades en Marx**. Barcelona: Península; 1978. 182p.

Heller A. **O cotidiano e a história**. 6ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000. 121p.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública** 2000; 34:546-59.

Hochman G. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec; 1998. 261p.

Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública** 1999; 15:79-88.

Itapecerica da Serra. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto de humanização do atendimento nos serviços públicos de saúde de Itapecerica da Serra**. 1998 (mimeo).

Itapecerica da Serra. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de avaliação 1997-2003**. 2003 (mimeo).

Itapecerica da Serra. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de pesquisa 2004**. (mimeo).

Kessner DM, Kalk C, Singer J. Assessing health quality – a case for tracer. **N Engl J Med** 1973; 288:189-94.

Kobinger MEBA, Bresolin AMB, Novaes HMD. Afecções de vias aéreas superiores. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC. **Pediatria em consultório**. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.267-93.

Konder L. **Walter Benjamin: o marxismo da melancolia**. Rio de Janeiro: Campus; 1988.

Konder L. **Os sofrimentos do “homem burguês”**. São Paulo: SENAC; 2000.

Kosik K. **Dialética do concreto**. São Paulo: Paz e Terra; 1995.

Kovacs MH, Feliciano KV, Sarinho SW, Veras AA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J Pediatr** 2005; 81:251-8.

Lukács G. **Existencialismo ou marxismo?** São Paulo: Senzala; 1967. 252p.

Lukács G. **História e consciência de classe**. Porto (PO): Escorpião; 1974.

Levinson GK. Psicanálise e tempo: a busca de um viver pleno. **Rev Bras Psicanál** 2000; 34 (2):367-78.

Las Casas AL. **Marketing de serviços**. São Paulo: Atlas; 1991. 163p.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. In: Santana JP, coordenador. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde**. Brasília: OPAS; 1997. p.138-54.

Marsiglia RG. **Relação ensino–serviços: dez anos de integração docente-assistencial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1995.

Martin JFV, Higashiyama E, Garcia E, Luizon MR, Cipullo JP. Perfil de crise hipertensiva. Prevalência e apresentação clínica. **Arq. Bras Cardiol** 2004; 83(2):125-30.

Martins NGR, Paskulin LMG. Emergência: fatores que levam a população infantil a recorrer a este serviço. **Rev bras enfermagem** 1992; 45(1):21-7.

Matus C. **Adeus, senhor presidente: governantes e governados**. São Paulo: FUNDAP; 1997. 381p.

Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da atenção básica: construindo ferramentas para o SUS. **Divulg saúde debate** 2000; 21:15-28.

Mello Filho J. Luto pelo *self* e angústia do tempo perdido. **Rev Bras Psicanál** 1973; 7 (2):197-218.

Mendes EV. O dilema do SUS. **Radis – Fiocruz** 2004; 25:35.

Mendes HWB. **Regionalização da assistência à saúde: análise de demanda ao serviço de urgência/emergência de um hospital universitário**. São Paulo; 2003. [Tese de doutorado – Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública].

Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad Saúde Pública** 1993; 9:177-84.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.

Mishima SM, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos de saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.137-156.

Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP, coordenador. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde**. Brasília: OPAS; 1997, p.129-36.

Oliveira F. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes; 1998. 231p.

Oliveira ZNP, Rivitti EA. Dermatologia pediátrica – noções básicas para o pediatra. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC. **Pediatria em consultório**. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.645-57.

Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.489-503.

Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviço de saúde. In: Santana JP, coordenador. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde**. Brasília: OPAS; 1997. p.121-28.

Pereira MG. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 596p.

Potyara APP. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez; 2000. 215p.

Puccini PT. **Limites e possibilidades da proposta de humanização dos serviços e satisfação dos usuários na disputa pelo direito à saúde**. Campinas; 2002. [Dissertação de mestrado – Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas].

Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(5):1342-53.

Puccini RF, Gohman S, Sigulem D, Ramos MP, Manfred N. Morbidade em unidades básicas de saúde. **Rev Paul Pediatría** 2001; 19:7-14

Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo MS. Morbidade referida em crianças e utilização de serviços de saúde – Inquérito domiciliar em área da região metropolitana de São Paulo, 1996. **Rev Paul Pediatría** 2002; 20:111-121.

Rattner H. **Indicadores sociais e planificação do desenvolvimento**. São Paulo, 2003. Disponível em <<http://www.espacoacademico.com.br/030/30rattner.htm>> [nov 2004].

Ribeiro JM. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. **Ciênc saúde coletiva** 2002; 7:413-15.

Rodrigues Neto E. A via do parlamento. In: Fleury S. organizadora. **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos; 1997. p.63-92.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. 600p.

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care – A clinical method. **N Engl J Med** 1976; 294:582-8.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho em atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública** 1998; 14:741-51.

Salla J, Ghellar M, Kaufman ML, Ilha NS, Frandoloso PR. Perfil da demanda de um serviço de pronto-socorro, Santa Maria. **Saúde (Santa Maria)** 1989; 15:71-80.

Sano LL. **Histórico do sistema de saúde de Itapeçerica da Serra**. 1999 (mimeo).

Santos RP, Weckx LLM. Sinusopatia. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.1236-8.

Santos NR. **Um novo pacto para o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <<http://WWW.fiocruz.br/eventos/6seminelson.htm>> [set 2003].

São Paulo. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM Nº. 1451 de 10/3/1995. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/>> [mar 2005].

Schor E, Sato H, Freitas V, Girão MJBC. Algia pélvica crônica. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.609-10.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública** 1994; 10:80-91.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** 2004; 82(supl. IV):1-14.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes** 2001. 50p. (mimeo).

Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

Sucupira ACSL, Novaes HMD. A prática pediátrica no consultório. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC. **Pediatria em consultório**. 4ª. ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.3-7.

Teixeira GT, Barreto ML, Costa MCN, Strina A, Martins Junior D, Prado M. Áreas sentinela: uma estratégia de monitoramento em saúde pública. **Epidemiol serv saúde** 2003; 12:21-28.

Testa M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. 226p.

Valente CA, Nunes MG, Haidar MA. Síndrome pré-menstrual. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003**. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.612-3.

Vázquez AS. **Filosofia da práxis**. 4ª. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1990. 454p.

Vuori H. A qualidade da saúde. **Divulg Saúde em Debate** 1991; 3:17-25.

Yamada ATT, Castro CGJ, Almeida MF, Nakazaki RMD, Garbin W, Sá ENC, Yamamoto EK. **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Pedreira. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2000/yam001.pdf>>. [jun 2004].

Yamada ATT, Castro CGJ, Almeida MF, Nakazaki RMD, Garbin W, Sá ENC, Gomes MC. **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Grajaú.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001. Disponível em <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/yam001.pdf>> [jun 2004].

Yamada ATT, Castro CGJ, Almeida MF, Garbin W, Sá ENC, Gomes MC. **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto-socorro do Hospital Geral de Itaquaquetuba.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2002/yam001.pdf>> [jun 2004].

Zamith R, Nazário ACP, Nicolau SM, Baracat EC. Corrimento genital. In: Borges DR, Rothschild HA, editores. **Atualização terapêutica – 2003.** São Paulo: Artes Médicas; 2003. p.585-8.

8. Anexos

ANEXO 1:

Questionário para entrevista dos médicos do pronto-socorro.

Questionário – médico socorrista

Este é um levantamento que faz parte de um projeto de pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP, que visa analisar a integração da rede de serviços de saúde. Solicitamos sua participação voluntária e anônima no sentido de responder a *duas questões* sobre o papel dos serviços. Sua experiência é um conhecimento importante para a avaliação da situação. Obrigado!

- PS: _____
- Data ___/___/___
- Sexo ___ #. Idade _____
- Tempo de formado _____
- Especialidade _____
- Tempo de Trabalho neste PS _____
- Atua no PS atendendo:
Pediatría ___ Clínica geral ___
Gineco-obstetrícia ___ Ortopedia ___

1. Na sua avaliação, quais ocorrências/doenças atendidas por você freqüentemente, neste PS, deveriam estar sendo resolvidas ou acompanhadas em unidades básicas de saúde, por não necessitarem de atendimento de urgência ou emergência?

- 1º. _____
- 2º. _____
- 3º. _____
- 4º. _____
- 5º. _____
- 6º. _____
- 7º. _____
- 8º. _____
- 9º. _____
- 10º. _____

verso →

ANEXO 2 :

Planilha para registro dos atendimentos realizados no PS.

Planilha dos atendimentos realizados										
Unidade: Pronto-Socorro Central de Itapeçerica da Serra										
No	Data	Per	Paciente	Nascimento	Sexo	UBS de origem/uso	Município	HD_principal	HD_2	FL: _____ HD_3
1	__/__/__			__/__/__						
2	__/__/__			__/__/__						
3	__/__/__			__/__/__						
4	__/__/__			__/__/__						
5	__/__/__			__/__/__						
6	__/__/__			__/__/__						
7	__/__/__			__/__/__						
8	__/__/__			__/__/__						
9	__/__/__			__/__/__						
10	__/__/__			__/__/__						
11	__/__/__			__/__/__						
12	__/__/__			__/__/__						
13	__/__/__			__/__/__						
14	__/__/__			__/__/__						
15	__/__/__			__/__/__						
16	__/__/__			__/__/__						
17	__/__/__			__/__/__						
18	__/__/__			__/__/__						
19	__/__/__			__/__/__						
20	__/__/__			__/__/__						
21	__/__/__			__/__/__						
22	__/__/__			__/__/__						
23	__/__/__			__/__/__						
24	__/__/__			__/__/__						
25	__/__/__			__/__/__						

ANEXO 3:

Formulário para entrevista das pessoas atendidas no PS.

Formulário de entrevista

Questionário

Unidade PSC H\Chega: __:__:__ H\Ficha: __:__:__ 4. Hora: __:__:__

2. N°. _____

3. Data da pesquisa __/12/2004 4. Período __M __T

5. FAA: _____

6. EVENTO _____

COD _____

Identificação do paciente

7. Nome _____

8. Sexo __M __F

9. Idade ____a ____m

9. Bairro _____

11. Município _____

12. Tempo de residência no endereço atual _____ meses

Complemento do paciente ou do acompanhante (criança)

13. __Paciente __Acompanhante

14. Ocupação (atual) _____

15. Escolaridade __série __F __M __S

Anos de estudos _____

16. A qual serviço você costuma ir para cuidar da (sua) saúde (da criança)?

__médico particular __médico do convênio __pronto-socorro __hospital __UBS

17. Você vai (leva a criança) a alguma unidade básica, posto ou centro de saúde?

__sim

__não (SE "não" IR PARA A QUESTÃO 36)

18. Vai (leva a criança) para usar que tipo de serviço?

__só vacina

__só remédios

__consulta/atendimento marcado

__quando doente

19. Qual ubs/posto? _____

20. Município: _____

21. É o posto mais próximo da sua casa (da casa da criança)?

__sim

__não

22. Você (a criança) tem matrícula lá?

___sim

___não

23. Você (a criança) neste ano esteve no posto para consulta marcada? (*só para vacina, assinalar "não"*)

___sim

___não

no mês de _____

próxima no mês de _____

24. Quando começou o atual problema de saúde?

Há _____ dias

queixa: _____

25. Você chegou a procurar atendimento lá no posto, por este problema?

___sim

___não (SE "não" IR PARA A QUESTÃO 29)

26. Quando esteve lá? ____/____/____

27. Período ___M ___T

28. O que aconteceu nesse atendimento lá no posto?

Fale um pouco como foi esse atendimento lá. (APÓS, IR PARA A QUESTÃO 30)

29. O que motivou você a **não** procurar o posto pelo problema atual? Fale um pouco sobre isso.

30. Procurou algum outro atendimento, pelo problema atual, antes de vir aqui?

___sim, qual? _____ ___não

31. Veio aqui, hoje, por causa de encaminhamento de outro serviço ou profissional?

___sim, quem, qual? _____ ___não

32. Se sim, trouxe alguma informação do atendimento anterior?

___guia/impressos ___exames

33. Nos últimos 3 meses, quantas vezes a mais você (a criança) procurou atendimento neste PS?

_____ vezes (sem contar a atual) Queixas: _____

34. E agora, foi encaminhado(a) para outro serviço para continuar o tratamento?

___sim, qual? _____ ___não

35. Como foi o atendimento recebido aqui no PS?

sujeitos da pesquisa que não costumam frequentar UBS

36. Você conhece o posto mais próximo da sua casa (da casa da criança)?

___sim ___não

37. Se "sim", qual é? _____

38. Alguma vez você (a criança) procurou atendimento lá?

___sim ___não Por quê? _____ (SE "NÃO" IR PARA A QUESTÃO 41).

30. Quando foi isso? Há _____meses

40. Fale um pouco como foi esse atendimento?

41. Quando começou o atual problema de saúde? (APÓS, VOLTAR PARA A QUESTÃO 30).

Há _____dias

ANEXO 4:

Questionário para observar a UBS e entrevistar o diretor.

Questionário

Identificação da UBS

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Unidade _____ | 4. População que abrange _____ |
| 2. Data observação ___/___/___ : ___ | 5. Anos de existência _____ |
| 3. Funciona das ___:___ às ___:___ | 6. Município _____ |

I. Disponibilidade de recursos

Instalações

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 7. ___ Nº de cadeiras odontológicas | 8. ___ Nº de consultórios |
| 9. ___ Nº de assentos na sala de espera | 10. ___ sala própria para reunião |

Horas semanais

- | | | | |
|----------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| 11. ___ Cirurgião dentista | 12. ___ Pediatria | 13. ___ GO | 14. ___ Clínico |
| 15. ___ Generalista | 16. ___ Enfermeiros | 17. ___ Psicólogo | 18. ___ Fonoaudiólogo |
| 19. ___ Aux. Enfermagem | 20. ___ ACS | 21. ___ THD | 22. ___ ACD |

Períodos sem profissional nas últimas duas semanas

- | | | | | | | | | | | |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 23. Pediatra: | __2M | __2T | __3M | __3T | __4M | __4T | __5M | __5T | __6M | __6T |
| 24. GO: | __2M | __2T | __3M | __3T | __4M | __4T | __5M | __5T | __6M | __6T |
| 25. Clínico: | __2M | __2T | __3M | __3T | __4M | __4T | __5M | __5T | __6M | __6T |
| 26. Generalista: | __2M | __2T | __3M | __3T | __4M | __4T | __5M | __5T | __6M | __6T |
| 27. Enfermeiro: | __2M | __2T | __3M | __3T | __4M | __4T | __5M | __5T | __6M | __6T |

28. Ocorreram problemas com atrasos ou absenteísmo dos médicos, nos últimos 15 dias?

__ sim, quais dias/períodos _____

__ não

Materiais e Medicamentos

29. Faltou medicamento básico nos últimos 15 dias?

___sim, quais? _____

___não

30. Existe falta repetida de quais medicamentos básicos?

___sim, quais? _____

___não

31. Faltou material, causando retardo ou cancelamento de atendimento, nos últimos 15 dias?

___sim, quais? _____

___não

32. Faltou instrumental, causando retardo ou cancelamento de atendimento, nos últimos 15 dias?

___sim, quais? _____

___não

33. Ocorreu falha no funcionamento de equipamento, causando retardo ou cancelamento de atendimento, nos últimos 15 dias?

___sim, quais? _____

___não

Infra-estrutura geral

34. Os profissionais estão uniformizados e identificados?

___sim ___não

35. A limpeza da unidade é satisfatória?

___sim ___não

36. A conservação predial é satisfatória?

___sim ___não

37. A sinalização interna é satisfatória?

___sim ___não

38. Há bebedouro de água para os usuários?

___sim ___não

39. Há banheiros para os usuários?

___sim ___não

II. Organização dos serviços e dos processos de trabalho

Acesso, Recepção, Escuta, Fluxo

37. Há grades, guichês, balcões isolando usuário de profissional?

sim não

38. No atendimento na recepção o usuário tem que permanecer em pé?

sim não

39. Quanto à dinâmica de acesso à consulta médica?

agendados e extras agendados e vagas do dia (reserva vagas para a demanda do dia)

40. Sistema de trabalho prontuário:

cadastramento de família por equipe mínima matrícula no serviço

41. Qual o tempo médio de espera para uma consulta médica?

minutos

42. Como é orientada a hora de chegada do paciente agendado?

na primeira hora/atende antes quem chega antes em dois horários por hora

Tempo médio de demora (em dias) para conseguir uma data agendada de consulta:

43. Pediatria 44. GO 45. Clínico 46. Generalista 47. Enfermeiro

Há restrição de dia ou de horário para realizar:

48. matrícula 49. agendamento 50. coleta de exames 51. vacina

52. A recepção agenda a pedido do paciente em qualquer situação?

sim não

53. A recepção/balcão dispensa usuários quando não há mais vaga extra?

sim não

54. Quem controla e decide sobre o uso das vagas do dia para a consulta médica?

Recepção técnica acolhedora

Recepção/balcão

Ordem de chegada

55. Há alguma pessoa orientando o fluxo na entrada da unidade?

sim

não

56. A espera para recepção/acolhimento é ordenada por meio de:

filas

senha numerada

Questões 57 a 65 para o caso do serviço realizar recepção técnica acolhedora

57. O local é exclusivo para o acolhimento?

sim

não

58. O local possibilita atendimento individualizado?

sim

não

59. Qual o horário de funcionamento dessa atividade: _____

60. Há responsável formal pela supervisão, apoio ao acolhimento?

sim, quem? _____

não

61. O acolhimento faz registro dos atendimentos? Quais?

62. Qual tipo de profissional realiza o acolhimento?

63. Participou de algum treinamento específico para isso?

sim

não

64. Qual o tempo médio de espera para o acolhimento? _____

65. Qual a relação/fluxo do acolhimento com a recepção?

Atividades e processos de trabalho

66. O enfermeiro realizou atividade de consulta, nos últimos 15 dias?

não só esporadicamente agendado agendado/continuidade imediata

67. Ocorreram atividades em grupo (últimos 15 dias):

Pré-natal Papa Hipertensão Diabetes Bebês
 Ativs. Física outro1: outro2:

68. Ocorreram ações de visita domiciliar (faltosos)?

sim não

69. Ocorreram ações de visita domiciliar por equipe técnica, nos últimos 15 dias ?

sim não

70. Existe supervisão de farmacêutico na unidade?

diária semanal mensal bimensal raro

71. Há problemas freqüentes (todo mês) com erros de coleta e resultados de exames?

sim não

72. Qual o tempo médio (em dias) para receber resultados dos exames de:

papa VDRL Elisa _____

73. Porcentagem de encaminhamento para o PS?

_____ %

74. O encaminhamento para o PS é feito com guia/impresso?

sim não

75. Quais as maiores dificuldades com serviços de referências?

II. Participação dos usuários e controle social

76. Há caixa de sugestão?

sim não

77. Quais as principais reclamações?

78. Há Conselho Gestor?

sim, com reunião mensal sim, sem reunião periódica não

79. Há mecanismos de participação dos conselheiros/usuários na definição de prioridades da unidade?

sim, quais? _____

não

80. Houve pré-conferências na área da unidade, preparatórias para a última Conferência municipal?

sim não

81. Realizou ações de promoção de saúde com a comunidade, neste ano?

sim não

82. Realizou ações intersetoriais, neste ano?

sim não

ANEXO 5:

Questionário de entrevista dos médicos das unidades básicas.

Questionário – médicos de UBS

Este é um levantamento que faz parte de um projeto de pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP, que visa analisar a integração da rede de serviços de saúde. Solicitamos sua participação voluntária e anônima no sentido de responder a *duas questões* sobre o papel dos serviços. Sua experiência é um conhecimento importante para a avaliação da situação. Obrigado!

UBS: _____

- Data ___/___/___
- Sexo ___ # Idade _____
- Tempo de formado _____
- Especialidade _____
- Tempo na unidade _____
- Atua atendendo:
Pediatría ___ Clínica geral ___
Gineco-obstetrícia ___ Outra ___
- Trabalha ou trabalhou em pronto-socorro? ___Sim ___Não

1. Considerando sua experiência profissional, quais ocorrências/doenças que com frequência chegam às unidades básicas de saúde e que poderiam ser melhor resolvidas se procurassem diretamente os prontos-socorros?

- 1°. _____
- 2°. _____
- 3°. _____
- 4°. _____
- 5°. _____
- 6°. _____
- 7°. _____
- 8°. _____
- 9°. _____
- 10°. _____

verso →

ANEXO 6:

Classificação e descrição das ocorrências escolhidas para estudo

Nasofaringite (CID: J00) – inclui catarro nasal agudo, coriza (aguda), rinofaringite e rinite aguda ou infecciosa. É uma doença infecciosa viral, de curso autolimitado, de larga ocorrência na população, afetando pessoas em qualquer idade ou sexo, e, apesar da baixa gravidade, algumas vezes o mal-estar geral que ocasiona obriga as crianças a faltarem à escola e os adultos ao trabalho. Estima-se que uma criança tenha de 3 a 8 episódios dessa infecção ao ano, com maior frequência entre lactentes e pré-escolares do que no grupo em idade escolar. Depois de um período de incubação que varia de um a dois dias, os sintomas predominantes do resfriado comum são rinorréia, obstrução nasal e espirros, tosse, dor de garganta, cefaléia, febre e mal-estar geral. Embora os sintomas mencionados refiram-se ao trato respiratório superior, podem-se observar queixas de outros sistemas, razão pela qual a pessoa pode apresentar males como dor torácica, irritação ocular, vômitos, diarréia, mialgias e dor abdominal. Evolui naturalmente para a cura após cerca de 7 dias do início dos sintomas. **Gripe (CID: J11)** – a gripe é uma infecção respiratória aguda muito semelhante ao resfriado comum, mas devido a características dos agentes etiológicos envolvidos apresenta sintomas mais graves com maior comprometimento do estado geral e das vias aéreas inferiores. Dentre as principais complicações, a mais frequente e de maior relevância é a pneumonia. Os registros do atendimento deste PS não apresentavam especificidade suficiente para separar essas duas ocorrências, nasofaringite (resfriado comum) e influenza (gripe), incluindo-se, também, outras denominações para estes dois diagnósticos, como, por exemplo: faringite, IVAS e sinais e sintomas de infecção das vias aéreas superiores, sem a prescrição de antibioticoterapia (KOBINGER et al. 2000; BELLEI 2003).

Sinusite (CID: J01) – inclui sinusite maxilar aguda, sinusite frontal aguda, sinusite etmoidal aguda, sinusite esfenoidal aguda, pansinusite aguda, outras sinusites agudas, sinusite aguda não especificada. A sinusite é a inflamação das mucosas dos seios da face, região do crânio formada por cavidades ósseas ao redor do nariz, maçãs do rosto e olhos. É doença de grande incidência entre adultos e crianças. Com grande frequência é precedida de rinite e decorre da complicação em até 10% das infecções de vias aéreas superiores. Se

somarmos aos diagnósticos de gripe e resfriado comuns os de sinusite, a incidência por habitante dessas três morbidades chegará a duas por ano em adultos e até quatro ao ano em crianças. As sinusites podem ser divididas em agudas e crônicas. Na sinusite aguda, costuma ocorrer dor de cabeça, na área do seio da face mais comprometido, em pontada, pulsátil ou sensação de pressão ou peso na cabeça. Na grande maioria dos casos, surge obstrução nasal com presença de secreção amarela ou esverdeada, sanguinolenta, que dificulta a respiração. Febre, cansaço, coriza, tosse, dores musculares e perda de apetite costumam estar presentes. Na sinusite crônica, os sintomas são os mesmos, porém variam muito de intensidade. A tosse, geralmente noturna, costuma ser o sintoma preponderante. Neste item foram considerados todos os diagnósticos de sinusite, aguda ou crônica, especificados ou não como bacterianos (KOBINGER et al. 2000; SANTOS e WECKX 2003).

Otite média aguda não supurativa (CID: H65) – inclui: otite média serosa, otite média aguda não supurativa, otite média serosa crônica, otite média mucóide crônica, outras otites médias crônicas não supurativas, otites médias não supurativas não especificadas. **Otite média supurativa e as não-especificadas (CID: H66)** – inclui otite média aguda supurativa, otite média tubotimpânica supurativa crônica, otite média ático-antral supurativa crônica, otite média supurativa não especificada, otite média não especificada. A otite média aguda (OMA) é uma das doenças mais comuns na infância. Alta prevalência, elevada morbidade e baixa letalidade caracterizam a OMA. Estima-se que 75% de todas as crianças com menos de cinco anos tiveram, pelo menos, uma consulta devido a tal diagnóstico. Aproximadamente 70% das crianças terão um episódio antes de completarem cinco anos de idade. Avalia-se que cerca de 40% dos antibióticos prescritos na prática pediátrica ambulatorial são dirigidos para tratamento da OMA. Ela é um importante problema de saúde pública, afetando a criança, a família e o sistema de assistência médica. É definida como a existência de fluido na orelha média, em associação com sinais e sintomas de doença aguda, local ou sistêmica, que podem ser específicos, como otalgia e otorréia, ou inespecíficos como febre. Além dos sinais e sintomas clássicos (febre, inapetência, dor à compressão do tragus, otalgia e otorréia em algumas ocasiões), as manifestações clínicas nos processos crônicos e recorrentes da OMA podem levar a efeitos adversos na fala, na linguagem e no desenvolvimento cognitivo, que são, provavelmente,

causados pela perda flutuante da audição. Neste item foram considerados todos os diagnósticos de otite média aguda ou crônica, supurados ou não, identificados como bacterianos ou não (KOBINGER et al. 2000; GENOV e ROXO JUNIOR 2001; ANADÃO e ALVARENGA 2003).

Amigdalite (CID: J03) – inclui amigdalite estreptocócica, amigdalite devido a outros microorganismos e amigdalite não especificada. O quadro clínico caracteriza-se pela presença de sinais inflamatórios nas amígdalas e na parede da orofaringe, e ocorrem dor de garganta, hiperemia, exsudação e ulceração do palato, amígdalas e orofaringe, acompanhados por disfagia, febre, cefaléia, mal-estar geral e anorexia. Os vírus são os agentes causais mais importantes. As infecções bacterianas são responsáveis por 15% a 20% dos quadros e quase a totalidade (90%) destas são causadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Em crianças menores de dois anos predomina a origem viral, enquanto entre 5 e 8 anos a infecção estreptocócica corresponde à cerca de 50%. O tratamento de escolha para a amigdalite estreptocócica é a penicilina benzatina, por sua eficácia, baixo custo e adequação para prevenção das complicações da doença. Neste item foram considerados todos os casos com diagnóstico de amigdalite ou faringite discriminados como de origem bacteriana ou para os quais havia sido prescrito antibioticoterapia (KOBINGER et al. 2000; CORREA e PIGNATARI 2003).

Asma brônquica (CID: J45) – inclui asma predominantemente alérgica, asma alérgica (extrínseca, atópica), mista, não especificada. É definida como uma doença crônica das vias aéreas inferiores caracterizada por: obstrução ao fluxo aéreo reversível (embora não completamente, em algumas pessoas), espontaneamente ou com tratamento; inflamação; aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos; e episódios recidivantes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao acordar. O diagnóstico clínico tem como base: presença de sintomas compatíveis, sintomas episódicos, resposta favorável à terapia específica para a asma e exclusão de diagnósticos alternativos. De acordo com o III Consenso Brasileiro para o Manejo da Asma, a doença pode ser classificada em: intermitente e persistente (leve, moderada e grave). Aproximadamente 75% dos casos são de asma intermitente ou leve, 20% de moderada e cerca de 5% grave. Os principais objetivos do tratamento são: reduzir a frequência e a gravidade das exacerbações, a morbidade e a mortalidade; controlar a hiper-

reatividade brônquica; normalizar a inflamação crônica; propiciar uma qualidade de vida adequada. Nas crises ou exacerbações, na dependência da gravidade do quadro, o tratamento inclui: oxigenoterapia, hidratação, medicação por via inalatória ou endovenosa e internação, sendo a medicação por via inalatória suficiente na maioria dos casos, procedimento seguramente realizável na unidade básica de saúde. Um ponto importante na primeira abordagem realizável, também, na atenção básica é a identificação do asmático de risco para o devido encaminhamento a serviço especializado e para o estabelecimento do plano de cuidado dos demais na unidade básica. São critérios de gravidade: três ou mais visitas a serviços de emergência ou duas ou mais internações por asma nos últimos dois meses; uso freqüente de corticóide sistêmico; crise prévia grave (necessitando de intubação); uso de dois ou mais tubos de aerossóis dosimetrados de broncodilatador por mês; co-morbidades; asma lábil; má percepção do grau de obstrução (CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA 2002).

Exame geral, investigação de pessoa sem queixa ou diagnóstico relatado em Puericultura até um ano de idade (CID: Z00) – inclui exame médico geral, exame de rotina da criança para vigilância do crescimento e do desenvolvimento, exame na fase de crescimento rápido da criança. Foram codificadas nesse grupo situações freqüentes em consultas de puericultura – preocupações em relação ao crescimento e do desenvolvimento da criança, à alimentação, dificuldades quanto à amamentação, cólicas e obstrução nasal no lactente ou quando o diagnóstico do médico registrado na ficha tenha sido de higidez.

Dermatite das fraldas (CID: L22) – ocorre devido ao contato constante e prolongado com urina e fezes das fraldas e caracteriza-se pela presença de eritema na região afetada. Esse diagnóstico (também, até um ano de idade) foi considerado em conjunto com a puericultura, por ser, também, queixa comum em consultas de rotina do lactente na atenção básica (OLIVEIRA e RIVITTI 2000; SUCUPIRA e NOVAES 2000).

Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva – vulvovaginite (CID: N76) – inclui vaginite ou vulvovaginite aguda, subaguda e crônica, vulvite aguda, subaguda e crônica, abscesso vulvar, ulceração vaginal ou vulvar, outras inflamações especificadas da vagina e da vulva. Estas são muito comuns e correspondem a um terço das consultas em ginecologia. A causa é variada, sobressaindo os agentes de natureza infecciosa. A infecção pode se originar do crescimento da flora normal da vagina, assim como da colonização de novos

microorganismos. O diagnóstico diferencial em relação aos agentes etiológicos tem como base o exame clínico, o exame microscópico e, em alguns casos, outros exames subsidiários, que no seu conjunto irão determinar a terapêutica adequada e específica; esta deve ser sempre acompanhada de medidas gerais de higiene, redução de fatores predisponentes e alívio dos sintomas. Neste item foram considerados todos os diagnósticos de vulvovaginite, vaginose, leucorréia e corrimento vaginal. As hipóteses diagnósticas de vulvovaginites apareceram numa frequência inferior ao mínimo estabelecido (0,8%), mas decidiu-se por deixá-las tendo em vista que a retirada diminuiria a presença e a análise dos agravos específicos da assistência à mulher. Considerou-se, ainda, que essa reduzida mas não ausente frequência pode ser um instrumento de monitoramento no futuro imediato, ao permitir o acompanhamento das unidades maiores. É bom lembrar que de forma semelhante deverá ser entendido um eventual surgimento de casos de supervisão de gravidez normal (pré-natal) no pronto-socorro estudado, que no período da pesquisa teve frequência nula (ZAMITH et al. 2003).

Menstruação ausente, escassa e pouco freqüente (CID: N91) – inclui amenorréia primária, secundária e não especificada e oligomenorréia primária, secundária e não especificada. Define-se amenorréia como a falta de menstruação no menacme. Classifica-se em primária e secundária. É primária quando a pessoa relata não ter tido nenhuma menstruação prévia espontânea; é secundária quando, após período variável de tempo em que ocorrem fluxos normais ou anormais, a mulher deixa de menstruar. Considera-se amenorréia se o período em que faltam as menstruações for igual ou exceder, cronologicamente, três intervalos menstruais prévios ou 180 dias; antes disso considera-se atraso menstrual. Nesse grupo foram, também, incluídos os atrasos menstruais, portanto, as suspeitas de gravidez. **Menstruação excessiva, freqüente e irregular (CID: N92)** – inclui menstruação excessiva e freqüente com ciclo regular e irregular, menstruação excessiva na puberdade, sangramento na ovulação, sangramento abundante na pré-menopausa, outros tipos de irregularidades menstruais. Define-se como sangramento uterino disfuncional toda perda sangüínea de origem uterina, na ausência de gravidez ou de qualquer afecção orgânica do trato genital. **Dor e outras afecções associadas com os órgãos genitais femininos e com o ciclo menstrual (CID: N94)** – inclui ovulação dolorosa, dispaurenia, vaginismo, síndrome de tensão pré-menstrual, dismenorréia primária, secundária e não

especificada e outras afecções relacionadas ao ciclo menstrual. A algia pélvica crônica é caracterizada por dor nos segmentos inferiores do abdômen de caráter contínuo e com duração superior a seis meses. Pode se manifestar como dismenorréia, dispaurenia ou dor em qualquer fase do ciclo menstrual. A dificuldade no diagnóstico etiológico se deve à complexidade da inervação da pelve e à existência de diversos tecidos (urogenitais, neurovasculares, gastrintestinais e músculo-esqueléticos). Estima-se que 10% a 15% das mulheres sofram ou já tenham sofrido de dor pélvica crônica. Dismenorréia são dores abdominais relacionadas ao fluxo menstrual que surgem preferencialmente em jovens. A maioria dos autores estima que cerca de 50% das adolescentes apresentem dismenorréia. Em porcentagem elevada de casos associa-se à síndrome pré-menstrual. A síndrome pré-menstrual é afecção de grande importância, devido à alta frequência e ao comprometimento das funções habituais da mulher. O quadro clínico é variado e polimorfo, sendo relacionados mais de 150 sintomas, destacando-se ansiedade, irritabilidade, depressão, alterações do apetite, transtornos do sono, agressividade, cefaléia, dor e aumento do volume de mamas, taquicardia, dispnéia, náuseas e vômitos. Estima-se que acometa 40% das mulheres. O tratamento inclui orientação dietética, incentivo a atividades físicas, administração de medicamentos (em alguns casos) e, sobretudo, uma abordagem global da pessoa, com acompanhamento e apoio. As doenças constituintes desses três grupos da CID foram agrupadas tendo em vista a limitação do diagnóstico diferencial dessas morbidades no atendimento do pronto-socorro e o tipo de abordagem requerido que exige prolongado acompanhamento, detalhamento da anamnese, exame físico, exames subsidiários e, sobretudo, uma compreensão da pessoa no seu contexto familiar e social (BARACAT et al. 2003a; BARACAT et al. 2003b; HAIDAR et al. 2003; SCHOR et al. 2003; VALENTE et al. 2003)

Hipertensão arterial sistêmica – HAS (CID: E14) – inclui hipertensão arterial benigna ou maligna, primária sistêmica, pressão arterial sanguínea alta, hipertensão essencial (primária). Exclui as situações caracterizadas como emergências hipertensivas, isto é, com deterioração rápida de órgãos e risco imediato de vida. Dentre elas pode-se citar encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, hemorragia intracraniana, edema agudo de pulmão, dissecação de aorta, etc. Consideraram-se como HAS duas condições: pessoas que desconheciam o problema e foram diagnosticadas no atendimento realizado e

situações de crise hipertensiva. Adotou-se como definição de crise hipertensiva a proposta pelo consenso estabelecido no VI Joint National Committee e pelo VI Encontro Brasileiro sobre crises hipertensivas, 2001, que também definem urgência hipertensiva como situação na qual uma pessoa apresenta pressão arterial diastólica maior ou igual a 120 mm de HG e com sintomas, diferenciando-a da situação de emergência, aqui não considerada, pois não apresentavam evidências de lesão em órgão-alvo podendo, portanto, a redução de pressão arterial ser feita em horas. As doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública, constituindo-se na primeira causa de morte no Brasil. Dentre essas doenças encontra-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) com prevalência estimada entre 20% a 30% da população adulta. Hipertensão arterial e diabetes estão fortemente relacionadas como co-morbidades. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Dentre suas complicações mais frequentes decorrentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. A identificação precoce das pessoas portadoras e o estabelecimento do vínculo entre os elas e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade resultante desses agravos. (MARTIN et al. 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2004).

Diabetes mellitus (CID: I10) – inclui diabetes sem outra especificação com ou sem complicações. O diabetes é uma síndrome decorrente da falta de insulina, ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos, ou de ambas as situações, com múltiplas e graves conseqüências para a saúde das pessoas em longo prazo. Estudo multicêntrico sobre Prevalência de Diabetes no Brasil, realizado em nove capitais no período de 1986 a 1988, na população de 30 a 69 anos de idade, evidenciou a prevalência de 7,6% para o conjunto da amostra, sendo de 9,7% a prevalência estimada para a cidade de São Paulo, que apresentou o maior valor entre as áreas estudadas. Num estudo circunscrito ao Diabetes Mellitus Auto-Referido – DMAR4, que respondeu por 50,5% da prevalência na

cidade de São Paulo, as estimativas encontradas apontaram para maior prevalência dentre as mulheres – 5,7% –, enquanto dentre os homens essa prevalência foi de 3,5%. Entretanto, estudos têm revelado que com a busca ativa de casos tende a desaparecer a diferença de prevalência entre os sexos. No diabetes tipo 2 a HAS faz parte do espectro da síndrome metabólica, estando presente em cerca de 50% dos pacientes no momento do diagnóstico de diabetes. Em termos gerais, a HAS é cerca de duas vezes mais freqüente entre indivíduos diabéticos que entre a população em geral. Diante dessa co-morbidade entre diabetes e HAS, consideraram-se diabetes apenas os quadros cujos sintomas eram característicos dessa morbidade ou em que os níveis de pressão arterial eram normais. Quando da presença das duas alterações e de sintomas mistos, e diante da necessidade de considerar apenas um diagnóstico, optou-se por classificar essa situação como HAS. Embora a freqüência do diabetes tenha sido baixa, optou-se por mantê-la, dado as circunstâncias expostas sobre a interação entre HAS e diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2001; GOLDENBERG et al. 2003).

ANEXO 7:

Termo de consentimento dos médicos entrevistados

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM TRABALHO CIENTÍFICO

Projeto de pesquisa: Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica.

O objetivo da presente pesquisa é analisar a população atendida no serviço de pronto socorro do PS Central de Itapeçerica da Serra.

Solicito seu consentimento para participar de entrevista, respondendo a perguntas sobre os atendimentos realizados nesse serviço.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica”, sob responsabilidade do aluno do curso de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, Paulo de Tarso Puccini, orientado pela Professora Vitória Kedy Cornetta, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo a perguntas apresentadas em questionário-entrevista.

Estou ciente de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelo pesquisador, preservando-se o sigilo; que o mesmo está disponível para responder a quaisquer perguntas e que poderei retirar este consentimento a qualquer tempo.

_____, _____ de _____ de 2004

ANEXO 8:

Termo de consentimento das pessoas atendidas no PS entrevistadas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM TRABALHO CIENTÍFICO

Projeto de pesquisa: Atenção básica à saúde: análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços

O objetivo da presente pesquisa é analisar a população atendida no serviço de pronto socorro do PS Central de Itapeçerica da Serra.

Solicito seu consentimento para participar de entrevista, respondendo perguntas sobre os motivos que o levaram a procurar esse serviço e sobre o atendimento prestado no seu bairro e no seu município.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Atenção básica à saúde: análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços”, sob responsabilidade do aluno do curso de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, Paulo de Tarso Puccini, orientado pela Professora Vitória Kedy Cornetta, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo a perguntas apresentadas em entrevista.

Estou ciente de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelo pesquisador, preservando-se o sigilo; que o mesmo está disponível para responder a quaisquer perguntas e que poderei retirar este consentimento a qualquer tempo.

_____, _____ de _____ de 2004

ANEXO 9:

Concordância do gestor local com a realização da pesquisa



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Eduardo Roberto Daher, 300 – Parque Paraíso – Itapeçerica da Serra - SP
CEP : 06.850-040 – Fone: 4667-1056
E-mail: saude@ioLpsi.br Site: www.itapeçerica.sp.gov.br/saude



DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Declaro, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa “Análise de instrumentos de apoio ao monitoramento dos serviços de atenção básica”, de autoria de Paulo de Tarso Puccini, sob orientação da Professora Associada Vitória Kedy Cornetta da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tem a concordância para ser desenvolvido neste município.

Raquel Paicimer
Secretária de Saúde de Itapeçerica da Serra