

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SÔNIA REGINA LEITE DE ALMEIDA PRADO

**INTEGRALIDADE - Um estudo a partir da atenção
básica à saúde da criança em modelos assistenciais
distintos**

**São Paulo
2005**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SÔNIA REGINA LEITE DE ALMEIDA PRADO

**INTEGRALIDADE - Um estudo a partir da atenção
básica à saúde da criança em modelos assistenciais
distintos**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Doutor

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizabeth Fujimori

**São Paulo
2005**

Prado SRLA . INTEGRALIDADE - Um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

RESUMO

O sistema de saúde do Brasil, enquanto aparato jurídico-legal, é sem dúvida um dos mais avançados do mundo, porém quando se contextualizam as dimensões sócio-culturais, políticas e econômicas onde esse sistema se concretiza, surgem contradições de diversas ordens. Avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS implica a busca de novos mecanismos que converjam na superação de dificuldades inerentes à nossa realidade social. Um dos mais importantes mecanismos rumo a essa direção tem sido a construção de modelos assistenciais favorecedores da efetivação dos princípios do SUS. É nesse novo contexto de diferentes formas de organização da assistência que surgem indagações com relação à qualidade da atenção básica prestada na rede pública. Buscando uma melhor delimitação do problema, elegeu-se o princípio da integralidade como um atributo essencial na qualidade do cuidado prestado e quatro dimensões da integralidade foram consideradas para sua análise: fatores contextuais, organização dos serviços / modelos assistenciais, prática da integralidade no cuidado prestado e efeito dos cuidados prestados sobre a saúde da criança. Buscando avaliar, na atenção básica prestada à saúde da criança, a prática da integralidade em serviços de saúde com modelos assistenciais distintos, este estudo de caso de natureza transversal, exploratório-descritivo, que integrou um projeto mais amplo, foi desenvolvido em duas unidades de saúde localizadas no município de São Paulo. Embora ambas integrassem o SUS, cada uma das unidades de saúde atuava com modelos assistenciais distintos: uma, localizada na região Sul do município, tinha a assistência organizada conforme o modelo tradicional de atenção à saúde (sem-PSF), e a outra, localizada na zona leste da cidade de São Paulo, tinha como eixo estruturante da assistência à saúde, o Programa de Saúde da Família (com-PSF). Variáveis contextuais, da estrutura e do processo de atenção foram levantados a partir de entrevistas domiciliares com responsáveis pelas crianças (n=195), entrevistas com profissionais de saúde, anotações em prontuário e dados provenientes de sistemas de informação. A análise dos dados possibilitou concluir que tanto a influência do contexto como a organização do serviço, no modelo com-PSF, promovem condições objetivas facilitadoras de uma prática mais integral. No entanto, as ações desenvolvidas e seu efeito sobre a situação de saúde-doença da população ainda não mostraram a incorporação do princípio da integralidade, sobretudo com relação ao caráter curativo da atenção prestada e da dificuldade de acesso. Vale ressaltar, duas questões importantes implícitas nesse contexto, uma relacionada aos profissionais de saúde e outra ao princípio da universalidade. Quanto à primeira questão é preciso contextualizar que o exercício da integralidade prevê um perfil profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes direcionados para as diretrizes da atenção básica, o que ainda representa uma grande dificuldade. Com relação à questão da universalidade de acesso, observa-se uma seletividade da clientela atendida no modelo com-PSF, o que de um lado, garante mais o acesso para alguns, porém por outro lado, não responde a uma questão fundamental colocada na atual sociedade brasileira, que é a exclusão social. A mudança deve ser entendida de forma processual e dialética. Portanto permanecem como desafios na arena da construção do SUS, a mudança do modelo assistencial e o acesso aos serviços de saúde.

Descritores: Enfermagem. Saúde da criança. Assistência á saúde. Serviços de saúde. Crianças.

Prado SRLA. COMPREHENSIVENESS – A study about the basic attendance on child's health in different assistance models [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

ABSTRACT

The Brazilian Health Care System is one of the worlds best leagal instruments. But when analyzed from a political, and economic, and social and cultural point of view, many contradictions appear from numerous places. To solidify the Health Care System - SUS means searching for new tools that overcome the difficulties that are part of our social reality. One of the most important tools that lead to that direction has been the assistance models built in favor of the implementation of the principles held by the SUS. It is in this new concept of different forms of assistance models that some questions appear related to the assistance provided by the government with respect to health care. Searching for a better understanding of the problem, the integrity principle has been elected as the essential attribute regarding health care. Four dimensions of integrity have been considered so to construct this point of view: 1) contextual factors; 2) service organization; 3) assistance models; and 4) integrity practice during health care provided and the effects of child care. This transversal case study of, descriptive-exploratory nature integrated a more broad project developed in two health care units located in the city of São Paulo. Although both units seemed interesting to the SUS point of view, each one of the health care units performed in two different manners: the one located in the South Zone of São Paulo had as an organized assistance in the traditional health care model (without-PSF), while the other unit located in the East Zone of São Paulo had as an axis of its health assistance concept, the Family Health Program – PSF (with-PSF). Information regarding the structure and the care process were collected from people's homes through interviewing procedures conducted with the child's responsible people and health care professionals. Information was also obtained through notes and the information system gathered from the health care system. The analysis of the data obtained made possible to conclude that both the context influence and the service organization held by the Family Health Program provide conditions to practice in a more integral manner. Nevertheless, the plans developed and its effect over the population health status still do not show the existence of the integrity concept even while considering the healing outcome due to the assistance provided and the access difficulties. It is worth commenting two important questions that are implicit in this text. One is related to the health professionals and the other to the universality principle. As to the first question it is important to comment that exercising integrity foresees a professional profile with knowledge, skills and behavior pointing to basic assistance, although it represents a great difficulty toward reaching the universality of access. It has been pointed out a pattern of favoring a part of the population in the Family Health Program attendance. This pattern guarantees more access to some of the people who attend the program while, in the other hand, brings out one of the fundamental issues of the Brazilian reality, the social exclusion. Changing must be procedurally and dialectically understood. Therefore changes in the assistance model as well as the access to the health care system remain as challenges in the SUS construction arena.

Descriptors: Nursing. Child's health. Health assistance. Health services. Children.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 Situação de saúde-doença da criança.....	4
1.2 A atenção básica prestada à saúde da criança.....	11
1.3 O problema e sua delimitação	22
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....	26
2.1 Determinação social do processo saúde-doença	26
2.2 As dimensões do Sistema Único de Saúde – SUS.....	27
2.3 O princípio da integralidade	29
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 Geral	33
3.2 Específicos.....	33
4 HIPÓTESE	34
5 METODOLOGIA	35
5.1 Delineamento metodológico do estudo	35
5.2 Cenário do estudo	35
5.3 População em estudo e seleção da amostra	36
5.4 Coleta dos dados.....	37
5.5 Caracterização da população em estudo	39
5.6 Variáveis de estudo.....	39
5.7 Procedimentos ético-legais	40
5.8 Sistematização e análise dos dados.....	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
6.1 Fatores contextuais na atenção à saúde	45
6.1.1 O território e seus contextos	46
6.1.2 Caracterização das crianças e suas famílias.....	53
6.2 Organização dos serviços de saúde / Modelos assistenciais	57
6.2.1 Caracterização das unidades de saúde	61
6.2.2 Acessibilidade.....	70
6.3 Prática da integralidade no cuidado prestado	72
6.3.1 Resolutividade	73
6.3.2 Satisfação do usuário	80
6.3.3 Registro em prontuário	86
6.4 Efeitos dos cuidados prestados sobre a saúde da criança	94
6.4.1 Parâmetros da atenção integral	95
6.4.2 Conhecimentos das mães / cuidado materno	104
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS.....	125

APRESENTAÇÃO

O tema central deste estudo é o princípio da integralidade, protagonizado pela saúde da criança. Quando pensamos na palavra criança, imediatamente somos reportados a idéias que podem variar de acordo com a história de vida e experiências vivenciadas por cada um de nós. Quase sempre a criança simboliza vida, porém nem sempre as expressões de vida estão presentes ao nos aproximarmos de crianças, especialmente, as usuárias de nossos serviços públicos de saúde, ou aquelas que nem sequer conseguem acessá-los. Atuando como enfermeira na área de saúde coletiva desde 1980, acumulei experiências que, infelizmente, aproximaram-me muito mais de crianças doentes e com risco de morte do que de crianças saudáveis e com qualidade de vida.

Essa vivência me impulsionou para a busca de uma melhor compreensão das condições de saúde e do contexto em que vivem essas crianças. Dessa forma, no mestrado tive oportunidade de aprofundar meus conhecimentos acerca dos problemas de saúde da população infantil. Os resultados do estudo mostraram que a doença respiratória era a principal causa de adoecimento, com maior incidência entre as crianças com déficit nutricional e piores condições sócio-econômicas.

As ferramentas da epidemiologia clássica utilizadas para analisar os dados permitiram constatar a fria realidade. O intuito de buscar explicações e alternativas para mudar essa realidade motiva e impulsiona o desenvolvimento do presente estudo. Uma das questões mais motivadoras na construção deste projeto de pesquisa é o meu trabalho como docente e também como enfermeira da rede básica de serviços de saúde do município

de São Paulo. Vivenciar o papel profissional na área acadêmica e assistencial, sem dúvida exige um grau de esforço pessoal elevado, mas por outro lado propicia uma visão privilegiada no sentido de estar mais próxima do conhecimento, enquanto instituição que estuda e constrói teorias, como também da prática como campo executor de políticas de saúde, ambos permeados por todos os conflitos e contradições inerentes aos processos de construção do conhecimento e de produção de saúde. A articulação entre esses dois campos já avançou muito, mas ainda é necessário maior comprometimento dos pesquisadores com a socialização de seus achados, para que se potencialize mais as possíveis transformações em direção a uma sociedade melhor, que acredito ser o ideal de toda pesquisa. É meu propósito divulgar não só os resultados desta pesquisa nos meios acadêmicos e assistenciais, mas também propiciar a participação de alunos, gestores, trabalhadores e usuários no processo de transformação da realidade.

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a prática do princípio da integralidade na atenção prestada à saúde da criança. Historicamente, a criança sempre foi prioridade nas políticas públicas de saúde. Mesmo no modelo hegemônico e nos períodos de crise, a atenção à criança tinha um caráter mais integral. Os grupos de puericultura ou “clubes de mães” tinham espaço assegurado desde os tempos dos programas verticalizados. Entretanto, os perfis de morbimortalidade infantil resistiam às ações realizadas. É claro que as condições de saúde estavam intimamente relacionadas às condições de vida dessa população, porém, ações como aumento da cobertura vacinal, melhoria das condições de saneamento básico e de nutrição e a introdução e expansão da terapia de reidratação oral foram marcos decisivos na mudança do perfil de morbimortalidade das últimas décadas.

Hoje, pensar a saúde da criança remete à análise de aspectos relacionados aos cuidados de saúde numa sociedade contemporânea. Alguns indicadores podem auxiliar a reflexão destes tempos modernos. Segundo Leal (2002), na área da educação, são 34,5 milhões de pessoas que lêem e escrevem precariamente, ou seja, são analfabetos funcionais. Com relação ao desemprego, em um ano, sua taxa cresceu de 6,9% para 7,7%. Quanto à distribuição de renda, a renda média dos 10% mais ricos é 53 vezes maior que dos 10% mais pobres. A taxa de homicídios subiu de 19 para 26/100 mil habitantes (36% em uma década). Em relação às condições de moradia, 12 milhões de pessoas vivem em locais impróprios nas grandes cidades e 3,7 milhões de domicílios não possuem banheiro nem sanitário. A taxa nacional de mortalidade infantil é de 29,6 mortes por mil nascidos vivos

e apresenta enormes desigualdades entre as distintas regiões do país, enquanto na Suécia e Japão e Chile, corresponde a 4, 6 e 10 para cada mil nascidos vivos, respectivamente. Por último, destaca-se que o aumento da esperança de vida ao nascer subiu de 66,3 para 68,6 anos. Com certeza, sobreviver com qualidade de vida nesse contexto significa desenvolver recursos para muito além da dimensão biológica.

Os determinantes sociais e as enormes desigualdades sociais implícitas nesse panorama nacional é que permeiam o processo saúde-doença da população brasileira. Além da complexidade do quadro sócio-sanitário apresentado, um outro desafio, colocado na conjuntura atual, é a implantação real do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Brasileira de 1988 e que tem como diretrizes, a universalização do direito à saúde, a descentralização dos serviços, a integralidade das ações preventivas e curativas e a participação social.

1.1 Situação de saúde-doença da criança

As mortes de crianças em países em desenvolvimento ainda representam dados numericamente alarmantes, revelando a enorme lacuna existente entre as propostas idealizadas nas políticas de saúde e a prática vivenciada no cotidiano da população que necessita de assistência à saúde. As estatísticas anuais apontam para mais de 12 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos nos países de capitalismo periférico, sendo que em alguns, uma ou mais em cada cinco crianças morre antes de completar cinco anos. Dentre as principais causas, encontram-se as infecções respiratórias agudas (principalmente as pneumonias) seguidas das doenças

diarréicas (Benguigui, 2001).

Estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef, 1999) indicam que a probabilidade de morrer em função de uma determinada doença duplica em casos de crianças moderadamente desnutridas, e triplica em casos de desnutrição grave. A desnutrição representa um fator importante em mais da metade das 11 milhões de mortes anuais de menores de cinco anos no mundo, contribuindo para o agravamento de infecções crônicas recorrentes. As práticas inadequadas de amamentação têm sido apontadas, juntamente com os determinantes sociais, como uma das principais causas da desnutrição, podendo afetar irreversivelmente o desenvolvimento físico e mental e comprometer o futuro da criança e de seu país (Unicef, 1999).

No Brasil, embora mudanças importantes tenham sido observadas no quadro geral da mortalidade infantil nas últimas décadas, esse indicador ainda revela grandes iniquidades no campo da saúde. A situação atual das crianças brasileiras continua representando um grande desafio, pois ainda se convive com elevada morbidade por doenças geradas pelas desigualdades sociais resultantes do modelo capitalista. Segundo o Ministério da Saúde, em 1997, foram hospitalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), mais de 1.6 milhão de crianças menores de 5 anos, sendo 60% das causas decorrentes de problemas respiratórios e de doenças infecciosas e parasitárias. Medidas de prevenção e eficiência na assistência em nível primário poderiam contribuir para redução dessas internações e de suas conseqüências para a criança, além da liberação desses leitos para tratamento de crianças com patologias que exigem uma atenção de maior

complexidade (Ministério da Saúde, 2000).

A análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN evidenciou as enormes desigualdades existentes entre as regiões do país e entre os diferentes grupos sócio-econômicos, refletindo não apenas as diferenças de disponibilidade de alimento, como também as diferenças de acesso aos serviços de saúde, bem como a disponibilidade de infraestrutura, saneamento básico e conhecimentos e práticas adequadas à saúde das crianças (Monteiro e cols, 1992).

Em 1996, os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS mostraram maior prevalência de desnutrição na faixa etária de um a dois anos de idade, período similar à época do desmame, após o qual a criança parece tender a uma melhora do estado nutricional. A maior proporção de crianças com desnutrição crônica e/ou aguda encontrava-se entre filhos de mães sem instrução, mostrando uma correlação entre o nível de escolaridade da mãe e a situação nutricional da criança (Bemfam, 1996).

O fato das crianças menores apresentarem maior suscetibilidade aos agravos mórbidos, ambientais e aos relacionados à falta de cuidados, se justifica pelas intensas e rápidas transformações pertinentes ao processo de crescimento e desenvolvimento desse grupo etário, bem como de sua dependência de cuidados alheios, como já demonstrado por Puffer e Serrano na década de 70 (Puffer e Serrano, 1973, Leone, 1989).

Embora a maior parte dos estudos nessa área seja de natureza multifatorial, o estudo de Victora, Barros e Vaughan (1988), realizado em Pelotas, RS, destaca-se por tomar como referencial teórico a determinação social do processo saúde-doença, integrando ao processo biológico, o

contexto sócio-econômico e ambiental como responsáveis básicos pela determinação do perfil saúde-doença. O estudo envolveu 6000 crianças e demonstrou o efeito da renda familiar sobre o peso ao nascer, a mortalidade infantil, a morbidade e a prevalência de desnutrição. O peso ao nascer mostrou-se fortemente associado à baixa renda, à escolaridade materna e à desnutrição subsequente. As crianças mais pobres apresentaram prevalência de desnutrição muito superior à das crianças de melhor renda; a incidência e a severidade das principais morbidades também foram mais elevadas entre as famílias de baixa renda, da mesma forma que a mortalidade infantil, sendo que crianças com renda mais baixa apresentaram risco de morrer sete vezes superior ao de crianças com renda mais alta (Victora, Barros e Vaughan, 1988).

Na cidade de São Paulo, análise de tendência secular realizada a partir de estudos abrangentes desenvolvidos na população infantil, nos períodos de 1974/75, 1984/85 e 1995/96, revelou declínio acentuado da desnutrição infantil, mesmo entre as famílias mais pobres. Entretanto, a análise detectou aumento na prevalência de anemia, que mostrou-se comum tanto entre as famílias de melhor nível sócio-econômico, como entre as populações mais pobres. Quanto à evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo, apresentaram desempenho favorável, a cobertura universal das vacinas BCG, tríplice e anti-sarampo, a expansão do alojamento conjunto na maternidade e o aumento do número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida. Como aspectos desfavoráveis da assistência, destacou-se a não expansão da puericultura após o primeiro ano de vida (Monteiro e col., 2000).

Ainda em São Paulo, SP, estudo envolvendo crianças integrantes de famílias com renda mensal *per capita* inferior a 1,5 salário mínimo e faixa etária de 6 meses a 9 anos revelou que as infecções respiratórias agudas representavam os episódios mórbidos mais freqüentes na população estudada. Além de constituírem as intercorrências mais comuns, foram quase 4 vezes mais freqüentes do que a doença diarréica aguda, que apareceu em segundo lugar. Das 18 variáveis estudadas, apenas a idade da criança (maior incidência entre os lactentes), o estado nutricional (peso/idade abaixo do percentil 10) e o grau de salubridade do domicílio mostraram associação estatisticamente significativa com a infecção respiratória aguda (Leone e col., 1991).

Outra pesquisa, ora realizada em creches da região da Capela do Socorro em São Paulo, SP, envolvendo crianças com menos de 2 anos de idade, reiterou que as doenças respiratórias constituíam a primeira causa de adoecimento, seguidas das doenças diarréicas, com razão de risco associada a déficit nutricional de 4,32 para doença respiratória e de 3,75 para doença diarréica (Prado, 2002).

Informações epidemiológicas do Município de São Paulo indicam a manutenção da doença respiratória como a patologia mais freqüente e severa, mantendo-se como a principal causa de mortalidade da população infantil do município. Nos quadros I e II, apresentam-se as causas de morte dos grupos etários de 28 dias a 1 ano e de 1 a 4 anos de idade. Excluiu-se o grupo etário de 0 a 27 dias uma vez que as principais causas de morte desse grupo específico estão mais relacionadas à assistência ao parto, não sendo, portanto, objeto de estudo deste trabalho.

Quadro I . Distribuição das causas de morte de crianças de 28 dias a 1 ano de idade, residentes no município de São Paulo, 2001

Causas de morte	N	%
Doenças respiratórias*	260	26,7
Mal formações congênitas e anomalias cromossômicas	177	18,2
Doenças infecciosas e parasitárias	141	14,5
Doenças do sistema nervoso	65	6,7
Causas externas	58	6,0
Desnutrição**	18	1,9
Todas as outras causas	253	26,0
Total	972	100,0

* Dos 260 óbitos por doenças respiratórias, 207 (79,6%) foram decorrentes de pneumonia

** Incluída pela importância da causa

Fonte: Pró – AIM / SMS – SP. Ano 2002

Quadro II. Distribuição de causas de morte de crianças de 1 a 4 anos de idade, residentes no município de São Paulo, 2001

Causas de morte	N	%
Doenças respiratórias*	80	18,1
Doenças infecciosas e parasitárias	77	17,5
Causas externas	74	16,8
Doenças do sistema nervoso	49	11,1
Mal formações congênitas e anomalias cromossômicas	45	10,2
Neoplasias	37	8,4
Desnutrição**	09	2,0
Todas as outras causas	70	15,9
Total	441	100,0

* Dos 80 óbitos por doenças respiratórias, 65 (81,3%) foram decorrentes de pneumonia

** Incluída pela importância da causa

Fonte: SMS/2002

Além da liderança das doenças respiratórias na mortalidade, chama atenção a participação das pneumonias como causa mais freqüente de óbito, uma vez que a ocorrência da mesma está atrelada às precárias condições de vida a que certamente está submetida, a maioria de nossas crianças. Esse quadro denuncia também a ineficiência da atenção primária à saúde. Um outro dado bastante significativo é a morte por desnutrição, não pelo valor numérico que representa, mas por ser a forma mais explícita e desumana das desigualdades sociais.

Para melhor percepção das discrepâncias na distribuição dos óbitos infantis, construiu-se o quadro III, que apresenta a frequência dos óbitos segundo local de residência. Percebem-se diferenças acentuadas entre as crianças moradoras de Distritos Administrativos mais periféricos e aquelas de Distritos Administrativos mais centrais ou mais “elitizados”. Os indicadores são extremamente desfavoráveis e sistematicamente mais elevados nas regiões mais pobres, revelando, por exemplo, que uma criança que nasce no Distrito Administrativo do Jardim São Luis tem chance de morrer 20 vezes maior, comparada à uma criança nascida, por exemplo, no Distrito Administrativo do Jardim Paulista.

Quadro III. Óbitos em crianças de 1 a 4 anos ocorridos nos 20 Distritos Administrativos (DA) mais centrais e mais periféricos, que apresentaram as maiores e as menores frequências. Município de São Paulo, 2001

DA mais periféricos	nº de óbitos	DA mais centrais	Nº de óbitos
Jd São Luis	20	Jd Paulista	1
Cidade Ademar	20	Campo Belo	1
Sapopemba	19	Bela Vista	1
Jd Ângela	18	Moema	1
Jaraguá	18	Jaguapé	1
Grajaú	15	Itaim Bibi	1
Cidade Dutra	15	Alto Pinheiros	1
Brasilândia	14	Belém	1
Itaim Paulista	14	Aricanduva	1
Capão Redondo	12	Barra Funda	1
Total	165	Total	10

Fonte: Pró-AIM / SMS – SP. Ano 2002

Os dados apresentados dão uma idéia das diferenças existentes nas condições de vida e saúde dos diferentes grupos sociais da população. As desigualdades são alarmantes, uma vez que enquanto as mortes ocorridas nos dez bairros mais pobres somam 165, nos dez bairros mais ricos totalizam apenas 10 mortes. Certamente esse cenário é resultado de uma sociedade injusta e desigual regida pela lógica do Estado neoliberal, porém

não deixa de causar indignação e mobilização para continuar na busca de alternativas que possam gerar mudanças nesse quadro.

1.2 A atenção básica prestada à saúde da criança

Até a década de 70, os programas de assistência à saúde no Brasil foram orientados pela lógica de uma atenção à saúde voltada quase que exclusivamente aos aspectos relacionados à doença e seus efeitos no corpo biológico. As ações e atividades desenvolvidas eram basicamente de caráter curativo, centradas na assistência individual, a custo muito elevado, privilegiando os cuidados médico-hospitalares (Paim, 1989).

A crise econômica do início da década de 80 marca a mobilização e a reivindicação de vários movimentos populares por melhores condições de vida, incluindo também a luta por melhores condições de saúde. Nesse contexto, as recomendações da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978 em Alma-Ata, ganham importante espaço, uma vez que a Declaração de Alma-Ata ressaltava a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento sócio-econômico, fomentando e ampliando o debate em torno de um novo modelo de atenção, ora ancorado na atenção primária à saúde (OMS, 1978).

A partir da proposição de Alma-Ata, no Brasil, foram criados alguns programas, tais como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que contemplavam em suas diretrizes, a atenção primária à saúde, a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização de serviços e a integração de ações preventivas e curativas (Paim, 1989).

O agravamento da crise política e econômica da década de 80, com reflexos importantes no aporte financeiro da previdência social, aliado à resistência às mudanças propostas, fez com que programas fossem engavetados e juntamente com eles, as metas de Alma-Ata. A partir de então, os cuidados primários assumiram um caráter de atenção primária seletiva, destinada à população carente, excluída do modelo médico-assistencial privatista, com a utilização de tecnologia simplificada e de baixo custo (Paim, 1989, Paim, 1999, Mendes, 1994).

Entretanto, o corpo doutrinário da Conferência de Alma-Ata, explicitado em suas diretrizes de integralidade, equidade, descentralização, intersetorialidade e participação popular, foi amplamente incorporado ao ideário da Reforma Sanitária, movimento que lançou as bases para a reformulação da política de saúde na década de 80. Por outro lado, como os cuidados primários de saúde assumiram, na primeira metade daquela década, um caráter de “medicina simplificada para os pobres”, a discussão e a incorporação da atenção primária à saúde como estratégia de reorganização de todos os níveis de saúde, para satisfazer às necessidades de saúde de uma sociedade, não foi privilegiada pelos fóruns da Reforma Sanitária (Mendes, 1994; Silva Junior, 1998; Paim, 1999).

No caso específico da assistência à saúde da criança, os programas verticalizados e centralizados foram substituídos por outros mais abrangentes, que pressupunham uma maior integralidade nas ações propostas, com vistas a incrementar a resolutividade dos serviços de saúde, identificar e priorizar ações básicas de comprovada eficácia e baixa complexidade tecnológica e possibilitar a reintrodução da noção de coletivo

nas práticas de saúde (Ministério da Saúde, 1986).

Assim, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que envolvia cinco ações básicas, quais sejam, acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, controle das doenças diarreicas e controle de doenças preveníveis por imunização. As ações nele preconizadas haviam sido propostas no sentido de atender aos agravos mais freqüentes e importantes das crianças na faixa etária de 0 a 5 anos de idade, e o programa apresentava diretrizes para o atendimento da população infantil nos serviços de saúde em todos os níveis de governo, federal, estadual e municipal (Ministério da Saúde, 1984). Assim, o PAISC foi concebido com o objetivo de promover a saúde integral da criança, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a cobertura dos serviços de saúde, respondendo ao desafio de enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da morbimortalidade infantil no país (Ministério da Saúde, 1986).

Entretanto, a organização da saúde em áreas programáticas resultou em uma padronização das intervenções de saúde que não contemplava as desigualdades sociais. Ainda assim, representou um avanço significativo no processo de superação do enfoque individual, em direção à construção de um novo paradigma da saúde coletiva.

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação intensa de diversos segmentos do setor saúde. Desta vez a temática de discussão foi mais em direção às políticas de saúde do que às

questões estritamente técnicas, como tradicionalmente ocorria. Resultou em diretrizes fundamentais, quais sejam, a saúde como direito, a universalidade, a integralidade das ações e a participação social. Tais diretrizes foram incorporadas inicialmente pelo Estado através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procurou acelerar o processo de descentralização, fortalecer o setor público e desestabilizar o modelo médico-assistencial privatista através do enfraquecimento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (Bertolozzi e Greco, 1996, Mendes, 1994).

É nesse contexto que os movimentos da Reforma Sanitária ganharam espaço, culminando na criação do Sistema Único de Saúde, aprovado pela Constituição Brasileira de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/1990, tendo como diretrizes, a universalização do direito à saúde, a descentralização dos serviços, a integralidade das ações preventivas e curativas e a participação social. A saúde coletiva passou, então, a ser o foco central das políticas de saúde, buscando a superação do paradigma até então estabelecido, isto é, da saúde voltada para o indivíduo biológico (Brasil, 1988).

Desde o final da década de 70 observam-se mudanças nas políticas públicas de saúde em direção à incorporação de alguns princípios como integralidade, descentralização e participação popular. Propostas como o PREV-SAÚDE, PAIS/AIS e o PAISC entre outras, são exemplos dessas mudanças. A incorporação destes princípios, no entanto, aconteceu de forma fragmentada e desvinculada de um ideário sistematizado e com respaldo jurídico que desse sustentação a estes princípios. Nesse sentido, as diretrizes constitucionais que respaldam o SUS significam um inegável

avanço, pois assumem, do ponto de vista legal, o compromisso de reduzir as iniquidades na área da saúde.

Além das conquistas mais relacionadas à saúde, outros avanços de caráter mais amplo foram obtidos com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente pela Lei 8069/1990. A partir desse momento a criança passou a ser considerada sujeito de direitos (vida, saúde, educação, alimentação, lazer, cultura, família, desenvolvimento integral, proteção contra toda sorte de violência, exploração e maus tratos (Ministério da Saúde, 1991).

Entretanto, apesar dos avanços expressos em leis, o 1º Encontro da Cúpula Mundial em Favor da Infância realizado em Nova Iorque pelo Unicef, em 1990, constatou que as metas traçadas na Declaração de Alma Ata não haviam sido atingidas em muitos países, inclusive no Brasil. Tal fato gerou preocupação mundial e levou organismos internacionais a estabelecerem prioridades concretas, com vistas a reduzir a morbimortalidade infantil decorrente de doenças preveníveis como diarreia, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis, até o ano 2000 (Unicef, 1994).

Assim, entendendo como imediata a necessidade de se investir na melhoria do acesso das populações a medidas de prevenção e promoção da saúde e na melhoria da qualidade da atenção prestada através da rede de serviços, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Unicef mobilizaram-se no sentido de unir esforços na busca de novos enfoques e ferramentas para a construção de um sistema eficiente de atenção primária à saúde infantil (OPAS/OMS, 2000).

Como resultado desse processo, desenvolveu-se a estratégia de

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, (1992), concebida com a finalidade de abordar a criança “como um todo”, em vez de se dirigir somente para o “problema de saúde”, avaliando de forma sistemática os principais fatores que afetam a saúde das crianças para detectar e tratar qualquer “sinal geral de perigo” ou “doença específica” e ainda integrar ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde, de forma a reduzir a mortalidade infantil e contribuir de maneira significativa para que a criança venha a atingir seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, sobretudo nos países emergentes (Felisberto e cols, 2000).

Traduzindo para a realidade brasileira, a estratégia AIDPI reintroduziu o conceito da integralidade, surgindo como alternativa para aplicar todas as ações de controle específico já existentes no PAISC. Reconhecendo que as crianças, saudáveis ou doentes, devem ser consideradas em seu contexto social, a estratégia enfatiza também, a necessidade de melhorar tanto as práticas relacionadas à família e à comunidade, quanto a atenção prestada pelo serviço de saúde. Nesse sentido, busca melhorar as habilidades dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e as práticas familiares e comunitárias relacionadas ao cuidado da criança (Benguigui, 2001; Cunha e cols, 2001).

A implantação da estratégia AIDPI seguiu os critérios de prioridade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, isto é, nos municípios com índices de mortalidade infantil acima de 40/1000 nascidos vivos, iniciando com os municípios integrantes do Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) e aqueles que tivessem os Programas de Agentes Comunitários de

Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) já implantados (Felisberto e col., 2000).

Entretanto, o processo de consolidação dos princípios do SUS, desencadeado há mais de uma década, ainda apresenta diversas dificuldades, sobretudo aquelas relacionadas aos aspectos da universalização, integralidade, descentralização e participação popular. Essas dificuldades fazem parte de um conjunto de fatores interrelacionados, dentre os quais destaca-se, o financiamento do setor, o modelo vigente de atenção à saúde e as questões relacionadas ao processo de formação e educação dos trabalhadores da saúde.

Com a intenção de transformar os textos contidos nas leis que regulamentam o SUS em realidade, vêm ocorrendo em todo o país, algumas iniciativas em direção à mudança do modelo assistencial hegemônico. Essas iniciativas de construção de modelos assistenciais alternativos têm mostrado que, apesar das dificuldades, é possível reorganizar profundamente a assistência à saúde em nosso país¹.

O sistema de saúde do Brasil, enquanto aparato jurídico-legal, é sem dúvida um dos mais avançados do mundo, porém quando se contextualizam as dimensões sócio- culturais, políticas e econômicas onde esse sistema se concretiza, surgem contradições de diversas ordens. Dentre as mais importantes destaca-se a correlação de forças entre a ideologia neoliberal e o papel do estado, como provedor de direitos para uma massa cada vez maior de excluídos. Nesse contexto, a mudança deve ser entendida de forma processual e dialética. Portanto, avançar na consolidação do SUS implica a busca de novos mecanismos que convirjam

¹. Capistrano Filho, D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. [s.d.]

na superação de dificuldades inerentes à nossa realidade social. Um dos mais importantes mecanismos rumo a essa direção, tem sido a questão da regulação/financiamento do setor saúde, que não é objeto deste estudo, e a construção de modelos assistenciais favorecedores da efetivação dos princípios do SUS. Nesse sentido, algumas propostas têm surgido com intenção de transformar os textos contidos na lei em realidade viva.

Como alternativa ao modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva, experiências como o modelo baiano (Sistemas Locais de Saúde – SILOS), o modelo curitibano (Cidades Saudáveis – Saudicidade) e o modelo do Lapa/Unicamp (Em Defesa da Vida) têm contribuído na busca dessa mudança de paradigma (Silva Junior, 1998).

A proposta do Silos fundamenta-se em aspectos como descentralização e desconcentração, reorganização do nível central, participação social, intersetorialidade, readequação dos mecanismos de financiamento, desenvolvimento de um novo modelo de atenção, integralidade dos programas de prevenção e controle, reforço da capacidade administrativa e capacitação da força de trabalho. Buscando a reorientação do sistema de saúde, o Silos dá ênfase ao nível local. Para tanto, baseado no arcabouço teórico da epidemiologia, criou o processo de distritalização sanitária, que possibilitava uma aproximação dinâmica com os problemas locais de saúde, como forma de intervir num determinado território. Essas dimensões técnicas caracterizaram o Silos como modelo de vigilância à saúde que privilegia a integralidade, intersetorialidade, efetividade e equidade. As maiores dificuldades na manutenção da proposta foram a falta

de articulação política e de alianças com setores da população, além da criação de barreiras para a realização de uma atenção integralizada, principalmente pela resistência de alguns profissionais da área da saúde (Mendes, 1994; Silva Junior, 1998; Paim, 1999).

A proposta de Curitiba – “Saudicidade” teve sua implantação iniciada no final da década de 70 e retomada em 1989, desta vez, num contexto mais favorável, influenciado pela efervescência gerada pela implantação do SUS. A principal estratégia de mudança foi a criação de distritos sanitários. Nesse sentido, adotaram, inicialmente, a metodologia proposta pelo Silos. A crítica ao “modelo sanitário” pela sua limitação para atuar nos problemas de saúde, decorrentes do intenso processo de urbanização das grandes metrópoles, estimulou o repensar do papel do setor saúde em direção à proposta de urbanização e qualidade de vida, dando origem ao conceito de “*Saudicidade: Saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é, o oposto da patogenicidade*”, definido por Raggio (1992). A proposta fundamenta-se basicamente na intersectorialidade, ou seja, num planejamento integrado e solidário do município, no qual os diversos setores técnicos e políticos se articulam, objetivando o atendimento das necessidades da população. Além desse princípio, a proposta dá ênfase à autonomização dos sujeitos em relação à saúde, suas instituições e práticas. Como dificuldade têm sido apontadas as oposições político partidárias à administração municipal que, no entanto, não significaram grandes obstáculos à implantação da proposta (Silva Junior, 1998).

A proposta Lapa-Unicamp: em defesa da vida teve sua origem no final da década de 80, a partir da sistematização de idéias e trabalhos de um

grupo de profissionais de saúde vinculados ao Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – Lapa, criado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. O modelo surgiu como uma oposição ao modelo neoliberal e aos demais modelos alternativos, que na prática não contemplavam a redefinição da clínica, para o trabalho médico e o atendimento ao indivíduo doente. Tem como princípios norteadores... *a gestão democrática, a saúde como direito de cidadania e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.* A proposta privilegia a individualidade e a subjetividade na percepção dos problemas de saúde da população e a incorporação de elementos da psicanálise e da análise institucional na atuação da equipe de saúde para a captação de necessidades da demanda e conseqüente adequação na oferta de serviços. Outro aspecto importante é a incorporação dos usuários como novos sujeitos sociais na luta em Defesa da Vida. Assim, a relação serviço-usuário deve promover o fortalecimento do vínculo, a responsabilidade de cada membro da equipe, o desenvolvimento da autonomia dos usuários na solução de seus problemas de saúde, o acolhimento e a resolutividade das demandas do usuário. Com relação ao processo de trabalho, as responsabilidades e os produtos esperados devem ser definidos coletivamente, de forma que cada um se aproprie do seu trabalho e se torne responsável pelos resultados finais. A gestão deve ser coletiva, por meio de colegiado, estimulando a autonomia e favorecendo agilidade nas decisões, com resultados mais efetivos. As principais dificuldades na implantação da proposta foram aquelas relacionadas à burocracia e rigidez da administração pública, além da descontinuidade da política institucional (Silva Junior, 1998,

Merhy, 1997).

Em âmbito nacional, a década de 90 foi marcada pela efervescência na busca de novos modelos assistências que favorecessem a estruturação do SUS. O Programa de Saúde da Família - PSF surgiu em 1994, como uma estratégia de assistência à saúde inserido no SUS, valorizando os princípios de territorialização, de participação da comunidade, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, entre outros. A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como, para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. O PSF estabelece que a assistência seja reorganizada a partir da delimitação de áreas adstritas, onde 600 a 1000 famílias estão inseridas, sob a responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família (composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde), que seria responsável pela assistência integral prestada às famílias do território definido, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, e referindo os casos que não puderem ser solucionados nesse nível de atenção (Ministério da Saúde, 1994). Com relação às dificuldades na implantação do programa, uma delas diz respeito ao caráter conservador e à rigidez de normas e orientações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que acabam inviabilizando a construção de modelos alternativos, muitas vezes mais adequados a determinadas realidades locais. Outro aspecto refere-se à organização e forma de trabalho da equipe, centrada na estrutura e não nos

microprocessos do trabalho em saúde, que dificultam a ruptura com o modelo hegemônico centrado no atendimento médico (Franco e Merhy, 1999; Salum, 1999).

No município de São Paulo, por questões políticas, a municipalização sofreu solução de continuidade, retardando o processo de descentralização estabelecido como uma das estratégias de implantação do SUS. Em 2001, houve uma retomada da gestão da saúde na cidade, com o município tomando para si a responsabilidade pela rede de serviços, priorizando a mudança no modelo de atenção básica à saúde e estabelecendo o PSF como estratégia de implantação do SUS em direção à mudança do modelo assistencial (Secretaria Municipal de Saúde - SMS, 2001).

Nesse contexto, inicia-se efetivamente a municipalização da atenção básica de saúde em São Paulo, propiciando a ampliação do PSF, o qual até então, estava implantado de forma incipiente em algumas regiões isoladas do município, sob a gestão do Estado.

1.3 O problema e sua delimitação

Apesar da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), na realidade ainda existe uma grande distância entre o ideal estabelecido e o cotidiano das crianças brasileiras. Com certeza, o direito assegurado pela lei nos coloca diante de desafios a serem superados pela sociedade como um todo, inclusive pela comunidade científica, que através da pesquisa pode contribuir para uma maior aproximação entre o direito legal e o direito real.

Se por um lado, observam-se avanços na atenção à saúde, por outro

lado, com o desenvolvimento do neoliberalismo, marcado pela internacionalização dos mercados, vêm-se acentuando as desigualdades sociais, que leva boa parte da população a situações de extrema pobreza, ou seja, à exclusão social. As lutas pela implementação de medidas igualitárias, contidas no Sistema Único de Saúde, não podem ficar estancadas diante de uma política neoliberal, sendo necessária a luta por um Estado forte, que permita a implementação de políticas públicas de saúde realmente defensoras da coletividade (Cohn e Elias, 1999).

A política neoliberal nos países da América Latina tem sido aplicada de forma bastante severa, provocando a retração do Estado e a cessão de espaços de domínio público para o capital privado. Esse processo vem atuando, tanto na esfera econômica como na do bem estar social, criando um maciço empobrecimento da população e uma crescente polarização da sociedade entre ricos e pobres. As estratégias decorrentes da política social neoliberal como corte dos gastos sociais, privatizações e concentração dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza, representam um risco para a consolidação das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, uma vez que este pressupõe um Estado Democrático de direito e não um Estado mínimo como impõe o modelo neoliberal (Laurell, 1995).

É evidente que as contradições e a correlação de forças, entre os princípios do Estado Neoliberal e os do SUS, têm-se refletido nas condições de vida e de saúde da população. Nesse sentido os indicadores de morbimortalidade infantil têm revelado as precárias condições de saúde das crianças de determinados grupos sociais de nossa população.

Embora se observem avanços na atenção à saúde da criança, esta ainda tem acontecido de forma desorganizada, isolada e aquém das necessidades de saúde da população infantil. Além das questões relacionadas à organização dos serviços, a formação dos trabalhadores da saúde ainda tem sido dirigida quase que exclusivamente para o tratamento individual. E ainda, há a falta de informações sistematizadas e de mais investimentos para o aprimoramento e redirecionamento das ações de saúde. Percebe-se que princípio como o da integralidade está mais presente no campo das idéias. Porém, no campo efetivo das práticas de atendimento, muito pouco se avançou em direção a esse princípio, permanecendo a lógica hegemônica do modelo biomédico individual.

A situação de saúde-doença da criança revela a urgência de se buscar estratégias que atendam as necessidades e peculiaridades determinadas por sua inserção social e pela conjuntura política, econômica e social do país.

Hoje, o PSF vem sendo utilizado pelo poder público como uma estratégia condutora da busca do novo modelo assistencial, capaz de compreender e operacionalizar a abordagem integral do processo saúde-doença e responder de forma mais efetiva aos problemas de saúde da população. O programa propõe um dimensionamento diferenciado da enfermeira na equipe de saúde (uma enfermeira para cada 4 mil habitantes, enquanto no modelo hegemônico, a proporção preconizada é de uma para cada 20 mil habitantes). A valorização da área de conhecimento específica desse profissional pressupõe que sua prática, que é mais centrada no cuidado, permita a aplicabilidade da concepção e dos eixos fundamentais do

programa, tais como a integralidade e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, em níveis mais próximos da população.

No município de São Paulo, apesar do PSF representar a possibilidade de inverter a lógica da atenção à saúde oferecida pelo poder público, as diretrizes e investimentos do sistema municipal não foram restritas a essa estratégia, sendo extensivas a toda rede de serviços municipais. Nesse sentido, a perspectiva e o desafio de construir novas formas de prestar assistência e de contribuir nas transformações necessárias para a construção do SUS estava colocada para todo sistema municipal de saúde.

É nesse novo contexto de diferentes formas de organização da assistência no município, que surgem indagações com relação à qualidade da atenção à saúde prestada na rede pública, aos avanços e dificuldades na operacionalização do SUS, e por último com relação ao efeito ou impacto dessas mudanças na saúde da população. Com essas inquietações vislumbra-se uma outra indagação, ou seja, a questão da operacionalização da assistência à saúde executada por modelos assistenciais distintos, porém regidos por diretrizes e investimentos comuns. É com essas inquietações que se insinua o problema do presente estudo, ou seja, Como cada modelo, com suas peculiaridades e realidades, vem trabalhando na produção de saúde? Como vem operacionalizando os princípios do SUS? Como respondem aos desafios impostos na construção do SUS? Enfim, qual a contribuição de cada modelo para a melhor organização da saúde na maior cidade do Brasil? Apesar dos questionamentos, não se pretende comparar modelos, no sentido de julgar e dar um veredicto final em relação à melhor

ou pior forma de produzir saúde, o que reduziria toda a complexidade do problema a uma forma maniqueísta de fazer ciência.

Avaliar a qualidade da atenção prestada é uma proposta muito ampla e pouco clara. Assim buscando uma melhor delimitação do problema, optou-se pelo recorte proposto por Conill (2004) e Mattos (2001) que coloca a integralidade como um atributo essencial na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, sobretudo para aqueles direcionados à atenção básica. Nesse sentido, o propósito deste estudo foi mergulhar em amplitude e profundidade nas formas de operar a atenção básica hoje no município de São Paulo, ou seja, investigar, a prática da assistência prestada à criança, em unidade de saúde com distintas formas de organização da atenção básica, uma com o modelo historicamente tradicional (sem-PSF) e outra com a estratégia saúde da família (com-PSF), tendo como categoria analítica a integralidade.

Dessa forma, este estudo tem por finalidade subsidiar discussões e propostas que contribuam para uma atenção à saúde da criança mais integral e resolutiva, bem como, contribuir para o aprimoramento do processo de trabalho de profissionais de saúde, em particular do enfermeiro, além de subsidiar processos de avaliação em saúde e a elaboração de planejamentos locais de saúde.

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 Determinação social do processo saúde-doença

Neste estudo, assume-se que o processo saúde-doença é determinado socialmente, ou seja, que resulta de um sistema de

contradições, onde estão envolvidos os bens e valores dos quais as pessoas desfrutam e os contravalores ou produtos maléficis do processo de produção social. A opção por tal referencial justifica-se pela capacidade explicativa, expressa pelo caráter histórico e social de conceito de saúde e doença, e pela compreensão de unicidade do processo saúde-doença, como processo social e biológico, que potencializam o entendimento dos perfis patológicos apresentados como expressão das condições de vida e saúde (Breilh, 1991, Laurell, 1983).

2.2 As dimensões do Sistema Único de Saúde – SUS

A atual Política Nacional de Saúde expressa através do SUS é incorporada neste estudo como um dos eixos norteadores da assistência prestada à saúde da criança e, portanto adquire importância como referencial teórico.

Enquanto arcabouço jurídico-normativo, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, assume a saúde como:

...direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Institui o direito à saúde como algo inerente a todo cidadão brasileiro e em seu artigo 198 determina que:

... as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes :
I. descentralização, com direção única em esfera de governo;

- II. atendimento, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

Além destas diretrizes, o SUS compreende alguns princípios fundamentais como universalidade, acessibilidade, eqüidade, resolutividade e integralidade. Embora estes princípios sejam autônomos, eles se interrelacionam, funcionando como uma rede integrada onde um pode interferir no outro. Dentre os princípios descritos pelo SUS, destaca-se neste estudo, a integralidade como atributo para avaliar a atenção prestada à saúde da criança, considerando que esse princípio expressa, em última instância, o reflexo da política neoliberal na saúde da população.

A situação de saúde-doença da criança apresentada no presente estudo mostra como o SUS tem operacionalizado, através de seus serviços, os aspectos relacionados à integralidade. O quadro sugere que estes princípios estão sendo encaminhados de maneira precária, distante da real necessidade de promoção e recuperação da saúde das crianças.

Compreender a relação do perfil saúde-doença de crianças, com as condições de vida a que estão sujeitas numa determinada realidade social significa incluir nesse universo, o entendimento do papel do Estado e como este tem respondido às necessidades de saúde dessa população. Processo este que se explicita mais concretamente, na relação usuário/serviço. De um lado, o usuário com sua individualidade e, portanto, com sua maneira própria de sentir e representar os seus problemas e necessidades, que quando inseridos numa dada realidade social, geram no conjunto, necessidades coletivas. De outro lado, os serviços de saúde com seus saberes,

tecnologias e um determinado modo de fazer saúde. Esse encontro produz uma atuação sobre uma determinada situação, que pode ou não, ser capaz de resolver e alterar, satisfatoriamente o quadro de problemas. Esse processo é bastante dinâmico, complexo e envolve um grande conjunto de variáveis. Neste estudo se dará maior ênfase aos aspectos relacionados à integralidade.

2.3 O princípio da integralidade

O princípio da integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de forma integral. Assim, o SUS deve atender as necessidades oriundas de todos os níveis de complexidade do sistema, por meio de ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação¹.

A integralidade está intimamente ligada à concepção de saúde e doença. Aponta para a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas/curativas e individuais/coletivas, em direção às ações que satisfaçam as necessidades relacionadas à promoção e recuperação da saúde. Incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de serviços, exigindo uma articulação entre os vários profissionais que compõe a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência (Silva Junior, 1998, Novaes, 1990).

O Ministério da Saúde (Brasil, 1990) define integralidade como:

¹ Barros E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços. Unicamp [s.d.].

...o reconhecimento, na prática dos serviços, de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Para Conill (2002), além do caráter completo do cuidado, a integralidade envolve a continuidade do cuidado, ou seja, o acompanhamento da assistência, que pode ser avaliada pela análise da referência-contra-referência. Assim, a partir dos referenciais acima descritos adota-se neste estudo, a concepção de integralidade como assistência integral à saúde da criança, tendo como caráter completo do cuidado, as principais ações da estratégia AIDPI registradas em prontuário e a garantia de acesso a todos os níveis do sistema de saúde, assegurada por um sistema de referência e contra-referência.

2.4 O princípio da integralidade e a qualidade da atenção à saúde

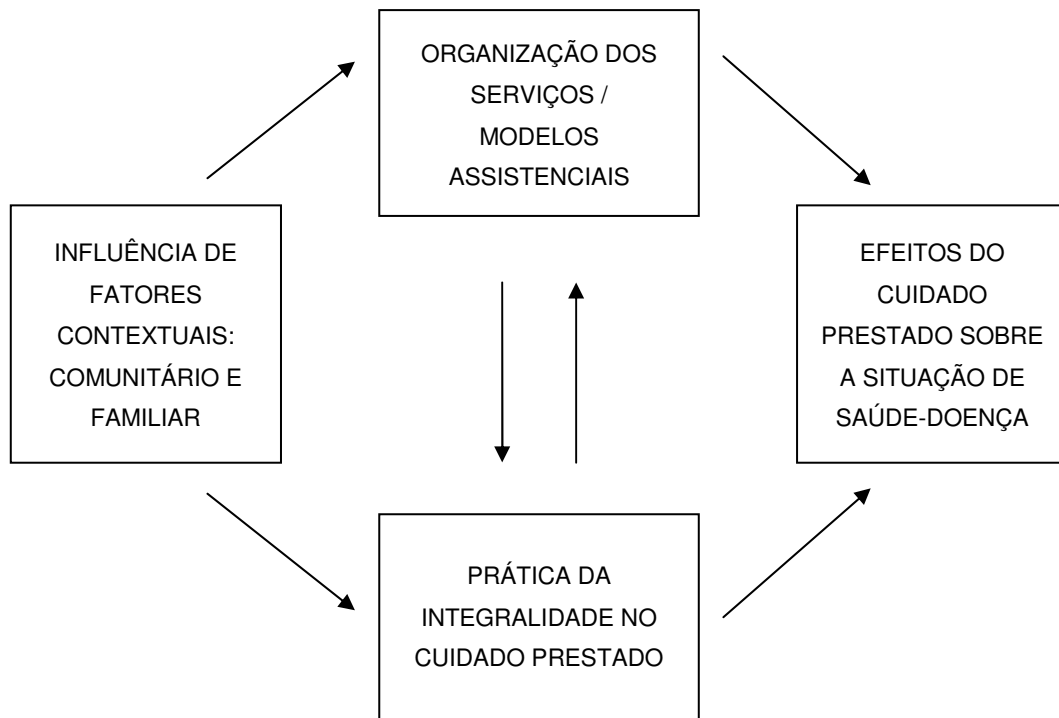
Segundo Conill (2004), para avaliar a integralidade aplicam-se os mesmos aspectos que envolvem a avaliação de serviços e sistemas de saúde. Até recentemente as avaliações de saúde eram centradas na revisão de contas médicas e no cumprimento de metas de produção ou de metas de programas verticalizados. Na última década, houve notável avanço nos mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação, decorrentes da implantação de sistemas de informações em saúde, além da aproximação entre planejamento e orçamento. Para a autora, apesar dos

avanços, faz-se necessário o monitoramento de algumas diretrizes básicas da atual política de saúde, na prestação dos serviços, entre elas o princípio da integralidade da atenção, passo importante que poderia imprimir um sentido mais amplo de avaliação da qualidade dos sistemas de saúde. Assim, a integralidade torna-se um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, sobretudo para aqueles direcionados à atenção básica. Nesse sentido, Conill (2004), destaca três grupos de questões que devem ser consideradas: uma se relaciona à organização e ao cotidiano dos serviços que sejam coerentes com a prática da integralidade; a outra é relacionada aos modelos de atenção propiciariam processos de trabalho favorecedores de ações mais integrais e a influência dos fatores contextuais sobre esse processo; enquanto a última diz respeito aos efeitos de um cuidado integral.

Para Mattos (2001), o princípio da integralidade está associado e depende de aspectos relacionados às políticas governamentais, à prática dos profissionais de saúde e à organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Tendo em vista essas considerações, construiu-se um esquema articulado que integra as dimensões do princípio da integralidade, proposta por Conill (2004) e Mattos (2001), porém adaptado à realidade deste estudo, o qual servirá de base para a estrutura de análise dos resultados do presente estudo.

Diagrama proposto para análise dos resultados, tendo como categoria operativa o princípio da integralidade



3 OBJETIVOS

Para investigar a integralidade, como atributo da atenção primária, formularam-se os seguintes objetivos:

3.1 Geral

Avaliar, na atenção básica prestada à saúde da criança, a prática da integralidade em serviços de saúde com modelos assistenciais distintos.

3.2 Específicos

- Caracterizar os modelos assistenciais e identificar os fatores contextuais para verificar se determinam condições particulares, capazes de favorecer ações mais integrais;
- Caracterizar a organização das unidades de saúde e examinar se propiciam condições que favoreçam a prática da integralidade;
- Identificar a prática de ações favorecedoras da integralidade no cuidado prestado;
- Identificar os efeitos da atenção prestada sobre a situação de saúde da criança.

4 HIPÓTESE

A inserção sócio-econômica da população infantil é o determinante básico das condições de morbidade e mortalidade, sendo relevante tanto no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, quanto na ocorrência da doença em si. Além dos diferenciais ambientais, o sentido e a intensidade da determinação são modelados pela integralidade da atenção prestada à saúde da criança, capaz de assegurar ou desencadear melhores condições de saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento metodológico do estudo

O estudo ora proposto é de natureza transversal, com abordagem quantitativa. É parte integrante de um projeto mais amplo denominado “Saúde da Família: avaliação da nova estratégia assistencial no cenário das políticas públicas”².

Trata-se de um estudo de caso exploratório-descritivo, cujo delineamento proporciona maior familiaridade com o problema em estudo, uma vez que permite o estudo profundo e exaustivo do objeto (Gil, 1996).

O caráter exploratório do estudo busca através de informações acerca do objeto da pesquisa a prática do princípio da integralidade na atenção básica à criança de 0 a 5 anos, permitindo a partir da análise das informações obtidas, formular hipóteses sobre seu impacto na organização dos serviços em estudo, nas ações de saúde direcionadas à criança e na resolução de seus problemas de saúde.

5.2 Cenário do estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida em duas unidades de saúde localizadas no município de São Paulo. As unidades pertencem à rede de serviços da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde e, portanto são regidas pela atual Política Municipal de Saúde, a qual é norteadas pelas diretrizes e princípios do SUS. As unidades de saúde envolvidas no estudo

² Cianciarullo TI. Coordenadora principal do Projeto Saúde da Família: avaliação da nova estratégia assistencial no cenário das políticas públicas. São Paulo, 2000.

estão localizadas nas áreas das subprefeituras de Capela do Socorro (zona sul) e Penha (zona leste) e, nos distritos administrativos de Cidade Dutra e Arthur Alvim, respectivamente.

Embora ambas as unidades integrem o Sistema Único de Saúde, cada uma das unidades de saúde selecionadas atua com modelos assistenciais distintos: uma das unidades, localizada na região Sul do município, organiza a assistência à saúde conforme o modelo tradicional de atenção à saúde (sem-PSF), e a outra, localizada na zona leste da cidade de São Paulo, tem como eixo estruturante da assistência à saúde, o Programa de Saúde da Família (com-PSF).

A caracterização das regiões onde estão localizadas as unidades de saúde do estudo foi entendida a partir da concepção do processo de territorialização, ou seja, como um dos fatores contextuais que pode influenciar a organização dos serviços, portanto será apresentada na discussão dos resultados.

5.3 População em estudo e seleção da amostra

Levando-se em conta que o foco desta investigação é a incorporação e o efeito do princípio da integralidade na atenção básica, buscou-se identificar o objeto de estudo por meio da avaliação da atenção básica prestada à saúde da criança de 0 a 5 anos de idade.

Com essa perspectiva foram identificados por sorteio aleatório 100 prontuários de crianças atendidas em unidade de saúde com PSF e 100 prontuários em unidade sem PSF. O sorteio foi realizado no universo dos

usuários de cada comunidade e os indivíduos sorteados foram visitados para aferir se sua situação é compatível com a condição de entrada no estudo, a saber:

- ser membro de uma unidade familiar, o que exclui casos de indivíduos cujos endereços correspondam a domicílios institucionais como creches, sanatórios, casas de repouso e semelhantes;
- ser usuário do sistema de saúde definido, o que exclui indivíduos cujo registro como usuário da unidade onde haja sido identificado tenha sido resultado de uma passagem casual pelo sistema. Ressalve-se, porém, que a condição de usuário não exige '*single allegiance*', podendo o usuário, eventualmente, também fazer uso de outras facilidades de saúde fora do sistema definido;
- possuir as características definidas para as condições da pesquisa, ou seja, ter de 0 a 5 anos de idade, residir na área da unidade de saúde da família (com PSF) ou na área da unidade básica de saúde (sem PSF), ter se submetido a consulta médica e ou de enfermagem no período de janeiro a julho de 2003,

Do total de 100 prontuários da área com-PSF e 100 da área sem-PSF previstas inicialmente como amostra representativa da população usuária de cada unidade de saúde, efetivamente foram estudadas 96 da unidade sem-PSF e 99 da unidade com-PSF.

5.4 Coleta dos dados

De acordo com os objetivos do estudo foram elaborados instrumentos que contemplassem dados relativos à organização dos serviços, à qualidade

das ações destinadas ao atendimento da criança e aos efeitos dos cuidados prestados na atenção à criança.

Dessa forma, os dados foram colhidos com a utilização de quatro instrumentos específicos, pré-testados: Formulário 1 para coleta de dados do atendimento à criança no prontuário; Formulário 2 para coleta de dados referentes à estrutura do serviço; Formulário 3 para coleta de dados com os profissionais de saúde e Formulário 4 para coleta de dados na residência da criança (anexo1).

Para caracterização dos contextos onde estão inseridas as unidades de saúde utilizou-se como fonte os seguintes dados: do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; do Mapa de Exclusão/Inclusão Social produzido por Sposati; da Secretária Municipal de Saúde; do Programa de Aprimoramento de Informações sobre Mortalidade – PROAIM e da Fundação SEADE.

Os dados pertinentes ao serviço foram colhidos por meio de visitas às unidades, entrevistas com profissionais de saúde e análise de prontuários. Foram realizadas entrevistas com os profissionais envolvidos de forma mais direta com a atenção à saúde da criança (enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico), porém no presente estudo foram utilizadas apenas as respostas das questões de número 4 e 5 do Formulário 3.

Os dados referentes à criança e sua família foram coletados por meio de registro em prontuário, entrevista com a mãe ou responsável pela mesma, realizada no domicílio da criança. Os dados foram colhidos por dupla de estudantes de enfermagem selecionadas para integrarem o projeto na condição de bolsistas de iniciação científica da Fundação de Auxílio e

Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP. As alunas foram devidamente treinadas para a coleta dos dados e em técnicas de entrevista.

5.5 Caracterização da população em estudo

Para caracterizar a população, conforme recomendado por Barros e Victora (1998), na construção de diagnósticos comunitários na saúde infantil, foram utilizados indicadores gerais como sócio-econômicos, ambientais e demográficos e indicadores específicos de saúde como morbidade, esquema de vacinação, dados de peso e estatura, padrão de amamentação e utilização de serviços de saúde, Esses indicadores foram alinhados com o referencial teórico do estudo.

5.6 Variáveis de estudo

Conforme os objetivos propostos, foram estudadas variáveis relacionadas ao serviço, à família e à situação de saúde-doença da criança, para as quais propõem-se alguns indicadores. Os dados foram analisados tendo como categoria analítica, o princípio da integralidade.

Os quadros abaixo apresentam as variáveis colhidas e seus respectivos indicadores.

Variáveis contextuais	Indicador
Situação sócio demográfica	População residente, faixa etária, índice de exclusão, taxa de homicídios, % de mulheres chefes de família, padrão de renda, tipo de domicílios
Oferta de serviços de saúde	Equipamentos de saúde disponíveis
Condições de saúde	% de baixo peso ao nascer, mãe adolescente, partos cesáreos, n° de consultas de pré natal, coeficiente de mortalidade infantil

Variáveis familiares	Indicador
Situação sócio-econômica	Renda familiar e per capita, gastos com aluguel e saúde, chefia da família, situação de trabalho, escolaridade
Condições de moradia	Tipo de moradia, nº de cômodos, tipo de instalação sanitária, destino dos dejetos e do lixo, tipo de abastecimento de água, melhoramentos públicos
Tamanho da família	Total de pessoas na família, nº de irmãos da criança
Aglomerção familiar	Nº de pessoas no quarto onde dorme a criança
Cuidados com a criança	Adota alguns cuidados específicos quando a criança apresenta problema respiratório ou diarreia, motivo da procura aos serviços/hierarquização do sistema de saúde, orientação e compreensão de práticas relacionadas ao cuidado, automedicação ou busca de outras formas para solução dos problemas de saúde, compreensão e aderência ao tratamento (morbidade referida), percepção do usuário com relação a assistência prestada

Variáveis do serviço	Indicador
Estrutura física	Área física (nº de consultórios), iluminação, ventilação, piso e paredes
Recursos materiais e equipamentos	Existência de material específico para o atendimento da criança, conforme detalhado no instrumento (Anexo 1)
Equipe de saúde	Nº de profissionais por categoria, produtividade/população matriculada, participação em treinamentos, reciclagens, uso de práticas favorecedoras da integralidade(registro em prontuário)
Organização do serviço	Acompanhamento da criança para controle de saúde, grupos educativos, sistema de referência e contra-referência, adequação dos encaminhamentos, tempo de espera para agendamento

Variáveis da criança	Indicador
Idade	Data do nascimento
Gênero	Gênero
Estado nutricional	Peso e estatura (peso/altura e altura/idade - padrão NCHS)
Situação vacinal	Esquema de vacinação
Controle de saúde	Consultas médicas e/ou de enfermagem periódicas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atendimento integral conforme parâmetros propostos pelo AIDPI
Morbidade referida nos últimos 30 dias	Número e tipo de problema, forma de resolução do problema (morbidade referida), acesso ao sistema de referência e contra referência e ao medicamento quando necessário
Amamentação	Até que idade recebeu exclusivamente leite materno

5.7 Procedimentos ético-legais

Todas as diretrizes éticas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram contempladas, e o projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro (anexo2).

Conforme recomendado pela resolução, antes da coleta de dados, as mães ou responsáveis pelas crianças foram informados detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa e a coleta de dados. Todas as dúvidas acerca da pesquisa foram esclarecidas e a participação foi voluntária, sendo que a desistência não acarretou nenhum tipo de prejuízo e/ou constrangimento para a entrevistada. As informações obtidas bem como a identificação do(a) entrevistado(a) e da(s) criança(s) em questão serão mantidas em caráter confidencial, sendo garantida a privacidade de cada um e os resultados coletivos serão apenas divulgados nos meios científicos.

Assim, a coleta dos dados foi feita após a concordância com os termos expostos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) pelo responsável pela criança.

5.8 Sistematização e análise dos dados

Para contemplar a amplitude e a complexidade do projeto maior, foram criados cerca de 10 bancos de dados numa base relacional, que permitiu a entrada de dados on-line com acesso à distância. Tanto o desenho amostral, quanto a elaboração do banco de dados e as análises estatísticas foram realizadas com assessoria do Laboratório de Epidemiologia e Estatística – Lee, do Instituto Dante Pazzanezi.

As medidas de peso e altura obtidas nos prontuários foram utilizadas

para caracterizar o crescimento das crianças. Os índices altura/idade e peso/altura, expressos em escore Z, foram obtidos através do pacote estatístico EpiNut, acoplado ao software EpiInfo 6.0, que utiliza o padrão do *National Center for Health Statistics* (NCHS). Os pontos de corte -2 e $+2$ escore Z foram utilizados para definir desnutrição e obesidade, respectivamente (WHO, 1995).

A análise foi feita utilizando-se freqüências relativas (percentuais) e absolutas (n) das classes de cada variável categórica, especialmente com o intuito de caracterizar a amostra estudada. As variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se médias e medianas para resumir as informações, além de desvios-padrão e valores mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

Para comparar as distribuições de freqüência das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson (Siegel, 1998). Esse teste baseia-se nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não. O teste exato de Fisher foi utilizado nas situações onde os valores esperados foram inferiores a cinco. Abaixo de cada tabela de cruzamento destas variáveis estão apresentados os resultados da significância do teste através do valor de p, sendo que, para valores menores do que 0,05 ($p < 0,05$), considerou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

O Teste t-Student para amostras independentes foi usado para variáveis quantitativa na comparação de duas médias sempre que as hipóteses de normalidade e independência não foram violadas. Nos casos

onde a hipótese de normalidade foi violada adotou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, no caso de amostras independentes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conill (2002 e 2004) destaca que em estudos mais recentes, tem predominado o entendimento da integralidade enquanto um dos atributos da atenção primária, medida por meio dos serviços ofertados. Entretanto, atributos de acesso, longitudinalidade (vínculo) e continuidade (referência) também têm sido utilizados, revelando uma diversidade de interpretações. No Brasil, segundo a autora, predomina uma percepção ampliada da diretriz da integralidade, que além da gama de serviços ofertados, inclui o caráter contínuo da atenção e também a preocupação em focar os cuidados e as condições de gestão que o determinam.

Discutindo os sentidos da integralidade, Mattos (2001), destaca três grandes conjuntos de sentidos sobre o princípio de integralidade. O primeiro refere-se a valores ligados ao que se pode chamar de uma boa prática dos profissionais de saúde, o segundo conjunto refere-se à organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, como possibilidade de ampliar a apreensão das necessidades de um grupo populacional e por último, as políticas governamentais como resposta aos problemas de saúde.

No presente estudo, que tem a integralidade como objeto central, tomou-se como referencial teórico de análise dos resultados, as questões apresentadas por Conill (2002 e 2004) e Mattos (2001 e 2004), adaptadas à realidade do estudo. Assim, apresenta-se a seguir os resultados agrupados em quatro dimensões:

1. Fatores contextuais na atenção à saúde;
2. Organização dos serviços de saúde;
3. Prática da integralidade no cuidado prestado;
4. Efeitos dos cuidados prestados sobre a saúde da criança.

6.1 Fatores contextuais na atenção à saúde

Uma das características marcantes da cidade de São Paulo é a diversidade social provocada pelas enormes desigualdades entre os diferentes grupos sociais que a habitam, revelada pelas distintas formas de estruturação do espaço urbano e diferentes modos de apropriação dos bens e serviços produzidos pela cidade (Secretaria Municipal de Planejamento, 2000).

A integralidade traz para os serviços a responsabilidade de transcender a dicotomia criada entre saúde e doença e entre prevenção e cura, em direção à prestação de uma assistência integral. Isso pressupõe a compreensão da saúde e doença não como fenômenos estáticos ou isolados, mas dinâmicos e complexos, determinados por processos sociais relacionados ao modo de organização da sociedade. Avançar nessa direção implica em ir além do campo disciplinar e tecnológico, significa caminhar em direção ao campo das práticas sociais. Nesse sentido, faz-se necessária a incorporação de outros conhecimentos, como por exemplo, o espaço onde acontecem os processos sociais de uma determinada população, além dos modelos de atenção vigentes. A apropriação desse espaço, denominado por diversos autores como território, nada mais é do que uma forma para melhor compreender os determinantes dos agravos à saúde, os riscos de adoecer e as melhores formas de enfrentá-los. Essa dinâmica ainda favorece a integração do serviço à rede de relações sociais, possibilitando assim a prática da integralidade e uma maior participação na construção de uma sociedade com melhores condições de vida (Silva e cols., 2001; Almeida Filho, 2000; Furtado & Tanaka, 1998).

Para Silva e cols. (2001), o processo de territorialização é entendido como instrumento fundamental para o planejamento e gestão dos serviços de saúde e ferramenta essencial na construção do SUS, aqui entendido como essencial à prática do princípio da integralidade.

O território distrito sanitário compreende uma área geográfica ocupada por uma população com características epidemiológicas e sociais, e com necessidades de saúde específicas, com determinados recursos sociais e de saúde que responde a essas necessidades. Assim, considerando-se a importância da influência do contexto onde estão inseridos os serviços sobre o grau de dificuldade ou facilidade na operacionalização dos cuidados prestados, apresenta-se inicialmente, a caracterização das regiões onde estão localizadas as unidades de saúde estudadas, seguida da caracterização sócio-econômica e demográfica das famílias envolvidas no estudo.

6.1.1 O território e seus contextos

Como descrito na metodologia, uma das unidades de saúde localiza-se na região sul do município, área da sub-prefeitura de Capela do Socorro e a outra na região leste, na sub-prefeitura da Penha, nos distritos administrativos de Cidade Dutra e Artur Alvim, respectivamente. A caracterização do território e seus contextos apresenta inicialmente, dados das sub-prefeituras, seguida dos dados dos distritos administrativos.

A unidade localizada na região sul organiza a assistência à saúde conforme o modelo tradicional de atenção à saúde, ou seja, atendimento da demanda espontânea por meio de atendimento médico, de enfermagem,

grupos educativos e vigilância epidemiológica, denominada na apresentação dos resultados do presente estudo como unidade sem-PSF e a unidade localizada na zona leste da cidade de São Paulo, tem como eixo estruturante da assistência à saúde, o Programa de Saúde da Família, sendo denominada como unidade com-PSF.

A sub-prefeitura de Capela do Socorro possui 630.202 habitantes e é formada por 03 distritos administrativos: Socorro, Cidade Dutra e Grajaú. A sub-prefeitura de Penha, por sua vez, possui 472.135 habitantes, sendo formada por 04 distritos administrativos: Cangaíba, Penha, Vila Matilde e Arthur Alvim. Observa-se na Tabela 1, a distribuição da população residente nas sub-prefeituras, por faixa etária. Os dados mostram que a região onde se localiza a unidade de saúde sem-PSF apresenta população mais jovem, em detrimento da população com mais de 40 anos de idade.

Tabela 1. Distribuição proporcional da população residente nas sub-prefeituras de Capela do Socorro e Penha, segundo idade. São Paulo, SP, 2003.

Faixa etária (anos)	População residente por sub-prefeitura (%)	
	Socorro Unidade sem-PSF	Penha unidade com-PSF
< 1	2,05	1,47
1 a 4	8,14	5,98
5 a 9	9,49	7,19
10 a 19	20,33	17,33
20 a 39	36,54	33,92
40 a 49	11,89	13,48
50 a 59	6,59	9,26
≥ 60	4,98	11,38

Fonte: Fundação SEADE, 2003

Quanto à distribuição de recursos de saúde, observa-se na Tabela 2 uma desvantagem para a região de Capela do Socorro, onde se localiza a unidade sem-PSF, que apresenta menor número de unidades de saúde em relação à demanda potencial, resultando conseqüentemente numa

sobrecarga dos serviços ofertados e dificultando o acesso da população.

Tabela 2. Oferta de serviços de saúde nas sub-prefeituras de Capela do Socorro e Penha. São Paulo, SP. Julho, 2004.

Equipamentos de saúde (n)	Sub-prefeitura	
	Socorro Unidade sem-PSF	Penha unidade com-PSF
Unidades Básicas de Saúde sem PSF	9	13
Unidade Básica de Saúde com PSF	5	5
Ambulatórios de Especialidades	3	1
Unidades de DST/AIDS	1	1
Unidades de Saúde Mental	1	2
Total	19	22

Fonte: Revista Saúde- São Paulo – Secretaria Municipal da Saúde, 2004

A Tabela 3, que apresenta alguns dados de caracterização de saúde, mostra que na sub-prefeitura de Capela do Socorro (unidade sem-PSF) há maior proporção de nascimento de crianças com baixo peso, maior porcentagem de mães adolescentes e menor cobertura de consulta de pré-natal, revelando condições mais desfavoráveis em relação à sub-prefeitura da Penha (unidade com PSF). Esse quadro pode também ser explicado pela insuficiência de recursos de saúde na região de Capela do Socorro, acentuando a dificuldade de acesso e conseqüente baixa cobertura, sobretudo na atenção à mulher na gravidez, parto e puerpério. Outro dado que reforça essa justificativa é a maior disponibilidade de leitos em maternidades, o que pode ser observado pelo maior percentual de partos cesários na sub-prefeitura de Penha. Apesar de apontar maior acesso ao parto hospitalar, isso não significa que os partos cerários sejam os mais adequados para a saúde da mãe e do bebê.

Tabela 3. Dados de caracterização de saúde nas subprefeituras de Socorro e Penha. São Paulo, SP. Julho, 2004.

Características (%)	Sub-prefeitura	
	Socorro unidade sem-PSF	Penha unidade com-PSF
RN baixo peso (< 2.5 Kg)	10,1	9,7
Mãe adolescente (< 20 anos)	16,6	13,7
Partos cesários	45,1	54,7
Gestantes com 7 e mais consultas pré-natais	50,8	60,8
Total nascidos vivos	11.478	6.725

Fonte: Boletim CEInfo – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2003

Um dos índices mais sensíveis para medir o estado de saúde de uma determinada população é o coeficiente de mortalidade infantil, compreendido pelo óbito neonatal total e óbito pós-neonatal. Revela-se como indicador do nível de vida da população e do desenvolvimento sócio-econômico de um país, quando associado às suas condições sociais, culturais e econômicas (Zurriaga-Llorens e cols., 1990).

A Tabela 4 apresenta a distribuição de indicadores de mortalidade infantil por distrito administrativo.

Tabela 4. Mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil nos distritos administrativos de Cidade Dutra e Arthur Alvim. São Paulo, SP, 2001.

Coeficientes de mortalidade (por 1000 nascidos vivos)	Distrito administrativo	
	Cidade Dutra unidade sem-PSF	Artur Alvim unidade com-PSF
Óbito Neonatal Precoce	7,63	4,45
Óbito Neonatal Tardio	5,60	2,78
Óbito Neonatal Total	13,23	7,23
Óbito Pós-Neonatal	6,87	6,68
Mortalidade Infantil	20,10	13,91

Fonte: SEADE (Dados Preliminares -abril de 2002)

Total de nascidos vivos em Cidade Dutra: 3.930 e Artur Alvim: 1.797

Constatam-se índices mais elevados em Cidade Dutra, com uma acentuada diferença no coeficiente de mortalidade infantil de quase 7 por mil nascidos vivos. Tomando-se como referência a mortalidade infantil no município de São Paulo, de 15,8 por mil nascidos vivos, percebe-se que Cidade Dutra apresenta pior performance, comparado ao município como

um todo, certamente reflexo das condições de vida e saúde naquela região, fato que confirma as discrepâncias encontradas na mortalidade da população infantil entre os bairros mais pobres e os mais ricos da cidade de São Paulo, como apresentado na introdução deste estudo.

O estudo de Costa e cols. (2001), que analisou a relação existente entre a distribuição espacial da mortalidade infantil e as condições de vida da população em Salvador, BA, também observou que apesar do declínio as taxas continuam mais elevadas entre os estratos sociais de muito baixa condições de vida, confirmando a manutenção das desigualdades sociais e o papel decisivo dos processos sociais que comprometem as condições de vida na determinação da mortalidade infantil naquela cidade.

Tabela 5. Índice de exclusão e algumas variáveis demográficas e socioeconômicas selecionadas, por distrito administrativo. São Paulo, SP. Julho, 2004.

Variáveis	Distrito administrativo	
	Cidade Dutra unidade sem-PSF	Arthur Alvim unidade com-PSF
População em 2000 ¹	190.079	111.210
Índice de exclusão	-0,67	-0,49
Chefes de família com renda < 3 sm (%)	46	40
Chefes com < 7 anos de escolaridade (%)	62	56
Homicídios 15 a 24 anos ²	143	96
Domicílios precários (%)	23	50
Área com favela (%)	3	2,85
Mulheres chefes de família sem renda (%)	12	7,0

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo, 2002

¹IBGE – Censo/2000

²Óbitos/100.000 habitantes

A Tabela 5 apresenta algumas variáveis sócio-econômicas e demográficas dos dois distritos administrativos onde se localizam as unidades de saúde envolvidos no estudo. Os dados reiteram que a população residente no distrito administrativo de Cidade Dutra, região onde se localiza a unidade sem-PSF, apresenta população mais numerosa e índice de exclusão mais acentuado. Essa posição no mapa de exclusão da

cidade é confirmada pelas demais variáveis como renda e escolaridade dos chefes de família, taxa de homicídios, áreas com favela e percentual de mulheres chefes de família sem renda, todos com índices mais desfavoráveis em relação aos da população de Arthur Alvim.

Estudando a desigualdade nas mortes ocorridas no estado de São Paulo no período de 1999 a 2001, Batista e cols., (2004) observaram que a morte na população branca decorria predominantemente de vários tipos de doença, enquanto na população negra, de causas externas, complicações da gravidez e parto, transtornos mentais e causas mal definidas.

A análise da oferta de serviços de saúde por distrito administrativo confirma a desvantagem, revelando menor número de Unidades Básicas de Saúde na região de Cidade Dutra (Tabela 6).

Tabela 6. Oferta de serviços de saúde nos distritos administrativos de Cidade Dutra e Arthur Alvim. São Paulo, SP. Julho, 2004.

Equipamentos de saúde (n)	Distrito administrativo	
	Cidade Dutra unidade sem-PSF	Arthur Alvim unidade com-PSF
Unidades Básicas de Saúde sem o PSF	3	4
Unidades Básicas de Saúde com o PSF	1	3
Ambulatórios de Especialidades	1	1
Unidade de DST/AIDS	1	-
CECCO- Unidade de Saúde Mental	-	1
Total	6	9

Fonte: Revista Saúde- São Paulo – Secretaria Municipal da Saúde, 2004

A sub-prefeitura de Capela do Socorro tem em média 45.000 habitantes por Unidade Básica de Saúde, enquanto a sub-prefeitura de Penha tem em média 26.134 habitantes por Unidade Básica de Saúde. Considerando a população em 2000 e o número de Unidades Básicas de Saúde em cada distrito administrativo, constata-se em Cidade Dutra, uma média de 47.500 habitantes por Unidade Básica de Saúde, enquanto em

Arthur Alvim, cada Unidade Básica de Saúde possui em sua área de abrangência, aproximadamente 15.887 habitantes, fato que teoricamente possibilita uma melhor adequação dos recursos disponíveis às necessidades de saúde da população.

Analisando-se os dados apresentados, observa-se desvantagem em quase todas as variáveis para a região de Capela do Socorro (distrito administrativo de Cidade Dutra), área onde se localiza a unidade de saúde sem-PSF. Embora as duas regiões pertençam à periferia do município de São Paulo e apresentem características gerais pertinentes a essa condição, é fato que tanto as condições de vida como de saúde da população de Capela do Socorro são piores que de Artur Alvim. Do ponto de vista da saúde, levando-se em conta o conceito de território, enquanto espaço ocupado por uma população com características e determinados recursos sociais e de saúde específicos que interagem num determinado tempo histórico, percebe-se que tais recursos na região de Artur Alvim respondem melhor às necessidades da população de sua área de abrangência. Embora os dados apresentados não sejam específicos da área de abrangência de cada uma das unidades estudadas, como correspondem às regiões onde as unidades estão inseridas, certamente revelam que as ações desenvolvidas estão impactando na saúde dessas populações. Constata-se, portanto, que a unidade sem-PSF apresenta desvantagem em relação à unidade com-PSF.

Outro dado que também poderia implicar em desvantagem é a organização da assistência no PSF, que delimita a área de abrangência de acordo com os recursos humanos disponíveis, ou seja, há melhor

adequação do binômio demanda/oferta. As duas unidades utilizam o processo de territorialização, estratégia fundamental para o planejamento das ações de saúde como forma de operacionalização do SUS. O planejamento, no entanto, torna-se muito mais complexo quando o binômio demanda /oferta não é delimitado a priori, fenômeno observado no modelo tradicional, ou seja, atendimento à demanda espontânea, resultando muitas vezes em ações menos contínuas e mais distantes de uma atenção mais integral, além de dificultar a prática da universalidade.

6.1.2 Caracterização das crianças e suas famílias

Segundo Castellanos (1990), a situação de saúde é decorrente de condicionantes que atuam na sociedade e resultam em diferentes perfis de morbimortalidade. Para o autor, a ação dos serviços sobre os problemas de saúde e os riscos envolvidos ocorre em três níveis. No primeiro, aspectos biológicos e o modo de vida dos indivíduos determinam o problema e a ação dos serviços é individual. No segundo nível, os problemas são definidos para grupos da população, e as ações de saúde se organizam em torno de grupos-alvo e auxiliam na compreensão da influência da dimensão estrutural sobre a saúde dos indivíduos. O terceiro nível se expressa pelas políticas de saúde e a definição de prioridades revela os problemas de saúde em suas perspectivas histórica, cultural e social, no contexto do desenvolvimento econômico e sócio-político de organizações coletivas.

Assim, ainda buscando contemplar o contexto e a inserção, caracterizaram-se as crianças e suas famílias no sentido de incorporar o conhecimento de mais uma parcela ou parte dos espaços onde ocorrem os

processos sociais do presente estudo.

A Tabela 7 mostra que a idade mediana das crianças estudadas foi de 1,36 anos, não diferindo entre as unidades sem-PSF e com-PSF. Quanto ao sexo, houve uma ligeira predominância do sexo masculino nas duas unidades de saúde, também não se constatando diferença estatisticamente significativa, o que torna os grupos homogêneos nesses aspectos, favorecendo a análise comparativa.

Tabela 7. Distribuição das crianças estudadas segundo sexo e idade, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Características	Unidade de saúde		Total	P
	sem-PSF	com-PSF		
Sexo				0,937 ¹
Masculino	50 (52,1%)	51 (51,5%)	101 (51,8%)	
Feminino	46 (47,9%)	48 (48,5%)	94 (48,2%)	
Idade (anos)				0,556 ²
Média	2,15	2,07	2,11	
Mediana	1,31	1,45	1,36	
Desvio-padrão	1,81	1,84	1,82	

¹ Teste qui-quadrado

² Teste Mann-Whitney

Com relação às condições de moradia, observa-se na Tabela 8 que a maioria das famílias das crianças estudadas de ambas as unidades residiam há cerca de 9 anos no mesmo domicílio, em casa própria (91,2%), com uma mediana de 3 cômodos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para essas variáveis. Quanto à instalação sanitária, as crianças atendidas na unidade com-PSF apresentavam condições mais desfavoráveis, uma vez que 19,2% de suas famílias residiam em moradias com instalação sanitária externa e 5,1% não possuíam sanitário, diferença estatisticamente significativa. Em relação às condições de saneamento básico, as crianças atendidas em ambas as unidades de saúde apresentavam condições semelhantes, com quase 90% residindo em

moradias com acesso à rede pública de água e esgoto.

Tabela 8 – Distribuição das crianças estudadas segundo condições da moradia e saneamento, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003

Variáveis	Unidade de saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		
<i>Condições da moradia</i>				
Tipo				0,093
Casa	91 (95,8%)	86 (86,9%)	177 (91,2%)	
Barraco	1 (1,1%)	8 (8,1%)	9 (4,6%)	
Outros	3 (3,2%)	5 (5,0%)	8 (4,1%)	
Tempo de moradia (anos)				0,975 ²
Média	9,75	8,96	9,35	
Mediana	6	5	5	
Desvio-padrão	10,0	9,0	9,5	
Situação				0,107
Própria	50 (52,1)	61 (61,7%)	111 (56,9%)	
Alugada	17 (17,7%)	22 (22,2%)	39 (20,0%)	
Cedida	26 (27,1%)	16 (16,2%)	42 (21,5%)	
Outros	3 (3,1%)	-	3 (1,5%)	
Número de cômodos				0,578 ²
Média	3,18	3,29	3,23	
Mediana	3,00	3,00	3,00	
Desvio-padrão	1,29	1,23	1,26	
Instalação sanitária				0,034 ³
Interna	86 (89,6%)	75 (75,8%)	161 (82,6%)	
Externa	7 (7,3%)	19 (19,2%)	26 (13,4%)	
Inexistente	3 (3,1%)	5 (5,1%)	8 (4,1%)	
<i>Condições de Saneamento</i>				
Abastecimento de água				0,065
Rede pública interna	78 (82,1%)	93 (93,9%)	171 (88,1%)	
Rede pública externa	13 (13,7%)	5 (5,1%)	18 (9,3%)	
Poço/outros	4 (2,1%)	1 (1,0%)	5 (2,5%)	
Rede de esgoto				0,377
Rede Pública	83 (87,4%)	89 (89,9%)	172 (88,7%)	
Fossa	6 (6,3%)	1 (1,0%)	7 (3,6%)	
Céu Aberto	6 (6,3%)	8 (8,1%)	14 (7,2%)	
Não sabe	-	1 (1,0%)	1 (0,5%)	
Frequência da coleta do lixo				0,169
Diária/dias alternados	91 (94,8%)	98 (98,9%)	189 (96,9%)	
Semanal	3 (3,1%)	-	3 (1,5%)	
Irregular/outros	2 (2,1%)	1 (1,01%)	3 (1,5%)	

¹ Teste exato de Fisher

² Teste Mann-Whitney

³ Teste qui-quadrado

Tabela 9 – Distribuição das crianças estudadas segundo variáveis sócio-demográficas do respondente e econômicas da família, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003

Características do respondente	Unidade de saúde		Total	p ¹
	sem-PSF	com-PSF		
Sexo				0,849
Feminino	88 (93,6%)	92 (92,9%)	180 (93,3%)	
Masculino	6 (6,4%)	7 (7,1%)	13 (6,7%)	
Idade (anos)				0,191 ³
Média	28,18	30,79	29,51	
Mediana	28,00	29,00	28,00	
Desvio-padrão	8,33	10,99	9,84	
Relação com a criança				0,305 ²
Pai	6 (6,3%)	5 (5,1%)	11 (5,7%)	
Mãe	83 (87,4%)	80 (80,8%)	163 (84,0%)	
Irmão	1 (1,1%)	1 (1,0%)	2 (1,0%)	
Outros	5 (5,3%)	13 (13,1%)	18 (9,3%)	
Situação conjugal				0,817
Vive com companheiro	76 (79,2%)	76 (76,8%)	152 (77,9%)	
Não vive com companheiro	20 (20,8%)	23 (23,2%)	43 (22,0%)	
Tempo de moradia em São Paulo (anos)				0,338 ³
Média	19,63	21,45	20,59	
Mediana	19,00	21,00	20,00	
Desvio-padrão	10,92	12,43	11,74	
Chefe de família				0,637
Não	63 (67,0%)	66 (70,2%)	129 (68,6%)	
Sim	31 (33,0%)	28 (29,8%)	59 (31,4%)	
Escolaridade (anos de estudo)				0,613
Não estudou	4 (4,2%)	2 (2,0%)	6 (3,1%)	
< 8	42 (44,2%)	41 (41,8%)	83 (43,0%)	
≥ 8	49 (51,6%)	55 (56,1%)	104 (53,9%)	
Inserção no mercado de trabalho				0,335
Não	71 (74,0%)	67 (67,7%)	138 (70,8%)	
Sim	25 (26,0%)	32 (32,3%)	57 (29,2%)	
Renda familiar <i>per capita</i>				0,441
< 1 salário mínimo	20 (20,8%)	13 (13,3%)	33 (17,0%)	
1 a 3 salários mínimos	56 (58,4%)	59 (60,2%)	115 (59,3%)	
≥ 4 salários mínimos	20 (20,8%)	22 (23,2%)	42 (21,6%)	
Nº pessoas que contribuem para a renda				0,342
1 pessoa	65 (67,7%)	57 (58,8%)	122 (63,2%)	
2 pessoas	24 (25,0%)	28 (28,9%)	52 (26,9%)	
3 ou mais pessoas	7 (7,3%)	12 (12,4%)	19 (9,8%)	
Assistência médica suplementar				0,169
Não	82 (85,4%)	77 (77,8%)	159 (81,5%)	
Sim	14 (14,6%)	22 (22,2%)	36 (18,5%)	
Gasto Mensal com saúde (reais)				0,432 ³
Média	79,94	90,15	84,38	
Mediana	50,00	70,00	50,00	
Desvio-padrão	69,55	99,64	83,73	

¹ Teste qui-quadrado² Teste exato de Fisher³ Teste Mann-Whitney

Analisando-se os dados sócio-econômicos e demográficos contidos na Tabela 9, observa-se que mais de 80% dos respondentes eram mães das crianças estudadas, com faixa etária entre 28 a 30 anos. O tempo médio de

residência em São Paulo girava em torno de 20 anos e a maioria, aproximadamente 78%, vivia com companheiro. Quanto ao nível de escolaridade, aproximadamente 50% dos respondentes possuíam 8 anos ou mais de estudo, a maior parte (68,6%) não ocupava posição de chefia da família e mais de 70% não estava inserida no mercado de trabalho. Cerca de 60% das famílias possuíam renda familiar *per capita* entre 1 a 3 salários mínimos e em dois terços delas, apenas uma pessoa da família contribuía para a renda familiar. As famílias referiram gasto médio mensal de R\$ 84,34 com a saúde e a grande maioria das famílias não possuía assistência médica suplementar (81,5%).

Apesar das diferenças existentes na caracterização das regiões onde moram as famílias das crianças, a população estudada apresentou características sócio-demográficas e econômicas semelhantes, o que reforça alguma similaridade dos grupos estudados para essas variáveis específicas, favorecendo uma melhor compreensão do comportamento das demais variáveis do estudo.

6.2 Organização dos serviços de saúde / Modelos assistenciais

No setor saúde, a década de 90 foi marcada pelo avanço do processo de descentralização no país. Apesar das dificuldades, hoje os municípios são os principais responsáveis pela gestão dos serviços de saúde e, portanto, pelo desenvolvimento de programas e ações de saúde direcionadas à população. Desde a constituição de 1988, a grande tarefa nacional do setor tem sido a implementação do SUS. Com um cenário

nacional como a do Brasil, bastante fragmentado, com grande diversidade e enormes desigualdades sociais, regionais e intra regionais, a construção do SUS torna-se muito mais complexa. Portanto, a avaliação das mudanças em curso torna-se bastante delicada e cautelosa, devendo-se tomar os devidos cuidados com generalizações e conclusões apressadas. A maior dificuldade, no entanto, é a compreensão de como as mudanças ocasionadas pelo processo de implantação do SUS geram impactos na reorganização das secretarias municipais, na estrutura e na composição da rede ou dos sistemas locais, na extensão e na qualidade da assistência, bem como, nas condições de acesso aos serviços de saúde (Bodstein, 2002).

Na cidade de São Paulo, a partir da retomada da gestão da saúde pelo município, deflagrou-se o processo de reorganização da atenção à saúde. Esse processo implicou na concepção da saúde como direito social e na assunção das diretrizes constitucionais do SUS como universalidade, igualdade, equidade e integralidade das ações. Para operar as transformações necessárias foram definidas algumas diretrizes, destacando-se entre elas, a indicação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica, o fortalecimento da descentralização através da criação dos distritos de saúde, a implantação da gestão eficaz da saúde através de instrumentos de qualidade da assistência, do planejamento e da regulação do sistema, além de diversos projetos de formação, capacitação e desenvolvimento destinado aos trabalhadores da saúde (São Paulo, 2003).

Algumas medidas foram adotadas com o objetivo de inverter o modelo assistencial vigente, centrado em ações médico-curativistas. Nesse

sentido, foram incorporadas novas práticas como o Programa de Saúde da Família e a criação do processo de distritalização, com a divisão da cidade inicialmente em 41 distritos de saúde e posteriormente em 39. Com a criação das sub-prefeituras, os distritos foram transformados em 31 coordenadorias de saúde, porém com as mesmas bases teóricas e técnicas do processo de descentralização. A distritalização do sistema municipal de saúde foi, então, concebida com base no modelo teórico, Sistemas Locais de Saúde – SILOS e em dois critérios, o de base populacional e o contorno geo-administrativo. O processo foi desenvolvido com a intenção de promover a descentralização do planejamento e a gestão dos serviços de saúde, possibilitando maior agilidade na identificação e resolução de demandas no âmbito da saúde local. Ao mesmo tempo, objetivando dar sustentação a essas mudanças, desencadeou-se na cidade, um processo de capacitação dos profissionais envolvidos na gerência de todas as unidades de saúde (com e sem PSF), através do Projeto Gerência de Unidades de Saúde (GERUS), cujos objetivos eram a melhoria da qualidade das atividades prestadas, maior efetividade do planejamento local e maior equidade nos serviços (Capucci, 2003).

Costa e Maeda (2001), em reflexão analítica sobre a rede básica e o distrito sanitário, destacam a existência de diferentes modelos assistenciais com distintas formas de operacionalização dos princípios do SUS, revelando uma pluralidade na forma de prestação da assistência, com ausência de um padrão único. Segundo as autoras, as desigualdades existentes nos diferentes territórios de uma mesma rede básica ou distrito sanitário favorecem a diversidade de modelos. Apontam que os modelos

não são excludentes, mas complementares e esse processo de complementaridade pode resultar em um modelo denominado híbrido, que pode contemplar a prática sanitária centrada na vigilância à saúde e a forma de gestão proposta pelo modelo em defesa da vida, podendo até mesmo incorporar as ações programáticas em consonância com o PSF.

É nesse cenário político e técnico que se inserem as unidades de saúde do presente estudo.

Cabe ressaltar que na cidade de São Paulo, mesmo as iniciativas anteriores, implantadas desde a década de 80, como o PAISC e PAISM, entre outras, foram totalmente esvaziadas pelo período de oito anos, tempo que permaneceu o Plano de Assistência à Saúde – PAS, cuja atenção à saúde era concebida nos moldes do pronto atendimento. Assim, é importante contextualizar os avanços e limites do sistema com o momento histórico atual, para que as análises impulsionem as mudanças necessárias para as transformações, mas sem perder de vista o processo dialético da mudança.

Tomando-se a organização dos serviços como parte importante para a viabilização do princípio da integralidade, observa-se que a política de saúde do município de São Paulo privilegiou o trabalho em distritos de saúde, investiu na capacitação de seus profissionais e lançou alguns projetos prioritários. Na área da criança, projetos como o Nascer Bem e o Acolhimento criaram um território mais fértil para o processo de implantação e desenvolvimento do SUS na cidade. É importante lembrar que essas diretrizes foram implantadas tanto para as unidades com-PSF como para as sem-PSF. É claro que as formas de operacionalização

dessas diretrizes foram adaptadas às condições de trabalho de cada modelo, mas o eixo norteador do trabalho foi comum para ambas as unidades, de forma que na cidade de São Paulo, as unidades de saúde denominadas historicamente com modelo de saúde tradicional, já incorporam mudanças que agregam princípios do SUS, ultrapassando em alguns aspectos o modelo conservador. Esse momento pode ser interpretado como um período de transição entre o velho e o novo.

Tendo em vista que, caracterizar aspectos relacionados à organização de serviços de saúde é uma questão bastante complexa, uma vez que além de serem inúmeros os aspectos pertinentes à organização, muitas vezes, seus atributos ainda podem estar associados a outros indicadores de processos de trabalho e/ou de resultados. Nesse sentido, com a perspectiva de investigar a integralidade na organização dos serviços, optou-se pela análise de estrutura por meio da:

- Caracterização geral da estrutura de cada equipamento;
- Caracterização da acessibilidade.

6.2.1 Caracterização das unidades de saúde

Carvalho e cols. (2000), em levantamento conceitual sobre processo avaliativo em saúde, apontam dois aspectos importantes na avaliação de estrutura, um relacionado à estrutura propriamente dita, ou seja, as características gerais do serviço (estrutura física, recursos humanos e equipamentos) e outro relacionado à avaliação de conteúdo, que envolve a utilização de normas, rotinas, padrões, procedimentos e protocolos em relação à clientela.

Com relação à avaliação de conteúdo (normas, rotinas e protocolos) utilizados nas atividades meio, tais como esterilização, organização de materiais médico-hospitalares, medicamentos e outros, as duas unidades utilizam as mesmas descrições, que são disponíveis para o município todo, por meio de cadernos técnicos.

Com relação aos protocolos de atendimento ao usuário, o PSF desenvolveu protocolos de enfermagem para o atendimento da criança, mulher, adulto, idoso e tratamento de feridas. Embora esses protocolos tenham surgido a partir de uma necessidade do PSF, os mesmos foram estendidos às unidades sem-PSF, inclusive com distribuição de material gráfico de apoio e capacitação de todos os enfermeiros da rede. Portanto, as condições técnicas foram oferecidas para ambas, porém a implantação desse tipo de organização do trabalho, com a utilização de protocolos e o estabelecimento de fluxos assistenciais só pode ser viabilizada na prática, com a disponibilização de recursos humanos, sobretudo da área da enfermagem, mais especificamente enfermeiros. No PSF, a estrutura de pessoal já foi dimensionada para atuar nessa dinâmica de trabalho.

O Quadro 1 apresenta a caracterização quantitativa de pessoal, por unidade de saúde.

Quadro 1. Caracterização quantitativa dos recursos humanos

Caracterização por categoria	Unidade de saúde	
	sem-PSF	Com-PSF
Gerente/Diretor	Previsto: 1 Existente: 1 Carga horária semanal: 40h	Previsto: 1 Existente: 1 Carga horária semanal: 40
Médica	Previsto: 7 Existente: 7 (2 pediatras) Carga horária semanal: 40/20	Previsto: 4/generalistas Existente: 4/generalistas Carga horária semanal: 40
Enfermeira	Previsto: 2 Existente: 2 Carga horária semanal: 30	Previsto: 4 Existente: 4 Carga horária semanal: 40
Psicóloga	Previsto: 1 Existente: 1 Carga horária semanal: 30	Previsto: 0 Existente: 0 Carga horária semanal:
Assistente social	Previsto: 2 Existente: 2 Carga horária semanal: 30	Previsto: 0 Existente: 0 Carga horária semanal:
Educadora	Previsto: 1 Existente: - Carga horária semanal:	Previsto: 0 Existente: 0 Carga horária semanal:
Auxiliar de enfermagem	Previsto: 12 Existente: 8 Carga horária semanal:30	Previsto: 8 Existente: 8 Carga horária semanal:40
Agente comunitário de saúde	Previsto: 0 Existente: 0 Carga horária semanal: 0	Previsto: 20 Existente: 20 Carga horária semanal:40
Dentista	Previsto: 2 Existente: 4 Carga horária semanal:20	Previsto: 0 Existente: 1 Carga horária semanal: 20
Auxiliar administrativo	Previsto: 4 Existente: 10 Carga horária semanal:40	Previsto: 02 Existente: 02 Carga horária semanal:
Auxiliar consultório dentário	Previsto: 2 Existente: - Carga horária semanal:-	Previsto: 0 Existente: 1 Carga horária semanal: 40
Atendente da recepção	Previsto: - Existente: 1 Carga horária semanal:40	Previsto: 0 Existente: 0 Carga horária semanal:
Atendente da farmácia	Previsto: 2 Existente: -2 Carga horária semanal:-	Previsto: 0 Existente:0 Carga horária semanal:
Funcionários da limpeza	Previsto: - Existente: terceirizado Carga horária semanal:40	Previsto: Existente: terceirizado Carga horária semanal:
Visitador Sanitário:	1 com Carga horária semanal:30	
Chefe Administrativo:	1 com Carga horária semanal:30	
Atendente de Enfermagem:	1 com Carga horária semanal:30	

Sabe-se que uma das principais dificuldades na consolidação do SUS está relacionada à equipe de saúde, recursos humanos que compõem um

dos alicerces da produção em saúde. É necessário reconhecer que existem dois aspectos relacionados a pessoal, o quantitativo e o qualitativo, ambos igualmente importantes no resultado da atenção prestada. Além da garantia do quantitativo, a instituição deve investir na capacitação e na criação de condições favoráveis de trabalho, para que os trabalhadores possam sentir-se responsáveis e comprometidos com as necessidades de saúde dos usuários. Promover as mudanças necessárias na saúde implica ainda propiciar a ampla participação dos trabalhadores da saúde como sujeitos sociais do processo de transformação da realidade social e desenvolver ainda um forte espírito de equipe na resolução ou enfrentamento dos problemas (Sakai e cols, 2001; Mattos, 2004).

Como esperado, encontrou-se uma discrepância entre as duas unidades, tanto em relação à quantidade, quanto ao tipo de profissionais envolvidos diretamente na atenção à saúde dos usuários. O modelo com-PSF restringe bastante as categorias profissionais, resultando em apenas quatro categorias de caráter generalista (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). O modelo sem-PSF possui uma diversidade maior de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, educadora de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário), pulverizando a atenção em várias categorias profissionais, o que por um lado favorece a integralidade da atenção, mas por outro, traz o risco da fragmentação, uma vez que os profissionais não possuem agenda para encontros que promovam a troca e o conseqüente fortalecimento do espírito de equipe no trabalho.

Com relação à estrutura física para o atendimento da criança, as duas

unidades possuíam consultórios com área total em metros quadrados, ventilação e iluminação adequados, com paredes e pisos laváveis, atendendo aos requisitos estabelecidos pela vigilância sanitária (Ministério da Saúde, 1995).

O Quadro 2 apresenta a relação de material médico hospitalar e alguns equipamentos pertinentes ao atendimento da criança, por unidade.

Quadro 2. Distribuição de materiais e equipamentos.

<i>Materiais e equipamentos*</i>	Unidade de saúde	
	sem-PSF	com-PSF
Abaixador de língua (pacote):	Sim	Sim
Mesa de exame com coxim:	Sim	Sim
Mesa de trabalho com 2 cadeiras:	Sim	Sim
Otoscópio:	Sim	Sim
Tensiómetro com manguito de 3 tamanhos:	Não	Não
Balde de pedal:	Sim	Sim
Biombo:	Não	Não
Escada de 2 degraus:	Sim	Sim
Cesto para papel:	Sim	Sim
Foco de luz com haste flexível:	Sim	Sim
Mesa auxiliar:	Sim	Sim
Suporte para papel toalha:	Sim	Sim
Suporte para sabão líquido:	Sim	Sim
Bandeja retangular:	Sim	Sim
Lanterna:	Sim	Sim
Fita métrica:	Sim	Sim
Termômetro:	Sim	Sim
Estetoscópio biauricular inf.:	Sim	Sim
Material de expediente:(impressos)	Sim	Sim
Lençol para mesa de exame descartável (rolo):	Sim	Sim
Papel toalha:	Sim	Sim
Antropômetro:	Sim	Sim
Balança p/ adulto c/ altímetro:	Sim	Sim
Balança para lactente:	Sim	Sim

Constata-se que ambas as unidades possuíam mesa de atendimento com duas cadeiras, mesa de exame com coxim, escada de dois degraus, além de praticamente todo o restante do listado, podendo-se concluir que as

duas unidades possuíam condições adequadas para o atendimento da criança, embora ocasionalmente, por questões burocráticas, pudesse sofrer com a falta temporária de um ou outro item da relação. É importante lembrar que as duas unidades são abastecidas pelo mesmo sistema de suprimentos da Prefeitura do Município de São Paulo.

Quanto à organização da assistência, verificou-se que na unidade sem-PSF, a atenção é organizada de duas formas, individual e grupal. A primeira é realizada por meio de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, além de atendimentos desenvolvidos pela equipe de enfermagem como curativos, vacinas, nebulizações, entre outros, enquanto a segunda é desenvolvida através de grupos temáticos com a participação de profissionais de diversas categorias. Na área temática da criança, as ações coletivas são desenvolvidas com a realização do “grupo de puericultura”, com captação das crianças por ocasião da aplicação da vacina contra tuberculose (BCG). Constatou-se que o grupo é coordenado pela enfermeira da unidade que aborda temas pertinentes à puericultura, incluindo além de ações educativas, ações individuais como verificação e avaliação de medidas antropométricas. Somente a partir dessa avaliação, a consulta médica é agendada com maior ou menor prioridade, e dependendo da necessidade, são realizados encaminhamentos a outros serviços. Apesar da atividade ser semanal, verificou-se que o grupo não tem um caráter contínuo de acompanhamento, pois cada criança participa uma única vez e a partir daí é inserida no acompanhamento médico, perdendo-se o vínculo com a enfermeira, que por sua vez não realiza consultas de enfermagem de rotina. Cabe ressaltar que apesar da atividade grupal ter um caráter

educativo, percebe-se uma tendência voltada para as ações centradas na clínica e no indivíduo.

Na unidade com-PSF, a assistência à criança também é organizada através da atenção individual e grupal. Verificou-se que a atenção individual é desenvolvida por meio de consultas médicas e de consultas de enfermagem, planejadas conforme os parâmetros assistenciais estabelecidos pela NOAS (2001): uma visita domiciliar ao recém nascido no primeiro mês de vida, realizada pelo médico ou enfermeiro, que avalia o grau de risco a que o recém-nascido está exposto e estabelece um cronograma de consultas, de forma que, por exemplo, um recém-nascido de baixo risco recebe no mínimo, três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem por ano. Além das consultas, as crianças menores de 5 anos recebem visitas sistemáticas dos agentes comunitários de saúde com a perspectiva da vigilância à saúde. A atenção coletiva é desenvolvida por meio de reuniões educativas que também são estabelecidas pelos mesmos parâmetros assistenciais, com o estabelecimento de no mínimo duas reuniões educativas por ano para crianças menores de 1 ano (Ministério da Saúde, 2001).

Percebe-se que a forma de organização da atenção na unidade sem-PSF acaba favorecendo uma centralização da organização da atenção à saúde no atendimento médico, uma vez que é a categoria mais fortalecida em quantidade de recursos humanos e justamente aquela que tem mais incorporada a forma de atenção centrada no indivíduo e nos processos patológicos. Os demais profissionais acabam assumindo a forma de atenção mais grupal, voltada para promoção/prevenção. Portanto, a forma de

organização do PSF favorece a quebra da hegemonia médica e da dicotomia de ações curativas e de promoção à saúde, pois existe uma proporção equiparada de médicos e enfermeiros, o que pela própria área do conhecimento de cada um desses profissionais pode gerar uma possibilidade maior de avançar em direção ao princípio da integralidade. Por outro lado, no modelo sem-PSF a estrutura de recursos humanos possibilita o atendimento às necessidades dos usuários na área de saúde mental e odontológica, enquanto no modelo com-PSF, existe uma lacuna para a atenção voltada a essas necessidades específicas.

Peduzzi (2000), em conferência sobre a inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção à saúde, ressaltou a necessidade de questionar e desconstruir o modo independente e isolado de produzir saúde. Sinaliza o trabalho em equipe como a articulação das inúmeras ações executadas pelos distintos profissionais e a comunicação e inter-relação desses profissionais, como um meio de avançar na ruptura dessa fragmentação em direção a uma atenção mais integral.

Nessa perspectiva, cabe uma reflexão acerca da formação dos profissionais de saúde que ainda tem sido centrada na formação de especialistas, com visão voltada para o velho modelo biomédico-biologicista, com enfoque curativo e orientado para a atenção individual. Muitos projetos sustentados pela visão do processo saúde-doença como determinação econômico-social e cultural têm surgido, porém a maioria das escolas ainda tem introjetada em seus projetos pedagógicos, a racionalidade científica ancorada na concepção mecanicista. Esse modelo resulta em um determinado perfil profissional que não contempla os conhecimentos,

habilidades e atitudes necessárias para o enfrentamento dos desafios implícitos ao atual sistema de saúde. Portanto, a transformação deve incluir a mudança do perfil profissional nas escolas e nos serviços (Luz, 1988; Souza, 2002).

As duas unidades apresentaram um bom potencial quanto aos recursos físicos e materiais, propiciando condições, não ideais, mas adequadas para o desenvolvimento do trabalho. Quanto aos profissionais que compunham as equipes de trabalho, a análise, do ponto de vista quantitativo, mostrou que na unidade sem-PSF, o quadro é mais extenso, composto por profissionais de diversas áreas, enquanto na unidade com-PSF, o quantitativo é mais reduzido e concentrado em poucas categorias. No âmbito da organização do trabalho, a questão central parece não estar relacionada ao quantitativo de profissionais, mas sim na forma como desenvolvem suas ações. Nesse sentido, percebe-se que a articulação das ações e a inter-relação entre os distintos profissionais, apesar de parecer óbvio é um dos pontos mais complexos de se efetivar no cotidiano dos serviços. Essa prática é uma das que mais agrega valor ao princípio da integralidade e encontra-se mais distante no modelo sem-PSF. A dinâmica de trabalho no PSF assegura o espaço formal de reflexão entre os profissionais, porém não garante que na prática, o espaço esteja sendo ocupado de forma adequada. Com certeza, a forma de organização do trabalho cria condições objetivas favorecedoras de uma prática mais integral, mas que só será concretizada no âmbito das relações de trabalho.

Conill (2002), em estudo semelhante realizado em Florianópolis, SC, também concluiu que as condições de área física, equipamentos e materiais

não comprometeram a prática da integralidade. Entretanto, identificou os recursos humanos como a problemática central no cumprimento dos objetivos da integralidade. Nesse sentido, observou uma tendência na permanência de práticas antigas e relaciona esse comportamento com a cultura institucional e a formação profissional. Por outro lado, atribuiu boa parte do efeito positivo da integralidade às visitas realizadas pelo agente comunitário de saúde, considerado viés do estudo. Apesar das contradições, reconhece a viabilidade e a potencialidade do PSF para o desenvolvimento de práticas mais abrangentes, alternativas ao modelo biomédico tradicional, embora essas ainda não sejam amplamente perceptíveis.

6.2.2 Acessibilidade

O acesso é um dos princípios do SUS mais intimamente relacionado ao princípio da integralidade, uma vez que a condição para que se desencadeie uma atenção integral ou não é a inserção do indivíduo no sistema (Conill, 2002). Portanto, o acesso é condição para que ocorra a integralidade, porém, por si só, não é garantia de cuidados integrais.

Para Unglert (1995), o acesso à saúde abrange quatro dimensões, a geográfica, a econômica, a cultural e por último a funcional. A geográfica refere-se às barreiras físicas a serem transpostas e a distância a ser percorrida, associada à oferta de transportes. A dimensão econômica relaciona-se aos custos que o usuário possa ter com serviços ou insumos não disponíveis no sistema. A cultural diz respeito à adequação do serviço aos hábitos e costumes da população. O aspecto funcional é relativo à oferta dos serviços em relação às necessidades da população, como por

exemplo, horário de funcionamento e qualidade do atendimento.

A Tabela 10 apresenta alguns aspectos relacionados à acessibilidade que foram levantados neste estudo. Observa-se que a maior parte das famílias (85,5%) vai à unidade de saúde a pé, porém os dados apontam que uma parcela maior das famílias da unidade sem-PSF precisa tomar ônibus para chegar à unidade, diferença estatisticamente significativa. Em parte, isso se explica pela falta de recursos que a região apresenta, o que faz com que pessoas de bairros mais distantes procurem a unidade para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Tabela 10. Distribuição das crianças estudadas segundo alguns aspectos relacionados à acessibilidade, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Variáveis	Unidade de saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	Com-PSF		
Como chega à unidade				0,036 ¹
A pé	77 (81,1%)	88 (89,8%)	165 (85,5%)	
De carro	4 (4,2%)	5 (5,1%)	9 (4,7%)	
Ônibus	10 (10,5%)	3 (3,1%)	13 (6,7%)	
Mais de um ônibus	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)	
Lotação	2 (2,1%)	1 (1,0%)	3 (1,6%)	
Carro de amigo	-	1 (1,0%)	1 (0,5%)	
Outros	1 (1,1%)	-	1 (0,5%)	
Nº de vezes que procurou unidade para agendamento				0,075 ²
Média	2,15	2,63	2,38	
Mediana	2	3	2	
Desvio padrão	1,3	1,8	1,6	

¹ Teste exato de Fisher (teste entre as variáveis a pé e ônibus)

² Teste Mann-Whitney

Com relação ao número de vezes que o usuário precisou procurar a unidade para agendamento de consulta, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa, a unidade com-PSF mostrou que o acesso é mais difícil, com média de 2,63 vezes e mediana de 3 idas à unidade, enquanto na unidade sem-PSF, que trabalha com a “porta aberta”, a média foi de 2,15 vezes e mediana de 2 idas à unidade para o agendamento de

consulta. Neste aspecto, há que se destacar o papel do agente comunitário de saúde, que muitas vezes faz a mediação entre o usuário e a unidade, pois em suas visitas, cabe a ele identificar as necessidades e compor a agenda do médico e da enfermeira (Conill, 2002). Essa dinâmica resulta numa programação previamente elaborada, e quando o agendamento é desarticulado desse sistema, ou seja, surgem problemas que não estavam programados, como por exemplo a “procura do dia”, parece que o usuário leva mais tempo para conseguir agendar uma consulta, em relação ao modelo tradicional.

Para Saito (2004), que estudou a prática da integralidade em unidade de PSF, a demora para o agendamento dificulta a prática da integralidade.

Como destacado, o acesso é considerado o ponto de partida em direção à prática do princípio da integralidade (Conill, 2002). Nesse sentido, observa-se que o acesso às consultas é bastante dificultado em ambas as unidades, uma vez que os resultados apontam média de 2 a 3 idas ao serviço para obtenção de uma consulta. Essa demora pode ser responsável pelo alto índice de procura do hospital/pronto atendimento para resolução de problemas relativos à atenção básica, como será visto, gerando um custo mais elevado para solucionar problemas de baixa complexidade, sem considerar a descontinuidade e acompanhamento do usuário, que também compromete a integralidade.

6.3 Prática da integralidade no cuidado prestado

Neste estudo, a prática da integralidade no cuidado foi operacionalmente avaliada a partir da resolução dos problemas de saúde

referidos, da satisfação do usuário e do registro em prontuário, considerando que estes aspectos possibilitam uma atenção mais integral.

6.3.1 Resolutividade

Segundo Conill (2004), o entendimento da integralidade enquanto um dos atributos da atenção primária, medida pela continuidade da assistência tem predominado em estudos mais recentes. Assim, sugere e utiliza a “referência” como indicador para a operacionalização dessa variável. O funcionamento de um sistema de referência e contra referência, que dê conta de absorver as demandas regionais e que tenha como porta de entrada a atenção básica é, portanto imprescindível para a resolução final dos problemas de saúde.

A Tabela 11 mostra que três quartos dos responsáveis pelas crianças costuma procurar atendimento de rotina. Entretanto, ao serem questionados se procuram assistência específica em decorrência de problema de saúde, cerca de 60% responderam que sim, e nesse caso, proporção bastante elevada da população da unidade sem-PSF referiu procurar assistência específica em hospital (87,3%), em relação à unidade com-PSF (70,5%). O pronto atendimento foi mais procurado pelos familiares da unidade com-PSF (36,1% contra 16,4%), da mesma forma que a própria unidade básica de saúde (49,2% contra 23,6%), todos com diferença estatisticamente significativa. Esses dados sugerem que a população da unidade com-PSF apresenta maior vínculo e confiança no serviço básico de saúde, em relação à unidade sem-PSF.

Um aspecto que pode exercer influência sobre esses índices é a

realidade de cada região, ou seja, enquanto o distrito de Artur Alvim (unidade com PSF) tem em média 1 UBS para cada 15.887 habitantes, o distrito de Cidade Dutra (unidade sem-PSF) tem em média 1 UBS para cada 47.500 habitantes, o que resulta numa maior demanda reprimida para essa região, levando parte da população a buscar outras alternativas de atendimento. Outro fato a ser considerado é que a implantação do SUS no município de São Paulo ainda é recente, e a política de saúde anterior, centrada na doença e no modelo hospitalar privatista, teve uma forte influência na atitude da população no enfrentamento de seus problemas de saúde. Também é importante ressaltar a organização da saúde no modelo com-PSF, que trabalha com o princípio da territorialização facilitando o acesso e o vínculo da unidade com o usuário.

Tabela 11 – Distribuição das crianças estudadas segundo algumas variáveis relacionadas à procura do serviços de saúde, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003

Variáveis	Unidade de saúde			p ¹
	sem-PSF	com-PSF	Total	
Procura atendimento para a criança				0,109 ²
De rotina	74 (78,7%)	69 (69,7%)	143 (74,1)	
Só quando precisa	18 (19,1%)	29 (29,3%)	47 (24,4)	
Outro	2 (2,2%)	1 (1,0%)	3 (1,5%)	
Procura assistência específica em caso de doença				0,283
Não	41 (42,7%)	33(35,1%)	74 (38,9%)	
Sim	55 (57,3%)	61(64,9%)	116 (61,1%)	
Caso sim, onde procura ajuda ³				
Hospital	48 (87,3%)	43 (70,5%)	91 (78,4%)	0,03
Pronto atendimento	9 (16,4%)	22 (36,1%)	31 (26,7%)	0,02
Unidade básica de saúde	13 (23,6%)	30 (49,2%)	43 (37,1%)	0,004

¹ Teste qui-quadrado

² Teste entre de rotina e só quando precisa

³ Percentuais calculados em relação aos que procuram assistência específica (55 e 61 como total)

Segundo Ramos e Lima (2003), a procura por um serviço de saúde pela população depende não só do acesso geográfico, mas também da forma como são recebidos pela unidade, da fama do serviço na comunidade

e da sua capacidade de resolução dos problemas de saúde. Assim, segundo o autor, as experiências dos usuários em relação à recusa de atendimento para “procura do dia” e da baixa resolutividade dos serviços, têm levado a uma inversão do sistema, elevando a ocupação de serviços de urgência/emergência com problemas de saúde, cuja resolução deveria ocorrer no âmbito da atenção básica.

Tendo em vista que a resolução final dos problemas de saúde muitas vezes implica no adequado funcionamento do sistema de referência e contra referência, o qual deve absorver as demandas regionais e ter como porta de entrada a atenção básica, estudou-se esta variável a partir dos encaminhamentos realizados e da garantia ou não de atendimento (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição das crianças estudadas segundo algumas variáveis relacionadas ao sistema de referência dos serviços, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Variáveis	Unidade de Saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		
Foi encaminhado a outro serviço				0,001 ²
Não	81 (87,1%)	62 (65,3%)	143 (76,1%)	
Sim	11 (11,8%)	32 (33,7%)	43 (22,9%)	
Não sabe	1 (1,%)	1 (1,1%)	2 (1,1%)	
Conseguiu atendimento pelo encaminhamento				0,317 ²
Não	1 (9,1%)	2 (6,2%)	3 (10,0%)	
Sim	9 (81,8%)	30 (93,7%)	39 (90,7%)	
Não sabe	1 (9,1%)	-	1 (2,3%)	

¹ Teste qui-quadrado

² Teste exato de Fisher

Constatou-se que o percentual de encaminhamentos da unidade com-PSF foi maior (33,7%) em relação à unidade sem-PSF (11,8%), diferença estatisticamente significativa. O acesso a outros serviços foi garantido para um percentual elevado de encaminhados de forma similar para as duas unidades (81,8% e 93,7%). Entretanto, como o índice de encaminhamentos

na unidade com PSF é cerca de três vezes maior, pode-se considerar que há maior acesso de usuários da unidade com-PSF ao sistema de referência, o que pode ser facilitado pelo fato da unidade funcionar no mesmo local que o ambulatório de especialidades da região, favorecendo a integração entre os serviços. Por outro lado, há que se ponderar que na unidade tradicional, o atendimento da criança é realizado por pediatras e não por médico generalista como na unidade com-PSF, o que pode gerar menor demanda de encaminhamentos devido a uma maior habilidade no manejo dos problemas específicos desse ciclo da vida.

Ao se investigar a forma de resolução do problema de saúde referido, constatou-se, conforme apresentado na Tabela 13, que a resolução dos problemas foi significativamente maior (76,3%) na unidade sem-PSF, em relação à unidade com-PSF (47,6%). Entretanto, os dados mostram que cerca de um terço dos usuários da unidade sem-PSF (31,6%) procurou outro serviço para resolver o problema de saúde apresentado nos últimos 30 dias, enquanto na unidade com-PSF, apenas 3,2% referiram a busca de outro serviço. Além disso, verificou-se melhor adesão às orientações na unidade com-PSF, uma vez que metade dos usuários seguiram as instruções, comparado a somente 21,0% dos usuários da unidade sem-PSF.

Um outro aspecto relacionado à resolução dos problemas de saúde é a dimensão econômica, ou seja, os custos que o usuário pode ter com serviços ou insumos não disponíveis no sistema. Dentre os custos mais comumente assumidos pelos usuários, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde, está a compra de medicamentos. Na Tabela 13, verifica-se que a prescrição de medicamentos foi semelhante nas duas

unidades, 65,9% na unidade sem-PSF e 79,7% na com-PSF, porém quando se analisa a obtenção do medicamento prescrito como parte importante para a resolução do problema, constata-se que na unidade com-PSF, proporção significativamente maior dos usuários (52,9%) obtiveram o medicamento na própria unidade.

Tabela 13. Distribuição das crianças estudadas segundo algumas variáveis relacionadas à resolução dos problemas de saúde, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Variáveis	Unidade de saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		
Resolução do problema de saúde dos últimos 30 dias				0,006 ¹
Não	9 (23,7%)	33(52,7%)	42(41,6%)	
Sim	29 (76,3%)	30(47,6%)	59(58,4%)	
O que fez para resolver problema				<0,001 ²
Seguiu instruções da unidade	8 (21,0%)	32(50,8%)	40(39,6%)	
Cura espontânea	2 (5,3%)	4(6,3%)	6(5,9%)	
Automedicação	3 (7,9%)	2(3,2%)	5(4,9%)	
Tratamento caseiro	7 (18,4%)	1(1,6%)	8(7,9%)	
Continua com problema	3 (7,9%)	15(23,8%)	18(17,8%)	
Procurou outro serviço	12 (31,6%)	2(3,2%)	14(13,8%)	
Ainda em tratamento	3 (7,9%)	7(11,1%)	10(9,9%)	
Prescrição de medicamentos				0,279 ²
Não	9 (20,5%)	8(12,5%)	17(15,7%)	
Sim	29 (65,9%)	51(79,7%)	80(74,1%)	
Não se aplica	6 (13,6%)	5(7,8%)	11(10,2%)	
Onde obteve o medicamento				<0,001 ²
No próprio serviço	8 (27,6%)	27(52,9%)	35(43,7%)	
Comprou	17 (58,6%)	20(39,2%)	37(46,2%)	
Outra resposta	4 (13,8%)	4(7,9%)	8 (10,0%)	

¹ Teste qui-quadrado

² Teste exato de Fisher

Dados de estudo transversal desenvolvido em dois serviços da rede de assistência primária à saúde da cidade de Pelotas, RS, mostraram que 55,7% das consultas em assistência primária resultaram em prescrição de medicamentos, proporção inferior aos 74,1% encontrados neste estudo. Os autores constataram também que usuários que obtiveram toda ou parte da medicação no próprio posto apresentaram probabilidade 33% maior de melhora ou solução do problema de saúde nos quinze dias subseqüentes à

consulta, e entre as variáveis independentes estudadas, a resolução do problema foi dependente apenas da oferta de medicamentos (Halal e cols., 1994).

Tanaka e Roseburg (1990), em estudo semelhante realizado em duas unidades de pronto atendimento, também observaram que o fator mais importante atribuído pela clientela para a resolução do problema que motivou a procura pelo serviço foi a medicação recebida ou aplicada na própria unidade. Ao analisar os fatores referidos como motivo de não melhora do problema de saúde, o medicamento também foi apontado como fator preponderante, mostrando uma valorização exacerbada da terapêutica medicamentosa pelo usuário.

Analisando-se esses resultados sob a ótica da integralidade, um aspecto importante é o acompanhamento da criança realizado através das consultas de rotina, prática incorporada por três quartos da população estudada. Por outro lado, ambas as unidades apresentaram deficiência no atendimento à ocorrência de problemas eventuais. A unidade com-PSF, no entanto, mostrou-se mais apta para o manejo desses problemas.

Outro ponto relevante na integralidade da ação é o sistema de referência e contra-referência, que embora deficiente, mostrou-se mais articulado na unidade com-PSF. Ainda, considerando o acesso ao medicamento como parte importante para a integralidade da atenção, os resultados também revelaram uma nítida vantagem da unidade com-PSF, apontando uma prática mais facilitadora da integralidade nessa unidade, o que não significa que essa dimensão da integralidade esteja totalmente implementada nesse modelo assistencial.

Quanto à abordagem utilizada pelos serviços no enfrentamento dos problemas de saúde referidos, observa-se um enfoque bastante acentuado na terapia medicamentosa em ambas as unidades.

Com relação à satisfação do usuário em relação às unidades, ambas apresentaram uma boa avaliação. Por outro lado, os pontos de incongruência foram em relação ao enfermeiro e ao recepcionista. Com relação ao enfermeiro, a questão central foi permeada pelo desconhecimento deste profissional por boa parte dos usuários da unidade sem-PSF. Em relação ao recepcionista, pode-se considerar que a insatisfação dos usuários, que apresentou piores índices na unidade sem-PSF, parece estar mais implicitamente relacionada ao acesso e não à qualidade da atenção prestada.

Tomando-se a prática da integralidade no cuidado prestado como uma dimensão de análise, conclui-se que a resolutividade dos problemas de saúde pela própria unidade foi maior no PSF. Um outro ponto de análise é a utilização soberana da terapia medicamentosa como forma de resolução dos problemas de saúde. Nesse sentido, parece que mesmo no modelo PSF, não se consegue ainda romper com as práticas centradas no modelo biológico-curativista. A contribuição do enfermeiro nas equipes de saúde ainda não produziu um efeito na forma de solucionar os problemas de saúde, mostrando que ao invés de avançar nas práticas educativas e cuidativas está se reproduzindo o modelo biomédico.

Trazendo essa reflexão à luz do princípio da integralidade, deduz-se que a atenção à saúde é bastante pressionada por uma demanda gerada por processos patológicos pontuais, que geram necessidades específicas e

respostas imediatas. Embora não sejam problemas de urgência/emergência, não podem aguardar o sistema de agendamento imposto pelas unidades de saúde. Nessa lógica, corre-se o risco da reprodução do modelo médico centrado, da antiga dicotomia entre atenção curativa e preventiva, bem como, de se deixar escapar oportunidades para prestação de uma assistência mais integral. Se por um lado a demanda caracteriza-se pela busca de atendimento médico, por outro lado, responder a essa demanda apenas com consultas médicas significa colocar em risco a construção do SUS, com todo seu ideário sanitário e conseqüentemente o princípio da integralidade. Com certeza, as respostas a essas questões são muito amplas e complexas, mas devem ser definidas a partir de uma visão contextualizada no atual momento histórico.

Segundo Santos (2001), a sociedade capitalista contemporânea é constituída por espaços estruturais com formas de poder que podem resultar na reprodução ou transformação das múltiplas dimensões de desigualdades e de opressão. Nesse sentido, é preciso romper com modelos que apenas mantenham as desigualdades e reforcem as barreiras criadas no acesso aos cuidados que contemplam o espaço da promoção à saúde e a integralidade como referência para consolidação do SUS.

6.3.2 Satisfação do usuário

Em estudo sobre tecnologia e organização social das práticas de saúde, desenvolvido em centro de saúde de São Paulo, Gonçalves (1994), considerou a resolução final dos problemas levados ao centro de saúde e a satisfação de usuários, como atributos do princípio da resolutividade.

Também Merhy (1997), refletindo sobre a busca da qualidade dos serviços de saúde, define resolutividade como o uso de todos os recursos disponíveis na abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde dos usuários e a conseqüente alteração de seu quadro, bem como, a satisfação do usuário na resolução de seus problemas.

Estudo sobre a satisfação do usuário em um hospital universitário com população de baixa renda e pouca escolaridade concluiu que ao expressarem sua satisfação/insatisfação os usuários são capazes de identificar a origem dos obstáculos que impedem um atendimento de melhor qualidade (Lemme e cols., 1991).

Segundo Ramos e Lima (2003), que estudou usuários de unidade de saúde na região Sul do país, a satisfação com o atendimento e o bom vínculo com o serviço relacionam-se a fatores pertinentes ao acesso e ao acolhimento. Com relação a esses aspectos, a organização do serviço e a competência técnica da maior parte dos profissionais da equipe de saúde foram apontadas como fatores preponderantes para a satisfação, enquanto problemas relacionados às condições de espera e fila para atendimento foram apontados como motivo de insatisfação.

Internacionalmente existem controvérsias quanto à validade da avaliação dos usuários em relação à qualidade dos serviços de saúde. Esse questionamento é fundamentado na complexidade técnica das ações de saúde, fato que torna a avaliação mais limitada aos aspectos pertinentes ao relacionamento interpessoal, que é importante mas não garante a qualidade (Cleary e Mc Neil, 1988). Esse enfoque tem sido observado numa visão de mercado, com forte influência do modelo americano, onde o usuário é um

consumidor de serviço e se satisfeito toma a decisão pela manutenção de sua escolha.

Como as condições de oferta de serviços de saúde em países da América Latina são muito excludentes, a possibilidade de acesso já constitui motivo de satisfação do cliente (Schmidel e cols., 1995). Por outro lado, a Constituição Brasileira garante a participação dos cidadãos no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução nos distintos níveis do atual sistema de saúde (Brasil, 1988). Apesar do espaço institucionalizado, sabe-se que a participação dos usuários ainda é incipiente e vem sendo construída com muitas dificuldades, sobretudo pela falta do exercício da democracia no país, o qual foi tolhido durante um período bastante duradouro, deixando marcas históricas no retrocesso da cidadania do brasileiro.

Schmidel e cols (1995), em estudo sobre avaliação da qualidade de serviços ambulatoriais encontrou uma taxa de satisfação dos usuários que variou de 69% a 100%. Segundo os autores, existe uma grande valorização pela existência do serviço em detrimento de sua qualidade, ou seja, a garantia do acesso ao serviço já é por si só, motivo de satisfação para a maioria dos usuários. Essa percepção é agravada pela carência de serviços de saúde como também pela falta de consciência da população da saúde com um bem social e um direito de todo cidadão.

Mesmo com todas as contradições inerentes à avaliação do usuário em relação aos resultados da atenção prestada, considerou-se importante avaliar o grau de satisfação do usuário com o atendimento da unidade e com o atendimento prestado pelos profissionais mais diretamente envolvidos na

assistência, como dado inerente à resolução dos problemas de saúde da criança.

Com relação à avaliação da unidade, analisando-se a Tabela 14, percebe-se que a maior parte dos usuários (60,5%) avaliou o atendimento do serviço como “bom”, porém 28,2% como regular e ruim, com um discreto incremento favorável para a unidade com-PSF, não confirmado estatisticamente.

Com relação à avaliação dos profissionais, observa-se na Tabela 14, que metade dos usuários da unidade com-PSF avaliaram como “muito bom” o atendimento do médico, comparado a um terço na unidade sem-PSF. Essa proporção se inverte na classificação do atendimento médico como “bom”. Aqui os dados também apontam uma avaliação mais favorável para a unidade com-PSF e as diferenças foram estatisticamente significantes.

Quanto à avaliação da enfermeira, o que chama mais atenção é o elevado percentual (43%) atribuído ao quesito “não conhece”, na unidade sem-PSF, que confirma o desenvolvimento da atenção médico centrada prestada nesse modelo assistencial. Apesar disso, constatou-se que cerca de dois terços dos usuários classificam o atendimento da enfermeira como “muito bom” e “bom”, com avaliação mais favorável na unidade com-PSF e diferença estatisticamente significativa.

Tabela 14. Distribuição do grau de satisfação do usuário segundo avaliação da unidade e de profissionais de saúde, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Variáveis	Unidade de Saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		
Atendimento na unidade				0,127
Excelente	6 (6,3%)	15 (15,2%)	21 (10,8%)	
Bom	57 (59,4%)	61 (61,6%)	118 (60,5%)	
Regular	28 (29,2%)	19 (19,2%)	47 (24,1%)	

Ruim	5 (5,2%)	3 (3,0%)	8 (4,1%)	
Atendimento médico				0,033
Muito bom	35 (36,5%)	49 (50,0%)	84 (43,3%)	
Bom	49 (51,0%)	34 (34,7%)	83 (42,8%)	
Regular	6 (6,3%)	10 (10,2%)	16 (8,2%)	
Ruim	5 (5,2%)	1 (1,0%)	6 (3,1%)	
Indiferente	-	-	-	
Não conhece	1 (1,0%)	4 (4,1%)	5 (2,6%)	
Atendimento da enfermeira				<0,001
Muito bom	5 (8,6%)	46 (46,5%)	51 (32,5%)	
Bom	22 (37,9%)	38 (38,4%)	60 (38,2%)	
Regular	5 (8,6%)	5 (5,1%)	10 (6,4%)	
Ruim	-	1 (1,0%)	1 (0,6%)	
Indiferente	1 (1,7%)	2 (2,0%)	3 (1,9%)	
Não conhece	25 (43,1%)	7 (7,1%)	32 (20,4%)	
Atendimento do auxiliar de enfermagem				<0,001
Muito bom	10 (11,4%)	35 (36,1%)	45 (24,3%)	
Bom	51 (58,0%)	45 (46,4%)	96 (51,9%)	
Regular	20 (22,7%)	8 (8,2%)	28 (15,1%)	
Ruim	3 (3,4%)	1 (1,0%)	4 (2,2%)	
Indiferente	2 (2,3%)	1 (1,0%)	3 (1,6%)	
Não conhece	2 (2,3%)	7 (7,2%)	9 (4,9%)	
Atendimento do ACS				<0,001
Muito bom	-	58 (59,2%)	58 (48,7%)	
Bom	-	30 (30,6%)	30 (25,2%)	
Regular	-	7 (7,1%)	7 (5,9%)	
Ruim	-	1 (1,0%)	1 (0,8%)	
Indiferente	-	-	-	
Não conhece	21 (100,0%)	2 (2,0%)	23 (19,3%)	
Atendimento recepcionista				0,013
Muito bom	6 (6,3%)	30 (30,6%)	36 (18,6%)	
Bom	49 (51,0%)	36 (36,7%)	85 (43,8%)	
Regular	29 (30,2%)	22 (22,4%)	51 (26,3%)	
Ruim	12 (12,5%)	8 (8,2%)	20 (10,3%)	
Indiferente	-	1 (1,0%)	1 (0,5%)	
Não conhece	-	1 (1,0%)	1 (0,5%)	

¹ Teste exato de Fisher

Praticamente três quartos dos usuários classificaram o atendimento do auxiliar de enfermagem como “muito bom” e “bom”, porém para 15,1%, o critério foi “regular”, e da mesma forma, a avaliação desse profissional foi significativamente melhor na unidade com-PSF.

Considerando os profissionais mais envolvidos na prestação direta de cuidados ao usuário, percebe-se uma melhor avaliação desses profissionais na unidade com-PSF, o que pode ser justificado, no caso da enfermeira, pela maior proporção dessa categoria no PSF. Já a proporção de médicos e

auxiliares de enfermagem é similar nos dois modelos, porém há que se considerar que no modelo tradicional, existe rodízio desses profissionais por períodos de trabalho, o que pode também dificultar a formação de vínculo com a população.

O atendimento da recepcionista foi o que apresentou maior índice de avaliação entre as categorias “regular” e “ruim”, sendo de 42,7% na unidade sem-PSF e de 30,6% na unidade com-PSF, também com concentração significativamente maior de insatisfação na unidade sem-PSF. O primeiro atendimento dos usuários na unidade é rotineiramente realizado pelos trabalhadores da recepção. Como os serviços de saúde geralmente não dão conta de atender a demanda diária, resta aos funcionários da recepção, o papel de recusar atendimentos, gerando desgaste desse funcionário, que certamente acaba interferindo na qualidade do trabalho realizado. Algumas iniciativas vêm sendo adotadas no sentido de superar essa dificuldade, entre elas, destaca-se o “projeto acolhimento”, com a realização de diversas oficinas para sensibilização e implantação do projeto no município de São Paulo, que tem como proposta facilitar o acesso da população aos serviços de saúde e também oferecer assistência adequada (SMS, 2002). É claro que a questão basal implícita nessa problemática é a escassez de recursos de saúde e a conseqüente dificuldade de acessar os existentes.

A avaliação do agente comunitário de saúde só foi realizada na unidade com-PSF, uma vez somente nesse modelo assistencial a equipe de trabalho conta com esse profissional. Constatou-se que 73% dos usuários classificaram o atendimento dessa categoria como “muito bom” e “bom”, com apenas 6,7% avaliados como “regular” e “ruim”. Apesar da fragilidade de

identidade profissional do agente comunitário de saúde, os dados expressam um reconhecimento dos usuários em relação ao trabalho por eles desenvolvido.

Com relação à satisfação do usuário em relação às unidades, ambas apresentaram uma boa avaliação. Por outro lado, os pontos de incongruência foram em relação ao enfermeiro e ao recepcionista. Com relação ao enfermeiro, a questão central foi permeada pelo desconhecimento deste profissional por boa parte dos usuários da unidade sem-PSF. Em relação ao recepcionista, pode-se considerar que a insatisfação dos usuários, que apresentou piores índices na unidade sem-PSF, parece estar mais implicitamente relacionada ao acesso e não à qualidade da atenção prestada.

6.3.3 Registro em prontuário

Um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde da criança é o registro do seguimento da criança em prontuário. O registro sistematizado permite maior conhecimento e melhor compreensão do processo saúde-doença no decorrer do ciclo vital da criança, facilita a socialização dos dados entre os diferentes profissionais que participam do atendimento à criança e ainda possibilita um acompanhamento ampliado e diferenciado, que segundo Conill (2004), e como assumido neste estudo, expressa o caráter de continuidade, que representa uma das dimensões da integralidade.

Para Freire (1997), a escrita materializada dá concretude ao pensamento, dando assim, condições de voltar ao passado, enquanto se está construindo a marca do presente.

Com base nessas considerações é que se apresentam os dados coletados nos prontuários das crianças nas duas unidades envolvidas no estudo.

A Tabela 15 mostra a presença ou não de anotação dos dados de identificação e de antropometria das crianças no prontuário, segundo as unidades de saúde estudadas. A análise desses dados não mostra diferença estatisticamente significativa entre as unidades de saúde sem-PSF e com-PSF. Cabe ressaltar que na unidade com modelo tradicional esses procedimentos são realizados antes da consulta médica, por profissionais de nível médio, enquanto naquelas com PSF, as medidas antropométricas são verificadas durante a consulta médica ou de enfermagem e, portanto mensuradas e anotadas por tais profissionais.

Apesar da presença dos dados de peso e estatura em 90% ou mais dos prontuários de ambas as unidades, a Tabela 15, que mostra a presença ou não de dados pertinentes à avaliação nutricional no prontuário, revela que há diferença estatisticamente significativa entre as unidades de saúde estudadas, com maior índice de avaliação do crescimento e desenvolvimento na unidade com-PSF. Entretanto, o percentual de crianças com diagnóstico nutricional no PSF (29,6%) está distante da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que recomenda avaliação do estado nutricional de 100% das crianças atendidas (Ministério da Saúde, 2001). É importante destacar que a avaliação nutricional constitui uma das principais ferramentas para o controle e acompanhamento da saúde das crianças, e que mesmo assim, a verificação de medidas de peso e altura não garante que o diagnóstico nutricional seja efetuado.

Souza e cols (2002), que avaliaram o atendimento médico de equipes do PSF através de auditoria de prontuários, detectaram que a maioria dos prontuários (86,2%) fazia alguma referência à avaliação do estado nutricional, incluindo aí, desde curva de crescimento, conduta em relação à desnutrição ou obesidade ou somente aferição do peso da criança durante a consulta médica.

Tabela 15. Anotações no prontuário segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Anotação no prontuário	Unidade de saúde		Total	P ¹
	Sem-PSF	com-PSF		
Identificação da criança				0,497 ²
Não	2 (2,1%)	-	2 (1,0%)	
Sim	95 (97,9%)	97 (100,0%)	192 (99,0%)	
Estatura				0,092
Não	10 (10,3%)	4 (4,1%)	14 (7,2%)	
Sim	87 (89,7%)	94 (95,9%)	181 (92,8%)	
Peso				0,051
Não	8 (8,2%)	2 (2,1%)	10 (5,2%)	
Sim	89 (91,8%)	95 (97,9%)	184 (94,8%)	

¹ Teste qui-quadrado

² Teste exato de Fisher

Com relação à avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, observa-se na Tabela 16, ausência total de registro sobre o desenvolvimento da criança na unidade com modelo tradicional, sem-PSF, e um índice ainda baixo desse registro na unidade com-PSF. Há que se salientar a importância dessa avaliação na detecção precoce de vários problemas que se tratados precocemente podem inclusive minimizar agravos sociais e emocionais (Resegue e col 2001).

Tabela 16. Anotações no prontuário sobre avaliação do crescimento/ desenvolvimento, segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Anotação no prontuário	Unidade de saúde		Total	P ¹
	Sem-PSF	com-PSF		
Curva de crescimento				<0,001
Não	88 (91,7%)	7 (7,1%)	95 (49,0%)	
Sim	8 (8,3%)	91 (92,9%)	99 (51,0%)	
Diagnóstico nutricional				<0,001

Não	96 (100,0%)	69 (70,4%)	165 (85,1%)	
Sim	-	29 (29,6%)	29 (14,9%)	
Desenvolvimento NPM ²				<0,001
Não	97 (100,0%)	66 (67,3%)	163 (83,6%)	
Sim	-	32 (32,7%)	32 (16,4%)	

¹ Teste qui-quadrado

² NPM = neuropsicomotor

Estudo sobre avaliação de conhecimentos e práticas relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança, desenvolvido com médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde, apontou que com relação aos conhecimentos sobre o assunto, 60,2% dos médicos e 58,2% dos enfermeiros apresentavam conhecimento satisfatório sobre o assunto, porém quanto à aplicação prática, apenas 21,8% das mães haviam sido indagadas sobre o desenvolvimento de seus filhos e apenas 14,4% receberam orientação sobre como estimulá-los. Os autores reforçam a necessidade do diagnóstico precoce e a importância da prevenção, uma vez que distúrbios como atraso na linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são diagnosticados antes dos 3 ou 4 anos de idade e os distúrbios de aprendizagem somente são diagnosticados no ingresso da criança na escola (Figueiras e cols., 2003).

A presença ou não de dados relacionados à alimentação da criança no prontuário pode ser observada na Tabela 17. Constata-se que também há diferenças estatisticamente significantes entre as duas unidades estudadas, de forma que na unidade com modelo tradicional de atenção à saúde, sem-PSF, esses dados efetivamente não são valorizados no prontuário, dificultando o acompanhamento e evolução das crianças. Mesmo na unidade com-PSF, cerca de um terço dos prontuários não continham informações sobre aleitamento materno ou alimentação da criança.

Tabela 17. Anotações no prontuário sobre alimentação da criança, segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Anotação no prontuário	Unidade de saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		
Aleitamento materno				<0,001
Não	89 (91,8%)	35 (35,7%)	124 (63,6%)	
Sim	8 (8,2%)	63 (64,3%)	71 (36,4%)	
Alimentação				<0,001
Não	97 (100,0%)	36 (37,5%)	133 (68,9%)	
Sim	-	60 (62,5%)	60 (31,1%)	

¹ Teste qui-quadrado

A Tabela 18 refere-se à anotação do estado mórbido anterior, diagnóstico médico e de enfermagem. Os dados apontam ausência de qualquer uma dessas anotações no modelo tradicional de assistência, sem-PSF, implicando numa total falta de dados para o acompanhamento da evolução das crianças, bem como dificuldade na integração entre os diferentes profissionais que atuam na área.

Da mesma forma, a Tabela 19 revela a total ausência de dados sobre as condutas médicas e de enfermagem nos prontuários das crianças atendidas no modelo tradicional, sem-PSF, enquanto na unidade com-PSF, o percentual de anotações variou de 75 a 81%, permitindo maior conhecimento e acompanhamento das crianças atendidas. Observa-se que na unidade com-PSF, além da anotação das condutas, há também o registro das prescrições de enfermagem.

Tabela 18. Anotações sobre estado mórbido anterior e diagnósticos médico e de enfermagem no prontuário segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Anotação no prontuário	Unidade de saúde		Total	P ¹
	Sem-PSF	com-PSF		
Estado mórbido anterior				<0,001
Não	97 (100,0%)	46 (47,4%)	143 (73,7%)	
Sim	-	51 (52,6%)	51 (26,3%)	
Diagnóstico médico				<0,001
Não	96 (100,0%)	47 (48,5%)	143 (74,1%)	
Sim	-	50 (51,5%)	50 (25,9%)	

Diagnóstico de enfermagem				0,051
Não	96 (100,0%)	32 (32,7%)	128 (66,0%)	
Sim	-	66 (67,3%)	66 (34,0%)	

¹ Teste qui-quadrado

Tabela 19. Anotações sobre condutas médicas e de enfermagem e prescrição de medicamentos e cuidados realizados segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Anotação no prontuário	Unidade de saúde		Total	P ¹
	Sem-PSF	com-PSF		
Condutas médicas				<0,001
Não	97 (100,0%)	24 (24,7%)	121 (62,4%)	
Sim	-	73 (75,3%)	73 (37,6%)	
Condutas de enfermagem				<0,001
Não	97 (100,0%)	20 (20,4%)	117 (60,0%)	
Sim	-	78 (79,6%)	78 (40,0%)	
Medicamentos prescritos				<0,001
Não	97 (100,0%)	18 (18,4%)	115 (59,0%)	
Sim	-	80 (81,6%)	80 (41,0%)	
Cuidados de enfermagem				<0,001
Não	97 (100,0%)	20 (20,8%)	117 (60,6%)	
Sim	-	76 (79,2%)	76 (39,4%)	

¹ Teste qui-quadrado

Observa-se na Tabela 20 que a unidade com-PSF apresenta uma mediana de 28 dias para a primeira consulta, enquanto na unidade sem-PSF a mediana era de 2 meses, diferença estatisticamente significativa. Assegurar a primeira consulta precocemente favorece o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, criando condições mais favoráveis ao desenvolvimento e crescimento das crianças.

Tabela 20. Características gerais das crianças estudadas segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Características	Unidade de saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	Com-PSF		
Idade na 1ª consulta (meses)				<0,001
Média	7,41	1,83	4,49	
Mediana	2,00	0,28	1,00	
Desvio-padrão	11,63	5,04	9,21	
Idade na última consulta (meses)				<0,001
Média	18,36	19,48	18,94	
Mediana	11,00	12,00	11,00	
Desvio-padrão	16,78	18,34	17,57	
Nº de consultas médicas				0,546
Média	5,04	5,65	5,35	
Mediana	4,00	4,00	4,00	

Desvio-padrão	4,06	6,05	5,16	
Nº de consultas enfermagem				<0,001
Média	0,22	5,63	3,07	
Mediana	0,0	4,00	1,00	
Desvio-padrão	0,49	4,70	4,37	

¹ Teste Mann-Whitney

Quanto ao número de consultas, o Ministério da Saúde recomenda 7 consultas no primeiro ano de vida, seguida de consultas semestrais no segundo ano e anual a partir do terceiro ano de vida (Ministério da Saúde, 2002). Os dados apresentados na Tabela 19 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas unidades, prevalecendo uma mediana de 4 consultas médicas por criança. Por outro lado, com relação à consulta de enfermagem, no modelo tradicional, sem-PSF, a consulta de enfermagem é quase inexistente, reforçando a prática de uma assistência centrada no médico, enquanto na unidade com-PSF, a consulta de enfermagem é ofertada na mesma proporção que a consulta médica, ou seja uma mediana de 4 consultas de enfermagem por criança, que possibilita uma prática que privilegia também os aspectos voltados ao cuidado. Levando-se em conta que a mediana de idade das crianças na última consulta era de 11 meses e 12 meses para unidade sem-PSF e com-PSF, respectivamente, pode-se inferir pela mediana de consultas, que as crianças da unidade com modelo tradicional receberam 4 consultas médicas nesse período, enquanto as crianças do PSF receberam um total de 8 consultas, sendo 4 médicas e 4 de enfermagem. Dados como esses podem ter contribuído para as diferenças encontradas em indicadores tão importantes como os de mortalidade infantil das duas regiões, que apresentaram, como já citado, uma desvantagem de quase 7 por mil nascidos vivos em Cidade Dutra, região onde se localiza a unidade sem-

PSF.

Os resultados obtidos reiteram aqueles encontrados por Souza e cols (2002), que ao avaliarem o atendimento médico realizado em unidade de saúde da família, através da análise de anotações em prontuários, constataram que 66,7% das crianças passavam pelo menos por 4 consultas médicas no primeiro ano de vida (Souza e cols., 2002).

Estudo realizado em Maringá, sobre a qualidade dos registros em 65 prontuários de um Núcleo Integrado de Saúde, que oferta serviços básicos, mostrou em levantamento preliminar, ausência de informações elementares e legíveis sobre o cliente atendido, tais como data de nascimento e endereço. Além da ausência de informações básicas, houve uma alta frequência de anotações ilegíveis, tais como o motivo da procura pelo atendimento, hipóteses diagnósticas e procedimentos realizados. Em relação à equipe de enfermagem, apesar da relevância desse profissional nas práticas de saúde voltadas para atenção básica, observou-se um número reduzido de registros por parte dos enfermeiros (Scochi, 1994).

De uma maneira geral, a análise dos dados constantes nos prontuários aponta que na unidade com-PSF há registros mais sistemáticos, o que favorece a melhor compreensão do processo saúde-doença das crianças, facilita a integração entre os distintos profissionais envolvidos nas ações desenvolvidas junto às crianças atendidas e, especialmente, possibilita o acompanhamento sistemático da criança, ou seja, promove a continuidade da assistência, e portanto, a integralidade da atenção.

Considerando-se os diversos sentidos do termo integralidade, propostos por Mattos (2001), como referencial de análise do registro no

prontuário, percebe-se que a definição política do modelo técnico-assistencial norteia a prática do profissional e conseqüentemente o resultado dos cuidados prestados. Assim, os resultados obtidos sugerem que no PSF, os recursos humanos disponíveis e a dinâmica do trabalho em equipe, favorecem uma prática do cuidado com caráter completo, considerado imprescindível para a concretização do princípio da integralidade.

6.4 Efeitos dos cuidados prestados sobre a saúde da criança

Abordar assistência à saúde infantil no atual momento político, econômico e social do país é uma proposta bastante complexa, uma vez que os problemas/ necessidades de saúde e as situações de risco que envolvem o ciclo de vida da criança estão intimamente relacionados ao grupo social no qual está inserida e conseqüentemente aos determinantes sociais a que ela está exposta. Embora venha ocorrendo mudança no perfil de morbimortalidade infantil nas últimas décadas, ainda observam-se discrepâncias gritantes em relação à distribuição, tanto dos eventos mórbidos como das mortes ocorridas em crianças do município de São Paulo, denunciando uma acentuada desvantagem para as crianças que vivem em piores condições sócio econômicas.

Esse quadro tem direcionado algumas metas prioritárias na atenção à saúde da criança para o município de São Paulo, tais como a redução da mortalidade neonatal, a redução da morbimortalidade por doenças respiratórias e a garantia do acompanhamento a todas as crianças de risco. A partir dessas metas, definem-se como diretrizes políticas: atendimento hierarquizado e regionalizado, abrangendo todos os níveis de complexidade;

Programa de Saúde da Família como estratégia estruturante da atenção básica; diferentes serviços de saúde integrados e articulados; ações intersetoriais, e garantia de participação da família e da comunidade. Estabelece, ainda, algumas diretrizes técnicas que devem orientar a atenção básica prestada à criança como o acolhimento da demanda para identificar os problemas/necessidades de saúde; o comprometimento de toda a equipe de saúde na vigilância à saúde da criança; a priorização da atenção à criança de risco; o desenvolvimento de ações coletivas e a ênfase nas ações de promoção à saúde (SMS, 2003).

Para identificar, na prática, o efeito dos cuidados prestados, analisou-se inicialmente, as condições de saúde das crianças, elegendo-se para tanto, os parâmetros da estratégia AIDPI, aqui considerados parâmetros da atenção integral. Na seqüência, avaliou-se o conhecimento/cuidado materno em relação às doenças mais prevalentes na infância, ou seja, doenças respiratórias e diarréicas.

6.4.1 Parâmetros da atenção integral

Na estratégia AIDPI, a atenção integral à saúde da criança refere-se ao direcionamento das ações dos profissionais de saúde para necessidades específicas da criança, quais sejam, ações de saúde voltadas ao incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância, com destaque para as doenças respiratórias e diarréicas (Felisberto e cols., 2000).

As diretrizes oficiais estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a

programação das ações básicas de saúde na área da atenção à criança, reforçam os mesmos parâmetros assistenciais estabelecidos na estratégia AIDPI. Assim, esses parâmetros constituem diretrizes, tanto no modelo tradicional como no modelo do PSF (Ministério da Saúde, 2001).

- **Aleitamento materno**

Sabe-se que a forma ideal de alimentar a criança é mantê-la em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade, como recomendado pela OMS desde 2001 e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo desde 2003 (SMS, 2003).

Sigulem (1981), em pesquisa realizada no município de São Paulo sobre condições de saúde e nutrição de lactentes, já na década de 80 concluía que a ocorrência de eventos mórbidos era mais freqüente e mais grave quando o leite materno era substituído ou complementado com fórmulas lácteas industrializadas.

Burihan (2002), estudando desviantes positivos de saúde para a sobrevivência de crianças na periferia do município de São Paulo através de estudo de caso-controle, destacou o aleitamento materno como um dos fatores de proteção para a sobrevivência das crianças expostas a condições semelhantes, uma vez que 64,5% do grupo de sobreviventes haviam sido amamentadas por um período igual ou superior a três meses, enquanto no grupo de óbitos, apenas 24,1% das crianças haviam sido amamentadas pelo mesmo período.

Tabela 21. Distribuição das crianças estudadas segundo tempo de amamentação, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Até quando amamentou no peito	Unidade de saúde		Total	p ¹
	sem-PSF	Com-PSF		

Tempo (em meses)				0,128
Média	5,79	8,57	7,19	
Mediana	6	5	5	
Desvio-padrão	5,68	10,75	8,71	

¹ Teste Mann-Whitney

Observa-se na Tabela 21 que a mediana de aleitamento materno foi de 5 meses para as crianças da unidade com-PSF e de 6 meses para as crianças da unidade sem-PSF, diferença não estatisticamente significativa. Tomando-se como premissa as recomendações da OMS e as orientações contidas no documento técnico da área temática da criança para a atenção básica no município de São Paulo, essa mediana encontra-se abaixo da meta estabelecida. Analisando-se essa variável a partir do modelo assistencial proposto pelo PSF, esse dado torna-se ainda mais inadequado, uma vez que o modelo proposto no PSF prevê uma atenção mais integral e contínua, além de acesso à puericultura garantido no primeiro ano de vida e visita domiciliar ao recém nascido, realizada por médico ou enfermeiro no primeiro mês de vida (SMS, 2003).

- **Crescimento**

O acompanhamento do crescimento infantil, através do desenvolvimento pôndero-estatural é um critério de alta especificidade para detectar precocemente agravos na saúde da criança.

Para avaliar o estado nutricional utilizou-se o critério da OMS, ou seja, classificação do estado nutricional por meio do escore-Z. O diagnóstico de desnutrição foi feito com base nos índices de altura/idade (A/I) e peso/altura (P/A), estabelecendo-se como nível de corte para desnutrição, dois desvios padrão abaixo da média esperada para idade e sexo segundo referencia internacional de crescimento.

Estudo de âmbito nacional realizado no final da década de 80 revelou uma melhoria do estado nutricional das crianças brasileiras. Entretanto, a existência de diferenças regionais é bastante importante, apontando piores condições para as crianças da região Norte e Nordeste (INAN, 1990).

Monteiro e cols (2000), analisando a tendência secular da desnutrição na infância na cidade de São Paulo concluíram que a desnutrição está controlada no município. Mesmo nas famílias de nível sócio econômico mais baixo os índices encontrados foram baixos. Os resultados mostraram que apenas 2,4% e 0,6% de crianças menores de 5 anos de idade apresentavam déficit (< -2 escore Z) para os índices altura/idade e peso/altura, respectivamente. Os autores atribuem o declínio da desnutrição à melhora de determinantes como renda familiar, escolaridade materna, saneamento do meio, acesso a serviços de saúde e antecedentes reprodutivos.

A Tabela 22, que apresenta os valores médios de escore Z dos índices A/I e P/A, revela que não há diferença estatisticamente significativa entre as unidades de saúde estudadas, porém mostra um desvio do índice A/I à esquerda, indicando que as crianças tinham estatura reduzida, porém proporcional ao peso.

Tabela 22 Distribuição das crianças estudadas segundo média e desvio-padrão (dp) do escore Z dos índices altura para idade (A/I) e peso para altura (P/A) por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Índices antropométricos	Unidade de saúde		P
	sem-PSF média (dp)	com-PSF média (dp)	
A/I	-1,371(2,050)	-1,367(1,767)	0,698
P/A	0,376(1,216)	0,512(1,553)	0,743

A Tabela 23 aponta que o percentual de desnutrição crônica (A/I) foi similar entre as unidades, mas bastante elevada, 38,3% e 34,8% na unidade

sem e com-PSF, respectivamente. A desnutrição aguda (P/A) também foi similar entre as unidades estudadas, porém maior que a prevalência relatada para a cidade de São Paulo (Tabela 24). Destaca-se que além da desnutrição, há um percentual elevado de crianças obesas (P/A superior a +2 escore Z), tanto na unidade sem-PSF (9,9%) quanto na unidade com-PSF (13,6%).

Tabela 23. Distribuição das crianças segundo escore Z do índice altura para idade por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Altura/idade	Unidade de saúde		Total n(%)	P
	sem-PSF n(%)	com-PSF n(%)		
Z < -2	31(38,3)	23(34,8)	54(36,7)	0,692
-2 ≤ Z < -1	23(28,4)	15(22,7)	38(25,8)	
-1 ≤ Z < +1	16(19,8)	25(37,9)	41(27,9)	
+1 ≤ Z < +2	7(8,6)	2(3,0)	9(6,1)	
≥ +2	4(4,9)	1(1,6)	5(3,4)	
Total	81(100,0)	66(100,0)	147(100,0)	

Tabela 24. Distribuição das crianças segundo escore Z do índice peso para altura por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Peso/altura	Unidade de saúde		Total n(%)	P
	sem-PSF n(%)	com-PSF n(%)		
Z < -2	5(6,2)	2(3,0)	7(4,8)	0.762
-2 ≤ Z < -1	5(6,2)	10(15,2)	15(10,2)	
-1 ≤ Z < +1	48(59,2)	31(47,0)	79(53,7)	
+1 ≤ Z < +2	15(18,5)	14(21,2)	29(19,7)	
≥ +2	8(9,9)	9(13,6)	17(11,6)	
Total	81(100,0)	66(100,0)	147(100,0)	

Dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) mostraram que no Brasil em 1989, a desnutrição crônica (A/I) afetava 31,3% das crianças do quartil mais baixo de renda familiar *per capita*, enquanto a prevalência da desnutrição aguda (P/A) nesse mesmo grupo era de 2,9% (Monteiro e cols., 1992).

Comparando-se os dados do presente estudo com os encontrados na

PNSN, constata-se que mesmo após quase 15 anos, a desnutrição crônica ainda persiste em frequência elevada nas regiões carentes do município de São Paulo, sinalizando as desigualdades sociais, apesar da tendência de declínio da desnutrição observada por Monteiro e col, (2000) na cidade de São Paulo.

• Imunização

A Tabela 25 mostra que o registro de dados sobre vacinação no prontuário da criança difere significativamente entre as unidades estudadas. Constata-se que mais de 70% das crianças atendidas na unidade de saúde com-PSF possuíam esses dados no prontuário, o que permite uma maior visibilidade da situação vacinal da criança, além de facilitar intervenções adequadas com maior prontidão.

Tabela 25. Anotações no prontuário sobre vacinação, segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Anotação no prontuário	Unidade de saúde			P ¹
	Sem-PSF	com-PSF	Total	
Vacinação				<0,001
Não	91 (93,8%)	28 (28,6%)	119 (61,0%)	
Sim	6 (6,2%)	70 (71,4%)	76 (39,0%)	
Vacinação em dia				>0,999 ²
Não		10 (14,3%)	10 (13,2%)	
Sim	6 (100,0%)	60 (85,7%)	66 (86,8%)	

¹ Teste qui-quadrado

² Teste exato de Fisher

Comparado ao estudo de Souza e cols. (2002), que constatou que não havia qualquer citação de calendário vacinal em aproximadamente 50% dos prontuários familiares, os resultados encontrados neste estudo para a unidade com-PSF apontam melhor desempenho dessa variável.

Com relação à vacinação estar ou não atualizada, percebe-se que

apesar da unidade sem-PSF apresentar 100% de vacinação em dia, esse dado é pouco significativo, uma vez que a amostra de crianças com dados anotados em prontuário é mínima (6 crianças). Por outro lado, apesar do número de crianças com anotação em prontuário ser bem mais elevado (70 crianças), o índice de crianças com vacinação atrasada na unidade com-PSF é alto (14,3%), uma vez que a meta definida pela NOAS nos parâmetros para programação das ações básicas de saúde é que 100% das crianças apresentem situação vacinal atualizada (Ministério da Saúde, 2001)

Estudo realizado no extremo sul da região de São Paulo sobre a situação vacinal de alunos de uma escola pública constatou que as vacinas contra tuberculose e poliomielite eram as que apresentavam maior percentual de atualização, com 94,2% e 90,4%, respectivamente. As piores performances foram observadas para as vacinas contra sarampo, caxumba e rubéola, com 77,5% de crianças vacinadas e a vacina contra hepatite B, com percentual de apenas 34% de crianças vacinadas. O estudo revelou a necessidade de investimentos assistenciais e educativos para melhorar a adequação vacinal dos estudantes (D'Amaral e cols., 2004).

- **Doenças respiratórias e diarréicas**

A morbidade constitui um indicador de saúde tão ou mais importante que a mortalidade, porém pouco estudado pela dificuldade dos pesquisadores na coleta dos dados. A análise de morbidade foi realizada a partir de dados referidos pela família sobre o processo de adoecimento da criança nos últimos 30 dias.

Apresenta-se na Tabela 26, a frequência de crianças que tiveram

processos mórbidos nos últimos 30 dias. Verifica-se que 64,9% das crianças da unidade com-PSF e 40,9% da unidade sem-PSF apresentaram algum problema de saúde nos últimos 30 dias.

Tabela 26 – Distribuição das crianças estudadas segundo morbidade referida, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003

Problema de saúde nos últimos 30 dias	Unidade de Saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		
Não	55 (59,1%)	34 (35,1%)	89 (46,8%)	0,001
Sim	38 (40,9%)	63 (64,9%)	101 (53,2%)	

¹ Teste qui-quadrado

A Tabela 27 apresenta as morbidades referidas, agrupadas em categorias, de acordo com a natureza do problema apresentado. Os dados apontam a doença respiratória como primeira causa de morbidade referida, seguida da febre e distúrbios gastrintestinais. Considerando-se que a febre não é uma patologia, mas sim um sinal de doença, pode-se afirmar que os distúrbios gastrintestinais representam a segunda causa de adoecimento da população estudada. Cabe ressaltar que as alergias ocupam o quarto lugar no *ranking* das doenças referidas e provavelmente podem estar entre as intercorrências que afetam o aparelho respiratório.

Tabela 27. Distribuição das crianças estudadas, segundo morbidades referidas últimos 30 dias, agrupadas, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Tipo de intercorrência	Unidade de saúde		Total
	sem-PSF	com-PSF	
Doença respiratória	24 (42,1%)	34 (51,5%)	58 (47,1%)
Febre	12 (21,0%)	15 (22,7%)	27 (21,9%)
Dist. Gastrintestinal	10 (17,5%)	7 (10,6%)	17 (13,8%)
Alergias	2 (3,5%)	2 (3,0%)	4 (3,2%)
Dist. Crescimento	1 (1,7%)	2 (3,0%)	3 (2,4%)
Dist ocular	1 (1,7%)	2 (3,0%)	3 (2,4%)
Outras patologias	7(12,3%)	4 (6,1%)	11 (8,9%)
Total	57 (100,0%)	66 (100,0%)	123(100,0%)

Diversos estudos têm apontado a doença respiratória como a principal

causa de adoecimento da população infantil. Estudo realizado em Pelotas na década de 80 já revelava as infecções respiratórias, seguidas da diarreia, como as principais causas de hospitalização (Victora e cols, 1988).

No Brasil, os problemas respiratórios, principalmente a pneumonia, causam 22,3% das mortes de crianças de 1 a 4 anos, ocupando o primeiro lugar entre as causas de morte, e compreendem mais de 50% das causas de internação hospitalar, nessa faixa etária. Nos pronto-socorros e postos de saúde, 30% a 50% das crianças atendidas apresentam algum sintoma respiratório (Ministério da Saúde, 2000).

De cada quatro crianças com problemas respiratórios, três têm apenas resfriados, que, embora, de menor gravidade, causam mal-estar, pois provocam febre, tosse, dor ou dificuldade para respirar e inapetência. Outro problema associado é o uso freqüente de medicamentos desnecessários e, até, prejudiciais. Até recentemente a pneumonia não era considerada como um problema prioritário, pois se entendia que o controle das infecções respiratórias não merecia muita prioridade, devido às dificuldades inerentes à sua prevenção e tratamento. Hoje em dia sabe-se que a pneumonia é um problema muito grave, responsável por muitos óbitos na população infantil, por isso medidas preventivas se fazem necessárias (Benguigui, 1997).

Tomando como base de análise a doença respiratória, percebe-se que entre as crianças que apresentaram algum evento mórbido na unidade sem-PSF, a doença respiratória foi responsável por 42,1% e na unidade com-PSF esse índice foi de 51,5%, o que reforça que em ambas as unidades as afecções respiratórias foram a primeira causa de adoecimento,

porém com maior concentração na unidade com-PSF. Esse quadro remete a uma maior preocupação, uma vez que a principal causa de mortalidade em crianças até 4 anos de idade, conforme dados apresentados na introdução deste estudo é a doença respiratória.

Considerando-se os parâmetros para programação das ações básicas de saúde estabelecidos pela NOAS (Ministério da Saúde, 2001), o índice esperado de doenças respiratórias na população menor de 5 anos é de 40%. Nessa perspectiva, pode-se concluir que ambas as unidades apresentaram incidência maior que o limite previsto pelos parâmetros oficiais.

Quanto aos distúrbios gastrintestinais, na unidade sem-PSF ele aparece com um índice de 17,5% dentre as morbidades referidas, enquanto na unidade com-PSF esse índice é de 10,6%. Observa-se um maior acometimento de crianças por quadros gastrintestinais na unidade sem PSF. Sabe-se que hoje, as ferramentas para o controle das diarreias são mais conhecidas e mais acessíveis à população, porém o controle das doenças respiratórias ainda também depende de fatores ambientais, biológicos e sociais, entretanto o seu controle ainda é mais difícil.

6.4.2 Conhecimentos das mães / cuidado materno

A capacidade materna de manejar e otimizar os diversos recursos necessários a um cuidado adequado tem sido priorizada na atenção à saúde da criança.

Sabe-se que as atividades de promoção e de atenção básica são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população e que as ações educativas são as principais estratégias em direção à

promoção da saúde, uma vez que a educação em saúde tem como questão subjacente, a transformação e a mudança de conhecimentos e de valores. Assim, promover essas mudanças constitui um processo que exige um esforço contínuo dos profissionais de saúde no sentido de contribuir para o melhoramento das condições de saúde da população infantil.

A educação dos pais e da comunidade em relação à atenção e cuidado da criança deve, portanto, ser prioridade nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Dentre as bases da estratégia AIDPI, destacam-se as medidas para o cuidado da criança por parte de seus pais no domicílio, incluindo especialmente o reconhecimento de sinais perante os quais deve-se buscar a atenção dos serviços de saúde (Benguigui, 1997).

A Tabela 28 mostra que na unidade sem-PSF houve um índice de 64,8% de orientação escrita ou verbal quanto ao problema da criança, enquanto na unidade com-PSF esse índice foi de 85%. A diferença de 20% foi estatisticamente significativa, revelando que na unidade com-PSF, maior proporção de usuários são orientados com relação ao problema da criança. Quanto à compreensão das orientações, no entanto, mais de 70% dos respondentes de ambas as unidades referiram ter entendido as orientações recebidas, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as unidades. Considerando a relevância da participação familiar, tanto no cuidado da criança, quanto na sua recuperação, ressalta-se a importância da orientação como alicerce para a adesão ao tratamento e envolvimento no cuidado da criança. Além disso, a orientação é um facilitador do vínculo e da confiança do usuário ao serviço.

Tabela 28. Distribuição das crianças estudadas segundo aspectos relacionados ao

tratamento da criança, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Variáveis	Unidade de saúde		Total	P ¹
	Sem-PSF	com-PSF		
Recebeu orientação sobre o problema				0,044
Sim, por escrito	10 (27,0%)	19 (28,7%)	29 (28,7%)	
Sim, verbalmente	14 (37,8%)	36 (56,3%)	50 (49,5%)	
Não	6 (16,2%)	7 (10,9%)	13 (12,9%)	
Não se aplica	7 (18,9%)	1 (1,6%)	8 (7,9%)	
Não sabe	-	1 (1,6%)	1 (1,0%)	
Entendeu orientações sobre o tratamento				0,419
Não	2 (11,1%)	1 (4,0%)	3 (7,0%)	
Sim	14 (77,8%)	18 (72,0%)	32 (74,4%)	
Não sabe	2 (11,1%)	6 (24,0%)	8 (18,6%)	

¹ Teste exato de Fisher

A Tabela 29 expressa o grau conhecimento da mãe e/ou familiares sobre cuidados específicos quando a criança apresenta infecção respiratória aguda e/ou doença diarréica. Analisando-se os dados referentes aos conhecimentos sobre infecção respiratória, percebe-se que 48,4% dos respondentes da unidade sem-PSF e 45,7 da unidade com-PSF associam maior oferta de líquidos a infecções respiratórias. Para maior oferta de alimentos, os índices foram de 11,6% para a unidade sem-PSF e 7,4% para a unidade com-PSF. Sabe-se que tanto a oferta de alimentos quanto de líquidos é muito importante na recuperação da criança com agravos respiratórios. Observa-se que os índices são muito semelhantes entre os respondentes das duas unidades. Veríssimo e Sigaud (2001) propõem entre as ações de promoção, prevenção e recuperação de crianças com agravos respiratórios, cuidados como aumento da frequência de oferta de líquidos e alimentos servidos às crianças.

Tabela 29. Distribuição das crianças estudadas segundo práticas dos familiares, relacionadas ao tratamento da criança doente, por unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

Variáveis	Unidade de Saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		

<i>Em caso de IRA dar à criança</i>				0,906
Menor quantidade de líquido	5 (5,3%)	6 (6,4%)	11 (5,8%)	
Mesma quantidade de líquido	44 (46,3%)	45 (47,9%)	89 (47,1%)	
Maior quantidade de líquido	46 (48,4%)	43 (45,7%)	89 (47,1%)	
<i>Em caso de IRA dar à criança</i>				0,377
Menor quantidade de alimentos	15 (15,8%)	21 (22,3%)	36 (19,0%)	
Mesma quantidade de alimentos	69 (72,6%)	66 (70,2%)	135 (71,4%)	
Maior quantidade de alimentos	11 (11,6%)	7 (7,4%)	18 (9,5%)	
<i>Em caso de diarreia dar à criança</i>				0,605 ²
Menor quantidade de líquido	4 (4,3%)	5 (5,3%)	9 (4,8%)	
Mesma quantidade de líquido	25 (26,6%)	19 (20,2%)	44 (23,4%)	
Maior quantidade de líquido	65 (69,1%)	70 (74,5%)	135 (71,8%)	
<i>Em caso de diarreia dar à criança</i>				
Menor quantidade de alimentos	96 (100,0%)	91(100,0%)	187 (100%)	
Mesma quantidade de alimentos	-	-	-	
Maior quantidade de alimentos	-	-	-	

¹ Teste Qui-Quadrado

² Teste exato de Fisher

Quanto aos conhecimentos maternos em relação à diarreia, os dados apontam que a maioria tem consciência sobre a importância do aumento da oferta de líquidos, ou seja, 69,1% da unidade sem-PSF e 74,5% da unidade com-PSF. Entretanto, com relação à alimentação, 100% dos respondentes de ambas as unidades ainda associaram a pausa ou dieta alimentar como cuidado prestado à criança com diarreia, apesar dessa conduta ser totalmente superada, do ponto de vista científico. Os dados encontrados mostram que essa prática, cultivada durante muitas décadas pelos serviços de saúde, ainda permanece impregnada na cultura popular (Grisi e Sucupira, 2001).

Pesquisa denominada desviantes positivos de saúde para a sobrevivência: um estudo de caso-controle da mortalidade infantil pós-neonatal analisou entre outras variáveis a tecnologia materna e sua associação com a sobrevivência da criança. O estudo foi realizado com populações homogêneas com pareamento dos casos e controles segundo idade, sexo e localização da moradia. Entre as questões relacionadas à

tecnologia materna, observou-se que a porcentagem de mães do grupo de sobreviventes (62,5%) que referiu tomar medida adequada diante de um episódio de diarreia da criança, foi significativamente maior em relação ao grupo de óbitos, mostrando uma associação positiva entre saber a conduta correta em relação à diarreia e sobrevivência da criança. A análise também mostrou associação significativa entre o saber preparar o soro caseiro e a sobrevivência da criança, com *odds ratio* evidenciando chance de sobrevivência de 4,42 vezes maior para as crianças sobreviventes em relação ao grupo de óbitos. Os autores concluíram que fatores reprodutivos, culturais, de conhecimento e de tecnologia materna estavam associados com a sobrevivência das crianças (Burihan e cols, 2002).

Promover ações mais integras remete a maior autonomia e independência da população em relação ao seu próprio processo saúde-doença. Os dados do presente estudo, no entanto, apontam que o efeito da ação dos serviços sobre o conhecimento e o cuidado materno ainda não se traduz de forma efetiva na realidade encontrada. Quanto à abordagem utilizada no enfrentamento dos problemas de saúde referidos no estudo, observa-se que o grau de conhecimento da mãe e ou familiares sobre cuidados específicos quando a criança apresenta infecção respiratória aguda e/ou doença diarreica é semelhante nos dois modelos assistenciais. Com relação à diarreia, ainda persistem conhecimentos superados do ponto de vista científico, mostrando que ainda existe em ambas as unidades de saúde a necessidade de desenvolver ações de educação em saúde, em níveis mais próximos da população. Nesse sentido, é preciso compreender a importância da ação educativa como um componente de impacto, não só na

mudança do perfil de morbimortalidade, mas também em direção à construção da cidadania como elemento emancipatório.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O princípio da integralidade, entendido como um dos atributos da atenção primária, foi considerado como objeto central na qualidade da atenção básica prestada à saúde da criança em suas dimensões contextuais, de organização dos serviços, da prática da integralidade no cuidado e dos efeitos dos cuidados prestados sobre a saúde da criança. A análise dos dados obtidos no presente estudo possibilitou sistematizar as seguintes conclusões:

Os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, analisados a partir da caracterização das regiões revela que, embora ambas as unidades pertençam à periferia do município de São Paulo e apresentem características gerais pertinentes a essa condição, a região de Capela do Socorro (unidade sem-PSF) apresenta desvantagem em quase todas as variáveis em relação à região da Penha (unidade com-PSF). Essa desvantagem é expressa principalmente por meio de indicadores como taxa de mortalidade infantil e baixo peso ao nascer, cobertura de pré-natal e disponibilidade de serviços de saúde. Esse quadro pode ser explicado pela acentuada insuficiência de recursos de saúde na região de Capela do Socorro, que dificulta o acesso e conseqüentemente resulta em baixa cobertura, sobretudo na atenção à mulher na gravidez, parto e puerpério.

Apesar das diferenças existentes na caracterização das regiões onde

moram as famílias das crianças, a população estudada apresentou características sócio-demográficas e econômicas semelhantes, fato que reforça que as diferenças observadas na performance dos indicadores de saúde podem estar mais diretamente associadas a questões relacionadas à infra-estrutura como disponibilidade de serviços e qualidade do serviço prestado.

Quanto à dimensão da organização da assistência, observou-se desvantagem da unidade sem-PSF em relação à unidade com-PSF, principalmente no que diz respeito ao acesso ao sistema de referência e aos medicamentos. Na estratégia PSF a área de abrangência é delimitada em consonância com os recursos humanos disponíveis, ou seja, existe uma melhor adequação do binômio demanda/oferta. Os dados no modelo com-PSF apontaram que mesmo com a adscrição da população, a unidade não consegue absorver adequadamente as necessidades de saúde de sua população e garantir agilidade no agendamento de consultas e maior acesso aos medicamentos prescritos. O processo de territorialização mostrou que a influência de fatores contextuais, isto é as características mais desfavoráveis da região sem-PSF, tornam muito mais complexo o binômio demanda/oferta, resultando muitas vezes em ações menos contínuas e mais distantes de uma atenção mais integral, além de dificultar a prática da universalidade.

Considerando o acesso como ponto de partida em direção à prática do princípio da integralidade, observou-se que o acesso às consultas foi bastante dificultado em ambas as unidades, uma vez que os resultados apontam média de 2 a 3 idas ao serviço para obtenção de uma consulta. Essa demora pode ser responsável pelo alto índice de procura do

hospital/pronto atendimento para resolução de problemas relativos à atenção básica, além da descontinuidade no acompanhamento do usuário, que também compromete a integralidade.

Outro ponto relevante na integralidade da atenção é o sistema de referência e contra-referência, que embora deficiente, mostrou-se mais articulado na unidade com-PSF. Ainda, considerando o acesso ao medicamento como parte importante para a prática da integralidade, os resultados também revelaram vantagem da unidade com-PSF, apontando uma prática mais facilitadora nessa unidade, o que não significa que essa dimensão da integralidade esteja totalmente implementada nesse modelo assistencial.

Tomando-se a prática da integralidade no cuidado prestado como uma dimensão de análise, conclui-se que a resolutividade dos problemas de saúde pela própria unidade foi maior no PSF. Um outro ponto a se destacar é a utilização soberana da terapia medicamentosa como forma de resolução dos problemas de saúde, tanto em um modelos assistencial quanto em outro. Nesse sentido, parece que mesmo no modelo PSF, ainda não se conseguiu romper com as práticas centradas no modelo biológico-curativista. Em relação à contribuição do enfermeiro nas equipes de saúde, também ainda não se constata um efeito na forma de solucionar os problemas de saúde, mostrando que ao invés de avançar nas práticas educativas e cuidativas está se reproduzindo o modelo biomédico.

Quanto à satisfação do usuário, ambas as unidades apresentaram uma boa avaliação, porém encontrou-se pontos de incongruência em relação ao enfermeiro e ao recepcionista. Com relação ao enfermeiro, a

questão central foi permeada pelo desconhecimento deste profissional por boa parte dos usuários da unidade sem-PSF. Em relação ao recepcionista, pode-se considerar que a insatisfação dos usuários, que apresentou piores índices na unidade sem-PSF, parece estar mais implicitamente relacionada ao acesso.

A análise dos dados constantes nos prontuários aponta que na unidade com-PSF há registros mais sistemáticos, o que favorece a melhor compreensão do processo saúde-doença, além de facilitar a integração entre os distintos profissionais envolvidos nas ações desenvolvidas junto às crianças atendidas. Essa sistemática de registros ainda permite um melhor planejamento das ações de saúde, de acordo com as reais necessidades da população infantil. A organização do trabalho na unidade com-PSF favorece o registro em prontuário, o que pode ser considerado como ponto de partida para a concretização de uma atenção mais integral à saúde da criança.

Outro aspecto importante a ser destacado, sob a ótica da integralidade, é o acompanhamento da criança realizado através das consultas de rotina, prática incorporada por três quartos da população estudada. Por outro lado, ambas as unidades apresentaram deficiência no atendimento à ocorrência de problemas eventuais.

Com relação aos efeitos dos cuidados prestados sobre a saúde das crianças, os resultados mostraram que a mediana de amamentação foi de 6 meses na unidade sem-PSF e de 5 meses na unidade com-PSF. Quanto ao estado nutricional, observou-se frequência de desnutrição crônica bastante elevada em ambas as unidades e similar à de populações com baixa renda *per capita*. Os dados sobre morbidade referida apontam a doença

respiratória como a primeira causa de adoecimento em ambas as unidades, porém a distribuição desses episódios foi maior entre as crianças da área com-PSF. A análise dos dados relacionados à imunização ficou prejudicada, uma vez que a fonte de dados foi o registro no prontuário e esta nem sempre espelha a real situação vacinal da criança.

Quanto ao grau de conhecimento da mãe e ou familiares sobre cuidados específicos nas situações em que a criança apresenta infecção respiratória aguda e/ou doença diarréica, os dados revelaram resultados similares para ambas as unidades, mostrando que ainda existe uma lacuna a ser preenchida em direção à promoção da saúde através do fortalecimento e preparo da família nos cuidados prestados à criança.

Integrando-se as quatro dimensões, pode-se concluir que tanto a influência do contexto comunitário como a organização do serviço no modelo com-PSF, promovem condições objetivas facilitadoras de uma prática mais integral. Entretanto, o efeito sobre a situação de saúde-doença da população ainda não revela a incorporação do princípio da integralidade, sobretudo com relação ao caráter curativo da atenção prestada e da dificuldade de acesso.

Vale ressaltar, duas questões importantes implícitas nesse contexto, uma relacionada aos profissionais de saúde e outra ao princípio da universalidade. Quanto à primeira questão é preciso contextualizar que o exercício da integralidade prevê um perfil profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes direcionados para as diretrizes da atenção básica, o que ainda representa uma dificuldade na medida em que a formação desses profissionais permanece bastante centrada na lógica hospitalocêntrica da

super especialização. Além da formação, os profissionais são engajados em uma cultura institucional impregnada por um determinado modo de produzir saúde, mais direcionado às práticas curativas. Com relação à questão da universalidade de acesso, observa-se uma seletividade da clientela atendida no modelo com-PSF, o que de um lado, garante mais o acesso para alguns, porém por outro lado, não responde a uma questão fundamental colocada na atual sociedade brasileira, que é a exclusão social, reflexo da política neoliberal no país. Sabe-se que a natureza dos serviços de saúde, pública ou privada, já é por si só promotora de grandes desigualdades no acesso e utilização de serviços. Assim, é papel do Estado gerar políticas públicas mais inclusivas e não reforçar no seio do Estado, políticas que promovam a seletividade do acesso. De fato, parece que um dos desafios colocados na arena da construção do SUS é contemplar a mudança do modelo assistencial e o acesso aos serviços de saúde. Analisando-se historicamente a organização da saúde, principalmente da atenção básica no país, acredita-se que as transformações e avanços conquistados são imensos, porém pautando-se a análise no horizonte sinalizado pelas diretrizes do SUS, ainda tem-se um longo caminho a percorrer, que com certeza só será atingível num esforço coletivo de toda sociedade brasileira. Nesse contexto, a mudança deve ser entendida de forma processual e dialética.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho de N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Administração Pública* 2000; 34(6):11-34.

Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da saúde infantil*. São Paulo: Hucitec/Unicef; 1991.

Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):630-6.

Benguigui Y. *Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos das estratégias de controle*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; 1997.

Benguigui Y. Perspectivas en el control de enfermedades en los niños: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2001; 1(1):7-19.

Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc Enferm USP* 1996; 30(3):308-98.

Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(3):401-12.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Constituição de 1988. Brasília (DF): Senado; 1988.

Breilh J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP/Hucitec; 1991.

Burihan PCPR, Sigulem DM, Juliano Y, Novo NF, Cury MCFS. Desviantes positivos de saúde para a sobrevivência: um estudo de caso-controle da mortalidade infantil pós-neonatal. *Rev Paul Pediatr* 2002; 20(2):78-83.

Capucci PF. As mudanças na políticas de Saúde em São Paulo: a gestão descentralizada. In: Souza MF, Mendes A. organizadores. *Tempos radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Carvalho G, Rosemburg CP, Buralli KO. Avaliação de ações e serviços de saúde. *Mundo Saúde* 2000; 24(1):72-88.

Castellanos PL. Sobre el concepto de salud – enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. *Bol Epidemiol* 1990; 10(4):1-7.

Cleary DP, McNeil JB. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25(1):25-36.

Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 1999.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl):191-202.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos Sistemas Municipais de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5):1417-23.

Costa MCN, Azi PA, Paim JS, Silva LMV. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(3):555-67.

Costa WGA, Maeda ST. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. *Saúde Debate* 2001; 27(57):15-29.

Cunha AJLA, Silva, MAFS, Amaral JJF. A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI” e sua implantação no Brasil. *Rev Pediatr Ceará* 2001; 2(1):33-8.

D´Amaral RKK, Gouvêa LC, Orlando AP, Sato VC, Konishi RK, Tufolo MC et al. Avaliação e correção da situação vacinal dos escolares residentes no Distrito Administrativo de Marsilac. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 2004 jun. 19-23; Recife (PE). Rio de Janeiro: Comissão de Epidemiologia/ABRASCO; 2004.

Felisberto E, Carvalho EF, Samico I. Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI): considerações sobre o processo de implantação. *Rev IMIP* 2000; 14(1):24-31.

Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico RM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(6):1691-9.

Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. In: 11ª Conferência Nacional de Saúde. [online]. Campinas; 1999. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns> (20 mar. 2000)

Freire M, Davini J, Camargo F, Martins MC. Observação, registro, reflexão instrumentos Metodológicos I. São Paulo: Artcolor; 1997. (Série Seminários).

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da infância: 1999. Brasília; 1994.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da infância: 1999. Brasília; 1999.

Furtado LAC, Tanaka OU. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(6):87-96.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1996.

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: característica tecnológica de processos de trabalho na Rede Estadual de Centro de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

Grisi S, Sucupira AC. Diarréia Aguda e Persistente. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília; 2001. p. 246-51.

Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(2):131-6.

Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: resultados preliminares. Brasília (DF); 1990.

Laurell AC. A saúde doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. P.133-158.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC, organizador. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995. p.151-178.

Leal LN. Reduzir desigualdade social será a maior tarefa. O Estado de São Paulo, São Paulo 2002 jul. 14:A-7.

Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em Hospital Universitário. Rev Saúde Pública 1991; 25(1):41-6.

Leone C. Mortalidade de menores de 5 anos no Brasil. In: Nóbrega F, Leone C. Assistência primária em pediatria. São Paulo: Artes Médicas; 1989. p. 27-37.

Leone C, Marques AM, Primo E, Freschi AS, Yamamoto TS. Aspectos médico-sociais das infecções respiratórias agudas (IRA) em crianças de famílias urbanas de baixa renda. Rev Paul Pediatr 1991; 9(35):152-7.

Luz M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública 2004; 20(5):1411-6.

Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a Saúde e o modelo tecno assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.117-160.

Ministério da Saúde. Textos básicos de saúde: assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.

Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília; 1986.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF); 1990.

Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Ministério da criança/Projeto Minha Gente. Brasília, 1991.

Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1994.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamentos de Normas Técnicas. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília; 1995.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção Integrada à Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. [online]. Brasília; 2000. Disponível em: [http://www. Saude.gov.br/sps/areas tecnicas/scrianca](http://www.Saude.gov.br/sps/areas_tecnicas/scrianca) (12 mai.2002)

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. Regionalização a assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília (DF); 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: 2002.

Monteiro CA, Benício MHD'A, Gouveia NC. Saúde e nutrição das crianças brasileiras no final da década de 80. In: Monteiro MFG, Cervini R, organizadores. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 1992. p. 19-42.

Monteiro CA, Benício MH, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na infância na cidade de São Paulo (1976 - 1998). Rev Saúde Pública 2000; 34(6 Supl):26-40.

Monteiro CA, Szarfarc SC, Mondini L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984 - 1996). Rev Saúde Pública 2000; 34(6 Supl):62-72.

Monteiro CA, Wolney LC. Tendência secular da desnutrição e da obesidade

na infância na cidade de São Paulo (1974 - 1996). Rev. Saúde Pública 2000; 34(6 Supl):52-61.

MonteiroCA, Wolney LC. Tendência secular do crescimento pós-natal na cidade de São Paulo (1974 - 1996). Rev Saúde Pública 2000; 34(6 Supl):41-51.

Novaes HM. Ações integradas nos sistemas locais de saúde – Silos: uma análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Livraria Pioneira; 1990.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Melhorando a saúde das crianças AIDPI: o enfoque integrado. Washington; 2000. (Série HCT/AIEPI 38-P).

Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Alma Ata 1978. Atención primaria de salud. Ginebra; 1978. (Serie Salud para Todos 1).

Paim JS. As políticas de saúde e a conjuntura atual. Rev Espaço Saúde, Curitiba 1989; 1(1):18-24.

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.

Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de Saúde da Família, na perspectiva da promoção da saúde. In: Anais do 1º Seminário: O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família; 2000; São Paulo (SP). [CD-ROM]. São Paulo: ABEn; 2000.

Prado SRLA. Razão de risco de morbidade e estado nutricional em crianças de creche. Rev Paul Pediatr 2002; 20(2):84-9.

Puffer RR, Serrano CV. Características de la investigación en la niñez. Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1973. (Publicación Científica, 262).

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19(1):27-34.

Resegue R, Sarrubo SAB. O desenvolvimento normal e os sinais de alerta. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília; 2001. p. 181-6.

Saito RXS. Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Sakai MH, Nunes EFA, Martins VL, Almeida MJ, Baduy RS. Recursos Humanos em Saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní I, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. UEL; 2001. p. 111-124.

Salum MJL. A responsabilidade da Universidade Pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa Saúde da Família. In: 11^a Conferência Nacional de Saúde [online]. Campinas; 1999. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns> (21jun.2001)

Santos BS. A crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez; 2001.

São Paulo (SP). Tempos radicais da Saúde em São Paulo: A construção da maior cidade brasileira/ Maria Fátima de Souza, Aquilas Mendes, organizadores – São Paulo : Hucitec, 2003.

Schimidel A, Cuchi M, Geib LTC. Avaliação da Qualidade dos Serviços Ambulatoriais na Rede Municipal de Saúde. Rev Med HSVP 1995; (16):5-13.

Scochi MJ. Indicadores da Qualidade dos Registros e da Assistência Ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. Cad Saúde Pública 1994; 10(3):356-67.

Secretaria Municipal do Planejamento. São Paulo em números. São Paulo; 2000.

Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes gerais para a SMS: documento 2” Diário Oficial do Município. São Paulo; 2001.

Secretaria Municipal da Saúde. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo; 2002.

Secretaria Municipal da Saúde. Caderno Temático da Criança. São Paulo;

2003.

Siegel S, Castellan Junior NJ. Nonparametric statistics: for the behavioral sciences. 2nd ed. Boston: McGraw –Hill; 1988.

Sigulem DM. Condições de saúde e nutrição de lactentes no Município de São Paulo. [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 1981.

Silva AMR, Oliveira MSM, Nunes EFPA, Torres ZF. A Unidade Básica de Saúde e seu território. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní I, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. UEL; 2001. p. 145-160.

Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Programa de Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS). Rio de Janeiro: Macro; 1996.

Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm 2000; 53(n. esp):25-30.

Souza HM. Saúde da família: desafios e conquistas. In Negri B, Viana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2002.

Souza MF, Mendes A, organizadoras. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção da maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003.

Souza NC, Góes BW, Grisi S. Avaliação do atendimento médico de equipes do Programa Saúde da Família através de auditoria de prontuários. In: Cianciarullo TI, Gualda DM, Silva GTR, Cunha ICKO, organizadores. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002. p.143-166.

Sposati A, coordenadora. Mapa da exclusão, inclusão social da Cidade de São Paulo. São Paulo: Educ; 1996.

Sposati A, coordenadora. Que cidade e esta? São Paulo: exclusão e inclusão. São Paulo: Vereda Centro de Estudos em Educação; 1996.

Tanaka OU, Rosenberg CP. Análise da utilização pela clientela de uma Unidade Ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (BRASIL). Rev Saúde Pública 1990; 24(1):60-8.

Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário. São Paulo: Hucitec; 1995.

Veríssimo MLOR, Sigaud CHS. Assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS). Manual de enfermagem. Brasília (DF): MS/USP; 2001. p. 95-98.

Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo: Hucitec; 1988.

World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva; 1995. (Technical Report Series, n.854).

Zurriaga-Lorens O, Alfonso-Sánchez JL, Sanchis-Nogueira B, Prado Del BMJ, Cortina-Greus P. Algunos factores determinantes de la mortalidad infantil em Espana. Salud Publica Mex 1990; 32:665-72.

ANEXOS