

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da atenção básica à saúde em Campo Grande, WS”

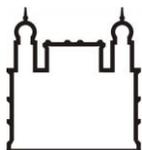
por

Amanda Zandonadi de Campos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha

Campo Grande, setembro de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da atenção básica à saúde em Campo Grande, MS”

apresentada por

Amanda Zandonadi de Campos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Rita Barbieri

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Mendes da Fonseca

Prof.^a Dr.^a Mariza Miranda Theme Filha – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 16 de setembro de 2010.

SUMÁRIO

	Página
AGRADECIMENTO	
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
2.1 Atenção Básica no Mundo e no Brasil.....	4
2.2 A Estratégia de Saúde da Família como meio para operacionalização da Atenção Básica no Brasil.....	5
2.3 A Política Nacional de Atenção Básica.....	8
2.4 Avaliação da Atenção Básica à Saúde	11
3 OBJETIVOS	15
4 MATERIAL E MÉTODO	16
4.1 Caracterização do Objeto de Estudo	16
4.2 Delineamento da Pesquisa.....	17
4.3 Instrumentos para Coleta de Dados	18
4.4 Análise dos Resultados	28
4.5 Considerações Éticas.....	28
5 RESULTADOS.....	29
5.1 Inserção da Atenção Básica em Campo Grande, MS	29
5.2 Organização da Atenção Básica em Campo Grande, MS.....	31
5.3 Impacto da Atenção Básica em Campo Grande, MS.....	33
5.4 Classificação da Atenção Básica em Campo Grande, MS.....	36
6 DISCUSSÃO	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44

REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS.....	55
Anexo 1: Organização da Atenção Básica.....	56
Anexo 2: Experiência e Organização da Estratégia Saúde da Família	81
Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 - Metodologia para classificação da Atenção Básica no município segundo indicadores de inserção do modelo assistencial.....	20
Quadro 2 - Metodologia para classificação da Atenção Básica no município segundo indicadores de organização do modelo assistencial.....	21
Quadro 3 - Internações por condições sensíveis à atenção primária elencadas pelo Ministério da Saúde	24
Quadro 4 - Metodologia para classificação do município segundo indicador de impacto do modelo assistencial.....	26

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - Classificação do município quanto ao grau de adesão à proposta da Atenção Básica	27
Figura 2 - Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família, Campo Grande, MS – 2000 a 2009	29

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Classificação da Atenção Básica do município segundo indicadores selecionados de inserção do modelo assistencial em 2009	30
Tabela 2 - Classificação da Atenção Básica município segundo indicadores selecionados de organização do modelo assistencial em 2009.....	32
Tabela 3 - Proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) dos residentes no município, Campo Grande, MS, 2000 a 2009	33
Tabela 4 - Taxa de internação geral e específica por condições sensíveis à atenção primária por 10 mil habitantes e coeficiente de correlação de Pearson, Campo Grande, MS, 2000 a 2009.....	35
Tabela 5 - Classificação do município segundo o conjunto de indicadores de inserção, organização e impacto da atenção básica em Campo Grande, MS, 2009.....	36

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

Aos pais que ensinaram o caminho.

À família pelo incentivo.

À amiga Kátia Cilene Araújo Tomazato pelo suporte no trabalho quando da minha ausência.

À professora, Mariza Miranda Theme Filha, pela condução do processo de orientação.

Aos queridos colegas de turma, pelo companheirismo.

Às professoras Inês Echenique Mattos e Silvana Granado, sempre presentes.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fundação Oswaldo Cruz pelo conhecimento transmitido.

À acadêmica Katiúscia Serrou, pelo auxílio na coleta de dados.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde Pública pela colaboração e fornecimento das informações.

RESUMO

A estratégia de Saúde da Família é hoje no Brasil o modelo adotado para a oferta de cuidados de saúde no nível primário. Sua expansão traz como consequência o desafio da avaliação do seu desempenho, com vistas a garantir a cobertura e a qualidade da atenção prestada. O estudo desenvolvido avaliou a inserção, organização e impacto da ESF, a partir de entrevistas com gestores da Atenção Básica e análise da evolução das interações por condições sensíveis à atenção primária, referentes aos anos de 2000 e 2009. Foi construído um indicador-síntese com o objetivo de classificar o grau de adesão à proposta da Atenção Básica, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Observa-se que, apesar de o município ter apresentado um aumento da cobertura da ESF de 23,4 pontos percentuais no período analisado e alcançar um impacto satisfatório, a Atenção Básica apresenta algumas fragilidades na inserção e organização dos serviços oferecidos, estabelecendo desafios complexos para o sistema de saúde. Os resultados obtidos neste estudo podem servir de subsídios para os gestores na identificação de prioridades e assim corroborar com a expansão de uma Atenção Básica à saúde de qualidade.

Palavras-chave: atenção básica; avaliação em saúde; saúde da família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the model that has currently been adopted for the provision of primary health care in Brazil. Its expansion in the country entails the challenge of assessing its performance to ensure optimal health care coverage and quality. In the present study, we evaluated the insertion, organization and impact of the Family Health Strategy by means of interviews with primary health care managers and through the analysis of the evolution of hospitalizations that were prevented through adequate primary health care in the period between 2000 and 2009. A synthesis indicator was developed to measure adherence to this Primary Health Care model in the city of Campo Grande, State of Mato Grosso do Sul, Brazil. The Family and Health Strategy expanded its coverage in the city by 23.4 percentage points during the period of analysis. However, despite the fact that it achieved a satisfactory impact in the city, Campo Grande's Primary Health Care system showed weaknesses as far as the insertion and organization of its health care services, which causes a set of complex challenges. The data that is presented in this study may aid managers in identifying priorities for health care quality improvements.

Keywords: primary care, health evaluation; family and health.

1 INTRODUÇÃO

Em 1978, o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000” na Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, impulsionou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e definiu a Atenção Básica como a principal estratégia de atuação no país.

Definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”¹, a Atenção Básica estabelece um novo paradigma na organização e oferta dos serviços de saúde.

Com o intuito de operacionalização do sistema de saúde é instituído em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF)² e em 18 de dezembro de 1997 é publicada a Portaria nº 1886/GM³ que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

A partir de 1998 o PSF firma-se como estratégia de um modelo de atenção à saúde, com ações multiprofissionais pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da corresponsabilização e da equidade.

Apesar da proposta de universalidade à saúde trazida pelo SUS, devido o contexto sócio-econômico do país, a expansão do PSF caracteriza-se pela inserção de programas com caráter seletivo, direcionado para grupos populacionais mais carentes com o propósito de combater as principais causas da mortalidade infantil e de algumas doenças infecciosas^{4,5,6}.

Na tentativa de resgatar os preceitos inicialmente estabelecidos pelo SUS e nortear a operacionalização da Atenção Básica para um conceito abrangente da saúde, o monitoramento e avaliação passam a ser uma exigência na rotina dos serviços de saúde.

No caso de instituições, empresas ou organizações, conhecer seus problemas, buscar

soluções alternativas, atingir metas e cumprir objetivos, caracteriza a metodologia de monitoramento e avaliação como um importante ponto a ser enfrentado no contexto do sistema de saúde em termos de qualidade, eficiência e equidade ⁷. Estudos enfocando o papel da avaliação nos sistemas de saúde vêm sendo realizados na tentativa de resgatar a importância de questões voltadas para a qualidade dos serviços ^{7,8,9,10}.

De acordo com Facchini⁹, em muitos países as exigências de avaliação dos sistemas de saúde foram incluídas na legislação e nas atividades administrativas. No Brasil, a implantação do SUS, impulsiona a avaliação em saúde, caracterizada pela construção de indicadores que passaram a subsidiar a elaboração dessas ações ^{7,10}. Entretanto, os parâmetros oficialmente adotados ainda agregam indicadores de produtividade e análise da capacidade de utilização de equipamentos e instalações em detrimento da avaliação da situação de saúde da população.

No intuito de expandir o PSF e incentivar a inserção do monitoramento e avaliação neste contexto, o Ministério da Saúde lança em 2003 o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) e logo em 2006 estabelece o Pacto pela Saúde e a Política Nacional da Atenção Básica^{1,11,12}.

O modelo proposto a partir de então busca focar a avaliação do impacto das condições sanitárias da população por meio da pactuação de indicadores de saúde em todas as esferas governamentais ^{1,12}. Essa metodologia de trabalho pode ser considerada um avanço para o sistema de saúde no Brasil, no entanto, de acordo com Medina¹³, apesar de esses instrumentos serem considerados elementos indutores da avaliação e monitoramento na Atenção Básica, se faz necessária uma transição do pacto burocrático para uma pactuação dinâmica e direcionada pelos princípios do SUS.

Institucionalizar a avaliação em saúde num país em que não há a tradição de se avaliar constitui um grande desafio para o sistema de saúde. É necessário incorporar a

avaliação em saúde em todas as suas vertentes, focando o aprendizado a fim de provocar mudanças e desmistificá-la enquanto somente emissora de julgamentos.

Corroborando com esse cenário, a presente pesquisa objetiva realizar uma avaliação da Atenção Básica em Campo Grande, MS em 2009, a fim de contribuir e incentivar a institucionalização da avaliação em saúde, provocando a manutenção do debate ao redor da qualidade da Atenção Básica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO MUNDO E NO BRASIL

Em 2008 completaram-se três décadas desde a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde ocorrida em Alma-Ata. Durante esse período muitas outras conferências, motivadas pela meta “Saúde para Todos”, foram realizadas. Representantes de diferentes nações reuniram-se para compartilhar experiências e discutir estratégias, visando mudanças no cenário da saúde mundial.

A Atenção Básica, termo que corresponde na literatura internacional à Atenção Primária ^{14,15}, vem demonstrando impacto positivo nos países em que é adotada, podendo apresentar ainda, custos globais de saúde menores quando associados às condições ambientais e sociais favoráveis ^{16,17,18}.

Contudo, dado o desenvolvimento histórico da saúde e seus diversos cenários de sistemas políticos, econômicos e sociais, observam-se claras diferenças no desenvolvimento da Atenção Básica quando se trata de distintos continentes⁶.

Na Europa, por exemplo, a Atenção Básica foi implantada com o intuito de assistir toda a população como o primeiro nível de serviços de saúde voltada para “responsabilidade longitudinal pelo paciente, independente da ausência ou presença de doenças”, visando o cuidado holístico¹⁹.

Diferente nos países em desenvolvimento, a Atenção Básica pode ser considerada “originalmente seletiva, uma vez que se direcionou para intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas”⁵.

A atenção básica seletiva tornou-se dominante em alguns países e perseverou por meio de muitos programas verticais para subgrupos populacionais específicos. Apesar de o

modelo ser considerado bem-sucedido em algumas áreas, como por exemplo, na imunização, o mesmo pode implicar no desfavorecimento de alguns indivíduos ou famílias quando não contemplados nos determinados programas⁶.

No Brasil, algumas fragilidades quanto à reorientação do sistema de saúde para a Atenção Básica, foram levantadas por alguns autores. Em 1998 Viana e Dal Poz²⁰ levantaram o risco de o modelo adotado cair na medicina simplificada focada nos grupos populacionais mais carentes, de caráter complementar e não substitutivo. No ano de 2003, Ronzani e Stralen²¹ preocupavam-se com a operacionalização do novo sistema, que mesmo direcionado a provocar mudanças no setor saúde voltadas para práticas coletivas, ainda perdurava na prática o modelo tradicional, individual e curativo.

Estas problemáticas ainda fazem parte do cenário de discussão do sistema de saúde no Brasil, porém para Conill²² a evolução progressiva da política de saúde no país tem proporcionado uma aproximação dos conceitos originais da Atenção Básica à saúde e vem contribuindo com esse processo.

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MEIO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.

A constituinte de 1988²³ no capítulo VIII da Ordem Social e na secção II referente à Saúde resolve no artigo 196 que:

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

O texto constitucional que define o Sistema Único de Saúde – SUS, parte da concepção da saúde voltada para as necessidades da população, procurando estabelecer o compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva.

Apesar de definido em 1988, o SUS foi regulamentado dois anos depois em 19 de setembro de 1990, a partir de quando foram publicadas sucessivas normatizações conforme as necessidades do processo da reforma no setor da saúde. Tal contexto permite observar que o SUS tem sua evolução marcada por uma série de medidas que visam organizar o sistema, porém a maior dificuldade encontra-se na sua execução, o que implica moldar normas teóricas em alternativas concretas.

Desde a implantação do SUS existe a preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas provindas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Essa articulação vem sendo aos poucos fortalecida por meio da intensificação das discussões em torno da “Vigilância em Saúde” voltada para o nível local²⁴.

No entanto, para o êxito das transformações exigidas pelo processo de construção das práticas locais de vigilância em saúde, as mesmas devem estar vinculadas a métodos de planejamento que subsidiem o processo de identificação e priorização dos problemas de grupos populacionais de territórios adscritos. Caracterizando o trinômio “informação-decisão-ação”, essas transformações devem ser capazes de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para o enfrentamento contínuo dos problemas levantados²⁴.

Na tentativa de operacionalizar o modelo da vigilância em saúde e organizar a Atenção Básica no Brasil, em 1994 é implantado o Programa de Saúde da Família², o qual hoje, é entendido não como um programa e sim como uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica à Saúde, passando a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

De acordo com números do Departamento da Atenção Básica²⁵, a cobertura em 2003 da Estratégia Saúde da Família no país era de 35,7%, correspondendo a cerca de 62,3 milhões de pessoas. Em 2007, essa cobertura passa a 46,6%, alcançando aproximadamente 87,7 milhões de pessoas. Dados mais recentes publicados pelo Governo Federal, por meio dos resultados do Projeto de Aceleração do Crescimento na área da saúde (PAC- saúde)²⁶, mostram que em dezembro de 2008 houve um acréscimo da cobertura populacional pela ESF que passou a assistir um número de 93,1 milhões de pessoas.

Apesar de atingir aproximadamente metade da população brasileira, é percebida uma grande heterogeneidade na expansão da ESF no país, principalmente no que se refere aos grandes centros urbanos, notadamente nas capitais brasileiras em que a cobertura pela estratégia é mínima. Marcados pela desigualdade e fragmentação social decorrentes da urbanização desordenada, os grandes centros urbanos convivem com um desequilíbrio entre a oferta de serviços e as demandas de assistência²⁷.

Dentro deste contexto, o Ministério da Saúde implanta o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) com o intuito de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes²⁸.

O PROESF propõe o fortalecimento da ESF por meio da combinação da ampliação de cobertura dos serviços com a maior qualidade da atenção e satisfação das necessidades de saúde para a população brasileira, a qual está concentrada em grandes centros urbanos. Para tais propósitos, o PROESF adotou três frentes de trabalho, as quais compreendem a conversão do modelo assistencial, o desenvolvimento dos recursos humanos e a estruturação e implementação do monitoramento e avaliação dos serviços de saúde²⁸.

A aferição da efetividade e qualidade das ações promovidas pela Atenção Básica torna-se uma necessidade do próprio sistema e indicadores relacionados com a prevenção em

senso amplo, à saúde global e não às doenças, passam a ser elucidados para avaliar o impacto do referido modelo de atenção. Como exemplo há o monitoramento do aleitamento materno, do hábito de não fumar, de praticar atividade física, da prevenção da obesidade, do uso de cintos de segurança, da boa alimentação, entre outros²⁹.

Apesar desses esforços, ainda permanecem desafios para o fortalecimento da Atenção Básica, problemas relacionados à coleta de dados, à sistematização e integração de processos e ao dimensionamento do impacto das ações, ainda emperram a operacionalização das atividades avaliativas²⁸. É vista a necessidade de arraigar as ações de avaliação e monitoramento nos serviços de saúde para averiguar se a implementação dessa estratégia vem provocando mudanças efetivas na lógica de organização da atenção à saúde³⁰.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Desde os anos 70, iniciativas de institucionalização da avaliação em saúde vêm sendo implantadas no cenário mundial com o intuito de aprimorar o sistema de saúde e aumentar a responsabilidade dos gestores^{31,32}. No Brasil, a avaliação em saúde começa a emergir após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma sistemática no final da década de 90 e reflete transformações neste cenário.

Na tentativa de modificar a tradicional metodologia de incentivo financeiro da Federação aos municípios centrada na produção de serviços de saúde, em 1998 foi publicada a Portaria Ministerial GM/MS n.º 3925. Essa portaria definiu um elenco de indicadores de saúde e aprovou o Manual para a Organização da Atenção Básica, reafirmado a natureza da pactuação de indicadores enquanto instrumento legal de monitoramento e avaliação da Atenção Básica¹³.

Tendo em vista este contexto associado à expansão da ESF, o Ministério da Saúde em 2003, buscou redefinir a missão da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica numa nova conjuntura política para reorganização institucional. Sua missão e seus objetivos passaram a priorizar o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica na intenção de instrumentalizar a gestão e impulsionar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão ^{33,34}.

Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram responsabilidades entre as três esferas gestoras do SUS, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde. Esta pactuação resultou na publicação da Portaria/GM/MS nº399 de 22 de fevereiro de 2006, a qual aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão ¹².

Esse processo designou à esfera municipal maior responsabilização pela gestão e ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa do país com suas especificidades regionais. Aos gestores foi colocado o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão¹².

Além disso, esta portaria possibilita a concretização de acordos entre as três esferas de gestão do SUS com finalidade de aperfeiçoar aspectos institucionais vigentes, inovar processos e instrumentos de gestão e atingir maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Redefine ainda as responsabilidades coletivas em busca da equidade social e de resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população¹².

O Pacto pela Saúde enfoca como prioritárias áreas como a saúde do idoso, o controle do câncer do colo do útero e da mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o

fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Estados/regiões/municípios devem pactuar essas ações de acordo com suas especificidades, sendo possível a agregação de prioridades estaduais ou regionais às prioridades nacionais, conforme pactuação local¹².

A pactuação é posta como um desafio para o sistema de saúde, já que compreende uma prática que requer esforços permanentes na construção de consensos entre todos os envolvidos. Considerada um processo político mediado por relações de poder, a pactuação deve caracterizar-se como um momento de negociação e diálogo entre as partes para a garantia de ações comprometidas com as decisões tomadas³⁰.

Os princípios e diretrizes alinhavados nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, assim como a experiência acumulada nos diferentes níveis de gestão, facilitou a regulamentação da Atenção Básica no país. Logo em 28 de março de 2006 é publicada a portaria GM/MS nº 648 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ¹.

Com o intuito de reorganizar o Sistema Único de Saúde por meio da redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, a PNAB tem possibilitado a inserção contínua e crescente da Atenção Básica à saúde na pauta política dos gestores públicos²⁹.

Apesar da PNAB incentivar a normatização da avaliação em saúde no Brasil, esse processo apresenta-se ainda em estágio incipiente, pouco incorporada às práticas e com caráter mais prescritivo e burocrático que subsidiário do planejamento e da gestão. Para tanto, com o advento do Pacto pela Saúde é necessário aperfeiçoar a estratégia de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS³⁴.

Se por um lado, na década de 90, a implementação do SUS era entendida como um processo de tensão por diversos entraves estruturais e conjunturais, o Pacto pela Saúde passa a ser considerado como um desafio ainda maior, uma vez que propõe o resgate dos ideais da Reforma Sanitária Brasileira por meio da consolidação e qualificação da Atenção Básica como centro ordenador da atenção à saúde.

2.4 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A avaliação, segundo o Joint Committee, “é o julgamento sistemático da valia ou mérito de um objeto, por exemplo, um programa, um projeto ou material de ensino”³⁵. Em 1990, Guba & Lincoln³⁶, já consideravam que a trajetória da avaliação havia passado de um estágio inicial focado na medida dos fenômenos analisados para a ênfase das formas de atingir resultados e julgar intervenções.

Nos países desenvolvidos a institucionalização dos processos de avaliação de políticas é crescente e envolve o empenho das estruturas político-governamentais na adoção da avaliação como prática regular e sistemática de suas ações³⁷.

No Brasil a expansão da cobertura pela Estratégia Saúde da Família vem provocando inovações na Atenção Básica à Saúde. A avaliação e o monitoramento dos resultados alcançados em relação à organização e aos possíveis impactos produzidos na saúde das populações passam a representar uma preocupação de centros acadêmicos induzidos por financiamentos do Ministério da Saúde.

Em 2003, a partir do desenvolvimento do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família), no intuito de disseminar a cultura avaliativa nas três esferas de governo, os estudos de linha de base sobre avaliação em saúde nas diferentes regiões do país foram impulsionados¹⁵.

O desempenho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sul e no Nordeste do Brasil foi apontado por Facchini et al ³⁸. O estudo transversal com grupo de comparação externo, representado pela atenção básica tradicional, caracterizou a estrutura e o processo de trabalho em 234 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foi observado que a cobertura da ESF de 1999 a 2004 cresceu mais no Nordeste do que no Sul. Menos da metade dos trabalhadores ingressaram por concurso público e o trabalho precário foi maior na ESF do que em UBS tradicionais. O estudo levantou ainda que, apesar da oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas ter sido mais adequados na ESF, menos da metade da demanda potencial utilizou a Unidade Básica de Saúde de sua área de abrangência.

No Estado de São Paulo, Ibanez et al ³⁹ avaliou o desempenho da Atenção Básica em 62 municípios com mais de 100 mil habitantes, os quais foram agrupados em clusters por meio de questionários específicos abordando oito dimensões da atenção básica. Na percepção de usuários, a ESF foi classificada como pouco satisfatória quando comparada com unidades de saúde tradicionais, diferente da percepção dos trabalhadores da saúde, que a consideraram com um melhor desempenho. Na análise de diferentes dimensões da Atenção Básica o estudo mostrou um maior nível de satisfação em populações com indicadores sociais mais favoráveis em quase todas as dimensões estudadas.

Em 2005 Machado et al⁴⁰ analisaram a organização da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 22 municípios do Rio de Janeiro por meio de visitas aos municípios, entrevistas com dirigentes da saúde e análise de bases de dados nacionais. Os autores definiram quatro variáveis-síntese para a caracterização da Atenção Básica nos municípios: modelo de Atenção Básica e inserção do PSF; institucionalização do PSF; organização da Atenção Básica e organização do PSF. O estudo revelou um predomínio do modelo paralelo de configuração da Atenção Básica e inserção do PSF. Foi observado que os

municípios com melhores condições de estruturação da Atenção Básica e com várias modalidades de organização dessa atenção são os pólos do interior do Estado.

Henrique e Calvo⁴¹ avaliaram o Programa Saúde da Família nos municípios de Santa Catarina com o propósito de classificá-los quanto à implantação do referido modelo. Os autores consideraram três categorias (satisfatória, intermediária e insatisfatória) e dois períodos de análise (2001 e 2004). Os indicadores utilizados foram de cobertura, de início de mudança no modelo de assistência e de impacto. Os resultados demonstraram uma significativa ampliação da cobertura populacional potencial, porém com necessidade de qualificação para mudança do modelo assistencial e alcance de resultados expressivos.

Outro indicador que vem sendo utilizado para avaliação da Atenção Básica refere-se às internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), as quais compreendem o conjunto das internações que, na presença de ações resolutivas da atenção básica, poderiam ter seu risco diminuído na população⁴². Este indicador foi utilizado nos Estados Unidos inicialmente para analisar a acessibilidade da população indigente aos serviços de saúde⁴³, mas a partir da segunda metade da década de noventa passou a ser utilizado para a análise da qualidade da Atenção Primária.

No Brasil, os estudos utilizando as ICSAP para avaliação da Atenção Básica são crescentes⁴⁴. Elias e Magajewski⁴⁵ avaliando as ICSAP em Santa Catarina de 1999 a 2004 sugeriram que, apesar de parcialmente efetiva para controle dos agravos estudados, a ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família facilitou o acesso da população aos serviços da Atenção Primária.

De modo geral, os achados dos estudos realizados indicam um desempenho da Atenção Básica à saúde ainda distante dos preceitos propostos pelo SUS. Apesar de serem observados esforços no país para organização da Atenção Básica, como a aprovação em 2006 da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, ainda há problemas importantes para

organização do sistema de saúde brasileiro. Segundo Conil²², o sistema enfrenta dificuldades na acessibilidade, na comunicação, na formação das equipes e na gestão.

Hartz³² considera que o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico para avaliação do SUS. Corroborando com o autor, é percebida a necessidade de divulgar e discutir os resultados da Estratégia Saúde da Família para direcionar o sistema de saúde no Brasil. A questão atual parece ser observar até que ponto todos os esforços empregados resultarão em elementos capazes de subsidiar os processos decisórios e dar respostas às necessidades de saúde da população¹⁵.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a Atenção Básica no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul em 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a inserção, organização e impacto da Atenção Básica em Campo Grande, MS;
- Classificar a Atenção Básica em Campo Grande a partir do cálculo de uma medida-resumo composta por indicadores de inserção, organização e impacto do modelo assistencial;
- Descrever a correlação entre a cobertura da estratégia de saúde da família e os grupos diagnósticos das internações por condições sensíveis à Atenção Primária de 2000 a 2009;
- Discutir as principais limitações e os avanços da Atenção Básica em Campo Grande, MS.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS) localiza-se na região central do estado e ocupa 2,3% do seu território. De acordo com estimativas do IBGE⁴⁶, a cidade apresenta um crescimento populacional de 0,4% ao ano, totalizando em 2009 uma população de 755.104 habitantes, com 51,7% composta pelo sexo feminino.

A cidade apresenta uma cobertura de serviços públicos de abastecimento de água e coleta de lixo para 97% e 98% da população urbana respectivamente. O esgotamento sanitário vem sendo expandido e cobre 60% da população⁴⁷.

Na análise da mortalidade proporcional em Campo Grande no período de 2005 a 2008, o plano municipal de saúde traz as doenças cardiovasculares como a maior causa de óbitos no município, seguido das neoplasias e causas externas, que juntas respondem por 60% da mortalidade proporcional⁴⁷.

A oferta de serviços de saúde está organizada de forma regionalizada em quatro Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste), que administram um conjunto de unidades de saúde urbanas e rurais⁴⁷.

O contingente atual de unidades de saúde do município abrange:

- 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que trabalham com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e oferecem atendimento médico (ginecologia, pediatria e clínica geral), atendimento de enfermagem e atendimento odontológico. Três destas unidades estão localizadas na zona rural.

- 28 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com um número de 63 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), cada uma responsável por um limiar populacional

de até 4000 pessoas. Uma dentre as unidades de saúde da família está localizada na zona rural.

- 9 Centros Regionais de Saúde, que atendem 24h/dia casos de urgências e emergências de baixa complexidade, abrigando também serviços de referência ambulatorial aos distritos para exames complementares tais como raio X, mamografia e ultrassonografia;
- 6 Unidades de Apoio Psicossocial em Saúde Mental;
- 1 Centro Especialidade Médica;
- 1 Centro de Atendimento ao Escolar;
- 7 Policlínicas odontológicas;
- 1 Centro de Controle de Zoonoses;
- 1 Laboratório Central que atende a todas unidades de saúde do município.
- 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em fase de implantação.

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa baseada na abordagem de Donabedian⁴⁸ que corresponde à Teoria Geral de Sistemas para avaliação dos serviços de saúde, em que input-process-output foram relacionados à estrutura, processo e resultado, definidos como:

Estrutura (Input): recursos administrativos, financeiros, humanos e materiais disponíveis para execução das atividades ou serviços propostos.

Processo (Process): aplicação dos recursos, ou ao conjunto de procedimentos a serem adotados para transformação, a fim de atingir os objetivos programados.

Resultados (Output): estado de alteração de uma determinada ação ou atividade.

Optou-se por este modelo de avaliação uma vez que se trata de uma abordagem sistêmica de qualidade que tem por objetivo a sistematização da complexidade da saúde,

permitindo que, a partir dela, se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas.

De forma a contemplar os três pilares da avaliação sistematizados por Donabedian, a tríade estrutura-processo-resultado, foi representada respectivamente neste estudo por indicadores de inserção, organização e impacto do modelo assistencial.

4.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os indicadores relativos à inserção e organização do modelo assistencial foram levantados por meio da aplicação de questionários estruturados empregados na pesquisa “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente I do PROESF – Região Sudeste II”, disponíveis no site http://www4.ensp.fiocruz.br/proesf/instr_gestor.php.

Foram utilizados três módulos do questionário “Gestão da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família”, a saber: Gestão e Organização do SUS Municipal, Organização da Atenção Básica e Implantação do Programa de Saúde da Família. Optou-se pela utilização destes instrumentos uma vez que contemplam indicadores voltados às dimensões de estrutura e processo, correspondentes à inserção e organização da Atenção Básica no presente estudo.

Os questionários foram aplicados por meio de entrevista pessoal com os coordenadores municipais da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, sendo o entrevistador previamente treinado. As entrevistas foram agendadas e realizadas no tempo médio de uma hora e meia com os referidos gestores da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, MS. Ao Coordenador da Atenção Básica foi aplicado o questionário sobre a organização da Atenção Básica no município (anexo 1) e para entrevista

com o Coordenador da Estratégia de Saúde da Família foi aplicado o questionário que compreende a experiência e organização da Estratégia de Saúde da Família no município (anexo 2).

Baseado na proposta de Machado et al⁴⁰, foi aplicado um plano para análise das respostas que caracterizaram a Atenção Básica no município quanto à inserção e organização do modelo assistencial (quadros 1 e 2). Os dados coletados nas entrevistas foram reagrupados de forma a contemplar indicadores de estrutura e processo do modelo assistencial.

Foram considerados para avaliação da inserção da Atenção Básica em Campo Grande, os indicadores de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporção das unidades da ESF, o tempo de implantação da ESF, propostas de ampliação das modalidades de Atenção Básica, proporção de unidades em imóveis da prefeitura, composição da equipe de ESF e proporção de equipe de saúde bucal em relação às equipes da ESF. A cobertura da ESF representou o indicador de maior peso uma vez que uma alta cobertura pode afetar de forma mais intensa a organização do modelo e diminuir as possibilidades de sua reversão, caracterizando a institucionalização da estratégia.

Para avaliação da organização da Atenção Básica em Campo Grande foram selecionados os indicadores voltados à existência de regiões de saúde e suas funções, definição dos serviços de pronto-atendimento e referência para atender essas regiões, horários de funcionamento das unidades de saúde, formas de encaminhamento para as consultas especializadas, abrangência e estratégias de qualificação da Atenção Básica, sendo esta última considerada de maior peso por abranger questões relevantes quanto a qualidade do modelo.

Quadro 1 - Metodologia para classificação da Atenção Básica no município segundo indicadores de inserção do modelo assistencial.

Indicadores de inserção do modelo	Peso	Critérios de classificação dos indicadores		
		Alto (3 pontos)	Médio (2 pontos)	Baixo (1 ponto)
Cobertura populacional da ESF	2	55% ou +	30%-54,9%	< 30%
Evolução da cobertura da ESF de 2000 a 2009	2	Mudou da categoria de média para alta cobertura ou permaneceu na alta cobertura	Mudou da categoria de baixa para média cobertura ou permaneceu na média cobertura	Permaneceu na categoria de baixa cobertura
Proporção de unidades de saúde da família em relação ao total das unidades de saúde	1	50% ou +	25%-49%	< 25%
Tempo de implantação da ESF (em anos)	1	12 ou +	De 6 a 11 anos	Até 5 anos
Ampliação das modalidades de Atenção Básica	1	Apenas ESF	ESF e outros modelos	Apenas outros modelos
Proporção de unidades de saúde da família em imóveis da prefeitura	1	75% ou +	50%-74,9%	< 50%
Existência de equipe de saúde da família com outros profissionais além do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde	1	75% ou + das equipes de ESF	Entre 50%-74,9% das equipes de ESF	< 50% das equipes de ESF
Existência de equipe de saúde bucal em relação ao n° de equipes de saúde da família	1	1 equipe de saúde bucal para 1 equipe de saúde da família	1 equipe de saúde bucal para mais de 1 equipe de saúde da família	Não há equipe de saúde bucal

Fonte: Machado et al, 2008.

Quadro 2 - Metodologia para classificação da Atenção Básica no município segundo indicadores de organização do modelo assistencial.

Indicadores de organização do modelo	Peso	Critérios de classificação dos indicadores		
		Avançada	Intermediária	Incipiente
		(3 pontos)	(2 pontos)	(1 ponto)
Organização do sistema de saúde do município em regiões de saúde	1	Sim	-	Não
Funções e atividades exercidas no âmbito das instâncias administrativas regionais de saúde	1	75% ou + das listadas	50%-74,9% das listadas	< 50% das listadas
Definição do serviço ambulatorial especializado de referência para atender atenção básica em todas as regiões de saúde	1	Sim	-	Não
Definição dos serviços de pronto-atendimento de referência para atender a atenção básica em todas as regiões de saúde	1	Sim	-	Não
Existência de horário de funcionamento ampliado das unidades de saúde	1	Mínimo de 8 horas, incluindo horário noturno (após 18h) ou final de semana	-	Manhã e tarde; mínimo de 8 horas
Forma de encaminhamento mais freqüente para consultas especializadas	1	Opções com agendamento marcado pela unidade	Marcado pelo paciente na central e ficha de encaminhamento para serviço definido	Ficha para qualquer serviço
Existência de referência formalizada para consultas especializadas	1	75% ou + das listadas	50%-74,9% das listadas	< 50% das listadas

Quadro 2 - Metodologia para classificação da Atenção Básica no município segundo indicadores de organização do modelo assistencial (continuação).

Estratégias de qualificação da atenção básica	2	Adoção de todas as estratégias: *capacitação de profissionais; *ampliação de horário; *pronto-atendimento; *novas práticas; *organização das referências; *controle e avaliação; *implantação de protocolos.	Adoção de 4 ou mais estratégias de qualificação da Atenção Básica	Adoção de 2 ou menos estratégias de qualificação da Atenção Básica
Abrangência da coordenação Atenção Básica/ESF	1	Inclui Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e as opções: policlínica, ambulatório especializado, centro de parto normal	Inclui Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e 1 das opções: policlínica, Ambulatório especializado, centro de parto normal	Somente unidade de saúde da família e/ou unidades básicas de saúde

Fonte: Machado et al, 2008.

Com base nos critérios de valoração e peso de cada indicador, foram estabelecidos valores para classificação do município considerando-se como pontos de corte a pontuação mínima e máxima possível em cada uma das categorias analisadas, a saber:

Inserção do modelo assistencial: Alta – > 20 pontos

Média – entre 11 e 20 pontos

Baixa – até 10 pontos

Organização do modelo assistencial: Avançada – > 20 pontos

Intermediária – entre 11 e 20 pontos

Incipiente – até 10 pontos

O terceiro indicador, voltado ao impacto da Atenção Básica, foi aferido por meio da taxa de internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP). Considerando que a população censitária é uma estimativa da quantidade de pessoa-tempo no ano analisado ^{49,50}, a taxa de internação das condições sensíveis à Atenção Básica foi calculada dividindo-se o número de internações pela população total residente no município no ano estudado para um conjunto de dez mil habitantes.

Para tal medida foram utilizados dados disponíveis no site do DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0701&item=1&acao=11>) relativos às internações hospitalares dos residentes em Campo Grande, MS, no período de 2000 a 2009.

Os grupos de diagnóstico analisados foram estabelecidos de acordo com a lista de ICSAP elaborada pelo Ministério da Saúde publicada por meio da portaria nº 221 de 17 de abril de 2008⁵¹, conforme demonstrado no quadro 3.

Considerando que não é conhecido na literatura o valor médio esperado para as internações por condições sensíveis à atenção primária, utilizou-se como parâmetro a distribuição destas internações nos municípios do Estado do Mato Grosso do Sul.

Quadro 3 - Internações por condições sensíveis à atenção primária elencadas pelo Ministério da Saúde.

Grupos	Diagnósticos	CID (Classificação Internacional de Doenças)
1. Doenças imunizáveis/ Condições evitáveis	Coqueluche, Difteria, Hepatite B, Meningite por Haemophilus, Meningite tuberculosa, Parotidite, Rubéola, Sarampo, Tétano*, Tuberculose Miliar, Febre Amarela, Febre reumática, Sífilis, Tuberculoses, Malária, Ascariíase	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	Desidratação e Gastroenterites	E86, A00-A09
3. Anemia	Deficiência de ferro	D50
4. Deficiências nutricionais	Kwashiorkor e demais desnutrições protéico-calóricas, outras deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	Amigdalite aguda, Faringite aguda, Infecção aguda das vias aeres superiores, Nasofaringite aguda, Otite média supurativa, Rinite, Nasofaringite e Faringite crônica, Sinusite aguda	H66, J00-J03, J06, J31
6. Pneumonias bacterianas	Bacteriana não especificada, lobar não especificada, por haemophilus influenzae, pneumocócica, por streptococcus	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7. Asma	Asma	J45-J46
8. Doenças das vias aéreas inferiores	Bronquite aguda, Bronquite não especificada como aguda ou crônica, Bronquite crônica simples e a mucopurulenta, Bronquiectasia, Enfisema, Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J20, J21, J40-J44, J47
9. Hipertensão	Doença cardíaca hipertensiva, Hipertensão essencial	I10-I11
10. Angina pectoris	Angina pectoris	I20
11. Insuficiência cardíaca	Insuficiência cardíaca, Edema Agudo de Pulmão	I50, J81

Quadro 3 - Internações por condições sensíveis à atenção primária elencadas pelo Ministério da Saúde (continuação).

12. Doenças cérebro-vasculares	Doenças cérebro-vasculares	I63-I67, I69, G45-G46
13. Diabetes mellitus	Com coma ou cetoacidose, sem complicações específicas, com complicações (renais, oftalmológicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, outras, múltiplas, não especificadas)	E10-E14
14. Epilepsias	Epilepsias	G40-G41
15. Infecção no rim e trato urinário	Nefrite túbulo intersticial aguda, Nefrite túbulo-intersticial crônica, Nefrite túbulo intersticial não especificada, infecção do trato urinário de localização não especificada	N10-N12, N30, N34, N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	Erisipela, Impetigo, Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo, Celulite, Linfadenite aguda, outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	Salpingite e ooforite, doença inflamatória do útero exceto o colo, doença inflamatória do colo do útero, outras doenças inflamatórias pélvicas femininas, doenças da glândula de Bartholin, outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N70-N73, N75-N76
18. Úlcera gastrointestinal	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	Infecção no Trato Urinário na gravidez, Sífilis congênita, Síndrome da Rubéola Congênita	O23, A50, P35.0

Fonte: Brasil, 2008.

Procedeu-se o cálculo da taxa de internações para todos os municípios nos anos de 2000 e 2009, posteriormente divididas em quartis. Os valores menores que o primeiro quartil foram considerados como baixo número de internações, os valores entre o primeiro e o terceiro quartil considerados como médio número de internações, os maiores que o terceiro

quartil como alto número de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Por meio do cálculo dos quartis ficou estabelecida a seguinte valoração:

Ano de 2000:

baixo nº de internações - menor que 143,4/10mil/hab-ano

médio nº de internações - de 143,4 a 379,7/10mil/hab-ano

alto nº de internações - acima de 379,7/10mil/hab-ano

Ano de 2009:

baixo nº de internações - menor que 106,2/10mil/hab-ano

médio nº de internações - de 106,2 a 239,3/10mil/hab-ano

alto nº de internações - acima de 239,3/10mil/hab-ano

As taxas de ICSAP de Campo Grande foram comparadas com as distribuições por quartis das taxas de todos os municípios do Estado de Mato Grosso do Sul em 2000 e 2009. Esta comparação permitiu avaliar a evolução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica entre estes dois períodos. A classificação do município obedeceu a critérios para avaliação desta evolução conforme mostrado no quadro 4.

Quadro 4 - Metodologia para classificação do município segundo indicador de impacto do modelo assistencial.

Indicador de impacto do modelo	Critérios de classificação do indicador de impacto		
	Alto impacto (3 pontos)	Médio impacto (2 pontos)	Baixo impacto (1 ponto)
Impacto da atenção básica, segundo comparação entre os níveis do número de internações por condições sensíveis à atenção primária nos anos de 2000 e 2009.	Mudou da categoria de médio para baixo ou permaneceu na categoria de baixo número de internação por condições sensíveis à atenção primária.	Mudou da categoria de alto para médio número ou permaneceu na categoria de médio número de internação por condições sensíveis à atenção primária.	Permaneceu na categoria alto número de internação por condições sensíveis à atenção primária.

Para classificação final do município quanto ao grau de adesão à proposta da Atenção Básica por meio dos resultados obtidos nas categorias de inserção, organização e impacto do modelo assistencial, foi construído o seguinte escore:

Escore 3: alta inserção, avançada organização do modelo assistencial e baixa taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária.

Escore 2: média inserção, intermediária organização no modelo assistencial e média taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Escore 1: baixa inserção, incipiente organização no modelo assistencial e alta taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Por fim, a agregação dos escores dos três indicadores analisados possibilitou três classificações para município de acordo com a pontuação máxima e mínima possível em cada categoria: satisfatória (somatória de escores maior que 6), intermediária (somatória de escores de 4 a 6) e insatisfatória (somatória de escores inferior a 4).

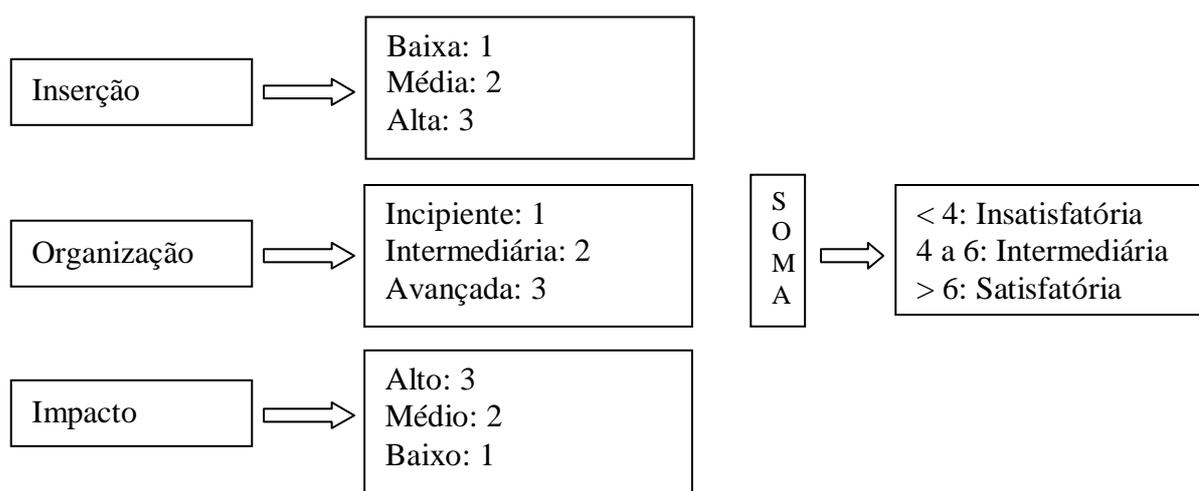


Figura 1 – Classificação do município quanto ao grau de adesão à proposta da Atenção Básica.

Para descrição da correlação entre a cobertura da estratégia de saúde da família e os grupos diagnósticos das internações por condições sensíveis à Atenção Primária de 2000 a 2009, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, o qual tem por objetivo medir e avaliar o grau de relação existente entre duas variáveis aleatórias. Para classificação do coeficiente foi considerado a variação entre +1 e -1 e sua interpretação dependente do valor numérico e do sinal obtido, sendo considerada positiva se valores crescentes da variável x estiver relacionado a valores crescentes da variável y, ou valores decrescentes da variável x estiver relacionado a valores decrescentes da variável y. Ainda, quanto a força da correlação, foi considerada tanto mais forte quanto mais próximo o resultado estiver de + ou - 1, e tanto mais fraca quanto mais próximo o resultado estiver de zero⁵².

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

As entrevistas foram analisadas e classificadas conforme valorações pré-estabelecidas nos quadros 1, 2 e 4. A evolução da cobertura da estratégia de saúde da família foi descrita por meio da análise de regressão linear simples. Na tabulação do banco de dados das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) foi utilizado o aplicativo Tabwin e Epiinfo versão 3.5.1. Na análise da relação entre a cobertura da ESF e os grupos diagnósticos das ICPSAP foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson e sua significância. Os testes foram aplicados com um grau de confiabilidade de 95%.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o protocolo n.28/10.

5 RESULTADOS

5.1 INSERÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPO GRANDE, MS.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município de Campo Grande em 1999. Em dez anos da implantação da ESF em Campo Grande, sua cobertura evoluiu de 3,2% em 2000, quando completa seu primeiro ano, para 26,6% em 2009, apresentando no período uma linha ascendente com estimativa de tendência linear (Figura 1).

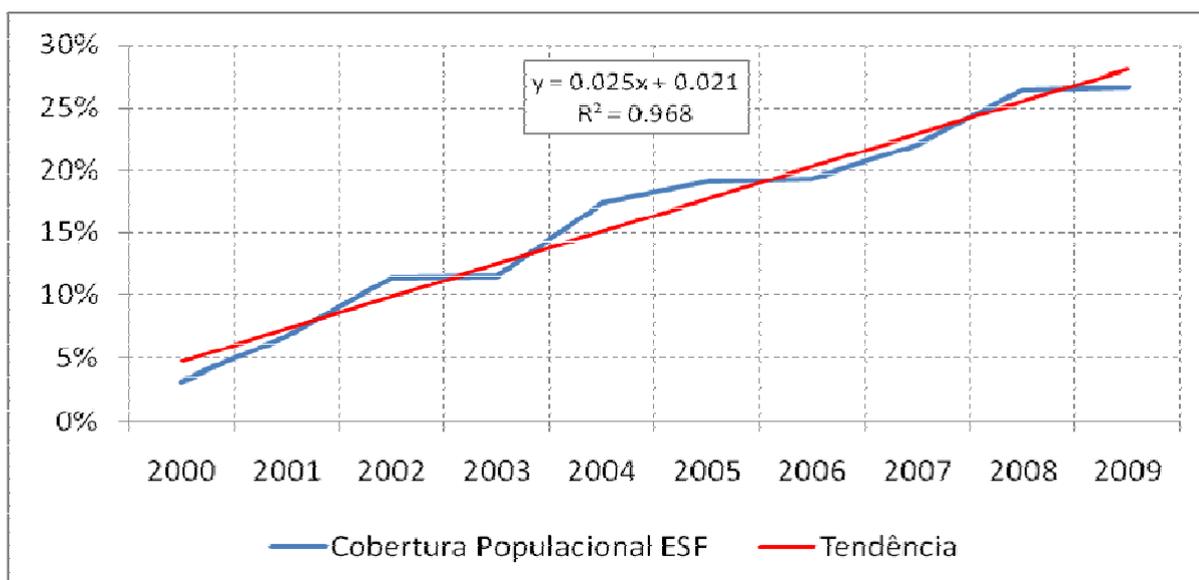


Figura 2 – Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família, Campo Grande, MS – 2000 a 2009.

Há no município 55 unidades de saúde sendo 28 Unidades Básicas de Saúde da Família (51%) e 27 Unidades Básicas de Saúde (49%). Do total de Unidades Básicas de Saúde da Família 6 são alugadas, 1 imóvel cedido e 21 (75%) estão instaladas em imóveis próprios da prefeitura, o que pode favorecer uma maior estabilidade na instalação das equipes e manutenção do vínculo desta com a população da área de abrangência.

Quanto à ampliação das modalidades de Atenção Básica, foi apontada como meta da gestão a expansão tanto de Unidades Básicas de Saúde da Família como de Unidades Básicas de Saúde.

Foi levantado que a equipe da ESF no município compreende o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o agente comunitário de saúde, o odontólogo, o técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário, com uma equipe de saúde bucal para cada equipe de ESF, além do assistente social, que na maioria das unidades de saúde também exerce o papel de gerente administrativo.

Por meio dos critérios de valoração de cada um dos indicadores elencados para avaliação da inserção do modelo assistencial, totalizou-se 20 pontos e Campo Grande foi classificado em 2009 como um município de média inserção da Atenção Básica (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação da Atenção Básica do município segundo indicadores selecionados de inserção do modelo assistencial em 2009.

Indicadores	Pontuação
Cobertura populacional da ESF	2
Evolução da cobertura da ESF de 2000 a 2009	2
Proporção de unidades de saúde da família em relação ao total das unidades de saúde	3
Tempo de implantação (em anos)	2
Ampliação das modalidades de Atenção Básica	2
Proporção de unidades de saúde da família em imóveis da prefeitura	3
Existência de equipe de saúde da família com outros profissionais além do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde	3
Existência de equipe de saúde bucal em relação à equipe de saúde da família	3
Total	20

5.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPO GRANDE, MS.

Embora o município de Campo Grande esteja organizado em regiões de saúde que abrangem quatro sedes administrativas, denominadas de distritos sanitários leste, oeste, norte e sul, estas instâncias de saúde apresentam limitada realização de algumas funções que estão centralizadas na sede da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo os dados primários levantados, as atividades centralizadas compreendem a autorização de internações hospitalares e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, a consolidação do faturamento ambulatorial e hospitalar, as ações voltadas ao controle, avaliação e auditoria e os processos de licitação, tomada de preço e contrato com fornecedores para compra de insumos.

Os serviços de pronto-atendimento estão definidos de modo a atender todas as regiões de saúde do município, diferente do serviço ambulatorial especializado que se encontra centralizado em um único local do município, denominado Centro de Especialidades Médicas.

Quanto à existência de centrais para agendamento de consultas especializadas e de exames e terapias, o gestor referiu a existência de ambas e afirma que a forma de encaminhamento mais freqüente corresponde ao agendamento realizado pela unidade de saúde, seja ele imediato ou com informação posterior ao paciente.

Há no município referências formalizadas para 19 especialidades médicas exceto em geriatria, todas inseridas na central de marcação de consultas. As referências de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no município abrangem a baixa, média e alta complexidade.

Em relação à disponibilidade de horários alternativos ou ampliados de atendimento das unidades de saúde, não há no município nenhuma unidade de saúde que atenda a essa prerrogativa e todas funcionam oficialmente 8 horas diárias nos turnos manhã e tarde de 2^a a 6^a feira.

Quanto as estratégias de qualificação da Atenção Básica foram indicadas pelo gestor a capacitação de profissionais, execução de novas práticas voltadas à promoção da saúde, organização das referências, a utilização de protocolos e adoção de mecanismos de controle e avaliação.

Quanto a abrangência da Coordenação da Atenção Básica, foi levantado que esta comporta as Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família, já os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, as policlínicas e o ambulatório especializado são de responsabilidade de outras coordenações.

A valoração dos indicadores de organização do modelo assistencial totalizou 20 pontos e Campo Grande foi classificado em 2009 com intermediária organização do modelo assistencial (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação da Atenção Básica município segundo indicadores selecionados de organização do modelo assistencial em 2009.

Indicadores	Pontuação
Organização do sistema de saúde do município em regiões de saúde	3
Funções e atividades exercidas no âmbito das instâncias administrativas regionais de saúde	1
Definição do serviço ambulatorial especializado de referência para atender a Atenção Básica em todas as regiões de saúde	1
Definição do serviço de pronto-atendimento para atender a Atenção Básica em todas as regiões de saúde	3
Existência de horário de funcionamento ampliado das unidades de saúde	1
Forma de encaminhamento mais freqüente para consultas especializadas	3
Existência de referência formalizada para consultas especializadas	3
Estratégias de qualificação da Atenção Básica	4
Abrangência da Coordenação da Atenção Básica	1
Total	20

5.3 IMPACTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPO GRANDE, MS.

Foram registradas no sistema AIH-SUS (Autorização de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde) do município de Campo Grande 46.053 internações em 2000 e 40.655 internações em 2009, já excluídas as internações relacionadas ao parto, uma vez que representam um desfecho natural da gestação e ocorrem apenas na metade da população.

Comparando-se o ano de 2000 com 2009, observa-se na tabela 3 que a proporção das internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) caiu de 19,03% em 2000 para 10,24% em 2009.

Tabela 3 - Proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) dos residentes no município, Campo Grande, MS, 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de internações	46053	46663	50905	49183	48851	42603	45763	44660	45448	40655
Total de ICSAP	8763	7323	7325	6550	5666	4672	5083	4751	4017	4163
% ICSAP	19,03	15,69	14,39	13,32	11,60	10,97	11,11	10,64	8,84	10,24

Analisando as taxas das ICSAP em Campo Grande, MS, no período de 2000 a 2009 (tabela 4), observa-se que a taxa caiu de 132,05/10mil/hab-ano para 55,13/10mil/hab-ano. Assim, de acordo com o parâmetro estabelecido por meio dos quartis das taxas de ICSAP no Estado de Mato Grosso do Sul, o município de Campo Grande foi classificado como baixa taxa de ICSAP.

Na análise da correlação entre a cobertura pela ESF e a taxa geral de ICSAP, o município atingiu uma forte correlação negativa, alcançando um coeficiente de correlação de Pearson de 0,97.

Dos 19 grupos de diagnósticos sensíveis à atenção primária, 14 apresentaram correlação negativa com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

Destes grupos, dez apresentaram uma forte correlação negativa, a saber: gastroenterites infecciosas e complicações, deficiências nutricionais, pneumonias bacterianas, asma, hipertensão, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes melitus, doença inflamatória órgãos pélvicos femininos, úlcera gastrointestinal, todos com significância estatística.

Os grupos diagnósticos da anemia e da epilepsia apresentaram moderada correlação negativa e os grupos das doenças pulmonares e infecções da pele e subcutâneo uma fraca correlação negativa, no entanto, dentre estes, somente o grupo da epilepsia apresentou significância estatística.

Cinco grupos diagnósticos apresentaram uma correlação positiva com o aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

Três destes grupos, o das doenças imunizáveis /condições evitáveis, da angina e o grupo das doenças relacionadas ao pré-natal e parto, apresentaram uma forte correlação positiva com significância estatística.

Os grupos das infecções de ouvido, nariz e garganta e das infecções no rim e trato urinário, apresentaram uma fraca correlação positiva e sem significância estatística.

Tabela 4 - Taxa de internação geral e específica por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes e coeficiente de correlação de Pearson, Campo Grande, MS, 2000 a 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Correlação Pearson	P
1. Doenças imunizáveis / Condições evitáveis	0.81	0.85	1.18	1.29	1.38	1.84	3.06	2.54	2.52	2.12	0.823	< 0,05
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	52.62	28.18	26.14	20.47	16.32	10.60	10.11	7.98	5.19	3.51	-0.93	< 0,05
3. Anemia	0.69	0.96	1.66	1.50	1.15	0.91	0.81	0.51	0.27	0.23	-0.583	0.077
4. Deficiências nutricionais	2.43	2.77	2.67	1.69	1.40	1.08	1.29	1.06	0.40	0.52	-0.934	< 0,05
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0.21	0.24	0.29	0.13	0.17	0.12	0.12	0.09	0.23	0.50	0.189	0.601
6. Pneumonias bacterianas	6.49	7.11	1.50	1.37	2.40	1.49	0.56	0.44	0.87	1.63	-0.769	< 0,05
7. Asma	3.10	3.33	3.58	2.71	1.88	1.09	1.24	1.14	0.70	0.54	-0.927	< 0,05
8. Doenças das vias aéreas inferiores	3.84	5.03	4.51	4.49	3.64	2.93	2.90	2.23	4.91	3.47	-0.383	0.274
9. Hipertensão	3.06	3.00	3.34	2.76	2.27	1.55	3.52	2.60	0.71	0.60	-0.722	< 0,05
10. Angina pectoris	4.25	5.20	6.77	6.70	5.87	5.79	6.22	7.81	8.53	8.49	0.845	< 0,05
11. Insuficiência cardíaca	14.59	15.50	16.01	17.89	14.23	12.04	11.60	10.85	9.69	10.26	-0.824	< 0,05
12. Doenças cérebro-vasculares	11.50	10.89	10.80	10.26	7.42	6.35	5.76	6.34	6.00	7.28	-0.89	< 0,05
13. Diabetes mellitus	5.88	5.67	5.56	4.05	3.77	3.36	3.08	2.63	2.61	3.14	-0.922	< 0,05
14. Epilepsias	2.22	1.99	4.07	2.44	1.40	0.87	0.78	0.83	1.00	1.24	-0.635	< 0,05
15. Infecção no rim e trato urinário	4.81	5.74	6.93	5.41	5.27	4.77	6.13	5.66	5.07	5.95	0.019	0.957
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	3.12	1.31	1.10	1.08	1.82	1.27	3.01	1.86	1.41	1.77	-0.14	0.699
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	5.74	3.77	2.73	3.17	3.03	1.05	1.23	1.86	1.65	1.52	-0.86	< 0,05
18. Úlcera gastrointestinal	6.10	5.55	6.25	5.09	4.96	4.33	4.01	3.47	0.70	0.72	-0.887	< 0,05
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0.59	0.72	0.68	0.30	0.38	0.85	0.98	0.96	1.32	1.64	0.733	< 0,05
Taxa geral de ICSAP	132.05	107.80	105.77	92.78	78.76	62.31	66.42	60.86	53.76	55.13	-0.97	< 0,05

5.4 CLASSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPO GRANDE, MS.

Na classificação geral do município foram agregados os escores das dimensões de inserção, organização e impacto da Atenção Básica. Respeitando-se a valoração pré-estabelecida para cada dimensão, o somatório resultou em 11 pontos, classificando a adesão à proposta da Atenção Básica no município como satisfatória (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação do município segundo o conjunto de indicadores de inserção, organização e impacto da atenção básica em Campo Grande, MS, 2009.

Categorias dos indicadores	Pontuação	Classificação do indicador
Inserção do modelo assistencial	2	Média
Organização do modelo assistencial	2	Intermediária
Impacto do modelo assistencial	3	Alto
Classificação do município	7	Satisfatória

6 DISCUSSÃO

Apesar da classificação agregada das dimensões de inserção, organização e impacto da Atenção Básica resultar em satisfatória, demonstrando um bom desempenho da Atenção Básica em Campo Grande, a análise reservada de cada categoria se faz necessária, uma vez que a pontuação alcançada pelo município foi limítrofe entre a categoria intermediária e satisfatória.

Também devem ser consideradas algumas restrições metodológicas desta pesquisa. Para a análise das dimensões de inserção e organização do modelo assistencial optou-se pela utilização de dados primários apoiados em respostas de gestores. Essa alternativa reflete uma limitação do estudo, já que as respostas obtidas podem sofrer influência da percepção individual dos mesmos. Porém, a escolha foi instituída em função da disponibilidade restrita de informações no Sistema de Informação da Atenção Básica que contemplassem todas as dimensões da avaliação utilizadas.

O Brasil apresenta considerável expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual está presente em 5.261 municípios até fevereiro de 2010, representando 94,5% dos seus municípios. Entretanto, em relação à cobertura populacional em 2009, a ESF no país atinge metade da população brasileira⁵³, refletindo a dificuldade da sua expansão nos grandes centros urbanos, em que ainda prevalecem as práticas assistenciais curativas em detrimento da promoção da saúde.

Em 2009, considerando a média de cobertura da ESF das capitais nas cinco regiões brasileiras, de acordo com dados do DATASUS⁵³, a região nordeste, obtém a maior média de cobertura em suas capitais, alcançando 52,9%. Em seguida a região norte com uma média de cobertura de 50% e a região sul com 40%. Na região sudeste, a média de cobertura da ESF nas capitais atinge 39,1%, e por fim a região centro-oeste, com a menor média de cobertura,

alcança 24,4%. Importante observar que até mesmo nestes grandes centros urbanos, há grande disparidade da cobertura da ESF. Brasília é a capital com menor cobertura da ESF, atingindo 10,5% e Sergipe, com 95,3% alcança a maior cobertura da ESF dentre as capitais brasileiras.

Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, com uma cobertura da ESF de 26,6%, ocupa em 2009 a 22ª posição dentre as 27 capitais brasileiras, o que pode demonstrar a demanda de ampliação das equipes de saúde da família como uma necessidade a ser equacionada no município.

Além da população coberta pela ESF, há em Campo Grande, 51,4% da população adscrita para o Programa de Agentes Comunitários (PACS), estratégia previamente estabelecida pelo município, que segundo o gestor entrevistado compreende uma experiência facilitadora para implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município.

Ambas as modalidades trabalham com território adscritos, no entanto conforme estabelecido em portaria ministerial¹ as Unidades Básicas de Saúde, que comportam o PACS, trabalham com um limiar de população de até 30 mil pessoas por unidade, já ESF com até 4 mil pessoas por equipe, sendo uma Unidade de ESF composta por no máximo 4 equipes.

Ressalta-se ainda que, a previsão de ampliação da Atenção Básica compreende tanto Unidades Básicas de Saúde como Unidades Básicas de Saúde da Família, fato que corrobora com a idéia de que não há no momento um movimento radical de substituição da ESF para a totalidade do município.

Além da cobertura da ESF e do PACS, há no município 22% de população sem adscrição territorial para determinada unidade de saúde. Essa coexistência de modelos assistenciais ofertados por um mesmo município pode comprometer o discernimento pela população quanto ao processo de mudança que se segue na saúde e dificultar a sua adesão ao modelo proposto, fato agravado quando não há participação do controle social nesse processo. Em estudo publicado no ano de 2005, o Ministério da Saúde⁵⁴, avaliando a ESF nos grandes

centros urbanos, cita a necessidade de se evitar a implantação de modelos paralelos de atenção à saúde e a formação de regiões populacionais sem cobertura de Atenção Básica.

Machado et al ⁴⁰ levantaram a problemática da insuficiente cobertura populacional da ESF nos grandes centros urbanos do país, incluindo ainda a extrema diversidade dos modelos de inserção da ESF na Atenção Básica. Os autores consideram ainda que nesses centros o próprio perfil epidemiológico, que demonstra a emergência da violência urbana e dos transtornos mentais, por exemplo, direciona a demanda da saúde para fragmentação e especialização do atendimento.

Lidar com situações complexas como esta exige um trabalho organizado e integrado entre todos os equipamentos disponíveis em uma comunidade como forma de enfrentamento do processo de produção saúde-doença. Mendes⁵⁵ cita a necessidade da implantação de redes de atenção à saúde como forma de organização do modelo assistencial coordenado pela Atenção Básica. Segundo o autor, as redes compreendem organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, atreladas entre si por objetivos comuns e por ação cooperativa, que permitem ofertar a determinada população uma atenção contínua e integral.

Em relação à composição das equipes da Estratégia de Saúde da Família, o Ministério da Saúde recomenda que a formação mínima da equipe deva contemplar o profissional médico, o enfermeiro, o auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários¹. No município a composição da equipe da ESF por profissionais além do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, como o assistente social, e o número proporcional de equipes de saúde bucal com as equipes da ESF, contribui para construção do processo de trabalho multiprofissional preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica¹.

No entanto, segundo os dados primários levantados neste estudo, um dos principais problemas para a expansão da ESF em Campo Grande, refere-se à dificuldade de adesão do

profissional médico à ESF, seja por meio de concurso ou de contrato. Essa realidade expõe a necessidade da operacionalização da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde para os profissionais de saúde no âmbito do SUS, estabelecida em 2003 pela NOB-RH SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS). É sabido que investimentos na Gestão do Trabalho irão influenciar na melhoria dos serviços de saúde prestados à população, uma vez que “trabalhadores satisfeitos com o processo e com o resultado de seu trabalho é um caminho para o avanço na implementação do sistema”⁵⁶.

Além disso, o papel da academia na formação dos profissionais da saúde nesse cenário é um ponto relevante. Caetano e Dain²⁷ levantaram a questão de que a oferta de profissionais de saúde disponíveis não atende às exigências que a ESF requer para atingir a resolutividade proposta pelo modelo. Integrar ensino e serviço constitui um passo indispensável à formação desejada para o SUS.

Outra questão citada quanto às dificuldades de expansão da ESF no município, refere-se ao modelo de financiamento. De acordo com Viana et al,⁵⁷ os grandes centros urbanos demandam peculiaridades que interferem decisivamente na organização da Atenção Básica. Ressaltam ainda que a política engessada de repasse de recursos para a ESF, caracteriza-se como um empecilho para expansão da estratégia nos grandes centros.

Quanto à descentralização da oferta de serviços de saúde, embora o município apresente serviço de pronto-atendimento organizado por regiões de saúde, a definição do serviço ambulatorial especializado de referência encontra-se centralizado, o que pode dificultar o acesso da população a esse serviço. No entanto, a forma de encaminhamento para as consultas ambulatoriais especializadas pelas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde da Família é positiva e fortalece a função da Atenção Básica como coordenadora do processo de assistência ofertado por uma rede de serviços⁵⁵.

Importante ressaltar quanto à inexistência de referência ambulatorial especializada de geriatria, uma vez que, o aumento da expectativa de vida provocado pela transição demográfica, demanda por melhor organização dos serviços na perspectiva da manutenção da saúde da população idosa⁵⁸.

Outro aspecto voltado ao acesso da população às unidades de saúde compreende o horário de atendimento destas. Em 2005, um estudo do Ministério da Saúde⁵⁴ voltado a analisar a ESF em dez grandes centros urbanos do Brasil, já recomendava o funcionamento da ESF em horários que possibilitassem o acesso aos trabalhadores. Essa seria uma proposta a ser estudada pelo município de Campo Grande, considerando que o horário de funcionamento das unidades de saúde, sejam unidades básicas ou estratégia de saúde da família, limitam o acesso ao não apresentarem horários alternativos de atendimento.

Fechando a tríade estabelecida com a dimensão do impacto da Atenção Básica, avaliada por meio das internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), deve ser ressaltado que, apesar de constituírem um indicador considerado capaz de avaliar os resultados da Atenção Básica, estas internações apresentam algumas limitações que merecem cautela quanto a sua utilização.

O sistema de informação fonte dos dados registra apenas as internações realizadas no âmbito do SUS e há eventual dupla ou tripla contagem de um mesmo paciente, em razão do sistema não identificar reinternações e transferências de outros hospitais. Além disso, a impossibilidade de correções posteriores à realização do faturamento, mesmo que tenha sido identificado erro de digitação ou de codificação do diagnóstico também se configuram em limitações a serem consideradas. Entretanto, é crescente a publicação de artigos em todo o mundo que utilizam o indicador e promovem o amadurecimento metodológico do tema^{17,44}.

De 2000 a 2004, apesar de decrescente, a maior taxa de ICSAP foi representada pelo grupo diagnóstico das gastroenterites infecciosas e suas complicações, que passou de

52,62/10mil/hab-ano em 2000 para 16,32/10mil/hab-ano em 2004, decrescendo ainda mais até 3,51/10mil/hab-ano em 2009, representando a maior queda dentre os grupos diagnósticos das ICSAP. De 2005 a 2009, a primeira causa de ICSAP passa a ser ocupada pelas internações por insuficiência cardíaca com uma taxa de 12,4/10mil/hab-ano e 10,26/10mil/hab-ano respectivamente.

A forte correlação negativa com significância estatística encontrada para dez dos 19 grupos diagnósticos utilizados pode sugerir que a implantação da ESF tenha contribuído com quedas nas taxas dessas internações, uma vez que a estratégia foi expandida nas regiões de maior vulnerabilidade social melhorando o acesso dessa população aos serviços da Atenção Básica.

Estudos que utilizaram as internações por condições sensíveis a atenção primária, levantaram que variáveis como: o número de consultas preventivas, continuidade da atenção à saúde e a razão entre número de profissionais não médicos na atenção primária e o de médicos, associaram-se significativamente com uma prevalência menor de internações por essas condições ^{59,60,61}.

No entanto, por este se tratar de um estudo com dados agregados, em que não são estabelecidas relações de causalidade, deve-se considerar influências das condições ambientais e dos fatores sócio-econômicos. Ainda, segundo Elias e Magajewski⁴⁵, fatores culturais como a busca por cuidado à saúde e o estilo de vida da população, também podem influenciar sobre estas hospitalizações.

Em contradição, forte correlação positiva com significância estatística foi vista nas internações por doenças imunizáveis/condições evitáveis, angina pectoris e doenças relacionadas ao pré-natal e parto. Com exceção das patologias crônicas que demandam cuidados de saúde por período de tempo relativamente mais longo e podem limitar os resultados de seu impacto aferido em curto prazo, o aumento das internações por doenças

relacionadas ao pré-natal e parto e doenças imunizáveis/condições evitáveis merece maior atenção.

Analisando o grupo de diagnósticos que compõem as internações por doenças imunizáveis/condições evitáveis, o aumento da taxa deveu-se principalmente ao grupo diagnóstico A15 referente à tuberculose. Essa realidade pode ser entendida como um dos resultados das transformações provocadas pela transição epidemiológica, em que o aumento da AIDS no país, tem refletido na ocorrência de outras doenças parasitárias e infecciosas de forma associada, como no caso da tuberculose⁶².

Quanto às internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto, os grupos diagnósticos responsáveis por esse aumento foram O23, que trata das infecções do trato urinário, A50 referente à sífilis congênita e P35 voltado às internações por síndrome da rubéola congênita. Segundo o Ministério da Saúde⁶³, apesar da ampliação da cobertura de consultas de pré-natal no país, ainda são observados comprometimentos na qualidade da atenção ofertada à gestante. Este fato expõe a necessidade de instituir avaliações quanto à efetividade dos programas desenvolvidos em atenção à gestante e a qualificação profissional dos que o realizam para a proposição de intervenções que provoquem mudanças focais na referida assistência.

Levando em consideração que tanto a tuberculose quanto às doenças relacionadas ao pré-natal e parto podem ser influenciadas também por fatores sociais, econômicos, educacionais e culturais, além da oferta dos serviços de saúde, essa situação demanda a operacionalização das redes de atenção à saúde⁵⁵. Faz-se necessária a efetivação da intersetorialidade entre os equipamentos disponíveis, para construção de práticas que contribuam para a solução dos problemas da população nos seus diversos recortes.

Por fim, deve ser ressaltado que a metodologia utilizada neste estudo compreendeu as três dimensões da avaliação propostas por Donabedian, em que a estrutura do serviço e o

processo de trabalho devem provocar resultados na saúde da população. Neste estudo, as dimensões representativas de inserção e organização da Atenção Básica mostraram fragilidades que precisam ser modificadas para obtenção de um melhor impacto na saúde da população. No entanto, o resultado obtido mostrou um alto impacto mesmo com uma média inserção e uma intermediária organização da Atenção Básica, refletindo a contribuição de outros indicadores, como os de cunho sócio-econômico-cultural, que também podem ter interferido na queda das internações por condições sensíveis à atenção primária.

É visto que a intersetorialidade é necessária para melhor resolutividade dos problemas de saúde da população, no entanto é preciso também implementar as condições de estrutura e processo do setor saúde para aprimorar sua influência nos resultados obtidos na saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como no restante do país, em Campo Grande a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi iniciada pelas áreas com populações mais vulneráveis. Apesar de essa estratégia contribuir para inclusão social, dada a existência de uma maior diversidade populacional nos grandes centros urbanos, esse processo acaba por reforçar o caráter seletivo do modelo. Reverter essa situação para o alcance de um sistema de saúde que respeite a universalidade e atenda a equidade depende de melhorias na qualidade da assistência prestada, para incentivar a população de diferentes estratos sociais a utilizar os serviços ofertados pelo SUS.

A qualificação da Atenção Básica neste estudo foi levantada antes da aferição de seus resultados, possibilitando a identificação de algumas debilidades na inserção e organização dos serviços oferecidos. A continuidade da expansão da ESF no município com o intuito de alcançar um sistema que se aproxime da ideologia do SUS está condicionada à

correção dos problemas identificados, a fim de impedir a replicação de uma ESF com necessidade de implementações.

Avaliar a Atenção Básica com maior dinamicidade a fim de se executar a vigilância em saúde perpassa por estabelecer melhor integração entre os responsáveis pela coleta, compilação, avaliação e divulgação dos dados produzidos no sentido de facilitar o acesso do nível local a essas informações. Construir meios para integrar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com os demais sistemas já utilizados apoiaria a operacionalização da vigilância em saúde no nível local.

É sabido que mudanças que consigam transformar esse cenário não se restringem somente ao setor saúde. Deve-se considerar o predomínio de um modelo capitalista de produção dos serviços de saúde e a existência de uma miscelânea de serviços públicos e privados, ambos exemplos de forças antagônicas ao paradigma de integralidade e interdisciplinaridade proposta pela ESF.

Importante considerar neste cenário a magnitude das desigualdades sociais nas grandes cidades e a dinamicidade da população, as quais provocam mudanças no quadro de morbimortalidade com um ritmo muito mais acelerado do que a efetivação de políticas públicas para organização dos serviços.

Considerando a diversidade populacional e as diferentes necessidades de saúde características dos grandes centros urbanos, a expansão da ESF deve ser criteriosa. Uma alternativa a ser estudada por Campo Grande compreende a criação de meios para integração entre os modelos de Atenção Básica já existentes no município. O estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência das clínicas básicas entre as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Saúde da Família, num determinado espaço geográfico que possibilite o acesso da população, pode constituir-se em uma alternativa para maior resolutividade dos problemas de saúde no âmbito da Atenção Básica.

Para tanto, recomenda-se o enfoque na operacionalização das redes de atenção à saúde proposta por Mendes⁵⁵, uma vez que é vista a necessidade de contextualizar a saúde e prover condições do modelo proposto ser modificador de suas práticas dentro das necessidades das determinadas populações. É preciso evolucionar, seja por meio da expansão da ESF ou pela adoção de outras estratégias, desde que respeitem os princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação social preconizados pelo SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção. – 4. Ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos Pela Saúde 2006; v. 4).
2. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2008; 61(2): 153-158.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 1886/GM.
4. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1998; 14(2): 429-435.
5. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24 (suppl.1): 21-23.
6. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.
7. Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al . Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004; 9(3): 711-724.
8. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006; 11(3): 643-655.
9. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al . Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24 (suppl.1): 159-172.

10. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006; 11(3): 553-563
11. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006; 11(3): 725-731.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
13. Medina MG. Análise do Pacto da Atenção Básica, 2002 [acesso em 2009 maio 2]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_pacto.PDF
14. Mello GA, Fontanella BJB. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e Diferenças Conceituais. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, 2009; 12 (2): 204-213.
15. Almeida PF, Geovanela L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24 (8): :1727-1742.
16. Macinko, J.; Guanais, F. C.; Souza, M. F. M. An evaluation of impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006; 60: 13-19.
17. Abreu DMX, César CC, França EB. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2007; 21(5): 282-291.

18. Bixby LR. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2004; 15(2): 94-103.
19. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(5): 951-963.
20. Viana A, Dal Poz MR. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, 1998; 2: 225-64.
21. Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 2003; 6 (2): 99-107.
22. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24, (supl.1): 7-16.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2008.
24. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, 1998 [acesso em 2008 nov 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dados de cobertura, 2009 [acesso em 2009 dez 23]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>.
26. Brasil. Resultados e Conquistas. Mais Saúde Direito de Todos. Uma prestação de contas à sociedade, 2009 [acesso em 2009 jun 10]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/docs.php>.

27. Caetano, R.; Dain, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002; 12(1); 11–21.
28. Brasil. Informe da Atenção Básica nº 18. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família/PROESF. Ano IV setembro/outubro/2003.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade e valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 208 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).
30. Cruz MM, Santos EM. Avaliação de Saúde na Atenção Básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: Matta Gustavo Corrêa (Org.). Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007: 267-284.
31. Contandriopoulos AP. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
32. Hartz, ZMA. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciencia e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2006; 11 (3): 733-738.
33. Brasil. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2009 maio 2]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=7>.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, 2003 [acesso em 2009 abr 30]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf.
35. Dias JS. Avaliação, políticas educacionais e reformas da educação superior. São Paulo: Cortez, 2003.
36. Guba, EG; Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Beverly Hills 1990: Sage.
37. Hartz, ZMA. Institucionalizando a avaliação em saúde: lições (inter)nacionais nas evocações da França”. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. 15(2): 229-260.
38. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006; 11(3): 669-681.
39. Ibañez N, Rocha JS, Yazle CPC, et al . Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006; 11(3): 683-703.
40. Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24 (suppl.1): 42-57.
41. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24(4): 809-819.
42. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009; 25(6): 1337-1349.

43. Billings J, et al. Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City. *Health Aff*, 1993; 12(1):162-73 [acesso em 2009 nov 11]. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/12/1/162>.
44. Nedel F B, Facchini L A, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 2010; 19(1): 61-75.
45. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, 2008; 11(4): 633-647.
46. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Rio de Janeiro, 2007 [acesso em 2009 maio 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>.
47. Prefeitura de Campo Grande. Plano municipal de saúde 2006-2009, Campo Grande, 2005.
48. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assesment and Monitoring, volume I), Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.
49. Hennekens CH; Buring JE. *Epidemiology in Medicine*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. First Edition, 1987.
50. Szklo M; Nieto FJ. *Epidemiology beyond the basics*. Aspen Publishers, Inc. Maryland. 2000.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 221/GM.
52. Toledo, GL; Ovalle, II. *Estatística básica*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

53. DATASUS. Ministério da Saúde. Informações de saúde. [acesso em 2010 jun 5]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
55. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Revista de Medicina. Minas Gerais* 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11. [acesso em 2010 jun 23]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewArticle/96>
56. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p. – (Série Cadernos Técnicos – CNS) – (Série J. Cadernos – MS) 3.^a edição revista e atualizada após a 12.^a Conferência Nacional de Saúde.
57. Viana AL, Rocha S, Yazlle, EPE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2008; 24 (suppl.1): 79-90.
58. Garrido, R.; Menezes, P. R. 2002. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 24 (supl I): 3-6.
59. Gadomski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on Pediatric Hospitalization. *Pediatrics*, Mar 1998; 101: e1 [acesso em 2009 nov 30]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>.

60. Mobley IR, Root E, Anselin I, Lozano-Gracia N, Koschinsky J. Spatial analysis of elderly Access to primary care services. *International journal of Health Geographics* 2006; 5:19 [acesso em 2009 nov 30]. Disponível em: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-5-19.pdf>.
61. Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *Journal of Health Services Research and Policy* 2006; 11 (4):196-201 [acesso em 2009 30 nov]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17018192>.
62. Pontes, RJS et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho, RA; et al. *Epidemiologia I*. São Paulo : Atheneu, 2009.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

ANEXOS

ANEXO 1
QUESTIONÁRIO 1 - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

IDENTIFICAÇÃO

Coordenador da Atenção Básica de Campo Grande, MS (CAB)

Data da entrevista: _____/_____/_____

Se indicado outros informantes pelo Coordenador da Atenção Básica que possam responder sobre algum item do questionário:

Indicado 1 - Cargo/ função: _____

Indicado 2 - Cargo/ função: _____

PERFIL DO COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2. Data de nascimento: 99. NSI

3. Nível de instrução:

Assinalar uma única opção, considerando a maior qualificação entre as opções 1 a 4.

Assinalar quantas opções forem necessárias entre as opções 5 a 7.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto

2. Ensino fundamental (primeiro grau) completo

3. Ensino médio (segundo grau) completo

4. Ensino superior (terceiro grau) completo

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

5. Especialização completa.

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

6. Mestrado completo.

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

7. Doutorado completo.

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

99. NSI

4. Cursos de atualização realizados ou que está realizando na área de saúde:

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Em saúde pública 2. Em gestão em saúde 3. Em outras áreas da saúde
4. Não realizou ou não está realizando cursos na área da saúde 99. NSI

5. Tempo que exerce a atual função na secretaria:

Especificar em dias, meses ou anos

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

- dias meses anos 99. NSI

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

6. A coordenação da atenção básica participa como membro efetivo do conselho municipal de saúde?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Participa como membro efetivo ou suplente
2. Participa, mas não é membro efetivo ou suplente
3. Não participa (ir para 9) 99 NSI (ir para 9)

7. Existiram deliberações, resoluções ou moções do conselho municipal de saúde relativas à atenção básica no ano de 2009?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim 2. Não 99. NSI

8. Especifique como tem se dado a participação do conselho municipal de saúde na política de atenção básica:

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Formas de participação	Sim	Não	NSI
1. Participa da formulação de políticas e propostas para a atenção básica			
2. Apóia as decisões da coordenação de atenção básica			

3. Exerce papel de articulação junto aos movimentos sociais do município			
4. Exerce papel de pressão junto à Câmara dos vereadores e à Prefeitura municipal			
5. Fiscaliza a política da atenção básica			
6. Delibera sobre a quantidade de recursos financeiros a serem destinados à atenção básica			
7. Outra. Especifique:			

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

9. O sistema de saúde do município está organizado em regiões de saúde?

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. Especifique o número de regiões de saúde:
2. Não (ir para 15) 99. NSI (ir para 15)

10. Assinale os elementos considerados na definição das regiões de saúde:

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Número de residentes
2.		Contiguidade geográfica
3.		Tipos de serviços de saúde existentes
4.		Condições de acessibilidade aos serviços de saúde
5.		Necessidades de saúde
6.		Disponibilidade de equipamentos urbanos e outros serviços
7.		Legislação existente no município
8.		Outro. Exemplifique:
99.		NSI

11. O município possui instâncias administrativas regionais em saúde?

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. Especifique _____
2. Não (ir para 15) 99. NSI (ir para 15)

12. Especifique as funções e atividades exercidas no âmbito das instâncias administrativas regionais:

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Assinalar as opções abaixo

	Sim	Não	NSI
1. Definição de prioridades da atenção à saúde			
2. Elaboração de projetos e planejamento de ações			
3. Programação de unidades			
4. Autorização de internações hospitalares			
5. Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade			
6. Marcação de consultas especializadas			
7. Marcação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico			
8. Consolidação do faturamento ambulatorial (SIA)			
9. Consolidação do faturamento hospitalar (SIH)			
10. Controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados			
11. Definição para compra de insumos (materiais e medicamentos)			
12. Processos de licitação, tomada de preço e contrato com fornecedores para compra de insumos (materiais e medicamentos)			

13. Há definição de serviços especializados de referência para a atenção básica em todas as regiões de saúde?

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Nota: Entende-se por serviço de referência a existência de serviço específico e de fluxo formalmente definidos para encaminhamentos.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade.

Assinale apenas uma das opções: 1. Sim 2. Não 99. NSI

14. Há definição de serviços de pronto-atendimento em todas as regiões de saúde?

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Nota: O pronto atendimento é um serviço que se caracteriza pelo atendimento a pacientes com necessidades sentidas como urgentes.

1. Sim 2. Não 99. NSI

15. Assinale os tipos de unidades de saúde que compõem a atenção básica no município de Campo Grande, MS, informe a quantidade e ano de implantação.

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Unidades	Sim	Número	Não	Ano de implantação	NSI
1. Unidade Básica de Saúde					
2. Unidade de Saúde da Família					
3. Unidade mista. Se sim, especifique: _____ _____.					
4. Unidade de apoio de diagnóstico e terapia					
5. Outra. Especifique: _____ _____.					

16. Em relação aos tipos de unidades de saúde que compõem a atenção básica no município assinaladas na pergunta anterior, cite a que predomina no seu município:

_____ 99. NSI

17. Especifique as formas de organização da atenção básica em seu município:

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Existência de unidades de saúde com programas de saúde pública implantados (exs: saúde da mulher, criança, diabetes e hipertensão e outros)
2.		Existência de unidades de saúde sem programas de saúde pública implantados (atendimento somente por demanda espontânea)
3.		Existência de ambulatório especializado
4.		Existência de policlínica odontológica
5.		Existência de Centro de parto normal
6.		Existência de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico
7.		Outro. Especifique:
99.		NSI

22. Qual a forma mais freqüente para o acesso a consultas especializadas em seu município?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Qualquer paciente pode procurar os serviços especializados e ser atendido
2. Qualquer paciente pode procurar os serviços especializados, estando o acesso sujeito à triagem
3. Somente a partir de encaminhamentos dos serviços de atenção básica para algumas especialidades
4. Somente a partir de encaminhamentos dos serviços de atenção básica para todas as especialidades
5. Outro. Especifique: _____
99. NSI

23. Assinale os mecanismos que seu município adota para organizar as referências para consultas especializadas no SUS:

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Assinalar as opções abaixo

Mecanismos	Sim	Não	NSI
1. Agendamento prévio na unidade que encaminha o paciente			
2. Guia de informações sobre os profissionais e serviços disponíveis para referência.			
3. Treinamento dos profissionais quanto aos serviços disponíveis			
4. Formulário de encaminhamento para o atendimento na unidade referenciada			
5. Distribuição de cotas de consultas especializadas por unidades básicas de saúde do município			
6. Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI)			

24. O município possui ou participa de alguma central de marcação de consulta ambulatoriais especializadas?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não (ir para 27) 99. NSI (ir para 27)

25. Como é operada a central de marcação de consultas ambulatoriais especializadas?

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Por telefone
2.		Informatizada on line direto da unidade
3.		Encaminhamento por guia impressa portada pelo paciente
4.		Outro. Especifique:
99.		NSI

26. Qual a abrangência da central de marcação de consultas ambulatoriais especializadas?

Assinalar quantas opções forem necessárias

1.		Inclui profissionais do município
2.		Inclui profissionais de outros municípios do estado
3.		Inclui profissionais de todos os municípios do estado
4.		Inclui profissionais de outros estados
99.		NSI

27. Informe a existência de referência formalizada para consultas especializadas no SUS:

Nota: Entende-se por serviço de referência a existência de serviço específico e de fluxo formalmente definidos para encaminhamentos.

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Consultas especializadas	Há referência formalizada no município			Consultas especializadas	Há referência formalizada no município		
	Sim	Não	NSI		Sim	Não	NSI
1. Pediatria				11. Ortopedia			
2. Ginecologia				12. Reumatologia			
3. Obstetrícia de risco				13. Geriatria			
4. Cardiologia				14. Psiquiatria			
5. Endocrinologia				15. Neurologia			
6. Dermatologia				16. Urologia			
7. Pneumologia				17. Oncologia			
8. Gastroenterologia				18. Odontologia (endodontia, prótese, cirurgia bucomaxilo facial, periodontia, etc.)			
9. Oftalmologia				19. Angiologia			
10. Otorrinolaringologia				20. Cirurgião geral			

28. O município possui ou participa de alguma central de marcação de exames e terapias?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não (ir para 31) 99. NSI (ir para 31)

29. Como a central de marcação de exames e terapias é operada?

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Por telefone
2.		Informatizada on line direto da unidade
3.		Encaminhamento por guia impressa portada pelo paciente
4.		Outro. Especifique.
99.		NSI

30. Qual a abrangência da central de marcação de exames e terapias?

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Inclui serviços do município
2.		Inclui serviços de outros municípios do estado
3.		Inclui serviços de todos os municípios do estado
4.		Inclui serviços de outros estados
99.		NSI

31. Informe a disponibilidade de serviços de referência para exames e terapias no SUS:

Nota: Entende-se por serviço de referência a existência de serviço específico e de fluxo formalmente definidos para encaminhamentos.

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)	Há referência formalizada no município			Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)	Há referência formalizada no município		
	Sim	Não	NSI		Sim	Não	NSI
1. Análises clínicas (sangue, fezes, urina)				15. Métodos endoscópicos			
2. Baciloscopia para BAAR (tuberculose)				16. Hemoterapia			
3. Sorologia para HIV				17. Audiometria			
4. Colpocitopatologia (preventivo CA de colo)				18. Fisioterapia			
5. Eletrocardiografia				19. Psicoterapia			
6. Radiologia simples				20. Centro e núcleo de atenção psicossocial (CAPS e NAPS)			
7. Radiografia contrastada				21. Tomografia computadorizada			
8. Laboratório de prótese dentária				22. Cintilografia			
9. Radiografia odontológica				23. Cateterismo cardíaco			
10. Mamografia				24. Ressonância nuclear magnética			
11. Colposcopia				25. Hemodiálise			

12. Ultrassonografia obstétrica				26. Quimioterapia			
13. Ultrassonografia clínica				27. Radioterapia			
14. Ecocardiografia							

32. Existe laboratório de patologia de referência para análise da colpocitologia, em relação ao controle do câncer de colo de útero?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não (ir para 35) 99. NSI (ir para 35)

Se sim, tipo de serviço: público terceirizado NSI

33. O resultado da análise da colpocitologia é comunicado à Unidade Básica que solicitou o exame?

Assinale apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Sim, através de formulário próprio seja o resultado normal, seja o resultado alterado (ir para 34)
2.		Sim, através de formulário próprio somente para resultado alterado (ir para 34)
3.		O resultado não é comunicado à Unidade Básica que solicitou o exame sendo a paciente orientada a buscar o resultado diretamente no laboratório
99.		NSI

34. No caso do resultado alterado da colpocitologia ser fornecido ao paciente pela Unidade Básica, é feito:

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		O encaminhamento para a consulta com especialista em formulário próprio para agendamento na própria unidade
2.		O encaminhamento para a consulta de especialista de forma informal
3.		O encaminhamento para a consulta com especialista através de setor de

		marcação de consultas da Secretaria Municipal de saúde
4.		Não é feito nenhum encaminhamento para consultas com especialista
99.		NSI

35. Há protocolos implantados no seu município?

Assinalar apenas uma das opções abaixo.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não (ir para 40) 99. NSI (ir para 40)

36. Que tipo de protocolos o município adota?

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Protocolos relacionados aos programas de saúde pública
2.		Protocolos para identificação de situações de risco
3.		Protocolos relacionados a outras situações clínicas específicas
4.		Protocolos para a organização das referências
99.		NSI

37. Especifique as estratégias utilizadas pelo município para a implantação dos protocolos:

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Confecção de manuais de orientação para o uso dos protocolos
2.		Divulgação dos manuais de orientação para o uso dos protocolos
3.		Capacitação dos profissionais no uso dos protocolos
4.		Disponibilidade de suporte técnico para esclarecimento aos profissionais
5.		Outro. Especifique:
99.		NSI

38. Existem protocolos elaborados pelo próprio município?

Assinalar apenas uma das opções abaixo.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não (ir para 40) 99. NSI (ir para 40)

39. Quais as fontes utilizadas na elaboração de protocolos clínicos em seu município?

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Gestores e técnicos da SMS
2.		Consenso de especialistas
3.		Sociedade de especialidade médica nacional
4.		Sociedade de especialidade médica internacional
5.		Revisão sistemática da literatura
		Outro. Especifique:
99.		NSI

40. Assinale os tipos de apoio que a secretaria estadual de saúde do Mato Grosso do Sul (SES-MS) oferece ao município para organização da atenção básica.

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba

Tipo de apoio	Atenção básica		
	Sim	Não	NSI
1. Recursos financeiros atrelados à implantação de equipes			
2. Apoio técnico para a instalação e operação do sistema de informação			
3. Financiamento de obras para a instalação de unidades			
4. Compra ou cessão de equipamentos e insumos (incluindo medicamentos)			
5. Cessão de profissionais do Estado			
6. Reuniões com os municípios			
7. Visitas de supervisão aos municípios			

8. Confeção de relatórios de avaliação			
9. Construção de parâmetros, subsídios para orientar o Pacto de Atenção Básica			
10. Elaboração de material de apoio à gestão e atenção (manuais técnicos, protocolos, revistas)			
11. Estratégias de capacitação e treinamento dos profissionais			
12. Realização de mostras, seminários e palestras			

41. Assinale as estratégias implementadas na atenção básica em seu município a partir de 2009.

Assinalar as opções abaixo.

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Estratégias	Sim	Não	NSI
1. Ampliação do número de unidades de saúde da família			
2. Contratação de novos profissionais			
3. Capacitação dos profissionais			
4. Obras de reformas de unidades			
5. Aquisição de novos equipamentos			
6. Ampliação do horário de atendimento			
7. Incorporação de pronto-atendimento			
8. Incorporação de novas práticas de saúde (acupuntura, homeopatia, promoção à saúde)			
9. Organização do sistema de referências			
10. Adoção de mecanismo de controle avaliação			
11. Outra. Especifique:			

42. Em relação às formas de organização da atenção básica em seu município especifique as metas para esta gestão de governo.

Assinalar as opções abaixo.

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Marcar a coluna “NSA” caso a informação não se aplique ao município.

Organização da atenção básica	Metas para a atual gestão de governo			NSA	NSI
	Manutenção	Ampliação	Supressão/ redução		
1. Estratégia de saúde da família					
2. Estratégia de agentes comunitários de saúde					
3. Unidades de saúde com programas de saúde pública implantados (exs: saúde da mulher, criança, diabetes e hipertensão e outros)					
5. Unidades de saúde sem programas de saúde pública implantados (atendimento por demanda espontânea)					

REGISTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÕES

43. Há um núcleo integrador das informações em saúde na secretaria municipal de saúde?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não 99. NSI

44. A gestão das informações na secretaria municipal de saúde é exercida por equipe(s):

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Gestão do serviço	Sim	Não	NSI
1. Própria			
2. Contratada			

45. Cada setor da secretaria municipal de saúde tem liberdade para estruturar seu próprio sistema de informação automatizado?

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Assinalar apenas uma das opções: 1. Sim. 2. Não 99. NSI

46. Informe o setor responsável pelos sistemas de informação em saúde na secretaria municipal de saúde:

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Marcar a coluna “NSA” caso não exista o sistema de informação implantado no município

Sistemas de Informação	Setor responsável	NSA	NSI
1. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)			
2. Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS)			
3. Sistema de Informação da Mortalidade (SIM)			
4. Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC)			
5. Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN)			
6. Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)			
7. Sistema de Gerenciamento do Pré-natal (SIS Pré-natal)			
8. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)			
9. Sistema Gerencial do Controle do Câncer/Câncer do Colo de Útero (SISCAN/SISCOLO)			
10. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)			
11. Sistema de Informação para Regulação (SISREG)			
12. Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS)			
13. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)			
14. Sistema de Informação da Farmácia Básica (SISFAB)			
15. Outro. Especifique:			

47. Que sistemas de informação foram desenvolvidos no município?

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sistemas voltados para gestão e atenção à saúde.

Especifique: _____

2. Prontuário Eletrônico do paciente

3. Sistema de Consulta Assistida à Distância (Telesaúde)

4. Outro. Especifique:

5. Não foram desenvolvidos sistemas de informação

99. NSI

48. A secretaria municipal de saúde possui rede de computadores?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não 99. NSI

49. Especifique o tipo de acesso à Internet no nível central da secretaria municipal de saúde:

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Permanente (banda larga) 2. Discado 99. NSI

50. Especifique o número de unidades de saúde com acesso permanente à Internet:

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Especifique o número 0 ou mais. 99. NSI

51. Utiliza a Internet no processo de trabalho da atenção básica:

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não (ir para 53) 99. NSI

52. Especifique a utilização:

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Correio eletrônico
2. Acesso a bases bibliográficas
3. Acesso a portais de saúde
4. Telemedicina
5. Compras
6. Outro. Especifique:
99. NSI

53. A secretaria municipal de saúde possui Intranet?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não 99. NSI

54. Indique as áreas onde se localizam os principais problemas no uso dos sistemas de informações em saúde em seu município:

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Estrutura informacional na secretaria
2. Estrutura informacional nas unidades de saúde
3. Comunicação entre os sistemas de informação
4. Qualificação dos profissionais para operação das tecnologias e sistemas de informação disponíveis na secretaria de saúde
5. Qualificação dos profissionais de saúde para o preenchimento correto das fichas, prontuários e formulários nas unidades de saúde
6. Conhecimento acerca da importância e utilidade das informações em saúde
7. Confiabilidade nas informações geradas
8. Compatibilidade entre os sistemas de informação e as necessidades municipais
9. Recursos financeiros para investimento numa política de informação e informática em saúde
10. Apoio técnico para a implantação de uma política de informação
11. Outro. Especificar:
99. NSI

PRÁTICAS DE SAÚDE

55. Especifique os tipos de ações de saúde realizadas no âmbito da atenção básica em seu município:

Assinalar as opções abaixo

Marque a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Nota 1: As atividades realizadas em grupo são consultas ou atendimento coletivos rotineiros com pacientes e profissionais definidos para situações de agravo ou condição específica.

Nota 2: O Pronto Atendimento é um serviço que se caracteriza pelo atendimento a pacientes com necessidades sentidas como urgentes.

Ações de saúde	Realizadas pelas unidades básicas de saúde		
	Sim	Não	NSI
1. Consulta médica em clínica geral			
2. Consulta médica em pediatria			
3. Consulta médica em ginecologia-obstetrícia			
4. Consulta médica especializada (dermatologia, cardiologia, psiquiatria, etc.)			
5. Consulta por profissional de saúde não médico			
6. Pronto-atendimento			
7. Acupuntura			
8. Atendimento em homeopatia			
9. Terapias em grupo (psicoterapias, terapias ocupacionais)			
10. Pequenos procedimentos cirúrgicos (suturas, curativos, debridamento de feridas)			
11. Atendimento em fisioterapia (individual e/ou em grupo)			
12. Visitas domiciliares			
13. Coleta de sangue para exames			
14. Coleta de fezes e urina para exames			
15. Outra. Especificar:			

56. Especifique as ações de saúde preconizadas no âmbito dos programas de saúde coletiva realizadas pelas unidades básicas de saúde em seu município:

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Ações de saúde	Realizadas pelas unidades básicas de saúde		
	Sim	Não	NSI
1. Planejamento familiar (ação educativa)			
2. Dispensação de pílulas e camisinha			
3. Dispensação de diafragma			
4. Colocação de DIU			
5. Coleta de material para exame citopatológico (colo de útero)			
6. Consulta de pré-natal (acompanhamento do baixo risco)			
7. Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso			
8. Revisão do pós-parto de gestante de baixo risco			
9. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento			
10. Imunização de rotina (PNI)			
11. Terapia de reidratação oral			
12. Nebulização			
13. Tratamento do diabetes			
14. Monitoramento dos níveis de glicose – glicemia capilar			
15. Tratamento da hipertensão			
16. Tratamento da hanseníase			
17. Coleta de escarro para baciloscopia			
18. Tratamento da tuberculose			
19. Busca ativa de casos (diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose)			
20. Tratamento das DST			
21. Tratamento da AIDS			
22. Procedimentos coletivos em saúde bucal			
23. Tratamento dos problemas odontológicos			
24. Vigilância nutricional			

25. Vigilância sanitária da fluoretação da água de abastecimento público			
26. VE – Notificação compulsória de agravos			
27. VE – Investigação de casos e adoção de medidas de controle			
28. Investigação de óbitos (infantis, maternos, etc.)			
29. Orientações e ações de apoio às pessoas com transtornos mentais			
30. Orientações e ações de apoio relativas à saúde do trabalhador			
31. Outro. Especificar:			

57. Que grupos populacionais são priorizados pelas ações de promoção da saúde realizadas pela atenção básica em seu município?

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Grupos populacionais	Sim	Não	NSI
1. Menores de 1 ano			
2. De 1 a 4 anos			
3. Escolares			
4. Adolescentes			
5. Gestantes			
6. Mulheres em geral			
7. Homens em geral			
8. Idosos			
9. Portadores de necessidades especiais			
10. Pessoas com doenças crônicas (hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes)			
11. Portadores de HIV/AIDS			
12. Pessoas com transtornos mentais			
13. Dependentes de álcool e drogas em geral			
14. Profissionais do sexo			
15. Moradores de áreas de risco			
16. Moradores de rua			

58. Em relação à dispensação de medicamentos no âmbito da atenção básica, como foi a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos em 2009?

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Tipo de medicamento	Disponível em quantidade suficientes	Insuficiência e faltas eventuais	Insuficiência e faltas freqüentes	Não dispensa	NSI
1. Antihipertensivos					
2. Medicamentos para insuficiência cardíaca					
3. Hipoglicemiantes orais					
4. Insulina					
5. Medicação para tuberculose					
6. Medicação para Hanseníase					
7. Analgésicos e antitérmicos					
8. Antibióticos (ferro, ácido fólico)					
9. Broncodilatadores					
10. Medicamentos neurológicos					
11. Medicamentos para HIV/AIDS					
12. Suplementos minerais e vitamínicos					
13. Cremes vaginais (antibiótico, antifúngico)					
14. Outro. Especificar:					

RECURSOS HUMANOS

59. Em relação às condições para incorporação e remuneração de recursos humanos nos serviços de atenção básica, informe aquelas presentes no município:

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Nota: Caso a opção 5 for assinalada, responda as questões 60 e 61 abaixo.

1. Concurso público para incorporação da força de trabalho.
Especifique o ano do último concurso: (ir para 62)
2. Seleção pública para incorporação da força de trabalho.
Especifique o ano da última seleção: (ir para 62)
3. Plano de Carreiras, Cargos e Salários implantado.
Especifique o ano da implantação: (ir para 62)
4. Incentivo financeiro atrelado à produção e desempenho.
Especifique o ano da implantação: (ir para 62)
5. Contratação por meio de terceiros (ex.: empresas, ONGs, cooperativas) da força de trabalho. Se sim, especifique para quais categorias profissionais: _____
6. Outro. Especifique:
99. NSI

60. Informe com qual tipo de organização é estabelecido o contrato de terceirização com os profissionais de atenção básica:

Assinalar quantas opções forem necessárias

1. Organização não governamental (ONG).
2. Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP).
3. Universidade.
4. Empresa privada.
5. Outro. Especifique:
99. NSI

61. Em seu município, a convivência com regimes diferentes de trabalho se deve a:

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Restrições para gastos com pessoal no orçamento municipal
2. Normas federais relativas ao processo seletivo
3. Normas que extinguem carreiras do nível médio e elementar nos serviços públicos
4. Contenção dos gastos previdenciários
5. Dificuldades para realização de concursos ou processos seletivos públicos

- 6. Remuneração insuficiente
- 7. Ausência de plano de cargos, carreiras e salários
- 8. Outro. Especifique:
- 99. NSI

62. O município possui um programa de capacitação para os profissionais da atenção básica ?

Assinalar as opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

- 1. Sim.
- 2. Não
- 99. NSI

63. Que tipos de incentivos à formação seu município oferece aos profissionais de atenção básica ?

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

- 1. Liberação de carga horária para realização de cursos.
- 2. Realização de parcerias para oferta de cursos
- 3. Elaboração de revistas temáticas
- 4. Promoção de eventos científicos
- 5. Pesquisa em serviço
- 6. Apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária)
- 7. Adicional financeiro de titulação
- 8. Outro. Especifique:
- 9. Não há
- 99. NSI

64. Quais são os órgãos e instituições responsáveis pelos cursos ofertados aos profissionais da atenção básica em seu município?

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

Cursos	SMS			SES			Instituições de ensino vinculadas ao Pólo de Educação Permanente			Outros órgãos e instituições		
	Sim	Não	NSI	Sim	Não	NSI	Sim	Não	NSI	Sim	Não	NSI
1. Cursos de atualização e aperfeiçoamento												
2. Educação permanente												
3 - Especialização												
4 - Outro Especifique:												

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO 2 - EXPERIÊNCIA E ORGANIZAÇÃO DA ESF

IDENTIFICAÇÃO

Coordenador da Estratégia de Saúde da Família de Campo Grande, MS (CESF)

Data da entrevista: ____/____/____

Se indicado outros informantes pelo Coordenador da Estratégia de Saúde da Família para responderem sobre algum item do questionário:

Indicado 1 - Cargo/ função: _____

Indicado 2 - Cargo/ função: _____

PERFIL DO COORDENADOR DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

2. Data de nascimento: 99. NSI

3. Nível de instrução:

Assinalar uma única opção, considerando a maior qualificação entre as opções 1 a 4.

Assinalar quantas opções forem necessárias entre as opções 5 a 7.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Ensino fundamental (primeiro grau) incompleto

2. Ensino fundamental (primeiro grau) completo

3. Ensino médio (segundo grau) completo

4. Ensino superior (terceiro grau) completo

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

5. Especialização completa.

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

6. Mestrado completo.

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

7. Doutorado completo.

Especificar o curso: _____ Especifique o ano que concluiu o curso:

99. NSI

4. Cursos de atualização realizados ou que está realizando na área de saúde:

Assinalar quantas opções forem necessárias

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Em saúde pública 2. Em gestão em saúde 3. Em outras áreas da saúde
4. Não realizou ou não está realizando cursos na área da saúde 99. NSI

5. Tempo que exerce a atual função na secretaria:

Especificar em dias, meses ou anos

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

- dias meses anos 99. NSI

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

6. A coordenação do PSF participa do conselho municipal de saúde?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Participa como membro efetivo ou suplente
2. Participa, mas não é membro efetivo ou suplente
3. Não participa (ir para 9)
99. NSI (ir para 9)

7. Existem deliberações, resoluções ou moções do conselho municipal de saúde relativas à ESF em 2009?

Assinalar apenas uma das opções abaixo

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim 2. Não 99. NSI

8. Especifique como tem se dado a participação do conselho municipal de saúde na saúde na implantação da ESF:

Assinalar as opções abaixo

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Apóia as decisões da coordenação da ESF
2. Exerce papel de articulação junto aos movimentos sociais do município
3. Exerce papel de pressão junto à Câmara dos vereadores e à Prefeitura municipal
4. Participa na definição dos critérios para a implantação da ESF no município (escolha das comunidades, localização das equipes, criação de unidades)
6. Delibera sobre a quantidade de recursos financeiros a serem destinados à ESF
5. Discutiu o plano do PROESF
7. Fiscaliza a ESF no município
8. Indica profissionais de saúde para atuar nas equipes de saúde da família
9. Indica pessoas da comunidade para atuar como agente comunitário de saúde
10. Outra. Especifique:

IMPLANTAÇÃO E SEGUIMENTO DA ESF

9. Seu município já realizava alguma experiência semelhante à ESF antes de implantá-la?

Assinalar as opções abaixo.

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Nota: No caso de “não” ou “NSI” ir para a 3.

Tipo de Apoio	Sim	Não	NSI
1. Agentes comunitários de saúde			
2. Médico da família			
3. Outro. Especifique:			

10. Essa experiência tem facilitado a expansão da ESF em seu município?

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não 99. NSI

11. Indique até três principais critérios utilizados para a seleção das áreas de expansão da ESF em seu município:

Assinalar no máximo 3 (três) opções de resposta.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Ser área rural
2.		Ser área urbana
3.		Ser uma área com serviços de referência para as equipes de saúde da família
4.		Ser uma área com baixa densidade populacional
5.		Ser uma área com alta densidade populacional
6.		Ser uma área com risco elevado de morte e adoecimento
7.		Apresentar oferta insuficiente ou limitações de acesso às ações e serviços de saúde
8.		Reivindicação da população local
9.		Ter o apoio dos dirigentes de saúde locais
10.		Atender a pressões políticas
11.		Outro. Especifique:
99.		NSI

12. Registre a evolução da cobertura da estratégia de agentes comunitários de saúde (EACS), da estratégia de saúde da família (ESF) e equipes de saúde bucal (ESB) no município de Campo Grande, MS.

Especificar o número 0 ou mais.

Informar dados referentes ao mês de dezembro.

Marcar “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Marcar “NSA” caso não exista a estratégia ou a equipe no ano solicitado.

Ano	Número de equipes					População coberta				
	EACS	ESF	ESB	NSI	NSA	EACS	ESF	ESB	NSI	NSA
2000										
2009										

13. Especifique o número de equipes da estratégia de agentes comunitários de saúde (EACS), da estratégia de saúde da família (ESF) e equipes de saúde bucal (ESB) existentes segundo área urbana e rural, no ano de 2009:

Especificar o número 0 ou mais.

Marcar “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Marcar “NSA” caso não exista a estratégia ou a equipe no ano solicitado.

Áreas	EACS			ESF			ESB		
	Número	NSI	NSA	Número	NSI	NSA	Número	NSI	NSA
1. Área rural									
2. Área urbana									

14. Especifique o número de unidades de saúde da família conforme os tipos de unidades e o número de equipes do programa de saúde da família implantadas em Campo Grande, MS, em 2009:

Especificar o número 0 ou mais.

Informar dados referentes ao mês de dezembro.

Marcar “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Marcar “NSA” caso não exista o tipo de unidade de saúde da família.

Tipos de unidades de saúde da família	Número de unidades conforme o número de equipes de saúde da família na unidade					NSI	NSA
	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ou mais ESF		
1. Unidades especialmente montadas para a ESF							
2. Unidades de saúde transformadas em unidades de saúde da família							
3. Unidades de saúde da família que ocupam espaço no interior de outra unidade de saúde							
4. Unidades móveis							

5. Outro tipo de unidade. Especificar:							
6. Total							

15. Quanto à propriedade do imóvel onde estão instaladas as equipes da estratégia de saúde da família, especifique:

Especificar o número 0 ou mais.

Marcar “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Marcar “NSA” caso a informação não se aplique.

Propriedade do imóvel	Número de unidades	NSI	NSA
1. Unidades de saúde da família instaladas em imóvel da prefeitura			
2. Unidades de saúde da família instaladas em imóveis alugados			
3. Unidades de saúde da família instaladas em imóveis cedidos			

16. Qual a composição das equipes da estratégia de saúde da família em seu município?

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		As equipes são compostas pelos profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e gentes comunitários de saúde) (ir para 9)
2.		As equipes são integradas por outros profissionais além dos recomendados pelo Ministério da Saúde
99.		NSI

17. Especifique o número atual de equipes do programa de saúde da família no município com profissionais não previstos pela norma do Ministério da Saúde inseridos em uma equipe:

Especificar o número 0 ou mais.

Marcar “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Marcar “NSA” caso o profissional não conste no quadro.

Profissional	Número de equipes com outros profissionais	NSI	NSA
1. Cirurgião-dentista			
2. Assistente social			
3. Fisioterapia			
4. Psicólogo			
5. Pediatra			
6. Ginecologista-obstetra			
7. Outro. Especificar:			

18. É comum a existência de equipes de ESF incompletas no município (considerando a composição recomendada pelo Ministério da Saúde)?

Assinalar apenas uma das opções.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não 99. NSI

19. Que profissionais integram as equipes de saúde bucal em Campo Grande, MS?

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Cirurgião-dentista
2.		Técnico de higiene dental
3.		Auxiliar de consultório dentário
4.		Não existem equipes de saúde bucal implantadas no município (ir para 21)
5.		Outro. Especifique;
99.		NSI

		qualquer unidade especializada.
5.		O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e é orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional.
6.		Não há percurso definido.
99.		NSI

24. Assinale os tipos de exames que podem ser solicitados pelos médicos da ESF:

Assinalar quantas opções forem necessárias

1.		Hematologia
2.		Bioquímica
3.		Sorologias
4.		Anatomopatologia e citopatologia
5.		Eletrocardiografia
6.		Radiologia simples
7.		Radiografia contrastada
8.		Mamografia
9.		Colposcopia
10.		Ultrassonografia obstétrica
11.		Ultrassonografia clínica
12.		Ecocardiografia
13.		Métodos endoscópicos
14.		Audiometria
15.		Tomografia computadorizada

25. Existem protocolos clínicos implantados na ESF?

Assinalar apenas uma das opções.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não 99. NSI

26. Assinale os tipos de apoio que a Secretaria Estadual de saúde do Mato Grosso do Sul (SES) oferece ao município para expansão da ESF.

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a coluna “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba

Tipo de apoio	Atenção básica		
	Sim	Não	NSI
1. Recursos financeiros atrelados à implantação de equipes			
2. Apoio técnico para a instalação e operação do sistema de informação			
3. Financiamento de obras para a instalação de unidades			
4. Compra ou cessão de equipamentos e insumos			
5. Cessão de profissionais do estado			
6. Reuniões com os municípios			
7. Visitas de supervisão aos municípios			
8. Confeção de relatórios de avaliação			
9. Elaboração de material de apoio à gestão e atenção na ESF (manuais técnicos, protocolos, revistas)			
10. Estratégias de capacitação e treinamento dos profissionais			
11. Realização de mostras, seminários e palestras			
12. Outra. Especifique:			

27. Identifique os principais apoios e resistências à expansão da ESF no município.

Assinalar uma opção de resposta em cada linha.

Marcar “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.

Marcar “NSA” caso a informação não se aplique.

Pessoas/grupos/instituições	Apoio	Resistência	Indiferença	NSA	NSI
1. Secretário Municipal de Saúde					
2. Setores da SMS vinculados aos programas de saúde coletiva					
3. Setores da SMS					
4. Setores administrativos da SMS (RH, orçamento, compras)					
5. Profissionais que atuam em unidades básicas de saúde sem ESF					
6. Profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos de urgência/emergência, ambulatoriais					

especializados e/ou hospitais					
7. Conselhos de saúde					
8. Gerentes e profissionais de serviços privados de saúde credenciados ao SUS					
9. Representantes do setor privado suplementar					
10. Cooperativas de profissionais de saúde					
11. Prefeito					
12. Outras secretarias ou órgãos do governo municipal					
13. Parlamentares locais					
14. Instituições acadêmicas e de pesquisa					
15. Associações de moradores					
16. Grupos religiosos					
17. Outras organizações não governamentais					
18. Imprensa local					
19. População e usuários do SUS municipal					

28. O município enfrenta dificuldades para expansão da ESF?

Assinalar apenas uma das opções.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1. Sim. 2. Não 99. NSI

29. Indique as áreas onde se localizam os principais problemas para a expansão da ESF no município de Campo Grande, MS:

Assinalar quantas opções forem necessárias.

Marcar a opção “NSI” caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar

1.		Contratação e gestão de recursos humanos
2.		Capacitação de recursos humanos
3.		Financiamento
4.		Estrutura dos serviços básicos (número de unidades, condições físicas das unidades)
5.		Insumos e equipamentos dos serviços básicos
6.		Estruturas dos serviços de referência (número de unidades, condições físicas das unidades)
7.		Insumos e equipamentos dos serviços de referência
8.		Planejamento e organização do sistema de saúde
9.		Outro. Especifique:
99.		NSI

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) _____,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM CAMPO GRANDE, MS” na qualidade de entrevistado.

O objetivo principal deste estudo é avaliar a capacidade de resposta dos serviços de Atenção Básica de Campo Grande às suas demandas e verificar o impacto das ações promovidas sobre a saúde da população.

Sua colaboração nesta pesquisa consiste em participar de uma entrevista. Os benefícios relacionados com a sua participação são muito importantes para avaliar o grau de implantação da Atenção Básica segundo os critérios de inserção e organização do modelo assistencial.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Todo material utilizado nesta pesquisa será guardado com a autora, por um período de 5 anos, e depois destruído de acordo com a Resolução 196/96. Os dados poderão ser divulgados em congressos, sendo garantido o anonimato dos entrevistados, porém a confidencialidade a respeito da sua participação não poderá ser assegurada, já que a pesquisa envolve poucos sujeitos e todos ocupantes de cargo de direção facilmente identificáveis.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Amanda Zandonadi de Campos
Mestranda em Saúde Pública

Pesquisadora: Avenida Felinto Muller 1601, Vila Ipiranga, Campo Grande, MS
Tel: (67)3314-5023
CEP/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro
Tel: (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Campo Grande, _____ de _____ de 2010.

Sujeito da pesquisa