

**Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Social
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia – Departamento de Enfermagem
CAA – DAB – SAS – MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**Monitoramento e Avaliação do Projeto de
Expansão e Consolidação da Saúde da Família
(PROESF)**

**Relatório Municipal
Estudo de Linha de Base
*Passo Fundo, RS***

Luiz Augusto Facchini
Roberto Xavier Piccini
Elaine Tomasi
Elaine Thumé
Denise Silva da Silveira
Vanessa Andina Teixeira

Setembro de 2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Reitor: Antonio César Gonçalves Borges

Vice-Reitor: Telmo Pagana Xavier

Pró-Reitor de Graduação: Luiz Fernando Minello

Pró-Reitor de Extensão e Cultura: Vitor Hugo Manzke

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação: Alci Enimar Loeck

Pró-Reitor Administrativo: Francisco Carlos Luzzardi

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento: Elio Paulo Zonta

Diretor da Faculdade de Medicina: Farid Iunan Butros Nader

Diretor da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia: Emília Nalva Ferreira da Silva

Chefe do Departamento de Medicina Social: Anaclaudia Gastal Fassa

Chefe do Departamento de Enfermagem: Afra Suelene de Souza

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia: Aluisio J. D. Barros

Coordenador do Centro de Pesquisas Epidemiológicas: Cesar Gomes Victora

Presidente da Fundação Delfim Mendes Silveira: Antonio Costa de Oliveira

Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório Municipal do Estudo de Linha de Base de Passo Fundo – Lote 2 Sul / Luiz Augusto Facchini ... [et al.]. – Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006.

96p. : il.

1. Saúde Pública – Brasil – Administração 2. Programa de Saúde da Família 3. Atenção Básica - Avaliação. I. Facchini, Luiz Augusto. II. Piccini, Roberto Xavier. III. Tomasi, Elaine. IV. Thumé, Elaine. V. Silveira, Denise Silva da. VI Teixeira, Vanessa Andina.

CDD 362.109

EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO

Coordenação Geral

Luiz Augusto Facchini
Roberto Xavier Piccini
Elaine Tomasi
Elaine Thumé

Organização do Relatório

Luiz Augusto Facchini
Roberto Xavier Piccini
Elaine Tomasi
Elaine Thumé
Denise Silva da Silveira
Maria de Fátima dos Santos Maia
Alitéia Santiago Dilélio
Vanessa Andina Teixeira
Thiago Garcia Martins
Turene Bastos

Coordenação de Trabalho de Campo

Fernando Vinholes Siqueira

Coordenação de Processamento de Dados

Denise Silva da Silveira
Elaine Tomasi

Coordenação Executiva

Maria de Fátima dos Santos Maia
Alessander Osório
Mercedes Lucas

Coordenação do Estudo Qualitativo

Luciane Prado Kantorski
Rita Heck
Vanda Maria da Rosa Jardim

Equipe Técnica do Estudo Qualitativo

Luciane Prado Kantorski
Vanda Maria da Rosa Jardim
Emília Nalva Ferreira da Silva
Valéria Christello Coimbra
Michele Mandagará Oliveira

Equipe de Apoio do Estudo Qualitativo

Fernanda Barreto Mielke
Sidnei Teixeira Junior
Ana Paula Giacomelli Tavares
Gimene Cardozo Braga
Rebeca Castilhos
Gabriel Pereira

Apoio de Informática

Alessander Osório
Filipe da Silva Ribeiro

Codificação de Dados

Augusto Duarte Faria
Desirée Fripp
Luciane Scherer Pahim
Maria Aparecida Rodrigues
Turene Bastos
Suelen dos Santos Saraiva
Vanessa Andina Teixeira
Suele Silva
Danton Duro Filho
Alitéia Santiago Dilélio

Digitação

Alisson Morales
Ary Morales Neto
Carla da Cruz Teles
Daniel de Souza Pereira
Emanuele Braga
Fabiana de Souza Pereira
Thiago Garcia Martins

Controle de qualidade

Vera Vieira
Helena Souza van der Laan
Susete Aschidamini Ferreira

Supervisores do Trabalho de Campo

Alitéia Santiago Dilélio
Arlison da Rosa
Catiúscia Souza
Cleonice Valadão
Danton Duro Filho
Janaína dos Santos
João Luis Rosado
Michele Padilha Rodrigues
Maria Márcia Ambrósio
Patrícia Mendonça
Raquel Barboza
Sandra de Souza
Sílvia da Costa
Suele Silva
Vanessa Andina Teixeira

Professores Colaboradores

José Justino Faleiros
Anaclaudia Gastal Fassa
Fábio Lima
Gabriela Lobata
Helen Denise Gonçalves da Silva

Alunos voluntários e bolsistas de Iniciação Científica dos Cursos de Medicina e Enfermagem da UFPel e de Psicologia da UCPel

Clarissa de Souza Cardoso
Emanuela Maria Dalvit
Helena Souza van der Laan
Inês Soria Alvaro
Jeanine Porto Brondani
Lorielle Soares Wachs
Mariangela Uhlmann Soares

Escrever é sempre ocultar algo de modo que possa ser descoberto.

Ítalo Calvino

AGRADECIMENTOS

Este projeto é o resultado de um esforço coletivo de professores, técnicos e alunos vinculados ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas e ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. A equipe destaca o reconhecimento a esta parceria, fundamental para o êxito do Projeto.

Igualmente se externa a gratidão ao apoio e estímulo recebidos de um grande número de pessoas que, em diferentes âmbitos, institucionais, administrativos e acadêmicos, viabilizaram o desenvolvimento do Projeto. Agradecimentos especiais e em particular são destinados a:

Antonio César Borges, reitor da Universidade Federal de Pelotas (UFPel),

André Luiz Haack, ex-reitor da UFPel,

Francisco Luzzardi, pró-reitor de administração e sua equipe de trabalho,

Antonio Costa de Oliveira, presidente, José Carlos Fernandes Filho e Sérgio Luis

Ribeiro dos Santos, colegas do setor de administração da Fundação Delfim Mendes da Silveira,

Ana Claudia Fassa, chefe, e colegas do Departamento de Medicina Social,

Emília Nalva Ferreira, diretora, e colegas da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia,

Afra Suelene de Souza, chefe, e colegas do Departamento de Enfermagem,

Renato Moreira, Dalvina Bueno de Almeida, Luis Cleber Wilke, Jorge Augusto Rollo

Cardozo, Fabiane dos Santos Luiz, Odete Almeida, Vera Lucia Govea da Silveira e

demais funcionários da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia,

Cesar Victora, diretor, e colegas do Centro de Pesquisas Epidemiológicas,

Aluísio Barros, coordenador, e colegas do Programa de Pós-Graduação em

Epidemiologia,

Eronildo Felisberto, coordenador, e equipe da Coordenadoria de Avaliação e

Acompanhamento do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à

Saúde do Ministério da Saúde,

Maria do Carmo Leal, coordenadora, e colegas do Grupo de Acompanhamento do

Estudo de Linha de Base do PROESF, junto ao Ministério da Saúde.

É digna de especial registro a gratidão à professora Emília Nalva Ferreira, diretora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia e aos colegas do Departamento de Enfermagem pelo acolhimento na área física que a equipe deste Projeto ocupa hoje nesta Unidade de Ensino. A iniciativa da professora Emília e colegas oportunizou a participação de sua unidade no cotidiano das inúmeras atividades técnicas e administrativas de um Projeto de grande porte.

Externa-se ainda entusiásticos agradecimentos à gestão e coordenação de atenção básica e de saúde da família do Município de Passo Fundo, representantes do controle social, trabalhadores das unidades básicas de saúde, agentes comunitários de saúde, população entrevistada e todos aqueles que participaram do Projeto fornecendo informações e contribuindo para a realização do trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	11
LISTA DE TABELAS	13
APRESENTAÇÃO	15
RESUMO	17
1 INTRODUÇÃO	19
2 METODOLOGIA	21
2.1 Delineamento do Estudo de Linha de Base (ELB)	21
2.2 Amostra e Amostragem do ELB	23
2.2.1 Amostra de UBS.....	23
2.2.2 Amostra de profissionais de saúde	23
2.2.3 Amostra de usuários: demanda atendida nas UBS.....	23
2.2.4 Amostra de população da área de abrangência das UBS.....	24
2.3 Trabalho de Campo no Município: Logística e Instrumentos de Fonte Primária..	24
2.4 Levantamento de Dados em Fontes Secundárias.....	27
2.5 Processamento dos Dados	28
2.5.1 Recepção e classificação dos instrumentos	29
2.5.2 Identificação e constituição dos lotes	29
2.5.3 Bancos de Dados Estruturados.....	30
2.6 Controle de Qualidade.....	30
2.7 Análise dos Dados.....	31
3 RESULTADOS	33
3.1 Contexto	33
3.1.1 Situação Demográfica e Socioeconômica de Passo Fundo	33
3.1.2 Amostra de Unidades Básicas de Saúde.....	34
3.1.3 Amostra de Profissionais de Saúde	34
3.1.3.2 Situação Demográfica e Socioeconômica dos Profissionais.....	35
3.1.4 Amostra da Demanda Atendida nas Unidades Básicas de Saúde	35
3.1.4.1 Distribuição da Demanda por Unidade Básica de Saúde.....	35
3.1.5 Amostra Populacional da Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde	36
3.1.5.1 Distribuição da População	36
3.1.5.2 Situação Demográfica e Socioeconômica da População da área de Abrangência das UBS.....	36
3.2 Dimensão Político-Institucional.....	38
3.2.1 Projeto de Governo.....	39
3.2.1.1 Tipo de Gestão Municipal, Índice de Aprendizado Institucional e Cobertura do Programa de Saúde da Família	39
3.2.1.2 Adequação Setorial e dos Modelos de Atenção para o Funcionamento do Sistema Municipal de Saúde	40
3.2.1.3 Critérios na definição de áreas de abrangência das UBS e na implantação do Programa de Saúde da Família.....	41
3.2.1.4 Características do emprego e da remuneração dos trabalhadores da Atenção Básica.....	41
3.2.2 Capacidade de governo.....	41
3.2.2.1 Perfil do Secretário Municipal de Saúde	41
3.2.2.2 Perfil do Coordenador de Atenção Básica e / ou do Programa de Saúde da Família	42
3.2.2.4 Perfil dos Trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde	42
3.2.3 Governabilidade	43

3.2.3.1	Despesas per capita com saúde	43
3.2.3.2	Financiamento da Atenção Básica nos Municípios	43
3.2.3.3	Apoio a Projetos de Atenção Básica à Saúde e de Saúde da Família.....	44
3.2.3.4	Características do Conselho Municipal de Saúde	44
3.3	Dimensão Organizacional da Atenção	46
3.3.1	Práticas de gestão da ABS	46
3.3.1.1	Mecanismos de supervisão, monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde	46
3.3.1.2	Estratégias de controle e regulação da demanda.....	47
3.3.1.3	Informação e Informatização na Rede Básica Municipal	47
3.3.1.4	Sistemas de Informação em Saúde	47
3.3.2	Práticas de Oferta de Serviços no Município.....	47
3.3.2.1	Estrutura da rede básica de saúde	47
3.3.2.2	Disponibilidade de Profissionais do PSF.....	52
3.3.2.3	Acesso aos serviços básicos de saúde.....	52
3.3.2.4	Acesso aos serviços especializados	53
3.3.2.5	Adstrição da demanda.....	53
3.3.2.6	Vínculo com instituições de ensino	53
3.3.3	Experiências inovadoras em atenção básica à saúde.....	54
3.4	Dimensão do Cuidado Integral	54
3.4.1	Estratégias de indução da integralidade.....	54
3.4.1.1	Atividades realizadas na UBS para o cuidado integral.....	54
3.4.1.2	Acesso direto a exames complementares.....	56
3.4.1.3	Disponibilidade de medicamentos.....	57
3.4.1.4	Utilização de protocolos	58
3.4.1.5	Utilização de computador pelos profissionais.....	60
3.4.1.6	Qualidade dos serviços prestados	60
3.4.1.7	Acesso a publicações	60
3.4.2	Processo de trabalho em atenção básica à saúde.....	61
3.4.2.1	Introdução ao processo de trabalho em ABS	61
3.4.2.2	A categoria processo de trabalho.....	61
3.4.2.3	Etapas do processo de trabalho em atenção básica à saúde	62
3.4.2.4	Satisfação dos trabalhadores com as condições de trabalho	66
3.5	Dimensão Desempenho do Sistema de Saúde	66
3.5.1	Desempenho do Município de Passo Fundo.....	66
3.5.1.2	Indicadores Seleccionados e Pacto da Atenção Básica à Saúde	66
3.5.2	Desempenho da Atenção Básica à Saúde	70
3.5.2.1	Perfil da Demanda Atendida nas UBS.....	70
3.5.2.2	Utilização de Serviços na População de Abrangência da UBS.....	71
3.5.2.2.1	Crianças	71
3.5.2.2.2	Mulheres	77
3.5.2.2.3	Adultos	81
3.5.2.2.4	Idosos.....	85
4	AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM PASSO FUNDO	91
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª. Revisão
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DEGES / SEGETS – Departamento de Gestão da Educação em Saúde / Secretaria de Gestão da Educação e Trabalho em Saúde
ELB – Estudo de Linha de Base
ESF – Equipe de Saúde da Família
GLAS – Grupo Local de Avaliação em Saúde
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
MS – Ministério da Saúde
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
RH – Recursos Humanos
RM – Região Metropolitana
SF – Saúde da Família
SM – Salário Mínimo
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Trabalho de Campo
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
UERGS – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1	Indicadores demográficos e socioeconômicos para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 33
Tabela 3.2	Distribuição da amostra dos profissionais de saúde por Unidade Básica de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF-UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 34
Tabela 3.3	Renda média mensal dos profissionais em saúde estudados em Passo Fundo e no Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 35
Tabela 3.4	Distribuição dos atendimentos prestados nas Unidades Básicas de Saúde de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF - UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 36
Tabela 3.5	Cursos de capacitação realizados pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 43
Tabela 3.6	Indicadores de financiamento do sistema de saúde para o município de Passo Fundo e para o Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 44
Tabela 3.7	Área física das Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 48
Tabela 3.8	Adequação da estrutura nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 49
Tabela 3.9	Equipamentos e instrumentos das Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 50
Tabela 3.10	Disponibilidade de materiais e insumos nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 51
Tabela 3.11	Atividades para o Cuidado Integral nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 55
Tabela 3.12	Atividades de Grupo nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 56
Tabela 3.13	Disponibilidade de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 57
Tabela 3.14	Utilização de protocolos para as ações desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde estudadas em Passo Fundo e no Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 58
Tabela 3.15	Utilização de Protocolos nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 59
Tabela 3.16	Acesso dos profissionais estudados a publicações do Ministério da Saúde nas Unidades Básicas de Saúde de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 60
Tabela 3.17	Médias alcançadas em relação à satisfação dos profissionais de saúde em uma escala de 0 a 10 em Passo Fundo e no Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 66
Tabela 3.18	Indicadores de desempenho do sistema de saúde de para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 67
Tabela 3.19	Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 relativos à saúde da criança para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF-UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 68
Tabela 3.20	Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 relativos à saúde da mulher para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 68
Tabela 3.21	Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 relativos a doenças crônicas para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 69
Tabela 3.22	Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2005 relativos à saúde bucal Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 70
Tabela 3.23	Participação dos profissionais no atendimento à demanda no município de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 71
Tabela 3.24	Condições de nascimento das crianças de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 72

Tabela 3.25	Características do acompanhamento de puericultura das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 73
Tabela 3.26	Características do estado vacinal das crianças estudadas em Passo Fundo, de acordo com o registro do cartão de vacinas. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 74
Tabela 3.27	Prevalência de diarreia no último mês e características das consultas pelo problema das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 75
Tabela 3.28	Prevalência de pneumonia nos últimos 6 meses e características das consultas pelo problema das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 76
Tabela 3.29	Características das consultas por outros motivos além de diarreia e pneumonia das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, 2005.	pág. 76
Tabela 3.30	Características do pré-natal das mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 77
Tabela 3.31	Orientações sobre aleitamento fornecidas no pré-natal realizado na Unidade Básica de Saúde da área de abrangência em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 78
Tabela 3.32	Utilização de métodos anticoncepcionais pelas mulheres estudadas em S Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 79
Tabela 3.33	Características da consulta ginecológica no último ano das mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 80
Tabela 3.34	Prevenção do câncer de colo uterino nas mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 80
Tabela 3.35	Consultas por outros motivos além do ginecológico das mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 81
Tabela 3.36	Atividade física dos adultos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 81
Tabela 3.37	Hipertensão Arterial Sistêmica nos adultos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 82
Tabela 3.38	Diabetes Mellitus nos adultos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.	pág. 83
Tabela 3.39	Problemas de nervos nos adultos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 84
Tabela 3.40	Prevenção do câncer de colo uterino nas mulheres da amostra de adultos de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 85
Tabela 3.41	Atividade física dos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 85
Tabela 3.42	Hipertensão Arterial Sistêmica nos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 86
Tabela 3.43	Diabetes Mellitus nos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 87
Tabela 3.44	Problemas de nervos nos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 88
Tabela 3.45	Necessidades de cuidado domiciliar dos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.	pág. 89

APRESENTAÇÃO

O relatório apresenta os resultados do Estudo de Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, incluído na amostra do Lote 2 Sul, coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde.

O ELB, através de uma abordagem epidemiológica, avaliou a atenção básica à saúde em suas dimensões político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema.

Os resultados enfatizam o recorte utilizado no ELB e descrevem os achados sobre a atenção básica estabelecendo uma avaliação do Estudo no Município de Passo Fundo.

Outras informações sobre o ELB para o conjunto dos municípios do Lote 2 Sul, incluindo o Relatório Final, já aprovado pelo Ministério da Saúde, estão disponíveis na página do Projeto na Internet: <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

RESUMO

O Estudo de Monitoramento e Avaliação do PROESF no Lote 2 Sul, sob responsabilidade da Universidade Federal de Pelotas, foi iniciado em fevereiro de 2005, incluindo 21 municípios de mais de 100 mil habitantes dos estados de Rio Grande do Sul¹ e Santa Catarina².

O Estudo de Linha de Base utilizou um delineamento transversal e incluiu a coleta de dados primários nos municípios. Em Passo Fundo o estudo foi realizado em seis dias. O trabalho de campo abrangeu entrevista com o Presidente de Conselho Municipal de Saúde, o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador de Atenção Básica / PSF e a coleta de dados documentais. Em relação aos instrumentos do âmbito da UBS, a caracterização da estrutura alcançou os seis serviços amostrados. Também foram coletadas informações de 63 profissionais de saúde, o que corresponde a uma média de 11 profissionais por UBS. O somatório da avaliação da demanda de um dia típico de trabalho das UBS estudadas, totalizou 508 atendimentos, o que corresponde a uma média de 85 atendimentos por dia por UBS. Na amostra populacional, foram entrevistadas 108 crianças (100% do estimado); 102 mulheres (94% do estimado); 105 adultos (97% do esperado) e 104 idosos (96% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 18 questionários em cada estrato da amostra populacional de cada UBS. O processamento e análise dos dados foram concluídos em dezembro de 2005. O controle de qualidade foi realizado, por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos alcançando cerca de 5% dos domicílios selecionados para a amostra populacional.

Os achados do Estudo demonstram que a situação socioeconômica de Passo Fundo revela contradição entre IDH baixo e menor expectativa de vida por um lado, baixa proporção de pobreza e alta proporção de alfabetização por outro lado, quando comparados os indicadores com o conjunto dos municípios do Lote. A cobertura do PSF em 2004 embora de apenas 29%, era a segunda mais alta do Rio Grande do Sul, onde a estratégia se expandiu tardiamente. O Município também mostra dados que chamam a atenção para as relações de trabalho na atenção básica, uma vez que um quarto dos profissionais de saúde ingressou por concurso público e outro quarto apresenta vínculo trabalhista precário. Os indicadores do Pacto da Atenção Básica de Passo Fundo são piores do que os de Rio Grande do Sul e do país, com algumas exceções. Assim, o enfrentamento de questões relativas à melhoria da estrutura da rede básica, supervisão e educação permanente dos profissionais de saúde, juntamente com a superação dos desafios da avaliação e monitoramento da atenção básica, serão fundamentais para a melhoria do SUS e da saúde da população no município.

A complexidade do estudo e sua abrangência não impediram o cumprimento adequado do cronograma previsto. A qualidade da equipe técnica envolvida nas diversas atividades do estudo e a participação dos representantes do município se destacam como razões fundamentais para o bom andamento do Projeto. Este resultado também se deveu ao apoio recebido do Ministério da Saúde, com especial destaque para a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde e o Grupo de Acompanhamento dos Estudos de Linha de Base.

¹ Municípios do Rio Grande do Sul: Alvorada, Bagé, Cachoeirinha, Canoas, Caxias do Sul, Gravataí, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguai e Viamão.

² Municípios de Santa Catarina: Chapecó, Criciúma, Florianópolis e Lages.

1 INTRODUÇÃO

O Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), está vinculado ao *Componente 3 (Monitoramento e Avaliação) do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)* do Ministério da Saúde (MS), incluindo a totalidade dos 21 municípios dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul do Lote 2 Sul, contando com a participação de gestores e de trabalhadores de saúde.

A pesquisa através do Estudo de Linha de Base (ELB) incluiu quatro dimensões orientadoras da avaliação da atenção básica: político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2004). Através de abordagem epidemiológica se avaliou o quanto as exposições ao PROESF e ao PSF afetam a variabilidade dos indicadores de cobertura, desempenho do sistema de saúde e situação de saúde da população, estabelecendo uma referência para avaliações e acompanhamentos futuros.

Os municípios estudados estão recebendo apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde, buscando estruturar a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do SUS e viabilizar o acesso a outros níveis de complexidade, para assegurar assistência integral aos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Este processo foi analisado como uma intervenção, cujos efeitos no presente podem ser observados em municípios e população estratificados por estado da federação, porte populacional, região metropolitana e modelo de atenção básica à saúde. Os efeitos históricos da intervenção poderão ser observados em um segundo tempo, através da repetição do estudo.

O ELB corresponde ao primeiro tempo de uma avaliação prospectiva sobre a ABS e o PSF, mas também de uma análise da intervenção do PROESF na reorientação do modelo de ABS.

A epidemiologia foi o eixo que estruturou a abordagem do ELB, orientando a articulação complexa entre as dimensões sob estudo e os níveis de análise empírica. As dimensões político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema foram tomadas como categorias abstratas da avaliação e hierarquizaram conceitualmente as variáveis estudadas, enquanto os níveis de análise hierarquizaram as variáveis, conforme sua operacionalização nas diversas fontes de informação, primárias e secundárias, quantitativas e qualitativas, individuais e coletivas.

Este relatório apresenta a metodologia e os resultados do ELB no Município de Passo Fundo, RS. A metodologia detalha as diversas etapas do estudo, desde seu delineamento e o planejamento do trabalho de campo, até o processamento e a análise dos dados.

Os resultados enfatizam os recortes utilizados no ELB e descreve os achados sobre a atenção básica no Município, contrastando com indicadores do Estado, do Lote 2 Sul e do país.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo de Linha de Base (ELB)

O delineamento é um meio de garantir relações válidas de causa e efeito entre as variáveis em estudo (SUSSER, 1996). Os delineamentos ideais na avaliação de programas ou serviços de saúde dependem da natureza dos programas e da precisão das estimativas a serem obtidas. Estudos transversais são excelentes para avaliações de adequação da cobertura ou qualidade de serviços, mas também podem ser utilizados em avaliações de plausibilidade na comparação de modelos ou programas de saúde (HABICHT, 1999, SANTOS, 2004; VICTORA, 2004).

Na área da saúde pública, estudos observacionais que testem a efetividade das intervenções sob condições de rotina são mais adequados do que ensaios randomizados. Para que seus resultados forneçam subsídios para as políticas de saúde, os estudos não randomizados precisam ser alvo de tanta atenção quanto a que tem sido dedicada, nos últimos anos, aos estudos randomizados (SANTOS, 2004; VICTORA, 2004).

A declaração TREND é uma iniciativa recente que busca contribuir para esse fim, ao definir uma série de normas para o delineamento e divulgação de estudos observacionais de avaliação de programas e serviços de saúde (DES JARLAIS, 2004).

O ELB segue os fundamentos dos estudos transversais, com grupos de comparação, utilizando medidas com múltiplos níveis de agregação, em relação às diferentes dimensões observadas (ROTHMAN, 1998). O estudo também pode ser caracterizado como multicêntrico de efetividade e linha de base para determinar o impacto do PROESF / PSF nos indicadores de desempenho do sistema de saúde e de situação de saúde da população, incluindo todos os 21 municípios.

O delineamento do estudo procurou minimizar o viés de seleção incluindo a totalidade dos municípios e amostras proporcionais de unidades básicas de saúde do Lote 2 Sul, juntamente com uma complexa estratificação de variáveis independentes para o estabelecimento de comparações (DES JARLAIS, 2004; ROTHMAN, 1998).

O delineamento transversal foi qualificado tanto através da estratificação das UBS segundo o modelo de atenção (Tradicionais e PSF), quanto pela possibilidade de controlar o efeito do PSF, estratificando suas UBS conforme o período de implantação, anterior ou posterior a intervenção do PROESF. No caso de Passo Fundo foram selecionadas duas UBS Tradicionais e quatro de PSF (duas UBS pré-PROESF e duas pós-PROESF). A obtenção de informação estruturada para o âmbito da gestão, do controle social, das unidades básicas de saúde, dos usuários e da população também enriqueceu o delineamento do estudo, especialmente com a inclusão de questões abertas que qualificaram as questões fechadas que predominam na abordagem epidemiológica. A coleta de dados secundários de bases nacionais também foi outro aspecto do delineamento do estudo que complementou a abordagem transversal do objeto.

As variáveis selecionadas caracterizaram as dimensões político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema.

A dimensão político-institucional examina principalmente os aspectos relativos à gestão do SUS e da ABS. Seu âmbito é fundamentalmente o do agregado do município. Neste âmbito, os modelos de atenção são caracterizados como políticas, ilustradas por diferenças históricas e conjunturais na cobertura populacional.

A dimensão organizacional da atenção caracteriza aspectos da gestão da ABS e do PSF, mas aproxima seu olhar da UBS e dos fluxos entre os níveis de atenção do SUS. Neste âmbito, a dicotomia entre os modelos de ABS, tradicional e PSF, passa a se materializar nas práticas de gestão e a oferta de serviços básicos e especializados. Este é o âmbito do detalhamento e constituição das políticas de saúde e, particularmente, da reorientação do modelo de atenção básica à saúde.

A dimensão do cuidado integral focaliza a UBS, suas práticas e recursos na abordagem das necessidades de saúde da população. Examina as estratégias de indução da integralidade e o processo de trabalho na ABS.

Por fim, a dimensão desempenho do sistema analisa a utilização dos serviços de ABS e a situação de saúde da população, permitindo observar as diferenças tanto para os agregados geopolíticos, quanto para os modelos de ABS.

2.2 Amostra e Amostragem do ELB

O universo do estudo é constituído pelo município de Passo Fundo. Neste universo foi realizada uma amostra estratificada por múltiplos estágios para selecionar unidades básicas de saúde, profissionais de saúde, usuários e indivíduos residentes na área de abrangência dos serviços (LEMESHOW, 1990; LEVY, 1980; LWANGA, 1991).

2.2.1 Amostra de UBS

Tomando-se uma lista de UBS fornecida pelo município foram sorteadas aleatoriamente seis UBS, que orientaram a seleção das amostras de profissionais de saúde, usuários e população da área de abrangência dos serviços. Foram incluídas duas UBS do PSF pré-PROESF, duas do PSF pós-PROESF e duas UBS Tradicionais.

2.2.2 Amostra de profissionais de saúde

Em cada UBS se procurou entrevistar todos os trabalhadores de saúde em atividade.

Foram incluídos tanto os profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros e outros de nível superior), quanto os profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem, recepcionistas, ect) e os ACS.

2.2.3 Amostra de usuários: demanda atendida nas UBS

Em relação aos usuários, a estratégia amostral foi registrar todos os atendimentos de um dia de trabalho em cada UBS selecionada, incluindo aqueles realizados por ACS. A base de registro utilizada foi a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) do SUS, documento utilizado cotidianamente nas UBS para efeitos gerenciais e contábeis. Utilizou-se um formulário-espelho, que continha todas as informações da FAA e facilitava a digitação eletrônica dos dados. As informações sobre a avaliação da demanda estão mais detalhadas no item de instrumentos do estudo e na seção de Resultados do ELB.

2.2.4 Amostra de população da área de abrangência das UBS

A amostra populacional foi dividida em quatro grupos, crianças de um a três anos de idade, mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos, adultos entre 30 e 64 anos de idade e idosos a partir dos 65 anos de idade. Estes indivíduos foram localizados na área de abrangência de cada uma das UBS, através de amostragem sistemática. Para compor a amostra do Lote 2 Sul, selecionou-se cerca de 2100 indivíduos em cada um dos grupos, cujo tamanho era suficiente para examinar diferenças de 25 a 30% entre os modelos de atenção das UBS (PSF x Tradicional), com um poder estatístico de 80% e prevalências dos desfechos de no mínimo 25%. Estes parâmetros permitiram avaliar diferenças na utilização de serviços de saúde, realização de procedimentos preventivos e acompanhamento de atividades programáticas. Esta amostra foi dividida pelo número de UBS selecionadas (120) resultando em um número de 18 entrevistas a serem realizadas para cada grupo populacional da área de abrangência de cada uma delas.

2.3 Trabalho de Campo no Município: Logística e Instrumentos de Fonte Primária

O trabalho de campo em Passo Fundo, iniciado em 24 de abril de 2005 e concluído em 30 de abril de 2005, foi realizado por uma equipe de seis supervisores criteriosamente selecionados e capacitados para o desenvolvimento de cada uma das etapas do trabalho de campo.

A pactuação de uma agenda de trabalho de campo com o Município foi uma das estratégias utilizadas para operacionalizar o cronograma estabelecido. O apoio recebido do gestor, coordenação de atenção básica e de saúde da família, representantes do controle social, trabalhadores das unidades básicas de saúde, agentes comunitários de saúde e população entrevistada, foi fundamental para a realização do trabalho. A capacitação e a motivação do grupo de supervisores também foram extremamente relevantes para o sucesso deste trabalho. A equipe técnica realizou visita a Passo Fundo com o objetivo de antecipar algumas ações de apoio ao andamento da coleta de dados.

Apresenta-se a seguir o detalhamento da logística no trabalho de campo para cada um dos instrumentos utilizados na coleta de dados primários. Os instrumentos estão disponíveis da página do PROESF-UFPEL na Internet e são de livre acesso – <http://www.epidemiologia-UFPEL.org.br/proesf/index.htm>

a. Gestor e Coordenador de Atenção Básica e PSF

Os dados referentes ao gestor e coordenador foram coletados através de questionário auto-aplicado destinado a registrar informações demográficas, de formação profissional e experiência na gestão, além de caracterizar os aspectos político-institucionais da ABS e do PSF no município. Depois de preenchidos, os instrumentos foram enviados á coordenação do Projeto para revisão, codificação e digitação na sede do estudo na cidade de Pelotas.

b. Entrevista com o Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Para a aplicação deste instrumento foi solicitado o agendamento prévio da entrevista realizada por um supervisor do TC.

c. Processo de Trabalho

Este instrumento foi preenchido em reuniões nas unidades básicas amostradas, após a convocação por parte dos coordenadores das UBS. Os trabalhadores presentes no dia da reunião discutiam os aspectos da organização do trabalho, as atividades realizadas, os responsáveis por sua realização, os instrumentos e insumos utilizados, além de identificar os principais problemas do processo de trabalho e sugestões de melhoria.

d. Estrutura da UBS

O instrumento para captar informações sobre a estrutura da UBS era fundamentalmente fechado e poderia ser preenchido coletivamente em uma reunião de equipe, ou por um responsável pela UBS, com o apoio de pessoas-chave nos diversos setores. A tarefa foi realizada durante o TC na UBS. Enquanto realizavam o levantamento de informações populacionais na área de abrangência, os supervisores apoiaram o responsável na UBS pelo instrumento.

e. Equipe de saúde

O questionário individual auto-aplicado era dirigido a todos os trabalhadores lotados na UBS, incluindo profissionais de nível superior, médio e ACS. As questões eram todas estruturadas e predominantemente fechadas, mas várias questões abertas foram utilizadas para qualificar a informação quantitativa. O instrumento da equipe de saúde foi distribuído pelos supervisores às UBS, juntamente com os demais questionários. Durante o TC na UBS, os supervisores orientaram o preenchimento e

motivaram os trabalhadores a participar do estudo. Depois de preenchidos, os instrumentos foram recolhidos pelos supervisores e enviados para revisão, codificação e digitação na sede do estudo na cidade de Pelotas.

f. Demanda da UBS – PACOTAPS

Utilizando um formulário baseado na Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) do SUS, todos os atendimentos de um dia de trabalho na UBS foram registrados, incluindo os agentes comunitários de saúde.

Estes formulários foram digitados no *software* PACOTAPS (TOMASI, 2003), capaz de identificar a dimensão do acesso da população aos serviços, a qualidade do registro das atividades, produzir análises sobre o perfil demográfico e epidemiológico da demanda nas UBS.

O *software* é de fácil utilização por indivíduos sem conhecimentos prévios de informática e epidemiologia e possibilita delinear com maior nitidez o perfil da demanda, avaliar os serviços ao longo do tempo, comparar serviços entre si, em momentos determinados, de acordo com as demandas do espaço de gestão. Permite ainda, identificar com precisão e atualidade através de seus relatórios, informações sobre o gênero, os grupos etários, os principais motivos de consulta, os medicamentos mais prescritos, os exames mais solicitados e os encaminhamentos realizados.

O *software* foi distribuído ao município e os representantes das SMS e das UBS foram capacitados para sua utilização na avaliação dos serviços básicos. Este aplicativo também pode ser obtido na página do Projeto na Internet no endereço citado anteriormente.

g. Amostra Populacional

Foram realizadas entrevistas individuais, domiciliares, com questionários estruturados, abordando questões relevantes para o estudo em amostras independentes de crianças, mulheres, adultos e idosos. As questões eram todas estruturadas e predominantemente fechadas, mas também havia questões abertas para qualificar as respostas fechadas. Para a caracterização socioeconômica das amostras, foram utilizadas a renda *per capita* em salários mínimos e a classificação da ANEP /ABIPEME (RUTTER, 1988), esta última composta de informações sobre a escolaridade do chefe da família, da disponibilidade de empregada mensalista e sobre a posse de bens eletrodomésticos.

Para a aferição de alcoolismo (adultos), foi utilizado o teste CAGE (MASUR, 1983; SOINBELMAN, 1992), composto de quatro questões, sendo mais de duas afirmativas um indicador de dependência de bebida alcoólica.

As entrevistas foram realizadas por supervisores selecionados e capacitados especialmente para estas atividades pela equipe técnica do projeto. A amostra populacional foi localizada na área de abrangência da UBS, que foi o ponto inicial para a coleta de dados. Todos os domicílios do percurso seguido a partir da UBS até os limites da área foram visitados em busca dos indivíduos elegíveis de acordo com o grupo populacional.

A baixa densidade de indivíduos elegíveis em cada domicílio facilitou a distribuição da amostra por toda a área de abrangência da UBS, minimizando as possibilidades de viés de seleção ou efeito de *cluster* nas amostras (ROTHMAN, 1998). Assim, se procedeu à inclusão consecutiva dos domicílios para a composição da amostra.

Caso em um domicílio não residisse o indivíduo com as características requeridas, passava-se ao seguinte, respeitando a orientação do deslocamento pela área de abrangência. Nos domicílios selecionados, somente um indivíduo elegível (crianças, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, adultos e idosos) foi convidado a participar do estudo, explicando-se a sua finalidade e apresentando termo de consentimento informado. Nos domicílios em que se encontraram duas crianças ou duas mulheres elegíveis, a mais jovem foi entrevistada. Para os adultos e idosos esta regra se inverteu, sendo elegível o mais velho.

2.4 Levantamento de Dados em Fontes Secundárias

Integrando o Estudo de Linha de Base do PROESF, foram sistematizados para o município, o Estado, o Lote e o país, dois conjuntos de informações oriundas de bases nacionais disponíveis (Ministério da Saúde, DATASUS, IBGE, etc.).

O primeiro conjunto diz respeito aos 34 indicadores do Pacto da Atenção Básica, instrumento de monitoramento e avaliação do desempenho da atenção básica por parte do Ministério da Saúde (2003).

O segundo conjunto de informações está baseado nos **Indicadores de Monitoramento da Expansão do PSF em Grandes Centros Urbanos**, de Julho de 2002, trabalho coordenado pela Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana (2002). Do total dos indicadores propostos, foi selecionado para análise um conjunto que fornece informações de acordo com três eixos:

1. Perfil epidemiológico e sócio-demográfico da população;
2. Financiamento da saúde, da atenção básica e do PSF;
3. Organização da assistência, do cuidado e desempenho do sistema.

2.5 Processamento dos Dados

A complexidade da avaliação da atenção básica no âmbito do PROESF requer que o conhecimento produzido seja baseado em informações as mais fidedignas possíveis. Até traduzir-se em informações, todos os dados coletados durante o trabalho de campo são objeto de um conjunto de atividades encadeadas de maneira sistemática e rigorosa. Estas atividades vão desde a recepção e classificação dos instrumentos até as análises mais complexas e informativas.

Uma das peculiaridades deste estudo sobre a atenção básica no Brasil é a extensa e variada gama de abordagens e instrumentos utilizados: dados quantitativos e qualitativos, dados primários e secundários, dados com foco na gestão municipal da saúde, dados com foco nas unidades básicas e dados com foco na população residente na área de abrangência da UBS. Cada uma destas categorias se relaciona com as outras, o que imprime um alto grau de complexidade a todas as tarefas de preparar estes dados para análise.

As atividades relacionadas ao processamento dos dados oriundos dos diferentes instrumentos do estudo estão descritas em ordem cronológica e seqüencial. Em seguida, são apresentados os diferentes bancos de dados, agregados por tipos de instrumentos. Estão disponibilizados na página do Projeto na Internet os materiais de apoio ao processamento dos dados, especialmente construídos para o estudo.

2.5.1 Recepção e classificação dos instrumentos

Os instrumentos completados no trabalho de campo entravam no processamento por município, na mesma ordem da realização da coleta de dados. Uma vez “na bancada de trabalho”, os diferentes instrumentos eram separados por tipo para identificação.

2.5.2 Identificação e constituição dos lotes

Nesta fase, o questionário recebia um identificador numérico único. Para os questionários da população da área de abrangência da UBS e dos profissionais, o identificador possuía sete algarismos: um para o Estado, dois para o município, dois para a UBS e dois para o entrevistado. Para os questionários da estrutura e do processo de trabalho na UBS, o identificador possuía cinco algarismos: um para o Estado, dois para o município e dois para a UBS. Para os questionários do nível municipal, o identificador era de três algarismos: um para o Estado e dois para o município. Para o estudo de demanda, cujo instrumento é a “ficha-espelho” da Ficha de Atendimento Ambulatorial, a identificação era dada pelo código da UBS junto ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA – SUS).

Para cada conjunto de instrumentos do mesmo tipo e da mesma UBS era constituído um lote de questionários, obedecendo a uma numeração seqüencial utilizada no formulário “capa de lote”. Neste formulário, eram registrados os números de identificação de cada questionário do lote, além do município, UBS, total de questionários, data e responsável pelo fechamento do lote.

Para cada município, foram sistematizados os totais de cada instrumento efetivamente completado no trabalho de campo, excluídas as perdas e recusas. Estes números eram registrados em uma planilha do processamento por município e UBS, denominada “Listagem de Controle de Lote”. Esta rotina dava início ao processamento propriamente dito, com a seguinte seqüência de tarefas para os questionários populacionais e dos profissionais:

- codificação de questões fechadas
- tabulação de questões abertas
- codificação de questões abertas
- revisão final

- digitação

A primeira folha de cada questionário recebia um carimbo com a seqüência de tarefas acima citadas para registro de data e responsável.

2.5.3 Bancos de Dados Estruturados

a. Questionários populacionais, estrutura de UBS e profissionais de saúde.

Para os questionários populacionais (crianças, mulheres, adultos e idosos), da estrutura da UBS e dos profissionais foram criados bancos de dados no EPI-INFO, que permite validação da entrada de dados para amplitude e consistência das variáveis.

b. Demanda ambulatorial

As fichas-espelho do estudo de demanda foram inicialmente contadas e revisadas. Para cada procedimento era identificado um código na Tabela de Procedimentos do SIA-SUS e para cada diagnóstico era identificado um código na Classificação Internacional de Doenças – 10ª. Revisão (CID-10). Para facilitar o trabalho de codificação, foram identificados os códigos de maior utilização, o mesmo acontecendo com os códigos da CID-10 para os diagnósticos.

A seguir, as fichas-espelho eram digitadas no aplicativo PACOTAPS, uma ferramenta desenvolvida pela equipe (TOMASI, 2003) para subsidiar o planejamento e a avaliação de serviços básicos de saúde.

c. Processo de trabalho, Gestor Municipal, Coordenador da Atenção Básica e Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Todas as questões abertas destes instrumentos foram digitadas em programa de edição de textos para posterior análise.

Para as questões fechadas (pré-codificadas) foram criados bancos de dados no EPI-INFO, a exemplo dos instrumentos populacionais, da estrutura da UBS e dos profissionais de saúde.

2.6 Controle de Qualidade

O controle de qualidade foi realizado, por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos para alcançar, no mínimo, 5% dos domicílios selecionados.

Estes questionários eram compostos por perguntas-chave para identificar possíveis erros ou respostas falsas. Para tanto, foi sorteado um questionário relativo a cada grupo populacional investigado (criança, mulher, adulto e idoso) por Unidade Básica de Saúde.

Para padronizar e qualificar a coleta dos dados do controle de qualidade, uma pessoa especialmente treinada para este fim, realizou o contato telefônico. Não existindo a possibilidade de contato telefônico com a pessoa sorteada, uma busca pelo endereço ou pela respectiva UBS, era realizada na tentativa de localizar e coletar os dados do entrevistado, não havendo, portanto, substituição para evitar possíveis vieses.

Para checagem imediata da consistência das informações, através de uma planilha, algumas respostas referidas pelo entrevistado no contato feito pelo supervisor eram comparadas com as repostas referidas no momento da aplicação do questionário de controle de qualidade. Esta medida facilitava a detecção precoce de possíveis erros na coleta dos dados e possibilitava a intervenção imediata junto ao supervisor do trabalho de campo. A atividade de controle de qualidade era supervisionada diariamente por um dos membros da equipe. Ao final, foi realizada a checagem da consistência das informações através do índice de concordância de Kappa (LANDIS, 1977).

Os resultados do controle de qualidade para a totalidade dos municípios estão disponíveis no Relatório Final do Lote 2 Sul, na página do Projeto na Internet.

2.7 Análise dos Dados

Digitados no programa EPI-INFO 6.04b, os bancos de dados foram exportados através do aplicativo STAT TRANSFER 5.0 para o pacote estatístico SPSS 10.0 para Windows, utilizado para as análises. No caso de Passo Fundo, a estratégia analítica foi descrever o perfil da atenção básica na amostra estudada, sem enfatizar diferenças entre PSF e UBS Tradicional, em função dos pequenos números, que distorcem as comparações. Em função disso, as comparações são feitas com os achados do Lote, do Estado e do país. Os achados envolvendo comparações entre os modelos de UBS fazem parte do Relatório Final do Lote 2 Sul, disponível na página do Projeto na Internet.

3 RESULTADOS

3.1 Contexto

3.1.1 Situação Demográfica e Socioeconômica de Passo Fundo

Em 2000, Passo Fundo possuía 168.458 habitantes. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,804, inferior ao do estado e superior ao do país. Também em relação a RS e Brasil, apresentava menor proporção de pobres e maior proporção de alfabetizados e de domicílios com cobertura de água encanada. A cobertura de esgoto variou, sendo pouco melhor em relação ao estado e abaixo da observada no país.

A taxa bruta de natalidade foi maior em relação ao RS e Brasil, sendo que a expectativa de vida foi menor em relação ao estado e semelhante à do país. Já a proporção de crianças menores de cinco anos foi superior à do estado e inferior à da União, ocorrendo o inverso em relação à proporção de idosos em que o índice esteve abaixo do observado no RS e acima do observado no Brasil (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 - Indicadores demográficos e socioeconômicos para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Indicadores	Passo Fundo	RS	Brasil
IDH-2000	0,804	0,814	0,766
Taxa bruta de natalidade	18,8	14,9	17,5
Expectativa de vida	68,5	72,1	68,6
% de menores de 5 anos	8,7	8,4	9,7
% de idosos	9,2	10,4	8,5
% de pobres	16,9	19,7	32,8
% de alfabetizados	91,4	90,6	83,3
% de água encanada	94,4	78,9	75,8
% de esgoto	28,1	26,3	44,4

Fonte: Atlas IDH e Cadernos de Informações em Saúde de 2000.

3.1.2 Amostra de Unidades Básicas de Saúde

As UBS de Passo Fundo selecionadas para o estudo foram duas de PSF pré-PROESF (Adolfo Groth, Santa Marta), duas de PSF pós-PROESF (São Cristóvão, Nenê Graeff) e duas do modelo Tradicional (São Luiz Gonzaga, Vitor Issler).

3.1.3 Amostra de Profissionais de Saúde

Durante a avaliação das seis UBS foram estudados 63 profissionais de saúde, sendo 4 médicos (6%), 6 enfermeiros (10%), 14 auxiliares e técnicos de enfermagem (22%), 29 agentes comunitários de saúde (46%) e 10 outros profissionais com nível médio (16%).

3.1.3.1 Distribuição dos Profissionais por Modelo de Atenção e por Unidade Básica de Saúde

Em relação ao modelo de atenção, 19 (30%) profissionais estavam vinculados à UBS Tradicional e 44 (71%) a UBS do PSF, sendo 20 (32%) do PSF pré-PROESF e 24 (38%) do PSF pós-PROESF. Não houve referência de outros profissionais de nível superior.

A Tabela 3.2 apresenta a distribuição dos profissionais por UBS.

Tabela 3.2 - Distribuição da amostra dos profissionais de saúde por Unidade Básica de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF-UFPeI, Lote 2 Sul, 2005.

Unidade Básica de Saúde	N Profissionais (%)					ACS
	Médicos	Enfermeiros	Outros de nível superior	Auxiliares e técnicos de enfermagem	Outros de nível médio	
São Cristóvão	1 (8)	1 (8)	0	2 (17)	2 (17)	6 (50)
Nenê Graeff	1 (8)	1 (8)	0	2 (17)	2 (17)	6 (50)
Adolfo Groth	1 (11)	1 (11)	0	2 (22)	2 (22)	3 (34)
Santa Marta	1 (9)	1 (9)	0	3 (27)	2 (18)	4 (37)
São Luiz Gonzaga	0	1 (8)	0	3 (25)	1 (8)	7 (59)
Vitor Issler	0	1 (14)	0	2 (29)	1 (14)	3 (43)
Total	4 (6)	6 (10)	0	14 (22)	10 (16)	29 (46)

3.1.3.2 Situação Demográfica e Socioeconômica dos Profissionais

A amostra foi formada por 57 (92%) profissionais do sexo feminino e 5 (8%) do sexo masculino, estando esta informação ignorada para apenas um trabalhador. A média de idade foi de 36 anos.

A renda bruta mensal referida pelos profissionais foi relacionada com o emprego na UBS. Para fins de análise, foram classificados em seis grupos, de acordo com a formação ou nível de escolaridade. Conforme a Tabela 3.3, o padrão salarial em Passo Fundo foi no geral inferior às médias de rendimento do Lote 2 Sul, com exceção apenas na média salarial de médicos que foi superior.

Tabela 3.3 - Renda média mensal dos profissionais em saúde estudados em Passo Fundo e no Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Profissionais	Passo Fundo (R\$)	Lote 2 Sul (R\$)
Médicos	4.433,33	2.749,66
Enfermeiros	1.258,17	2.050,41
Auxiliares e técnicos de enfermagem	469,82	859,08
Demais profissionais de nível médio	334,86	534,40
Agentes Comunitários de Saúde	350,80	381,99

3.1.4 Amostra da Demanda Atendida nas Unidades Básicas de Saúde

3.1.4.1 Distribuição da Demanda por Unidade Básica de Saúde

Para o estudo da demanda foram registrados 508 atendimentos realizados pelos profissionais das UBS amostradas, em um dia de trabalho. Em relação ao modelo de atenção, 195 (38%) atendimentos foram realizados na UBS Tradicional e 313 (62%) no PSF, sendo 144 (28%) provenientes do PSF pré-PROESF e 169 (33%) do PSF pós-PROESF. A Tabela 3.4 apresenta a distribuição da demanda em relação às UBS selecionadas.

Tabela 3.4 - Distribuição dos atendimentos prestados nas Unidades Básicas de Saúde de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF, UFPel, Lote 2 Sul 2005.

UBS	N atendimentos (%)
Adolfo Groth	77 (15)
Nenê Graeff	72 (14)
Santa Marta	67 (13)
São Cristóvão	97 (19)
São Luiz Gonzaga	95 (19)
Vitor Issler	100 (20)
Total	508 (100)

3.1.5 Amostra Populacional da Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde

3.1.5.1 Distribuição da População

As amostras populacionais selecionadas nas áreas de abrangência das UBS totalizaram 108 crianças de um a três anos, 102 mulheres que tiveram filhos nos dois últimos anos, 105 adultos entre 30 e 64 anos e 104 idosos com 65 anos e mais.

3.1.5.2 Situação Demográfica e Socioeconômica da População da área de Abrangência das UBS

a. Condições de habitação

A presença de água encanada dentro de casa beneficiava 99% dos domicílios de adultos, 98% nos de idosos, 94% nos de mulheres e 90% de crianças. A proporção de banheiro no domicílio foi de cerca de 84% para as crianças, 88% para as mulheres, 98% para os adultos e 97% para os idosos. Praticamente a totalidade dos domicílios de adultos (99%), idosos (98%) e 95% dos de mulheres e crianças dispunha de recolhimento do lixo domiciliar por caminhão de serviço municipal. Residências de tijolo com / sem reboco, mistas (madeira e tijolo) e com madeira regular foram consideradas adequadas, enquanto aquelas construídas de madeira irregular e papelão,

lata ou lona foram classificadas de inadequadas. A proporção de construção adequada foi maior nas residências de idosos (96%) e adultos (94%) do que nas residências de mulheres (85%) e crianças (82%).

A média de pessoas por domicílio de crianças foi de 5,2 (dp = 1,8), mulheres foi 5,1 (dp = 1,8). No caso dos adultos esta média foi 3,8 (dp = 1,5) e nos idosos 2,7 (dp = 1,5). A concentração de sete ou mais pessoas por domicílio foi identificada em 25% da amostra de crianças, 21% de mulheres, 6% de adultos e 4% de idosos. Foi observado que 6% dos adultos e 17% dos idosos referiram morar sozinhos.

b. Perfil de Crianças e Mães

Na amostra de 108 crianças, 53% eram do sexo masculino e a idade média foi de 26,4 meses (dp = 10,0), variando de 12 a 47 meses. A proporção de crianças de cor branca foi de 83%.

As mães das crianças estudadas tinham idade média de 28,5 anos (dp = 6,9), variando de 15 a 48 anos. Em relação à escolaridade das mães, 18% possuía o primeiro grau completo e 67% o primeiro grau incompleto.

A renda média per capita foi de 0,4 salário mínimo (SM). Entre os entrevistados (19%) estavam incluídas nos estratos B e C agregados, 28% pertencia ao grupo D e 53% ao E.

c. Perfil das Mulheres

Na amostra de 102 mulheres, 78% eram brancas, com idade média de 25,5 anos (dp = 6,8), variando de 14 a 43 anos. A proporção de menores de 20 anos foi de 23%.

Mais da metade destas mulheres (60%) não havia completado o primeiro grau, 27% possuía o 2º grau incompleto e 13% tinha o segundo grau completo e mais.

A renda mensal média per capita era de 0,4 SM. Um quinto (20%) das entrevistadas foi classificada em cada um dos grupos B/C, 33% no D e 47% no grupo E.

d. Perfil dos Adultos

Na amostra de 105 adultos, a idade média era de 46,9 anos (dp = 9,2), variando de 31 a 64 anos. Deste total, 53% eram mulheres, 83% eram de cor branca e 75% eram casados ou viviam com companheiro. A quase totalidade dos adultos sabia ler e escrever (85%).

A renda média per capita dos adultos foi de 0,8 SM. A distribuição por grupo social identificou 3% nos estratos A e B agregados, 16% no C, 62% no D e 19% no estrato E, mostrando uma grande concentração de pessoas nos grupos menos privilegiados.

Mais da metade dos adultos (54%) informou trabalho remunerado no último mês, quase a totalidade destes (48%) como empregado e 46% como autônomo.

e. Perfil dos Idosos

Na amostra de 104 idosos a idade média foi de 73,6 anos (dp = 7,1), variando de 65 a 93 anos. Deste total, 69% eram mulheres, 82% de cor branca, 50% casados ou viviam com companheiro e 59% sabiam ler e escrever, mas apenas 2% possuíam no mínimo o primeiro grau completo.

A renda mensal média dos idosos foi de 0,8 SM. De acordo com a estratificação social, 1% dos idosos estavam no grupo B, 13% no C, 44% no D e 43% no E. Os estratos D e E reuniram 87% da amostra de idosos.

Dos entrevistados, 75% estavam aposentados e a média de idade da aposentadoria foi de 60,4 anos (dp = 7,4) variando de 30 a 75 anos.

3.2 Dimensão Político-Institucional

A dimensão político-institucional reúne aspectos da conformação da atenção básica à saúde, com ênfase no desenvolvimento da gestão municipal e na descentralização do SUS. Buscando dar historicidade ao recorte temporal do estudo, esta abordagem utilizou as categorias centrais do planejamento estratégico de Matus (MATUS, 1997): projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. Planejar a ação política em uma perspectiva estratégica significa *pensar* um conjunto de atividades, com metodologia, objetivos e metas definidos.

O Projeto de Governo caracteriza as bases materiais e históricas do SUS nos municípios do Lote, com ênfase para a atenção básica à saúde. Os atributos que qualificam um Projeto de Governo são os recursos disponíveis e passíveis de alcançar, o conhecimento acumulado sobre o tema, o poder necessário para desencadear as ações propostas, as chances de implantação e a possibilidade de sucesso. Estes atributos estão sintetizados no tipo de gestão municipal, índice de aprendizado institucional, adequação

institucional do sistema municipal de saúde, critérios na definição de áreas de abrangência das UBS e na implantação do PSF, características do emprego e da remuneração dos trabalhadores da atenção básica, capacidade instalada da rede básica e processo de conversão do modelo da atenção básica através do PSF.

A Capacidade de Governo compreende o conhecimento institucional acumulado, o conjunto de saberes e técnicas disponíveis para operar o Projeto de Governo e a política setorial. Nesta categoria se identificam os recursos intelectuais mobilizados para a condução da ABS nos municípios, como por exemplo, o perfil do Secretário, do Coordenador da Atenção Básica ou do PSF, do Presidente do Conselho Municipal de Saúde e dos Profissionais das UBS.

A Governabilidade descreve os fundamentos político-financeiros para efetivação das políticas de ABS, ou seja, recursos e margem de manobra política que, articulados à Capacidade de Governo, permitem transformar as intenções de um projeto em gestos ou ações concretas. A Governabilidade reúne mecanismos e instrumentos de poder (político, econômico) capazes de desencadear as decisões e os respectivos movimentos necessários para que os objetivos e as metas sejam alcançados. Neste estudo foram utilizados como indicadores de governabilidade as despesas per capita com saúde, o financiamento da atenção básica nos municípios, o apoio a projetos de atenção básica à saúde e de saúde da família e as características do Conselho Municipal de Saúde.

3.2.1 Projeto de Governo

3.2.1.1 Tipo de Gestão Municipal, Índice de Aprendizado Institucional e Cobertura do Programa de Saúde da Família

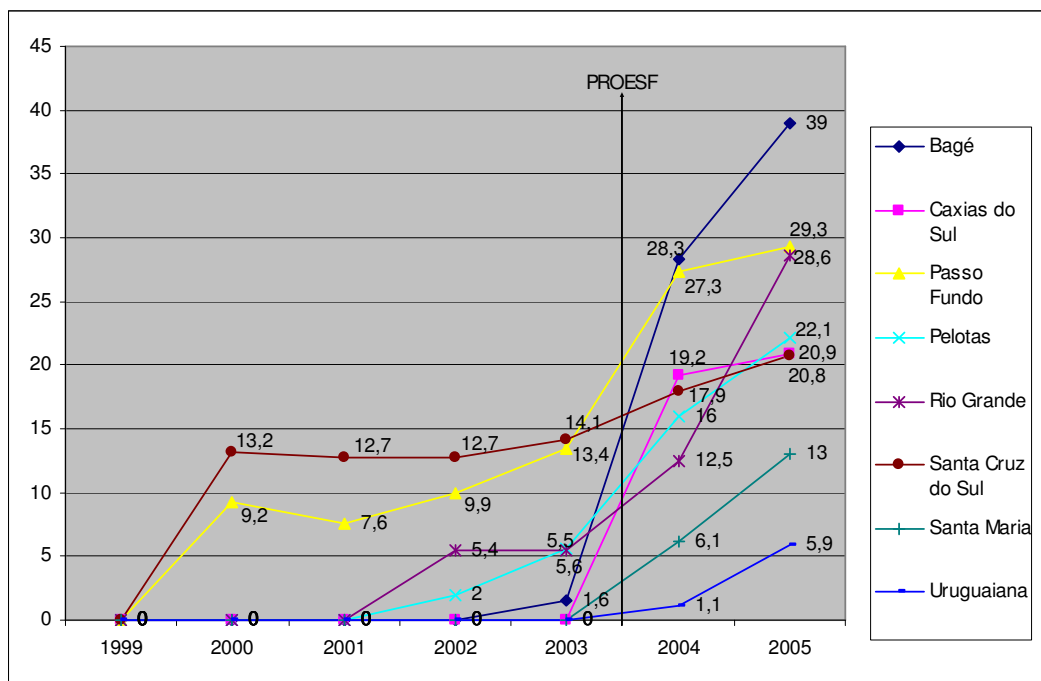
Passo Fundo encontra-se na modalidade de gestão plena da atenção básica. Com o PSF implantado desde 2000, seu aprendizado institucional foi considerado médio pela avaliação do Ministério da Saúde realizada no mesmo ano.

A cobertura de PSF passou de 9% em 2000 para 29% em 2004, atingindo assim a segunda maior cobertura entre os municípios do estado do Rio Grande do Sul. Apesar disto, Passo Fundo ainda está abaixo da meta de 60% proposta pelo Ministério da Saúde para cidades com porte populacional de 100.000 à 500.000 habitantes (Figura 3.1).

Em 2001, o número de ESF instaladas no município era de 4, passando para 15 em 2004, com um incremento médio de 3,8 vezes no período. As ESF de Passo Fundo representavam na época cerca de 4% das ESF do Lote 2 Sul e 6% do estado do RS.

O número total de UBS era de 42 em 2001 passando para 44 em 2004, indicando que o município investiu mais na conversão de modelo que na instalação de novos serviços. Este quadro está de acordo com a situação encontrada no município, no qual, cada UBS abrange em média 3.859 habitantes se considerarmos a população do município (168.458 habitantes) e a capacidade instalada da rede de UBS (44). Logo, já não há necessidade de novos serviços, salvo em situações muito especiais.

Figura 3.1 - Evolução da Cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) nos municípios de mais de 100.000 habitantes do interior do estado do Rio Grande do Sul, do Lote 2 Sul, de 1999 a 2005. Estudo de Linha de Base, PROESF - UFPel, 2005.



3.2.1.2 Adequação Setorial e dos Modelos de Atenção para o Funcionamento do Sistema Municipal de Saúde

Não foram passadas informações pelo gestor sobre a Adequação Setorial e dos Modelos de Atenção para o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde.

3.2.1.3 Critérios na definição de áreas de abrangência das UBS e na implantação do Programa de Saúde da Família

O gestor de Passo Fundo não prestou informações sobre os critérios que considerava importantes na definição de áreas de abrangência das UBS e na implantação e / ou expansão do Programa Saúde da Família.

3.2.1.4 Características do emprego e da remuneração dos trabalhadores da Atenção Básica

O ingresso por concurso público alcançou 25% dos trabalhadores da rede básica. A forma de contratação predominante foi CLT (64%) seguida de contrato temporário (14%).

O vínculo de trabalho tipicamente precário (sem garantias trabalhistas) alcançou 25% dos trabalhadores da atenção básica em Passo Fundo. Já Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) foi referido por 6% dos profissionais entrevistados.

O pagamento em dia do salário foi informado por 95% dos profissionais de saúde do município e o pagamento de incentivos por 3% dos trabalhadores.

Entre os trabalhadores, 21% fez referência ao trabalho atual como primeiro emprego e 5% referiu estar em outro emprego.

O tempo médio de trabalho na prefeitura local e na UBS atual foi, respectivamente, 35,4 meses (dp = 49,3) e 20 meses (dp = 29,8) para os trabalhadores entrevistados.

3.2.2 Capacidade de governo

3.2.2.1 Perfil do Secretário Municipal de Saúde

Não foram prestadas informações sobre o perfil do Secretário Municipal de Saúde.

3.2.2.2 Perfil do Coordenador de Atenção Básica e / ou do Programa de Saúde da Família

Não foram prestadas informações sobre o perfil do Coordenador de Atenção Básica e / ou do Programa de Saúde da Família.

3.2.2.3 Perfil do Presidente do Conselho Municipal de Saúde

O presidente do CMS era do sexo masculino, tinha 48 anos de idade, havia completado 11 anos de estudo e não possuía curso de pós-graduação. Profissionalmente era comerciário e representava no CMS a CUT. Atuava no cargo há um mês, participava do CMS como conselheiro desde o ano de 1992 e possuía experiência anterior de coordenação de atividades coletivas (Presidente da CUT).

3.2.2.4 Perfil dos Trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde

As características de sexo, idade e renda dos 63 profissionais entrevistados nas três UBS de Passo Fundo estão apresentadas no item 3.1.3.2, que aborda o perfil sócio-demográfico da amostra estudada. Na perspectiva da capacidade de governo, estão enfatizados os aspectos relacionados à escolaridade, formação profissional, especialização e capacitação dos profissionais, fundamentais para o enfrentamento dos desafios cotidianos e estratégicos da ABS.

Em relação à escolaridade, 16% dos profissionais de saúde tinham nível superior completo e 10% incompleto. Nenhum dos profissionais possuía mestrado ou doutorado. Concluíram o ensino médio 54% dos profissionais. Possuíam ensino médio incompleto 3% do total e os trabalhadores com ensino fundamental completo representaram 14% da amostra e incompleto 3%.

De um total de quatro profissionais com especialização, somente três (75%) haviam concluído especialização na área de saúde pública, saúde coletiva, ou saúde da família.

Entre os trabalhadores da atenção básica foi pesquisada a realização de cursos de capacitação. Comparando-se com o total do Lote 2 Sul, os profissionais de Passo Fundo referiram proporções maiores de capacitação em todos os cursos avaliados (Tabela 3.5).

Tabela 3.5 - Cursos de capacitação realizados pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde estudadas em Passo Fundo e Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Curso	Passo Fundo (%)	Lote 2 Sul (%)
Introdutório ao PSF	74	52
SIAB	53	43
Saúde da Criança	69	52
Saúde da Mulher	70	54
Saúde do Adulto	67	42
AIDPI	31	24
Diabetes	62	51
Hipertensão	63	52
DST / AIDS	66	58
Hanseníase	63	42
Imunizações	69	56
Tuberculose	62	45

3.2.3 Governabilidade

3.2.3.1 Despesas per capita com saúde

Para realizar as atividades do SUS a cada ano, Passo Fundo revelou uma despesa média em saúde de R\$ 103,10 por habitante, menor do que a média dos municípios do Lote (R\$ 130,14).

3.2.3.2 Financiamento da Atenção Básica nos Município

Cerca de um quinto (19%) do PAB total do município estava vinculado às transferências federais do incentivo PACS / PSF. O PAB fixo de Passo Fundo era de R\$ 8,97 por habitante e 14,1% era a proporção de despesas com recursos humanos em relação às despesas totais em saúde. Dos recursos próprios 13,3% eram aplicados em saúde, pouco abaixo do exigido pela EC 29 (Tabela 3.6).

Tabela 3.6 - Indicadores de financiamento do sistema de saúde para Passo Fundo e para Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Indicadores	Passo Fundo	Lote 2 Sul
PAB Fixo (R\$ / habitante)	8,97	9,15
% Despesas Recursos Humanos	14,1	43,7
% Transferências PSF/ PACS no PAB total	18,8	19,2
% Recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	13,3	16,0

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde, 2002.

3.2.3.3 Apoio a Projetos de Atenção Básica à Saúde e de Saúde da Família

O gestor municipal não prestou avaliação sobre o apoio recebido de parlamentares à política de saúde, da contribuição das decisões do CMS relativas ao PSF e à AB, ou mesmo sobre a adesão dos profissionais de saúde aos projetos de PSF e da atenção básica tradicional.

A satisfação dos profissionais das UBS estudadas com o vínculo de trabalho foi de 80%.

3.2.3.4 Características do Conselho Municipal de Saúde

O Presidente do CMS relatou que o CMS foi criado em 1992 e que este possuía regimento interno, cuja última atualização ocorreu no ano de 2004.

O CMS era composto de 32 entidades, sendo 4 representantes da área governamental, 4 de prestadores de serviços ao SUS privados ou conveniados sem fins lucrativos, 8 dos profissionais de saúde e 16 da sociedade civil organizada.

Os principais temas das reuniões ordinárias realizadas pelo CMS foram falta de exames; cota estourada nos primeiros 10 dias do mês; excesso de solicitação de exames; adequação do plano municipal de saúde; adequação do plano assistencial farmacêutico; programas especiais do município; discussão do plano assistencial farmacêutico; Programa de Saúde Mental; Projeto “Município resolve” e plano de aplicação de seu recurso; relatório de gestão; escolha de dois conselheiros para participar de plenária nacional; avaliação e prestação de contas do Funafir; recursos de emendas

parlamentares; recomposição da comissão técnica do conselho, fiscalização e finanças; alteração do Regimento Interno do CMS; e plano de aplicação do Hemogreme.

Já as extraordinárias trataram de temas como relatórios de Gestão; plano de aplicação da Campanha de Vacinação; saldo de aplicação do Hemogreme.

A Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2001 a 2004, nem sempre buscou aprovação do CMS para a implantação de políticas de saúde. Neste período o plano municipal de saúde foi uma das políticas implantadas sem aprovação do conselho, em que somente o plano descritivo do PMS chegou no final de 2004, sem a questão financeira. A política geral também não foi aprovada pelo CMS e, segundo o presidente, o gestor nunca obedeceu às decisões da conferência municipal de saúde. Mencionou ainda que o CMS aprecia apenas os programas específicos.

Entre 2001 e 2004, foram realizadas quatro Conferências Municipais de Saúde em Passo Fundo.

Não havia à época do estudo Conselhos Locais de Saúde implantados em Passo Fundo.

A respeito do relacionamento da Secretaria Municipal de Saúde com o CMS, o presidente informou que o prefeito não se negava a receber o conselho para fazer qualquer discussão. De acordo com ele, durante a última gestão, sete secretários de saúde passaram pela SMS em apenas quatro anos, sendo que vários destes foram destituídos de seu cargo por ação do CMS através de denúncias ao Ministério Público. Logo, havia espaço para conversa, mas o CMS só era ouvido através de ações judiciais.

Sobre apoio da SMS, foi destacado o fato de não haver problemas quanto à participação de conselheiros em eventos em função da existência de recursos específicos do conselho, apesar de certa dificuldade para a liberação destes recursos. A dificuldade mencionada foi a de implementação de estrutura, já que estava disponível apenas uma sala com telefone, computador e mesa, tendo secretária ocasionalmente. Estava sendo organizada à época do estudo uma equipe com secretária executiva, assessoria técnica desvinculada do gestor e assessoria jurídica.

Não foi referida a ocorrência de conflitos entre os Conselheiros. Segundo o presidente, sempre houve uma ação quase que única dentro do conselho, inclusive com os prestadores de serviços, os quais discordavam da política adotada pelo gestor

municipal. O conselho trabalhava de forma coesa com as demais entidades que o compunham.

Sobre capacitações para conselheiros, foi destacada a existência de uma entidade (CEAP - Centro de Assessoria Popular) que através de convênios com entidades internacionais trabalhava com formação de conselheiros municipais e regionais. Nesta entidade eram trabalhadas desde questões referentes à Atenção Básica e princípios do SUS, à questões básicas do sistema de saúde e da farmácia básica. Houve capacitações com palestrantes do Ministério da Saúde, promotores públicos federal, do estado, membros do tribunal de contas, etc.

3.3 Dimensão Organizacional da Atenção

3.3.1 Práticas de gestão da ABS

Ao caracterizar as práticas de gestão foram identificados princípios, normas e funções, procedimentos e recursos cuja finalidade é ordenar a estrutura e o funcionamento da atenção básica à saúde. Muitos destes aspectos se confundem com as práticas de oferta de serviços, em especial quando uma estratégia de gestão implica em uma oferta de serviços ao público.

3.3.1.1 Mecanismos de supervisão, monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde

Não foi possível conhecer a opinião do gestor sobre as ações desenvolvidas para a gestão da Atenção Básica por falta de informações. Também não foram prestados dados sobre a existência e disponibilidade de relatórios periódicos.

As atividades de supervisão do trabalho nas UBS foram referidas por 95% dos trabalhadores de saúde entrevistados. Apenas 8% dos profissionais entrevistados referiram uma periodicidade semanal da supervisão, enquanto 41% referiram periodicidade indefinida.

3.3.1.2 Estratégias de controle e regulação da demanda

Não foram prestadas informações que permitissem identificar se em Passo Fundo o setor de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação estava constituído; nem se eram adotadas estratégias de controle e regulação da demanda para o atendimento em serviços de maior complexidade.

Também não havia informação sobre a de acolhimento das reclamações dos usuários disponível; nem sobre os tipos de centrais implantadas para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários.

3.3.1.3 Informação e Informatização na Rede Básica Municipal

Do ponto de vista da tecnologia da informação, as seis UBS estudadas no município não dispunham de microcomputador.

3.3.1.4 Sistemas de Informação em Saúde

Não foram prestadas informações sobre a participação do município nos sistemas de informação de base nacional ou mesmo sobre a proporção de óbitos mal definidos no município e sua respectiva investigação.

3.3.2 Práticas de Oferta de Serviços no Município

Este tópico descreve recursos e estratégias utilizados no município para oferecer os serviços básicos de saúde à população. Há uma ênfase importante na estrutura das UBS. Também é abordada a disponibilidade de profissionais do PSF, na perspectiva de avaliar o acesso da população ao novo modelo de atenção básica.

3.3.2.1 Estrutura da rede básica de saúde

A área física das seis UBS estudadas contemplava recepção, sala de espera, consultórios, consultório odontológico, cozinha e sala para cuidados de enfermagem. Somente nas UBS Santa Marta e São Luiz Gonzaga foi referida a existência de sala de reuniões e apenas na UBS Santa Marta havia farmácia (Tabela 3.7).

Tabela 3.7 – Área física das Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Dependência	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Recepção	E	E	E	E	E	E
Sala de Espera	E	E	E	E	E	E
Consultórios	E	E	E	E	E	E
Consultórios com banheiro	I	E	I	E	E	I
Consultório Odontológico	E	E	E	E	E	E
Sala de Vacinas	I	I	E	E	E	E
Cozinha	E	E	E	E	E	E
Sala de cuidados de enfermagem	E	E	E	E	E	E
Sala de Reuniões	I	I	I	E	E	I
Sala de Esterilização	E	E	E	E	E	I
Farmácia	I	I	I	E	I	I
Expurgo	E	I	I	E	E	I

E – Existente; I – Inexistente; NR – Não respondeu.

Na Tabela 3.8, está apresentada a avaliação sobre a adequação das dependências por UBS estudada. Note-se que para a maioria das dependências faltaram informações ou não era possível realizá-la por inexistência da dependência.

Quando avaliadas, foram consideradas inadequadas por pelo menos um dos serviços, estando adequadas somente sala de espera e sala de esterilização na UBS Adolfo Groth.

Tabela 3.8 – Adequação da estrutura nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Dependência	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Recepção	NR	I	I	NR	NR	NR
Sala de Espera	NR	I	A	NR	NR	NR
Consultórios	NR	I	I	NR	NR	NR
Consultórios com banheiro	NSA	I	NSA	NR	NR	NSA
Consultório Odontológico	NR	I	I	NR	NR	NR
Sala de Vacinas	NSA	NSA	NR	NR	NR	NR
Cozinha	NR	I	I	NR	NR	NR
Sala de cuidados de enfermagem	NR	I	I	NR	NR	NR
Sala de Reuniões	NSA	NSA	NSA	NR	NR	NSA
Sala de Esterilização	NR	I	A	NR	NR	I
Farmácia	NSA	NSA	NSA	NR	NSA	NSA
Expurgo	NR	NSA	NSA	NR	NR	NSA

A – Adequado; I – Inadequado; NR – Não respondeu; NSA - Não Se Aplica por inexistência da dependência.

Do ponto de vista de acesso de pessoas portadoras de deficiência nenhuma das UBS estudadas no município foi considerada adequada.

A presença de degraus que dificultassem o ingresso a deficientes foi referida por quatro UBS (São Cristóvão, Nenê Graeff, Santa Marta e São Luiz Gonzaga) e ausência de rampas alternativas para facilitar o acesso destas pessoas por cinco (São Cristóvão, Nenê Graeff, Santa Marta e São Luiz Gonzaga e Vitor Issler). Nenhuma das UBS possuía corrimãos nas escadas ou rampas. Apenas a UBS Vitor Issler possuía corrimãos nos corredores.

Apenas nas UBS Adolfo Groth e São Luiz Gonzaga havia portas de banheiros que possibilitavam o acesso de usuários de cadeiras de rodas. Espaço de circulação interna suficiente para manobras de aproximação dos cadeirantes foi referido apenas pela UBS Adolfo Groth. Nenhuma das unidades estudadas possuía cadeiras de rodas para pacientes com esta necessidade e, somente nas UBS Nenê Graeff e São Luiz Gonzaga, as cadeiras da sala de espera foram consideradas adequadas para o local e a função que se destinavam.

A maioria dos equipamentos de trabalho estavam em condições de uso, sendo que microscópio, microcomputador e impressora estavam em condições impróprias ou inexistentes para as seis UBS estudadas (Tabela 3.9).

**Tabela 3.9 – Equipamentos das Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo.
Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.**

Equipamento	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Balança Adulto	P	P	P	P	P	P
Balança Infantil	P	P	P	P	P	P
Termômetro	P	P	P	P	P	P
Cadeira odontológica	P	NR	P	NR	P	P
Nebulizador	P	P	P	P	P	P
Estetoscópio	P	P	P	P	P	P
Foco de luz	P	P	P	P	P	P
Geladeira exclusiva vacina	P	P	P	P	P	P
Mesa ginecológica	I	P	P	P	P	P
Aparelho Fotopolimerizador	NR	NR	P	NR	I	P
Tensiómetro	P	P	P	P	P	I
Sonar	P	P	P	P	P	P
Mocho	NR	NR	P	NR	P	I
Estufa	P	NR	P	NR	P	P
Amalgamador	NR	NR	I	NR	P	P
Compressor	P	NR	P	NR	P	P
Refletor	NR	NR	P	NR	NR	P
Instrumental exame clínico	NR	NR	P	NR	I	P
Instrumental para procedimentos básicos	NR	NR	P	NR	P	P
Instrumental Dentística	NR	NR	P	NR	P	P
Equipo odontológico	NR	NR	P	NR	NR	P
Negatoscópio	I	I	I	NR	I	I
Otoscópio	P	P	P	P	I	I
Oftalmoscópio	NR	I	I	I	P	I
Unidade auxiliar	NR	NR	P	NR	I	P
Instrumental de urgências	NR	NR	P	NR	P	I
Espéculos vaginais	P	P	P	P	NR	I
Glicosímetro	I	P	P	P	P	I
Estetoscópio de Pinar	I	I	P	P	I	I
Microscópio	I	I	I	I	I	I
Lanterna	P	I	I	I	P	I
Microcomputador	I	I	I	I	I	I
Impressora	I	I	I	I	I	I

P – Próprio para uso; I – Impróprio para uso ou ausente; NR – não respondeu.

Na investigação do abastecimento de materiais e insumos, a maioria foi considerado suficiente. Apenas material para pequenas cirurgias foi considerado insuficiente por todas as unidades estudadas. Fio de sutura foi considerado suficiente apenas pela UBS São Luiz Gonzaga (Tabela 3.10).

Tabela 3.10 – Disponibilidade de materiais e insumos nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Materiais e Insumos	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Agulhas descartáveis	S	S	S	S	S	I
Espadrapo	I	I	S	I	S	I
Luas esterilizadas	S	I	S	S	S	S
Algodão	S	S	S	S	S	S
Gaze	S	S	S	S	S	S
Luas para procedimentos	S	S	S	S	S	S
Álcool	S	I	S	S	S	S
Seringa para vacinas	S	S	S	S	S	S
Seringa para outras injeções	S	S	S	S	S	S
Material para retirada de pontos	S	I	S	I	S	I
Material para pequenas cirurgias	I	I	I	I	I	I
Fio de sutura	I	I	I	I	S	I
Descartex	S	S	S	S	S	S
Bloco de receituário	S	S	S	I	S	S
Cartão da criança	S	I	S	I	S	S
Cartão da gestante	S	S	S	I	S	S
Ficha de cadastramento SIAB	S	S	S	I	S	S
Ficha de cadastramento domiciliar	S	S	S	I	S	S

S – Suficientes; I – Insuficientes; NR – Não respondeu.

3.3.2.2 Disponibilidade de Profissionais do PSF

As Equipes de Saúde da Família (ESF) estavam presentes em todas as UBS de modelo PSF em Passo Fundo. Na análise da composição da ESF mínima, tomou-se como referência a disponibilidade de médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários. As equipes nas UBS do PSF estavam constituídas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis ACS. Exceções ocorreram na UBS São Cristóvão, onde dois odontólogos compunham a equipe, na UBS Adolfo Groth, onde existiam apenas quatro ACS e na UBS Santa Maria onde existiam quatro auxiliares de enfermagem, dois a mais do que nas demais UBS.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) era realidade nas seis UBS estudadas, incluindo tanto as de PSF quanto as de modelo de atenção básica tradicional.

3.3.2.3 Acesso aos serviços básicos de saúde

Em relação ao tempo de funcionamento, a UBS São Cristóvão estava em funcionamento há cerca de 12 meses; Nenê Graeff há 15 meses; Adolfo Groth há 17 meses; Santa Marta há 60 meses; e a UBS São Luiz Gonzaga há 276 meses; não se obtendo esta informação para a UBS Vitor Issler.

A população adstrita foi de 4.137 pessoas na UBS Nenê Graeff, de 2.770 na UBS Adolfo Groth, de 8.000 na UBS Santa Marta, de 4.300 na UBS São Luiz Gonzaga e de 6.000 pessoas na UBS Vitor Issler. Esta informação não foi prestada pela UBS São Cristóvão. As seis UBS funcionavam em dois turnos de atendimento.

A média de carga horária contratada e cumprida pelos profissionais de saúde foi de 40 horas semanais.

A média diária de atendimentos médicos nas UBS estudadas foi de 20 pessoas. Para os enfermeiros, a média foi de 37 atendimentos /dia, para os auxiliares e técnicos de enfermagem foi de 48, para outros profissionais de nível médio foi de 35 e para agentes comunitários de saúde 22 pessoas.

3.3.2.4 Acesso aos serviços especializados

Não foram identificadas pelo gestor a forma de acesso aos serviços do SUS Nem mesmo o tempo de espera para consultas especializadas e realização de exames.

A disponibilidade satisfatória de consulta médica para a atenção especializada foi investigada através da opinião da equipe de saúde, em instrumento coletivo sobre a estrutura da UBS. A disponibilidade foi percebida como suficiente por 40% dos profissionais para cardiologia, dermatologia, ginecologia, neurologia, ortopedia e otorrinolaringologista; por 50% para nefrologia; por 60% para oftalmologia, pediatria, pneumologia e psiquiatria; e por 100% para fisioterapia.

O acesso direto à retaguarda para atendimento em Pronto Socorro e o acesso direto à retaguarda para internação foi considerado satisfatório apenas na avaliação da UBS Vitor Islerr. Para as demais este acesso foi inexistente ou insatisfatório, sendo que somente a UBS São Cristóvão não prestou estas avaliação.

3.3.2.5 Adstrição da demanda

A existência de área geográfica definida e mapa foi verificada nas seis UBS estudadas. Nas UBS São Cristóvão e Nenê Graeff o cadastramento das famílias residentes na área geográfica já estava concluído, e nas UBS Adolfo Groth e Santa Marta já atingia a metade da população.

A participação da equipe em atividades na área de abrangência da UBS nos últimos 12 meses foi de 66%.

3.3.2.6 Vínculo com instituições de ensino

Somente as UBS Adolfo Groth e São Cristóvão. A UBS Adolfo Groth na área da medicina e enfermagem. A unidade São Cristóvão na área da enfermagem.

3.3.2.7 Assistência farmacêutica

As informações de fonte documental sobre a adoção de lista básica de medicamentos para abastecer as UBS ou mesmo sobre as condições de armazenamento

não foram prestadas pelo município. A dispensação dos medicamentos acontecia em três das cinco UBS que prestaram esta informação.

3.3.3 Experiências inovadoras em atenção básica à saúde

Não foi possível conhecer a opinião do gestor por falta de preenchimento do questionário.

3.4 Dimensão do Cuidado Integral

3.4.1 Estratégias de indução da integralidade

O direito universal à saúde da população brasileira define a integralidade como um dos princípios constitucionais do SUS. Entretanto, a integralidade ainda não assumiu a esperada relevância estratégica na organização e desenvolvimento das ações de saúde. Alcançar a integralidade em saúde requer ações planejadas com esta finalidade tanto no âmbito da UBS e em seu vínculo com a comunidade, quanto na referência e contra-referência entre os níveis de atenção à saúde. Além disso, compreende a articulação das práticas não apenas no âmbito setorial, mas também no âmbito intersetorial (PINHEIRO, 2005). Neste estudo, a integralidade foi captada através de alguns “*proxis*”, como, por exemplo, as práticas realizadas nas UBS, com ênfase em ações programáticas a grupos prioritários, o acesso direto a exames complementares, a disponibilidade de medicamentos, a utilização de protocolos, a utilização de computadores pelos profissionais de saúde, a percepção dos profissionais sobre a qualidade dos serviços prestados e o acesso a publicações do Ministério da Saúde.

3.4.1.1 Atividades realizadas na UBS para o cuidado integral

A investigação do conjunto de ações realizadas na UBS para o cuidado integral envolveu o questionamento das seguintes atividades: atendimento a demanda sentida; procedimentos de enfermagem; atendimento odontológico a grupos prioritários; atendimento de pré-natal; cuidado e visita domiciliares; diagnóstico e tratamento da hanseníase e da tuberculose; diagnóstico e tratamento da hipertensão e do diabetes; glicemia capilar; atendimento a desnutrição e suplementação alimentar; notificação

compulsória de doenças; manejo de agravos mais prevalentes na infância, planejamento familiar; pequenas cirurgias; prevenção do câncer de colo uterino; promoção do aleitamento materno e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. A maioria das atividades eram realizada pelas seis UBS estudadas, sendo que apenas no caso de pequenas cirurgias nenhuma UBS referiu prestar este cuidado (Tabela 3.11).

Tabela 3.11 – Atividades para o Cuidado Integral das Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Atividades para o Cuidado Integral	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Atendimento a demanda sentida	R	R	R	R	R	NR
Atendimento odontológico a grupos prioritários	R	NR	R	NR	R	R
Atendimento de pré-natal	R	R	R	R	R	R
Cuidado domiciliar	R	R	R	R	R	NR
Diagnóstico / Tratamento de hanseníase	R	R	R	NR	R	NR
Diagnóstico / Tratamento de hipertensão	R	R	R	R	R	R
Diagnóstico / Tratamento de tuberculose	R	R	R	NR	R	NR
Diagnóstico / Tratamento de diabetes	R	R	R	R	R	R
Glicemia Capilar	R	R	R	R	R	NR
Atendimento a desnutrição / suplementação alimentar	R	R	R	R	NR	NR
Atendimento aos agravos mais prevalentes na infância	R	R	R	R	NR	NR
Notificação compulsória de doenças	R	R	R	R	R	R
Pequenas cirurgias	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Planejamento familiar	R	R	R	R	R	NR
Prevenção do câncer de colo uterino	R	R	R	R	R	R
Procedimentos de enfermagem	R	R	R	R	R	R
Promoção ao aleitamento materno	R	R	R	R	NR	NR
Promoção do crescimento / desenvolvimento infantil	R	R	R	R	NR	NR
Visita Domiciliar	R	R	R	R	R	R

R = Realiza; NR = Não realiza; NI = Não Informou

A realização de atividades de grupos foi referida por cinco serviços, sendo que a UBS Vitor Issler não prestou informações a este respeito. Destas cinco, apenas grupo de hipertensos era realizado por todas. Já grupo de portadores de sofrimento psíquico era realizado somente pela UBS Nenê Graeff (Tabela 3.12).

Tabela 3.12 – Atividades de Grupo nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Atividades para o Cuidado Integral	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Atividades com grupos de usuários	R	R	R	R	R	NI
Grupo de hipertensos	R	R	R	R	R	NI
Grupo de diabéticos	R	NR	R	R	R	NI
Grupo de pré-natal	R	R	NR	R	NI	NI
Grupo de idosos	R	R	NR	R	NI	NI
Grupo de adolescentes	NI	R	NR	R	NI	NI
Grupo de portadores de sofrimento psíquico	NI	R	NR	NR	NI	NI
Grupo de puericultura	R	NR	NR	R	NR	NI

R = Realiza; NR = Não Realiza; NI = Não Informou; NSA = Não Se Aplica

3.4.1.2 Acesso direto a exames complementares

Na investigação do acesso direto a exames complementares utilizados rotineiramente na atividade clínica peculiar à Atenção Básica, o acesso foi considerado satisfatório para 25% dos serviços para exame de colposcopia; para 75% para exame de ácido úrico, creatinina / uréia, HIV, urocultura, pesquisa de BAAR, VDRL, tipagem sangüínea, hemograma, ECG, USG Obstétrica, RX simples e ECU; para 80% para citopatologia do colo uterino; e para 100% para exame de glicemia.

3.4.1.3 Disponibilidade de medicamentos

Nenhum dos medicamentos investigados foi referido como disponível por todas as UBS estudadas no município. Os medicamentos mais citados como insuficientes foram: fenobarbital, diclofenaco de potássio, carbamazepina, metronidazol, metiformim, furosemida, sulfametoxazol + trimetropima comprimidos e suspensão e nistatina creme vaginal (Tabela 3.13).

Observa-se que a UBS São Cristóvão prestou informação apenas sobre os medicamentos em suficiência, não sendo possível saber a disponibilidade dos demais medicamentos. A dispensação das medicações desta lista básica era feita somente nas UBS São Cristóvão, Adolfo Groth e Santa Marta, sendo que a UBS Vitor Issler não forneceu esta informação.

Tabela 3.13– Disponibilidade de Medicamentos das Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Medicamentos	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Fenobarbital	NR	I	I	I	I	I
Digoxina	NR	S	I	I	I	I
Diclofenaco de Potássio	NR	I	I	I	I	I
Carbamazepina	NR	I	I	I	I	I
Aminofilina	S	S	NR	S	I	I
Cimetidina	S	S	S	S	I	I
Metronidazol geléia	NR	I	I	I	I	I
Penicilina Benzatina 600.000 UI	S	I	I	I	I	I
Penicilina Benzatina 1.200.000 UI	NR	S	S	S	I	I
Dexametasona pomada	NR	S	I	S	I	I
Metiformim	NR	I	I	I	I	I
Ácido Acetil Salicílico	S	S	S	S	I	I
Amoxicilina	S	S	S	S	I	I
Ampicilina	S	I	S	S	I	I
Captopril	NR	S	S	S	I	I
Anticoncepcional Oral (ACO)	S	S	S	S	I	I
Furosemida	NR	I	I	I	I	I
Glibenclamida	NR	S	I	S	I	I
Hidroclorotiazida	NR	S	I	S	I	I
Metronidazol	NR	S	S	S	I	I
Sulfametoxazol + Trimetropima comprimidos	S	I	I	I	I	I
Sulfametoxazol + Trimetropima suspensão	NR	I	I	I	I	I
Nistatina creme vaginal	S	I	I	I	I	I
Neomicina com Bacitracina	NR	I	S	S	I	I

S = Suficiente; I = Insuficiente; NR = Não Respondeu.

3.4.1.4 Utilização de protocolos

A utilização de protocolos para as ações desenvolvidas pela UBS foi investigada através de instrumento coletivo da estrutura, tendo variado de 40% a 100% dependendo do tipo de protocolo.

As prevalências de utilização de protocolos em Passo Fundo variaram bastante quando comparadas às do Lote 2 Sul. Para oito das catorze ações investigadas as prevalências foram maiores no município, mas para as seis restantes as proporções foram inferiores em relação ao Lote (Tabela 3.14).

Tabela 3.14 - Utilização de protocolos para as ações desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde estudadas em Passo Fundo e no Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Ação programática	Passo Fundo (%)	Lote 2 Sul (%)
Cuidados de enfermagem	100	50
Cuidado domiciliar	80	34
Diagnóstico e tratamento do diabetes	40	64
Diagnóstico e tratamento da hanseníase	40	29
Diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial	60	68
Diagnóstico e tratamento da tuberculose	40	43
Imunizações	80	81
Manejo da desnutrição e suplementação alimentar	40	44
Manejo dos agravos mais prevalentes na infância	40	42
Planejamento familiar	50	50
Pré-natal	83	75
Prevenção do câncer de colo uterino	100	75
Promoção crescimento e desenvolvimento infantil	80	57
Promoção do aleitamento materno	67	55

Na Tabela 3.15 está apresentada a utilização de protocolos por UBS estudada. Destaca-se o fato de que somente as UBS Nenê Graeff e São Luiz Gonzaga informaram utilizar todos os protocolos investigados. Já a UBS Adolfo Groth foi o serviço que

referiu utilizar o menor número de protocolos em suas ações e a UBS São Cristóvão prestou informação apenas para os protocolos que utilizava.

Tabela 3.15 – Utilização de Protocolos nas Unidades Básicas de Saúde em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Protocolos	São Cristóvão	Nenê Graeff	Adolfo Groth	Santa Marta	São Luiz Gonzaga	Vitor Issler
Cuidados de enfermagem	NR	U	U	U	U	U
Cuidado domiciliar	NR	U	U	NU	U	U
Diagnóstico e tratamento do diabetes	NR	U	NU	NU	U	NU
Diagnóstico e tratamento da hanseníase	NR	U	NU	NU	U	NU
Diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial	NR	U	NU	U	U	NU
Diagnóstico e tratamento da tuberculose	NR	U	NU	NU	U	NU
Imunizações	NR	U	NU	U	U	U
Manejo da desnutrição e suplementação alimentar	NR	U	NU	NU	U	NU
Manejo dos agravos mais prevalentes na infância	NR	U	NU	NU	U	NU
Planejamento familiar	U	U	NU	NU	U	NU
Pré-natal	U	U	NU	U	U	U
Prevenção do câncer de colo uterino	U	U	U	U	U	U
Promoção crescimento e desenvolvimento infantil	NR	U	NU	U	U	U
Promoção do aleitamento materno	U	U	NU	U	U	NU

U = Utiliza; NU = Não Utiliza; NR = Não Respondeu.

No instrumento da equipe, os resultados indicaram que 61% dos profissionais utilizavam protocolos em suas atividades profissionais, com maior proporção de utilização na UBS Vitor Issler (86%).

3.4.1.5 Utilização de computador pelos profissionais

A utilização de computador em suas atividades foi referida por apenas 15% pelos profissionais entrevistados, sendo que nas unidades de saúde São Luiz Gonzaga e Vitor Islerr nenhum profissional referiu uso de computador.

3.4.1.6 Qualidade dos serviços prestados

A opinião dos profissionais sobre a qualidade dos serviços prestados na UBS foi boa ou muito boa para 88% dos entrevistados no município de Passo Fundo.

3.4.1.7 Acesso a publicações

O município de Passo Fundo mostrou uma variação de 27% a 70% no acesso dos profissionais às publicações do Ministério da Saúde, sendo a menor prevalência para a Avaliação Normativa do PSF no Brasil e a maior para o Manual do Agente Comunitário de Saúde. No geral as proporções foram maiores no município que no Lote, sendo inferior apenas no caso dos Informes de Atenção Básica (Tabela 3.16).

Tabela 3.16 - Acesso dos profissionais estudados a publicações do Ministério da Saúde nas Unidades Básicas de Saúde de Passo Fundo e no Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Acesso às publicações do MS	Passo Fundo (%)	Lote 2 Sul (%)
Revista Brasileira Saúde da Família	29	10
Informes de Atenção Básica	33	35
Manual do SIAB	35	30
Manual do Agente Comunitário de Saúde	70	42
Avaliação Normativa do PSF no Brasil	27	14

3.4.2 Processo de trabalho em atenção básica à saúde

3.4.2.1 Introdução ao processo de trabalho em ABS

O objeto destes comentários foi o Processo de Trabalho em Atenção Básica à Saúde, descrito através de um formulário semi-estruturado, preenchido por seis equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Passo Fundo.

As doze variáveis abordadas como etapas componentes do Processo de Trabalho em Atenção Básica à Saúde foram: planejamento, gestão e coordenação, recepção, acolhimento, cuidado clínico, cuidado de enfermagem, cuidado odontológico, ações programáticas, ações educativas, cuidados domiciliares, gestão da informação, supervisão e suporte técnico e participação no Conselho Local de Saúde.

Os atributos propostos para caracterizar cada uma das variáveis foram: descrição da atividade – o que é feito e como é feito?; responsáveis pela atividade – quem faz?; insumos para a atividade – que recursos são utilizados?; dificuldades para realizar a atividade; sugestões para realizar a atividade; experiências inovadoras.

3.4.2.2 A categoria processo de trabalho

A universalização do direito à saúde, a descentralização da gestão e a atenção básica à saúde distinguem positivamente o SUS, em comparação a outros sistemas de saúde, incluindo aqueles já experimentados no Brasil (BRASIL, 1990).

Apesar disso, possivelmente em função de seu curto tempo de implantação e da escassez de recursos materiais e humanos, o SUS ainda não dispõe de um processo de trabalho em atenção básica à saúde plenamente formulado e operacionalmente efetivo. Neste sentido, a descrição do processo de trabalho nas UBS estudadas pode representar importante contribuição para a melhoria da ABS em Passo Fundo.

O processo de trabalho, enquanto categoria abstrata, permite compreender a organização e a divisão das tarefas necessárias à transformação de um dado objeto de trabalho em um produto desenvolvido, valorizado socialmente, tanto em seu valor de uso, quanto em seu valor de troca (FACCHINI, 1986). Cada espaço concreto de trabalho, cada unidade produtiva, conforma um processo de trabalho particular, incomparável em suas nuances e características mais singulares. Mas cada processo de trabalho também guarda as características essenciais do modo de produção em que está

inserido e, de modo mais objetivo, de seu ramo de produção e da natureza da atividade produtiva predominante (FACCHINI, 1986).

O uso da categoria processo de trabalho neste estudo, permitiu a análise individualizada de cada UBS e a busca de regularidades, de semelhanças e de contrastes entre as UBS de Passo Fundo. Nestas análises, além de perceber a dinâmica da organização e divisão do trabalho em cada atividade, buscou-se identificar o objeto de trabalho, os recursos disponíveis e os responsáveis por sua realização. Problemas e sugestões para a melhoria das atividades também foram captados. Fruto do processo de construção do SUS, o trabalho nas UBS Tradicionais é um simulacro daquele realizado em hospitais e unidades ambulatoriais especializadas, sendo fortemente centrado no médico e nas clínicas básicas, atendendo a demanda espontânea de usuários. No PSF, o processo de trabalho pretende se distanciar do viés hospitalar e da especialização, fortalecendo a participação da equipe de saúde e do médico “geral” no atendimento integral das necessidades de saúde da população.

O processo de trabalho em ABS está essencialmente vinculado ao trabalho vivo, à atividade, à qualidade técnico-científica do trabalhador, à sua motivação e compromisso com o resultado de seu trabalho. Nas UBS, a tecnologia disponível tem muita dificuldade em dinamizar o processo de trabalho, orientando a ação do trabalhador. A escassez crônica de equipamentos, instrumentos e os mais variados insumos, mesmo os mais básicos para o funcionamento de uma UBS, dificultam a efetivação do processo de trabalho em ABS com um significado mais amplo que extrapole a prática individual do trabalhador em relação a um usuário do serviço e alcance o resultado do trabalho da equipe em relação à comunidade em que está inserido.

3.4.2.3 Etapas do processo de trabalho em atenção básica à saúde

De um modo geral, o trabalho cotidiano nas UBS carecia de **Planejamento, de Gestão e de Coordenação**. Estas atividades conformaram uma tríade pouco estruturada do ponto de vista de rotinas e instrumentos de trabalho. Não houve referência a um planejamento para longo prazo, com o estabelecimento de metas a serem alcançadas pelos serviços. As equipes das UBS São Cristóvão, Adolfo Groth e São Luiz Gonzaga referiram a organização dos atendimentos dos diferentes profissionais na UBS e visitas

domiciliares. Na UBS Adolfo Groth era realizado a avaliação do trabalho da equipe. A responsabilidade maior desta atividade era dos enfermeiros (N. Graeff, Adolfo Groth e São Luiz Gonzaga) e a informação sobre o tempo dedicado não permitiu estabelecer um padrão. A principal necessidade era a de maior apoio e proximidade da coordenação do PSF com as equipes além de, esclarecer à população sobre a lógica de funcionamento do PSF. As equipes das UBS Santa Marta e Vítor Issler informaram não realizar esta atividade.

Sobre a atividade de **Supervisão e Suporte Técnico**, as respostas demonstraram a supervisão diária dos enfermeiros para o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem (São Luiz Gonzaga e São Cristóvão) e também, a revisão das visitas domiciliares e dos relatórios dos ACS (N. Graeff) e do andamento do trabalho (Santa Marta). A sugestão foi a de haver um maior comprometimento dos funcionários para com o trabalho (São Cristóvão). As equipes das UBS Adolfo Groth e Vítor Issler informaram não realizar esta atividade.

O SIAB era o instrumento que dava suporte à **Gestão da Informação** para todas as UBS, com exceção da UBS Vítor Issler que referiu não realizar esta atividade. Além das fichas do SIAB foi citado o BPA, controle de IRA, DST e gestantes. A descrição desta atividade permitiu identificar a UBS como uma unidade de produção de dados e os documentos e relatórios consolidados eram enviados a SMS, onde eram processados. Não se observou o retorno de informações para a unidade básica. Havia a participação de toda a equipe das UBS São Cristóvão, N. Graeff e Santa Marta. Na UBS Adolfo Groth a responsabilidade era da equipe de enfermagem e na UBS São Luiz Gonzaga foi registrada apenas a participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem. A informatização foi sugerida como alternativa para amenizar as dificuldades (Adolfo Groth e N. Graeff).

A **Recepção** pode ser entendida tanto como a porta de entrada do usuário, quanto como o acolhimento das demandas que são recebidas pela UBS para ações coletivas e individuais. Não ficou claramente definido como se dava o acesso ao atendimento (fila, agendamento prévio, ...). Quem recebia os usuários era o digitador com a participação ou não da equipe de enfermagem (São Cristóvão, N. Graeff, Adolfo Groth, São Luiz Gonzaga e Santa Marta) e encaminhava de acordo com a necessidade. Na UBS Vítor Issler foi referida apenas a equipe de enfermagem na atividade de recepção. Foi possível observar em todas as UBS, uma preocupação em tratar os

usuários pelo nome, com bom humor, respeito e interesse. Somente a equipe da UBS São Cristóvão referiu problemas de espaço físico para a recepção e a falta de telefone, com a sugestão de que estas necessidades sejam supridas.

O **Acolhimento** pode ser considerado como uma das “inovações” mais referidas na organização da recepção ou da porta de entrada das UBS. A atividade foi caracterizada como o modo de bem receber os usuários, tentar resolver o motivo que o fez procurar o serviço e prestar as informações necessárias (Santa Marta, Vitor Issler, São Cristóvão e Adolfo Groth). A equipe da UBS N. Graeff disse que o acolhimento inicia com o trabalho dos ACS ao encaminhar os usuários até a UBS, onde após triagem são atendidos ou agendados. Toda equipe participava, na maioria das UBS, e a equipe de enfermagem foi citada pelas UBS São Luiz Gonzaga e Vitor Issler. Também foi valorizada a forma de bem receber o usuário, com bom humor, respeito e interesse. A única dificuldade apontada foi a estrutura física inadequada (São Cristóvão e Santa Marta), sugerindo melhorias na infra-estrutura. A equipe da UBS Adolfo Groth propôs a revisão do protocolo de acolhimento.

O **Cuidado Clínico** foi caracterizado pelo atendimento médico entre 12 e 24 pessoas por turno de trabalho. A principal dificuldade era a falta de material para o trabalho (São Cristóvão, N. Graeff e Santa Marta), o espaço físico (São Cristóvão e Santa Marta) e a demanda excessiva (Santa Marta). A equipe da UBS Adolfo Groth citou como dificuldade, a demora nos resultados de exames, a falta de medicação e de disponibilidade de especialistas. A sugestão foi a de contratar mais médicos (São Luiz Gonzaga) e de solucionar as dificuldades citadas acima.

A descrição dos **Cuidados de Enfermagem** retratou principalmente o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e permitiu verificar a participação destes profissionais em atividades administrativas, assistenciais e na organização do local de trabalho. Os procedimentos realizados pela enfermagem incluíram a verificação de sinais vitais, a administração de medicamentos e vacinas, a realização de nebulização e curativos. Os auxiliares e técnicos além de trabalharem na recepção (N. Graeff, Adolfo Groth e Santa Marta), atendiam entre 10 a 20 pessoas por turno e eram responsáveis pela limpeza e esterilização do material, entrega e pedido de medicamentos e material de consumo, além de produzirem relatórios. Também foi destacada a realização de visitas domiciliares (N. Graeff, São Luiz Gonzaga, Adolfo Groth e Santa Marta). Entre as dificuldades apontadas destacou-se a inadequação da estrutura física e material (São

Cristóvão, N. Graeff, Santa Marta e São Luiz Gonzaga) e a falta de auxílio no deslocamento para as visitas domiciliares (São Cristóvão e Adolfo Groth). As sugestões foram no sentido de atender as dificuldades apontadas.

O **Cuidado Odontológico** foi respondido apenas pelas equipes das UBS São Luiz Gonzaga e Adolfo Groth, com o atendimento entre cinco e oito usuários por turno, sem a presença de pessoal auxiliar. A equipe da UBS Adolfo Groth referiu não ter disponível material profilático para trabalhos de prevenção. O odontólogo da UBS São Cristóvão não aceitou responder este instrumento e as demais referiram não dispor desta atividade.

As **Ações Programáticas** e as **Ações Educativas** estiveram fortemente vinculadas e articulavam as práticas de saúde dirigidas a grupos de usuários estratificados por tipo de problema crônico (hipertensos e diabéticos), idade (crianças, adolescentes e idosos) e gênero (gestantes, planejamento familiar e DSTs), com a participação de toda a equipe. As atividades de grupo eram a principal estratégia, citando também, palestras nas creches e escolas. A periodicidade e o tempo dedicado variou entre as UBS. Os profissionais apontaram como dificuldade a estrutura física, a falta de material didático (São Cristóvão e N. Graeff) e a falta de apoio da comunidade (Vitor Issler e São Cristóvão). A UBS São Cristóvão informou que as ações programáticas diminuíram o número de consultas médicas e a equipe da UBS Adolfo Groth referiu a diminuição das internações hospitalares, de encaminhamento a especialistas e de pré-natal de alto risco. As equipes das UBS São Luiz Gonzaga e Santa Marta responderam que não realizavam ações programáticas e educativas.

O **Cuidado Domiciliar** foi caracterizado por ações preventivas e curativas, tendo como público-alvo as pessoas acamadas e / ou impossibilitadas de irem até a UBS, puérperas e recém-nascidos, além da busca de faltosos vinculados às ações programáticas. Havia a participação de toda equipe no cuidado domiciliar nas UBS São Cristóvão, Adolfo Groth, N. Graeff e Santa Marta. Nas demais, o cuidado domiciliar estava a cargo da equipe de enfermagem. A dificuldade, apontada por todas as equipes, era à falta de transporte até o domicílio e para equacionar este problema, sugeriram a disponibilidade de transporte.

O **Conselho Local de Saúde** não estava organizado em nenhuma das UBS estudadas.

3.4.2.4 Satisfação dos trabalhadores com as condições de trabalho

O estudo adotou uma escala de adequação organizada de 0 a 10, a partir da qual os trabalhadores das UBS da amostra (n = 63) emitiram sua opinião em relação a algumas variáveis componentes das condições de trabalho e do trabalho em equipe.

A observação das médias alcançadas em relação à satisfação dos trabalhadores de Passo Fundo com cada uma das variáveis estudadas revelou que o maior índice de satisfação foi referido para o trabalho em equipe e o menor para a estrutura física da UBS (Tabela 3.17).

As médias de satisfação no município, de maneira geral, foram superiores às observadas no Lote 2 Sul, com exceção apenas à estrutura da unidade (Tabela 3.17).

Tabela 3.17 - Médias alcançadas em relação à satisfação dos profissionais de saúde em uma escala de 0 a 10 em Passo Fundo e no Lote 2 Sul. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Satisfação com	Passo Fundo	Lote 2 Sul
Trabalho em equipe	8,6	7,4
Reuniões de equipe	8,3	6,5
Preenchimento de formulários e relatórios	7,6	6,7
Demanda para atendimento individual a domicílio	8,0	6,5
Demanda para atendimento individual na unidade	8,2	6,9
Reuniões com a coordenação local da unidade	8,2	6,3
Reuniões com a comunidade	7,3	5,2
Estrutura física da unidade	4,4	5,4

3.5 Dimensão Desempenho do Sistema de Saúde

3.5.1 Desempenho do Município de Passo Fundo

3.5.1.2 Indicadores Selecionados e Pacto da Atenção Básica à Saúde

As informações apresentadas abaixo (Tabela 3.18) se referem ao município de Passo Fundo, à totalidade dos municípios de Rio Grande do Sul e ao Brasil.

Em Passo Fundo os indicadores que apresentaram comportamento desfavorável foram o menor índice de consultas médicas básicas por habitante ao ano e maior proporção de cesarianas quando comparados ao estado e país, sendo que o índice de mortalidade infantil por causas evitáveis foi pior em relação ao RS. Já a proporção de recém-nascidos com quatro ou mais consultas pré-natal foi maior no município que no estado e na União. A taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos foi superior à observada no RS, mas inferior à do Brasil (Tabela 3.18).

Tabela 3.18 - Indicadores de desempenho do sistema de saúde de para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Indicadores	Passo Fundo	RS	Brasil
Consultas médicas básicas / hab / ano	0,9	1,4	1,4
% RN com 4 ou + consultas Pré-Natal	96,1	83,1	83,1
% de Baixo peso ao nascer	10,6	9,3	8,1
Mortalidade Infantil/ 1.000 NV	18,7	15,6	19,3
MI Causas evitáveis	12,0	9,3*	--**
% Partos por cesariana	45,4	43,2	38,8

Fonte: Pacto da Atenção Básica 2002 e *Cadernos de Informações em Saúde, 2002.

** Informação não disponível.

a. Crianças

Comparado com o Estado e a União, Passo Fundo apresentou maior taxa de internação por IRA em menores de cinco anos e de mortalidade neonatal. Não havia dados sobre a proporção de óbitos em menores de um ano por causas mal definidas (Tabela 3.19).

Tabela 3.19 - Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 relativos à saúde da criança para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Indicadores	Passo Fundo	RS	Brasil
Número absoluto de óbitos de < de 1 ano	50	2.429	58.916
% de óbitos em < de 1 ano por causas mal definidas	--	4,4	8,8
Taxa de internação por IRA em < de 5 anos	79,2	24,0	26,4
Cobertura vacinal por tetravalente em < de 1 ano	100	3,43	21,51
Número absoluto de óbitos neonatais	37	1.497	38.679
Taxa de mortalidade infantil neonatal	13,9	9,6	12,6

Fonte: Pacto da Atenção Básica 2002.

b. Mulheres

Sem exceção, todos os indicadores do Pacto da Atenção Básica para a saúde da mulher foram desfavoráveis ao município de Passo Fundo, que apresentou a menor razão de exames citopatológicos, a maior taxa de mortalidade por câncer de colo uterino e de mama e a menor proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Não havia informação para o município sobre a taxa de mortalidade materna (Tabela 3.20).

Tabela 3.20 - Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 relativos à saúde da mulher para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Indicadores	Passo Fundo	RS	Brasil
Taxa de mortalidade materna	--	60,5	52,7
Razão entre exames CP em mulheres de 25 a 59 anos e a população na faixa etária	0,1	0,2	0,2
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo de útero	7,7	5,7	4,6
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama	17,7	16,8	10,2
% de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal	41,6	56,8	47,8

Fonte: Pacto da Atenção Básica 2002.

c. Adultos e idosos: doenças crônicas

Os indicadores do Pacto da Atenção Básica relativos às doenças crônicas favoráveis à Passo Fundo foram menor taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares e menor proporção de internação por cetoacidose e coma diabético. Ao contrário, desfavoráveis foram as maiores taxas de internação por acidente vascular cerebral (AVC), por insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e por diabetes mellitus. Apenas a taxa de mortalidade por tuberculose foi semelhante à do RS e Brasil (Tabela 3.21).

Tabela 3.21 - Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 relativos a doenças crônicas para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Indicadores	Passo Fundo	RS	Brasil
Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC)	46,8	34,5	32,7
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares	121,3	159,7	137,9
Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	92,0	77,2	66,3
% de internação por cetoacidose e coma diabético	0,8	18,7	15,1
% de internação por diabetes mellitus	1,9	1,7	1,3
Taxa de mortalidade por tuberculose	2,9	3,0	3,0

Fonte: Pacto da Atenção Básica 2002.

d. Saúde bucal

Os indicadores relativos à saúde bucal revelaram maior cobertura de primeira consulta odontológica que no estado, mas semelhante à do país. Já a proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais foi menor em relação à do RS mas superior em comparação à do país. Não havia informação para a razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos (Tabela 3.22).

Tabela 3.22 - Indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2002 relativos à saúde bucal para Passo Fundo, Rio Grande do Sul e Brasil. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Indicadores	Passo Fundo	RS	Brasil
Cobertura de primeira consulta odontológica	13,7	10,4	13,1
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	--	0,17	0,20
% de exodontias em relação às ações básicas individuais	9,9	12,1	8,8

Fonte: Pacto da Atenção Básica 2002.

3.5.2 Desempenho da Atenção Básica à Saúde

3.5.2.1 Perfil da Demanda Atendida nas UBS

a. Idade, sexo e escolaridade da demanda

A demanda estudada era composta predominantemente por mulheres (71%) e pessoas de cor branca (88%). A predominância do gênero feminino na utilização dos serviços se manifestou apenas entre os 15 e 49 anos de idade. Nas demais faixas etárias a demanda apresentou um predomínio do gênero masculino. Entre os 15 e os 49 anos de idade, o predomínio das mulheres está muito vinculado à vida reprodutiva.

Somente 6% da carga de trabalho diário em saúde infantil estava dirigida aos cuidados específicos do primeiro ano de vida, sendo 3% de crianças menores de um ano de idade e outros 3% de crianças de um a quatro anos.

As crianças de cinco a 14 anos constituíram 9% da amostra. As mulheres de 15 a 49 anos de idade eram 30% e os homens, nesta faixa etária, representaram apenas 7%. A demanda de 50 anos e mais correspondeu a 49%, sendo 20% de 50 a 64 anos e 29% de 65 anos e mais.

Em relação à escolaridade, 11% eram analfabetos, 18% apenas alfabetizados, 40% cursaram o fundamental incompleto e 12% o fundamental completo. Menores proporções foram observadas para escolaridade média incompleta (5%), média completa (6%) e superior completo (1%). Cerca de 7% da amostra estava fora da idade escolar.

b. Participação dos profissionais no atendimento à demanda

A maior parte dos atendimentos foi realizada por profissionais de nível médio (47%). Enfermeiros e odontólogos foram responsáveis por cerca de 7% e 5% respectivamente, e os médicos responderam por 22% dos atendimentos realizados nas UBS da amostra de Passo Fundo.

A Tabela 3.23 apresenta a distribuição dos atendimentos à demanda por profissional de saúde em comparação com o Lote 2 Sul. Apenas as proporções de atendimentos de profissionais de nível médio e ACS superaram as observadas no Lote.

Tabela 3.23 - Participação dos profissionais no atendimento à demanda no município de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Profissional	Passo Fundo (%)	Lote 2 Sul (%)
Enfermeiros	7	10
Médicos	22	24
Odontólogos	5	6
Nível Médio	47	41
ACS	19	15

c. Procedimentos realizados no atendimento à demanda

O atendimento básico de enfermagem representou 23% da demanda de procedimentos, as consultas médicas 22%, as imunizações 24%, as visitas domiciliares 19%, os atendimentos por outros profissionais de nível superior 7% e os procedimentos preventivos em odontologia 5%.

3.5.2.2 Utilização de Serviços na População de Abrangência da UBS

3.5.2.2.1 Crianças

Condições do parto e peso ao nascer

O nascimento da quase totalidade das crianças (98%; n = 106) ocorreu em ambiente hospitalar. Quanto ao tipo de parto, 29% (n = 31) nasceu através de cesariana (Tabela 3.24).

O peso médio dos recém-nascidos de Passo Fundo foi de 3.118 gramas, enquanto que a proporção de baixo peso ao nascer foi de 8% (n = 8) - (Tabela 3.24).

Tabela 3.24 - Condições de nascimento das crianças de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
% de Parto hospitalar	98
% de Parto cesariana	29
Peso médio ao nascer	3.117 g
% de Baixo peso ao nascer	8

Puericultura

Em Passo Fundo, 87% (n = 94) das crianças possuíam cartão para acompanhamento do peso. Menos da metade das crianças (40%; n = 42) foi pesada e medida na UBS de sua área de abrangência, sendo que 16% (n = 7) das mães informou que era preciso marcar consulta para realizar a puericultura na UBS. Ter puericultura em um dia específico da semana foi uma realidade informada por 57% (n = 25), e a espera na fila para realizar puericultura foi confirmada por 39% (n = 17). Apenas 14% (n = 15) afirmou ter pesado e medido a criança 12 vezes ou mais durante o primeiro ano de vida (Tabela 3.25).

Este acompanhamento foi realizado em outro local que não a UBS da área de abrangência por 58% (n = 58) das crianças. Os motivos informados para não realizar a puericultura na UBS de sua área de abrangência foram possuir cobertura por plano de saúde (8%; n = 5), não morar no bairro (26%; n = 16), juízo insatisfatório sobre a UBS (49%; n = 30) e não achar necessário (17%, n = 10) – (Tabela 3.25).

A opinião sobre a puericultura foi boa, muito boa ou ótima para 91% (n = 39) das mães que vivenciaram esta situação. Quando estas mães foram estimuladas a atribuir uma nota de zero a dez para avaliar a UBS de sua área de abrangência, a média alcançada foi 9,0. No momento das entrevistas 30% (n = 32) das crianças de Passo Fundo estavam sendo amamentadas (Tabela 3.25).

Tabela 3.25 - Características do acompanhamento de puericultura das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Tem cartão de peso (%)	87
Pesada e medida na UBS da área de abrangência (%)	40
Era preciso marcar consulta para puericultura na UBS (%)	16
Tinha dia específico da semana para puericultura (%)	57
Tinha que esperar na fila para puericultura (%)	39
Puericultura 12 vezes ou mais (%)	14
Puericultura em outro local que não a UBS da área (%)	58
Não realizou puericultura na UBS de sua área por juízo insatisfatório (%)	49
Opinião sobre puericultura foi boa, muito boa ou ótima (%)	91
Nota de zero a dez para avaliar a UBS	9.0
Crianças amamentadas (%)	30

Imunizações

Na avaliação da cobertura vacinal utilizou-se informações disponíveis no cartão da criança e, na sua ausência, informações fornecidas pela mãe ou responsável. Conforme descrito no item anterior sobre puericultura, 13% das crianças não possuíam cartão, ocasionando perda de informações a esse respeito. As perdas também ocorreram quando a mãe não lembrava as vacinas recebidas pela criança.

A análise das imunizações mostrou coberturas vacinal de 83% (n = 90) de vacina contra Sarampo; de 95% (n = 103) contra Tuberculose; de 82% (n = 89) contra Hepatite B; de 84% (n = 91) contra difteria, tétano e coqueluche (DPT) + *Haemophilus influenzae* tipo b + tetravalente; e de 82% (n = 89) contra poliomielite. Faltaram informações sobre vacina Sabin para 16% (n = 17), 14% para Sarampo (n = 15), 5% para BCG (n = 5), 14% para Hepatite B (n = 15) e 13% para DPT + Hib + Tetravalente (n = 14). No caso das vacinas Sabin (2%, n = 2), para sarampo (3%, n = 3), Hepatite B

(4%, n = 4) e DPT + Hib + Tetravalente (3%, n = 3) houve ocorrência de cobertura inferior a dosagem mínima necessária (Tabela 3.26).

Tabela 3.26 - Características da cobertura vacinal das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Cobertura vacinal	Passo Fundo
Sabin	82
Sarampo	83
Tuberculose	95
Hepatite B	82
DPT + Hib + Tetravalente	84

Consulta por Diarréia

De 108 crianças estudadas, 22 (20%) haviam sofrido de diarréia no último mês. Destas, onze (50%) consultaram por este motivo, sendo seis (55%) na área de abrangência. Todas as seis crianças receberam algum tipo de orientação sobre prevenção e abordagem inicial da diarréia (seis sobre soro caseiro, seis sobre desidratação, duas sobre reidratação oral e duas sobre água de arroz) - (Tabela 3.27).

Quando questionadas sobre o motivo ou justificativa para a criança não consultar por diarréia na UBS da área, cada mãe informou um motivo diferente. Uma (20%) informou que era difícil tirar ficha; outra (20%) disse que não podia esperar; uma terceira (20%) afirmou que morava em outro local; uma quarta (20%) disse preferir outro posto de saúde; e uma última (20%) mencionou a falta de pediatra na UBS da área (Tabela 3.27).

A ocorrência de hospitalização por diarréia no último ano foi informada para seis (29%) crianças (Tabela 3.27).

Tabela 3.27 - Prevalência de diarreia no último mês e características das consultas pelo problema das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Diarreia no último mês	20
Consultou por diarreia	50
Maioria das consultas na UBS da área	55
Recebeu orientação sobre:	
Soro caseiro	100
Prevenir desidratação	100
Reidratação oral	33
Água de arroz	33
Hospitalização por diarreia no último ano	29

Consulta por Pneumonia

Doze crianças (11%) haviam sofrido de pneumonia nos seis meses anteriores a entrevista em Passo Fundo. Dez (100%) consultaram por este problema, sendo que duas não prestaram esta informação. Dentre as que consultaram, 40% (n = 4) buscou a UBS da área de abrangência. Do total de crianças com pneumonia, seis (55%) foram hospitalizadas por este problema, sendo que uma não informou (Tabela 3.28).

Das mães que não consultaram na UBS da área, duas (40%) justificaram informando a ausência de pediatra na unidade; uma (20%) informou que morava em outro local; uma quarta (20%) acreditava que os profissionais não eram capacitados para o atendimento; e uma última (20%) disse ter levado o filho direto ao hospital (Tabela 3.28).

Tabela 3.28 - Prevalência de pneumonia nos últimos seis meses e características das consultas pelo problema das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Pneumonia nos últimos seis meses	11
Consultou por pneumonia	100
Maioria das consultas na UBS da área	40
Não consultou na UBS da área por estar fechada	0
Hospitalização por pneumonia no último ano	55

Consulta por outro motivo

Consulta na UBS da área de abrangência por outro motivo, exceto puericultura, diarreia e pneumonia foi referida para 25% (n = 27) das crianças estudadas em Passo Fundo.

A maioria das mães que não consultaram por outros motivos na UBS de abrangência (59%; n = 47) justificou não achar necessário consultar. Cerca de um quarto (26%, n = 21) fazia juízo insatisfatório da UBS, 4 (5%) possuíam Plano / Convênio de Saúde ou consultaram particular, seis (8%) tiveram problema de acesso e nenhuma entre as entrevistadas referiu que não morava no bairro / cidade (Tabela 3.29).

Tabela 3.29 - Características das consultas por outros motivos além de diarreia e pneumonia das crianças estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Consultou na UBS da área por outros motivos	59
Não consultou na UBS da área por juízo insatisfatório	26

3.5.2.2 Mulheres

Pré-natal

Quase a totalidade das mulheres estudadas (98%, n = 100) fizeram alguma consulta de pré-natal na última gravidez. De modo geral, as mulheres referiram o início do pré-natal do último filho em torno da 11ª semana de gestação. Entre os casos estudados em Passo Fundo, para 39% (n = 39) o pré-natal foi feito na UBS da área de abrangência. Dentre as mulheres que fizeram o pré-natal fora da área da UBS, 23% (n = 14) justificou não morar na cidade ou bairro durante a gestação, 28% (n = 17) referiu como motivo ter consultado por plano / convênio de saúde ou particular, 41% (n = 25) referiu estar insatisfeita com a UBS da área, 5% (n = 3) informou problema de acesso geográfico e apenas duas (3%) tiveram gestação de risco (Tabela 3.30).

Durante o pré-natal, a vacina contra o tétano deixou de ser aplicada em 20% (n = 6) das mulheres que efetivamente necessitavam, sendo realizada desnecessariamente em 67% (n = 44) delas (Tabela 3.30).

Quase a totalidade (95%; n = 37) das entrevistadas que realizaram o pré-natal na UBS da área de abrangência expressaram opinião positiva sobre o programa (Tabela 3.30).

Tabela 3.30 - Características do pré-natal das mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Fez pré-natal na última gravidez (%)	98
Início do pré-natal (semana)	11ª. semana
Fez pré-natal na UBS da área (%)	39
Não fez pré-natal na área por juízo insatisfatório (%)	41
Deixou de fazer vacina antitetânica (%)	20
Fez antitetânica desnecessariamente (%)	67
Teve opinião positiva sobre o pré-natal (%)	95

Aleitamento materno

Entre as mulheres que realizaram pré-natal na UBS de abrangência, a informação sobre a importância de iniciar a amamentação na 1ª hora de vida da criança alcançou 84% (n = 32) das mulheres entrevistadas em Passo Fundo. A escuta das preocupações ou problemas com a amamentação e a orientação sobre dificuldades e problemas com a amamentação foi referida por 77% (n = 30) e apenas 36% (n = 14) mencionou ter recebido apoio ou suporte para amamentar imediatamente após o parto, através de reuniões ou atividades em grupo (Tabela 3.31).

Tabela 3.31 - Orientações sobre aleitamento fornecidas no pré-natal realizado na Unidade Básica de Saúde da área de abrangência, às mulheres de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Orientação sobre Aleitamento Materno	Passo Fundo (%)
Importância de amamentar na 1ª hora de vida	84
Vantagens da amamentação	87
Hábitos de amamentação	87
Importância de estimular a criança a sugar	84
Importância da continuidade da amamentação	76
Preocupações sobre amamentação ouvidas	84
Prejuízo da mamadeira	80
Prejuízo do bico/ chupeta	74
Orientação sobre dificuldades para amamentar	76
Orientações sobre posições para o aleitamento	64
Orientações sobre extração do leite	62
Apoio para amamentar por grupo pré-natal	36
Apoio para amamentar por grupo após o parto	39

Planejamento familiar

A utilização de algum método anticoncepcional foi uma realidade para 86% (n = 88) das mulheres da amostra. Dentre estas, mais da metade 52% (n = 46) fazia uso de anticoncepcional oral, cerca de um quinto (18%; n = 16) adotava o preservativo como método, 6% (n = 5) se submeteu à laqueadura tubária e apenas uma entrevistada (1%) utilizava o DIU. O anticoncepcional oral/ injetável foi obtido na UBS para 21% (n = 13) das mulheres, sendo que 68% (n = 42) delas o compraram (Tabela 3.32).

Tabela 3.32 - Utilização de métodos anticoncepcionais pelas mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Utiliza algum método anticonceptivo	86
Utiliza ACO	52
Utiliza preservativo	18
Fez laqueadura tubária	6
Utiliza DIU	1
Obtém ACO na UBS da área	21
Precisa comprar ACO	68

Atendimento ginecológico

Entre as mulheres estudadas no município (27%; n = 27) realizou consulta ginecológica no último ano na UBS da área de abrangência. A opinião de 80% (n = 24) destas mulheres sobre o atendimento ginecológico na UBS foi positiva (Bom = 67%, n = 20; Ótimo = 13%, n = 4). Ao se questionar sobre uma quantificação para esta avaliação em uma escala de 0 a 10, a resposta atingiu o valor médio de 8,9. A avaliação do tempo de espera para conseguir uma consulta mostrou que 30% (n = 8) conseguiram no mesmo dia, 26% (n = 7) em outro dia da mesma semana e 44% (n = 12) precisava esperar oito dias ou mais (Tabela 3.33).

Tabela 3.33 - Características da consulta ginecológica no último ano das mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Consulta ginecológica na UBS da área no último ano (%)	27
Opinião positiva sobre atendimento (%)	80
Nota para atendimento	8,9
Consegue consulta para mesmo dia (%)	30
Consegue consulta para outro dia na mesma semana (%)	26

Prevenção do câncer ginecológico

O conhecimento sobre o exame para prevenção do câncer de colo uterino alcançou 86% (n = 88) das mulheres, sendo que 77% (n = 66) já o realizou alguma vez na vida. O exame de mamografia foi referido por 18% (n = 18) das mulheres (Tabela 3.34).

Tabela 3.34 - Prevenção do câncer de colo uterino nas mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Conhece exame pré-câncer	86
Já fez pelo menos um exame pré-câncer	77
Já fez pelo menos uma mamografia	18

Utilização da UBS da área por outros motivos

Apenas 11% (n = 14) das mulheres estudadas consultou na UBS da área por outros motivos, diferentes daqueles incluídos nas ações programáticas de saúde da mulher (ginecologia). Dentre as mulheres que não consultaram na UBS da área, 13% (n = 11) referiu não necessitar da consulta (Tabela 3.35).

Tabela 3.35 - Consultas por outros motivos além do ginecológico das mulheres estudadas em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Consultou por outros motivos	11
Não consultou na UBS da área por não necessitar	13

3.5.2.2.3 Adultos

Atividade física

A recomendação médica para a prática de exercícios físicos em alguma consulta alcançou 39% (n = 35) da amostra de adultos. Em relação à última consulta, esta mesma recomendação foi referida por 32% (n = 29) - (Tabela 3.36).

Tabela 3.36 - Atividade física dos adultos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Recomendação médica da UBS para a prática de exercícios físicos	39
Recomendação médica da UBS para a prática de exercícios físicos na última consulta	32

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

O diagnóstico de HAS foi informado por 37% (n = 38) dos adultos com duração média conhecida do problema de 9,4 anos. Quase a metade dos entrevistados (43%, n = 21) havia consultado na UBS da área nos últimos seis meses pelo problema, sendo que cada adulto com HAS referiu ter consultado em média 2,8 vezes. As consultas foram agendadas em 69% (n = 11) das situações na amostra do município e o tempo decorrido desde a última consulta por HAS foi de 48 dias.

Em termos terapêuticos, 76% (n = 28) dos hipertensos utilizava medicamentos, sendo que mais da metade (54%, n = 20) informou utilizar outras formas de tratamento além daquelas preconizadas pelo médico. A participação em atividades de grupos para

hipertensos na UBS da área foi informada por 16% (n = 6) e a hospitalização por HAS aconteceu nos últimos dois anos para seis (17%) pacientes (Tabela 3.37).

Tabela 3.37 - Hipertensão Arterial Sistêmica nos adultos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Prevalência de HAS (%)	37
Tempo médio de diagnóstico (anos)	9,4
Consulta por HAS na UBS da área (%)	43
Consulta agendada (%)	69
Agendamento para o mesmo dia (%)	31
Agendamento para outro dia na mesma semana (%)	44
Agendamento para mais de uma semana (%)	25
Tempo desde a última consulta (dias)	48
Precisa usar medicamentos para HAS (%)	76
Outras formas de tratamento (%)	54
Participação em grupos de HAS (%)	16
Hospitalização por HAS nos últimos dois anos (%)	17

Diabetes Mellitus (DM)

O diagnóstico de DM foi informado por onze (11%) adultos e o tempo de conhecimento do diagnóstico foi de 6,8 anos. Entre os entrevistados 67% (n=7) consultou nos últimos seis meses para a doença na UBS da área de sua moradia.

O uso de medicação para o tratamento da doença foi referido por 91% (n = 10) e a adoção de outras formas de tratamento, além daquelas preconizadas pelo médico, foi referida por 46% (n = 5). Além disso, apenas dois (18%) entrevistados informaram ter participado em atividades de grupo na UBS da área; e somente um (9%) internou por DM nos últimos dois anos (Tabela 3.38).

**Tabela 3.38 - Diabetes Mellitus nos adultos estudados em Passo Fundo.
Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.**

Indicadores	Passo Fundo
Prevalência de diabetes (%)	11
Tempo médio de diagnóstico (anos)	6,8
Consulta por diabetes na UBS da área (%)	67
Consulta agendada (%)	71
Agendamento para o mesmo dia (%)	29
Agendamento para outro dia na mesma semana (%)	71
Agendamento para mais de uma semana (%)	0
Tempo desde a última consulta (dias)	49
Precisa usar medicamentos para diabetes (%)	91
Outras formas de tratamento (%)	46
Participação em grupos de diabetes (%)	18
Hospitalização por diabetes nos últimos dois anos (%)	9

Consulta por problemas psíquicos

“Problema de nervos” foi referido por 41% (n = 43) dos adultos estudados em Passo Fundo, sendo a média de duração deste sofrimento de 12,2 anos.

Mais da metade (55%, n = 23) das pessoas que se consideraram portadoras deste tipo de problema mencionaram a necessidade de usar medicamento para o tratamento. Já outras formas de tratamento, além da orientada pelo médico, foram mencionadas por 49% (n = 20) - (Tabela 3.39).

Nenhum dos entrevistados participou de atividades de grupo na UBS para portadores deste tipo de sofrimento. A hospitalização por problemas psíquicos nos últimos dois anos foi informada por três (7%) pacientes (Tabela 3.39).

Tabela 3.39 - Problemas de nervos nos adultos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Prevalência de problema de nervos (%)	41
Tempo médio de diagnóstico (anos)	12,2
Consulta por problema de nervos na UBS da área (%)	23
Consulta agendada (%)	60
Agendamento para o mesmo dia (%)	38
Agendamento para outro dia na mesma semana (%)	50
Agendamento para mais de uma semana (%)	12
Tempo desde a última consulta (dias)	78,4
Precisa usar medicamentos para problema de nervos (%)	55
Outras formas de tratamento (%)	49
Participação em grupos (%)	0
Hospitalização por problema de nervos nos últimos dois anos (%)	7

Saúde da Mulher

Na amostra de adultos estudados em Passo Fundo, 53% (n = 56) eram mulheres, com idade média de 46 anos. Cerca de um terço (31%; n = 17) das entrevistadas havia consultado no último ano para problemas ginecológicos.

Nos últimos três meses, 13% (n = 7) das mulheres consultaram na UBS da área por motivo diferente do ginecológico, realizando em média 1,1 consultas por mulher.

Foi referida história familiar de câncer de mama em mães e irmãs por duas entrevistadas (4%) para ambos os casos. Entre as mulheres estudadas 73% (n = 11) das que consultaram na UBS da área por problemas ginecológicos no último ano tiveram as mamas examinadas na última consulta ginecológica. Do total, 18% (n = 18) das mulheres estudadas no município realizaram a mamografia (Tabela 3.40).

A quase totalidade das mulheres conhecia o exame para prevenção do câncer de colo uterino (95%;n = 53) e 91% (n = 48) delas já o havia realizado alguma vez (Tabela 3.40).

Tabela 3.40 - Prevenção do câncer de colo uterino nas mulheres da amostra de adultos de Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Conhece exame pré-câncer	95
Já fez pelo menos um exame pré-câncer	91
Já fez pelo menos uma mamografia	18

Opinião sobre o atendimento na UBS

Na opinião dos adultos, em uma escala de zero a dez, a qualidade do atendimento foi avaliada em 9,1.

3.5.2.2.4 Idosos

Atividade física

A recomendação médica para a prática de exercícios físicos em alguma consulta alcançou 48 (52%) idosos, sendo que 36 (40%) referiram ter recebido esta mesma recomendação na última consulta (Tabela 3.41).

Tabela 3.41 - Atividade física dos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo (%)
Recomendação médica da UBS para a prática de exercícios físicos	52
Recomendação médica da UBS para a prática de exercícios físicos na última consulta	40

Hipertensão Arterial Sistêmica

A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica entre os idosos foi de 79% (n = 81) e o tempo médio que sabiam de sua hipertensão foi de 12,0 anos (Tabela 3.42).

A consulta por hipertensão na UBS da área foi referida por 57% (n = 44) dos idosos, tendo sido agendadas para 85% (n = 40). Apenas 13% (n = 6) dos idosos conseguiram atendimento no mesmo dia, 56% (n = 25) tiveram sua consulta agendada para a semana em questão e 31% (n = 14) precisaram esperar mais de uma semana para serem atendidos. O tempo médio que decorreu da última consulta até a data da entrevista foi de 59 dias (Tabela 3.42).

O uso de medicamentos para o controle da pressão arterial era uma realidade para 95% (n = 77) dos hipertensos idosos e outras formas de tratamento além daquelas indicadas pelo médico foram adotadas por 48% (n = 39). Participar de atividades de grupo dedicadas aos hipertensos na UBS foi uma afirmação de 24% (n = 19) desta amostra e a hospitalização por hipertensão aconteceu em 15% (n = 12) dos idosos (Tabela 3.42).

Tabela 3.42 - Hipertensão Arterial Sistêmica nos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Prevalência de HAS (%)	79
Tempo médio de diagnóstico (anos)	12,0
Consulta por HAS na UBS da área (%)	57
Consulta agendada (%)	85
Agendamento para o mesmo dia (%)	13
Agendamento para outro dia na mesma semana (%)	56
Agendamento para mais de uma semana (%)	31
Tempo desde a última consulta (dias)	59,1
Precisa usar medicamentos para HAS (%)	95
Outras formas de tratamento (%)	48
Participação em grupos de HAS (%)	24
Hospitalização por HAS nos últimos dois anos (%)	15

Diabetes Mellitus

O diagnóstico de diabetes foi informado por 22% (n = 23) dos idosos entrevistados em Passo Fundo e o tempo médio que tinham conhecimento do diagnóstico foi de 8 anos. A proporção de idosos que consultavam por diabetes na UBS da área foi de 64% (n = 14), tendo sido agendada em 77% (n = 10) dos casos. Cerca de um quinto (21%, n = 3) dos idosos diabéticos conseguiu ser atendido no mesmo dia; 71% (n = 5) tiveram sua consulta marcada para a mesma semana e 14% (n = 2) teve que aguardar oito dias ou mais para ser atendido. O tempo médio decorrente desde a última consulta foi de 41,5 dias - (Tabela 3.43).

A necessidade de usar medicação para a doença foi informada por 91% (n = 21) e o uso de outras formas de tratamento além daquelas indicadas pelo médico por 48% (n = 11) dos idosos com diabetes (Tabela 3.43).

A participação em atividade de grupo dirigida aos diabéticos foi informada por 26% (n = 6) dos idosos e 22% (n = 5) referiu hospitalização por diabetes nos últimos dois anos (Tabela 3.43).

Tabela 3.43 - Diabetes Mellitus nos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Prevalência de diabetes (%)	22
Tempo médio de diagnóstico (anos)	8,0
Consulta por diabetes na UBS da área (%)	64
Consulta agendada (%)	77
Agendamento para o mesmo dia (%)	21
Agendamento para outro dia na mesma semana (%)	71
Agendamento para mais de uma semana (%)	14
Tempo desde a última consulta (dias)	41,5
Precisa usar medicamentos para diabetes (%)	91
Outras formas de tratamento (%)	48
Participação em grupos de diabetes (%)	26
Hospitalização por diabetes nos últimos dois anos (%)	22

Problemas Psíquicos

A proporção de idosos que referiram problemas de nervos foi de 50% (n = 52) e o tempo médio que sabiam ter problemas de nervos foi de 25,5 anos. A consulta por este motivo foi realizada na UBS por 26% (n = 13) da amostra (Tabela 3.44).

Para 100% dos casos a consulta foi agendada (n = 13), sendo marcada para a semana em curso para 67% (n = 8) e para oito dias ou mais para 33% (n = 4). O tempo decorrente da última consulta em relação à data da entrevista foi de 54,5 dias para os idosos com este problema (Tabela 3.44).

O uso de medicamentos para problema de nervos foi referido por 60% (n = 31) dos idosos e outras formas de tratamento além da indicada pelo médico foram adotadas por 41% (n = 21). Nenhum idoso participou de atividade de grupo para portador de sofrimento psíquico (PSP) na UBS; nem tampouco hospitalizou nos últimos dois anos por este tipo de problema (Tabela 3.44).

Tabela 3.44 - Problemas de nervos nos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Prevalência de problema de nervos (%)	50
Tempo médio de diagnóstico (anos)	25,5
Consulta por problema de nervos na UBS da área (%)	26
Consulta agendada (%)	100
Agendamento para o mesmo dia (%)	0
Agendamento para outro dia na mesma semana (%)	67
Agendamento para mais de uma semana (%)	33
Tempo desde a última consulta (dias)	54,5
Precisa usar medicamentos para problema de nervos (%)	60
Outras formas de tratamento (%)	41
Participação em grupos (%)	0
Hospitalização por problema de nervos nos últimos dois anos (%)	0

Cuidado domiciliar

A necessidade de cuidado domiciliar nos últimos três meses foi informada por 11% (n = 11) dos idosos amostrados no município. Utilizando uma escala de zero a dez, a satisfação média com o cuidado recebido foi de 9,7. Dos idosos, 21% (n = 22) informou necessitar de cuidados domiciliares com regularidade (Tabela 3.45).

Tabela 3.45 - Necessidades de cuidado domiciliar dos idosos estudados em Passo Fundo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Variável	Passo Fundo
Cuidado domiciliar nos últimos três meses (%)	11
Necessidade de cuidado domiciliar com regularidade (%)	21
Satisfação com cuidado recebido (0 a 10)	9,7

4 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM PASSO FUNDO

O Estudo de Linha de Base representa um primeiro tempo na avaliação do PROESF e foi delineado para avaliar o desempenho da ABS e do PSF no conjunto do Lote 2 Sul e não em cada município. Assim, conforme os pressupostos metodológicos da epidemiologia, a amostra de seis unidades básicas de saúde estudadas não é suficiente para a comparação do PSF com o modelo tradicional, mas como estudo de casos possibilita uma boa aproximação do perfil da ABS em Passo Fundo.

A estratégia de organizar os achados dos dados secundários do Município nas mesmas categorias do Relatório Final do PROESF (FACCHINI et al, 2006) permitiu a comparação com achados do Lote, Estado, municípios gaúchos estudados e país. A comparação significa apenas uma referência à disposição de gestores e profissionais de saúde de Passo Fundo na identificação de avanços obtidos e os pontos problemáticos da ABS local.

A situação socioeconômica de Passo Fundo é contraditória ao apresentar um IDH baixo e uma expectativa de vida menor em relação ao Estado e ao País, portanto indicadores que revelaram comportamentos negativos e, ao mesmo tempo, uma proporção de pobreza muito baixa e uma proporção de alfabetizados alta também em relação ao Estado e ao País, ou seja, um comportamento que mostrou o contrastante desempenho positivo destes indicadores.

A população estudada nas comunidades adstritas das UBS da amostra informou uma proporção maior de residências inadequadas para as habitações das crianças e mulheres, que também apresentavam uma concentração maior de pessoas por habitação, alcançando até cinco vezes mais do que a concentração das residências de adultos e idosos. A renda percapita nas residências de mulheres e crianças era menor do que meio salário mínimo enquanto para adultos e idosos chegava a 0,8 salários mínimos.

O aprendizado institucional de Passo Fundo foi considerado médio na avaliação do Ministério da Saúde realizada em 2000. A cobertura do PSF em 2004 era de apenas 29% e ainda assim ocupava a segunda posição entre as mais altas do Rio Grande do Sul, onde a estratégia se expandiu tardiamente. A capacidade instalada da rede de UBS se mostrou satisfatória em relação à população do município, sendo que o PSF representou um terço desta cobertura, proporção inferior ao limite mínimo preconizado pela política do Ministério da Saúde para Municípios deste porte populacional. Um quarto dos trabalhadores da rede básica ingressou por concurso público e outro quarto apresentou vínculo trabalhista precário.

As informações relativas ao Secretário Municipal de Saúde e ao Coordenador da Atenção Básica/ PSF não foram prestadas, prejudicando a avaliação da dimensão Político Institucional.

A despesa média com saúde em Passo Fundo e o conjunto dos indicadores de financiamento do sistema mostraram desempenhos inferiores às médias alcançadas pelos municípios do Lote Sul 2. O Plano Municipal de Saúde foi uma política implantada sem a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, segundo informação deste último.

As UBS da amostra de Passo Fundo apresentaram aspectos estruturais inadequados e presença de barreiras arquitetônicas para idosos e pessoas com limitações físicas. Foram identificadas dificuldades para referência secundária em relação a consultas especializadas e acesso heterogêneo em relação a exames complementares.

Menos da metade das crianças foi pesada e medida na UBS da área de abrangência, sendo que para somente 14% daquelas que utilizaram a UBS, este procedimento aconteceu 12 vezes ou mais como preconizado para este período da vida. Um terço das crianças estava sendo amamentada por ocasião do trabalho de campo deste estudo e a cobertura vacinal destas crianças mostrou, para algumas vacinas, valores aquém daqueles preconizados como aceitáveis.

Menos da metade das mulheres realizaram o pré-natal na UBS da área de abrangência sendo que a vacina contra o tétano deixou de ser aplicada em 20% delas e foi realizada desnecessariamente em outras 67%. Apenas um terço das mulheres recebeu apoio para amamentar por atividades de grupo após o parto.

Os médicos foram responsáveis por um quinto dos atendimentos realizados nas UBS da amostra de Passo Fundo.

O PSF se destaca como a estratégia de reorientação e reorganização da ABS no Município, mas permanece a dicotomia com o modelo Tradicional. Logo, a continuidade da expansão do PSF é um requisito de coerência para a política local de ABS, de modo a se adequar ao princípio de organização padronizada dos serviços públicos, prevenindo a duplicidade de meios para fins idênticos.

Os profissionais das UBS de Passo Fundo estavam capacitados em maior proporção, também tinham mais acesso às publicações do MS e estavam mais satisfeitos com o trabalho quando comparados a média dos trabalhadores das UBS do Lote Sul 2.

De modo geral, os indicadores do Pacto da Atenção Básica de Passo Fundo são piores do que os do Rio Grande do Sul e do país, com algumas exceções. O enfrentamento das questões relativas à melhoria da estrutura da rede básica, supervisão e educação permanente dos profissionais de saúde, juntamente com a superação dos desafios da avaliação e monitoramento da atenção básica, serão fundamentais para a melhoria do SUS e da saúde da população no município.

Em conclusão, a ABS em Passo Fundo apresenta um desempenho ainda pouco adequado. Seus problemas são similares ao do conjunto dos municípios avaliados e suas desvantagens necessitam de uma importante atenção de gestores e trabalhadores, no sentido de continuar beneficiando a população local.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health* 2004;94(3):361-6.
- Facchini LA. Proceso de trabajo, cambio tecnologico y desgaste obrero: el caso del ingenio de azucar "Adolfo Lopez Mateos" [Dissertação]: Universidad Autonoma Metropolitana del Mexico; 1986.
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): relatório final. Pelotas: UFPel; 2006.
- Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 1999;28(1):10-8.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159-74.
- Lemeshow S, Hosmer D. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley; 1990.
- Levy P, Lemeshow S. Sampling for health professionals. Belmont: LLP; 1980.
- Lwanga S, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
- Masur J, Monteiro M. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983;16(3):215-18.
- Matus CR. Los tres cinturones del gobierno. Caracas: Fundacion Altadir; 1997.
- Ministério da Saúde. Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde. Saúde em Movimento 2002. Disponível online: <<http://saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em 10 jan. 2006.
- Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília: MS; 2004.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação

qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2003;3(2).

Pinheiro R. Integralidade e prática social. BoletIN 2005. Entrevista disponível em : <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 15 Abr. 2005

Rothman K, Greenland S. Modern epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.

Rutter M. Pesquisa de Mercado. São Paulo: Ática; 1988.

Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cadernos de Saúde Pública 2004;20(Supl. 2):337-41.

Soinbelman M, Luz Jr E. Problemas relacionados ao consumo de Álcool. In: Duncan B, Schimdt M, Giugliani E, editors. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Susser M. Some principles in study design for preventing HIV transmission: rigor or reality. American Journal of Public Health 1996;86(12):1713-6.

Tomasi E, Facchini LA, Osorio A, Fassa AG. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. Revista de Saúde Pública 2003;37(6):800-06.

Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2002;18(Supl):139-51.

Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. American Journal of Public Health 2004;94(3):400-5.