

JOSÉ RICARDO DE MELLO BRANDÃO

**Análise do Programa Qualidade Integral em Saúde –  
QUALIS – a partir de inquérito domiciliar**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo para obtenção  
do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Moisés Goldbaum

Co-orientador: Prof. Dr. Reinaldo José  
Gianini

São Paulo

2007

Análise do Programa Qualidade Integral em Saúde – QUALIS – a partir de um inquérito domiciliar.

## **1. INTRODUÇÃO**

A análise de um programa pressupõe conhecerem-se as bases conceituais que levaram à sua construção, assim como apresentar-se o referencial a partir do qual ela será efetuada. Complementa-se a introdução com o histórico, as peculiaridades e os limites do instrumento escolhido para se proceder a essa análise, no caso, um inquérito domiciliar.

### **1.1 Programa de Saúde da Família (PSF)**

O PSF é fruto do desenvolvimento recente de políticas de atenção primária que, mundialmente, ganharam grande impulso com a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma-Ata (Casaquistão), em 1978 (Silva e Dalmaso, 2002).

Na Europa, desde o pós-guerra, na segunda metade do século XX, diversos países criaram sistemas de proteção social, basicamente divididos em seguros sociais de saúde (SHI – “Social Health Insurance”) e os serviços nacionais de saúde (NHS – “National Health Service”), onde os serviços de atenção primária funcionam com diversas peculiaridades locais, tendo sido alvo de importantes reformas na década de 90 (Giovanella, 2006). Essas reformas, tendo o sistema inglês como referência, ocorreram, segundo Green

et al. (2007), devido a diversas circunstâncias político-econômicas que, ainda hoje, modulam o NHS inglês no sentido de valorizar a escolha por parte do consumidor, dando-lhe um caráter mais individualizado, em contraposição à preocupação com a equidade bem estabelecida em Alma Ata. Esses autores referem também que, por ocasião dessa histórica conferência, a assunção era de que a atenção primária já estava organizada nos países desenvolvidos e que, portanto, se tratava de uma proposta de estímulo à sua criação e organização nos países não desenvolvidos.

O PSF, por sua vez, pode ter a sua origem traçada, de forma mais específica, a partir de diversos conceitos e experiências internacionais, quase todos eles oriundos da Medicina Comunitária, Medicina de Família e Serviços de Saúde Comunitária, campos que muitas vezes se sobrepõem, mas têm nascimentos diversos e se complementam em vários aspectos. Porto Alegre (RS) e Niterói (RJ), no Brasil, foram cidades pioneiras na montagem de estratégias de atendimento que serviram de inspiração para o PSF. Relatos bastante personalizados da história dessas experiências podem ser encontrados em Vasconcellos (1998) e Sousa (2001). Franco e Merhy (2003) também destacam a experiência do município de Itacarambi (MG).

O PSF foi oficialmente proposto pelo Ministério da Saúde em 1994. O seu caráter de eixo estruturante da atenção primária e substituto do modelo tradicional de assistência foi sendo enfatizado a partir de documentos do ministério, de 1998 para cá (Conill, 2002). Silva e Dalmaso (2002) apresentam uma meticolosa análise da evolução da proposta do PSF no Brasil. Do que se vislumbrava até então (embora alguns aspectos estejam longe de estarem resolvidos) Franco e Merhy (2003) fizeram críticas de maneira perspicaz e rigorosa ao PSF, cujas diversas fragilidades dificultariam em muito a possibilidade de o programa mudar o modelo assistencial. E, cautelosamente, apontam as “raízes comuns” do

movimento da reforma sanitária e a proposta do PSF, ao justificarem “a força de atração” do programa, correspondendo às adesões iniciais à sua proposta. Talvez exemplo-vivo dessa realidade se encontre na defesa apaixonada do programa realizada por Sousa, 2002.

Na origem de ao menos parte das críticas ao PSF, está a discussão sobre universalismo e focalismo. Historicamente, a proposta de Alma-Ata era universalista (definindo, segundo Viana e Fausto, 2005, a “atenção básica como componente estratégico da estruturação, operação, coordenação e instrumento de equidade dos sistemas nacionais de saúde.”). Porém, mal se expandiam as idéias de Alma Ata, já no ano seguinte, segundo as mesmas autoras, “a Conferência de Bellagio, intitulada ‘Health and Population in Development’ (1979), foi o evento que marcou a definição de SPHC (Selective Primary Health Care)”, reconhecida como sendo uma proposta eminentemente “focalista”, instrumental (“atenção básica como componente importante das estratégias de combate à pobreza e às desigualdades sociais”). Essa proposta permitiria uma espécie de atalho para a consecução das metas do programa Saúde para Todos no ano 2000, da OMS, e ganharia grande impulso nas duas décadas seguintes, graças ao apoio do Banco Mundial e às políticas neoliberais que tiveram o seu auge nesse período. Foi a identificação do PSF, principalmente nos seus primeiros anos, como sendo, conceitualmente, de caráter focalista que lhe trouxe algumas de suas mais pesadas críticas.

Há, porém, na literatura, autores que utilizam o termo **focalismo** de uma maneira um pouco diversa, de forma quase contemporizadora. Chamam de focalização o fato de o PSF abordar, prioritariamente (ou exclusivamente, dependendo da opção do gestor municipal) populações com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) mais baixo. Viana e Dal Poz (1998), ao constatar o avanço do PSF para “áreas e populações de risco”, defendem que

essa focalização é compatível com a universalização, não sendo necessariamente esses dois conceitos excludentes.

Outro conceito que frequentemente surge nas referências ao PSF é o da **equidade**. Segundo Elias (2002), recorrendo a Aristóteles, “a própria natureza da equidade é a retificação da Lei onde esta se revela insuficiente pelo seu caráter universal.” O autor chama-a de “corretora da igualdade”, no sentido de que ela é aplicável no momento em que a igualdade cria injustiças ou imperfeições. Aponta a dificuldade de se operacionalizar esse conceito, mas defende a sua utilização como “noção orientadora, como um norte a ser seguido nas políticas de saúde.”

Senna (2002), escrevendo sobre equidade, política de saúde e PSF, faz distinção entre equidade em saúde e equidade no uso de serviços de saúde. Sob esse último aspecto, considera que, apesar da complexidade da questão no PSF, “a focalização assume o caráter de inclusão de grandes parcelas da população tradicionalmente alijadas do acesso a um mínimo de garantias sociais”, ressaltando a necessidade dessa de estar no bojo de “uma política mais ampla que forneça suporte social” e universalidade de direitos, sob pena de “reproduzir desigualdades e reforçar a segmentação social.”

Oficialmente, o PSF é apresentado como propiciador de “melhoria dos indicadores de saúde das populações atendidas, [capacidade de] ampliação do acesso da população a serviços básicos de saúde, [capacidade de] ampliação da resolubilidade dos serviços de atenção básica, contribuindo para o reordenamento dos demais níveis de assistência” (Brasil, 2000a).

Em consonância com a evolução da proposta do PSF, o Ministério da Saúde publica, em 2006, a “Política Nacional de Atenção Básica”, revogando inúmeras portarias anteriores. Nesse documento, define que cada equipe do PSF é composta basicamente por

médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), “com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes”, sendo responsáveis pelo atendimento de uma área previamente definida (a chamada territorialização), que comporta “no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes”. O “número de ACS (deve ser) suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS’s por equipe de Saúde da Família” (Brasil, 2006).

Constata-se um impressionante avanço do PSF no país no decorrer dos últimos seis anos (conforme tabela abaixo), o que só vem reforçar a necessidade de se aprofundar a análise do possível impacto dessa estratégia na saúde da população brasileira.

**Tabela 1.** Evolução do PSF no Brasil. (Brasil, 2007a)

	2001	2007
Número de pessoas incluídas no programa	45,4 milhões	86,7 milhões
Cobertura populacional	25,4%	46,7%
Número de equipes de SF	13200	27000
Número de municípios com o programa	3684	5110

## 1.2 Avaliação do PSF

**Avaliar**, segundo Champagne et al (1985), “pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, (...)”

permitindo aos diferentes atores envolvidos, (...) se posicionarem e construírem (...) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.” Em outras palavras, avaliar supõe dar instrumentos para que os tomadores de decisão possam agir de acordo com um racional técnico-científico, seja ele uma pesquisa avaliativa ou uma avaliação normativa, ainda segundo esse mesmo autor.

Demarteau (2002), ao propor um referencial teórico para a avaliação de programas, parte também de três componentes incluídos na definição acima (processo, julgamento e decisão) e suas três dimensões (social, estratégica e técnica) para propor um modelo que abarcaria as diversas propostas de avaliação existentes.

Os esforços de diversos autores que têm procurado avaliar programas de saúde nacionais têm sido estimulados pelo próprio Ministério da Saúde. Felisberto (2004) procura justificar a importância da avaliação na Atenção Básica, defendendo a sua institucionalização, apresentando inclusive a missão (“monitorar e avaliar a Atenção Básica instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS” – Sistema Único de Saúde) e os objetivos estratégicos da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, criada no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, que podem ser resumidos em: identificar indicadores da atenção básica para monitoramento, pactuar metas com os gestores, capacitar técnicos para análise dos bancos de dados, democratizar essa informação e fomentar estudos avaliativos.

Segundo Medina e Aquino (2002), “a avaliação do Programa de Saúde da Família constitui hoje tarefa primordial para todos os envolvidos no debate sobre as perspectivas da consolidação deste programa e dos avanços possíveis do Sistema Único de Saúde no país”.

Santana e Carmagnani (2001), após retomarem o histórico do programa e procurarem apontar as suas vantagens e desvantagens, afirmam (acreditar) “que o próximo passo seja

avaliar o impacto do PSF com base na investigação de mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença”.

Já em 1999, no período de abril a julho, o Ministério da Saúde realizou a “Pesquisa de Avaliação da Implantação e Funcionamento do PSF” (Brasil, 2000b), por meio do envio de questionários a todos os 1.219 Secretários Municipais de Saúde dos municípios que tinham equipes implantadas até dezembro de 1998, assim como questionário para todas essas equipes (3.119). Também os Coordenadores Estaduais de PSF foram entrevistados. Cerca de 80% dos Secretários responderam, assim como 75% das equipes. Os resultados cobrem diversas áreas, com destaque para indicadores de estrutura e processo, esses últimos com resultados bastante animadores. Em suma, mostraram aumento expressivo na oferta de atividades ligadas a todos os “programas”, a saber: pré-natal, assistência à puérpera, atenção à criança, coleta para exame Papanicolaou, planejamento familiar, atenção ao adulto, consulta ginecológica, controle de hipertensão, diabetes, DST, hanseníase, tuberculose, ações de vigilância epidemiológica, ações voltadas para o idoso e os adolescentes e pequena cirurgia.

Diversos autores têm produzido análises e avaliações do PSF, alguns deles restringindo-se a aspectos específicos, apesar de pertinentes e interessantes, como Mano e Pierin (2005), que avaliaram hipertensos acompanhados pelo PSF, inclusive com grupo controle, no Centro de Saúde Escola (CSE) da Barra Funda (São Paulo), mostrando “redução significativa dos níveis pressóricos” no grupo acompanhado pelo PSF, embora, ao final do estudo, a porcentagem de hipertensos controlados, acompanhados pelo programa tradicional, fosse maior do que o do PSF (30% vs 20%). Outros abordaram o programa como um todo, seja em determinada área, como o morro do Borel, no Rio de Janeiro (Cezar, 2003) seja em grandes capitais, como Natal (Rocha, 2000). Com ênfase na



avaliação de estrutura e processo, o Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) avaliaram a implementação do PSF em dez grandes centros urbanos (Brasil, 2002), todos com mais de 100 mil habitantes - Aracaju (SE), Camaragibe (PE), Vitória (ES), Vitória da Conquista (BA), Palmas (TO), Manaus (AM), Goiânia (GO), Brasília (DF), São Gonçalo (RJ) e Campinas (SP). Em extenso relatório, poucos aspectos de avaliação de resultados são apontados. Entre eles, a satisfação das famílias com o PSF: “em todos os municípios, as famílias consideraram, de maneira geral, que com a implantação do PSF melhoraram as condições de saúde do bairro, de sua família e o atendimento em caso de doença”. Destaque também para um dos elementos facilitadores apontados para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – como o PSF passou a ser oficialmente chamado a partir da “Política Nacional de Atenção Básica” editada em 2006 - em grandes centros urbanos: “a população atendida pelo PSF é extremamente vulnerável, podendo considerar que a estratégia de Saúde da Família promove expansão de cobertura para grupos desfavorecidos e potencialmente contribui para a inclusão social”. Entretanto, quanto ao acesso, a pesquisa incluiu nessa categoria, em relação aos problemas de saúde apresentados pelas famílias adscritas ao programa, nas comunidades estudadas (Camaragibe - PE, Palmas, Vitória da Conquista - BA, Vitória, Aracaju, Goiânia, Manaus e Brasília), o “grande tempo de espera mesmo com consulta marcada, falta de vagas para consultas, atendimento precário, dificuldade de atendimento quando encaminhado, dificuldade em obter consultas”. Mostrou que problemas de acesso ao atendimento eram o segundo grupo de problemas de saúde apontados, com frequência menor do que “doenças”, mas mais prevalentes do que as categorias “profissionais de saúde”, “infraestrutura de saneamento” e “medicamentos”. Foram apontados por 12% (Manaus) a 38% (Goiânia) das famílias pesquisadas. No entanto, em todos os municípios,

a maioria das famílias considerava “ser mais fácil obter consulta quando agendada previamente na USF (Unidade de Saúde da Família) em comparação com as UBS”. Quando a comparação era com consultas não marcadas, em apenas três municípios (Camaragibe, Vitória da Conquista e Brasília), a maioria das famílias considerava ser mais fácil obter consulta nas USF’s, em comparação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS’s), ressaltando uma crônica dificuldade da ESF no atendimento aos chamados “fora-de-dia”. Mesmo assim, com exceção de Goiânia, em todos os outros municípios, a maioria das famílias dizia ter procurado menos hospitais, especialistas e serviços de urgência.

Bertoncini (2000), tendo estudado, em sua dissertação de mestrado, o PSF de Blumenau, afirma que ele “induziu melhorias na integralidade da atenção pelo aumento das ações de promoção e prevenção e manutenção das de reabilitação e cura.”

Conill (2002), avaliando o PSF de Florianópolis (SC) entre 1994 e 2000, afirma que “os problemas no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação que este estudo identifica como das mais relevantes.”

Goldbaum *et al.* (2005), estudando acesso e utilização de serviços no QUALIS, mostraram perfil de acesso diferenciado na população coberta pelo PSF, apontando na direção de uma maior equidade nessa utilização.

Elias *et al.* (2006) compararam o PSF com as UBS’s da cidade de São Paulo, utilizando um instrumento chamado PCAT (“Primary Care Assessment Tool”), ajustado para a nossa realidade. Dentre as oito dimensões desse instrumento, a acessibilidade, apesar de obter a pior avaliação entre todas elas, mostrou ser superior nas unidades com PSF em relação às UBS’s tradicionais, sob a óptica dos usuários, exatamente nos estratos de maior exclusão social, embora esse quadro não se mantivesse nos outros estratos

## Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

