



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

ANTONIO CIPRIANO NETO

ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DE LONGITUDINALIDADE E
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SETOR
HABITACIONAL PÔR DO SOL / CEILÂNDIA / DF - 2012

BRASÍLIA
2013

ANTONIO CIPRIANO NETO

ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DE LONGITUDINALIDADE E
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SETOR
HABITACIONAL PÔR DO SOL / CEILÂNDIA / DF - 2012

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel, pelo curso de Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Orientado pelo Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata.

BRASÍLIA – DF

2013

TERMO DE APROVAÇÃO

ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DE LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SETOR HABITACIONAL PÔR DO SOL / CEILÂNDIA / DF - 2012

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel no curso de saúde coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, a banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata

Faculdade de Ceilândia

Examinador(a): Prof.(a) Dr.(a) Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Faculdade de Ceilândia

Examinador(a): Prof.(a) Dr.(a) Olga Maria Ramalho de Albuquerque

Faculdade de Ceilândia

Brasília, 30 de dezembro de 2013

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter me dado força em todo o trajeto, a minha família e amigos, ao meu orientador e professores, aos moradores do Pôr do Sol e a equipe de saúde da família que tanto colaboraram com o desenvolvimento do trabalho.

Obrigado.

"A esperança não murcha, ela não cansa, também como ela não sucumbe a crença. Vão-se sonhos nas asas da descrença, voltam sonhos nas asas da esperança."

Augusto dos Anjos

Agradecimentos

Quero agradecer primeiramente a Deus por ter iluminado toda a minha trajetória e também por ser minha fortaleza e fonte de paz.

Quero agradecer ao meu pai Francisco Gomes de Sousa e a minha mãe Maria Perpétua de Sousa por sempre estarem comigo. Eles me deram força e apoio todo o tempo. Sem eles, não teria chegado aqui.

Quero agradecer a minha família, principalmente a meus irmãos Armando Harley de Sousa, Adélia Maria de Sousa Ramalho e Adriana Marília de Sousa Nunes, e aos meus cunhados Marlílio Junho Pereira Nunes e Sandeberque Ramalho Lacerda. Sei que no momento em que precisar, posso contar com eles.

Quero agradecer Fernanda Nataly Fernandes França por ser uma pessoa muito especial em minha vida e por estar ao meu lado.

Quero agradecer ao Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata, que além de professor e orientador, foi e sempre será um grande amigo. Com ele aprendi muito.

Quero agradecer as Professoras Dr.(a) Olga Maria Ramalho de Albuquerque e Dr.(a) Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira por terem aceito o convite para participarem da banca examinadora. Sei que com elas posso aprender e construir um trabalho ainda melhor.

Quero agradecer a todo o corpo docente da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, que esteve envolvido na minha formação acadêmica. Sou grato por estudar nessa instituição de reconhecida excelência.

Quero agradecer a toda equipe do Centro de Saúde Nº 09, em especial ao Agente Comunitário de Saúde Leonardo Maciel Fortaleza e enfermeira Ana Paula Fonseca Braga e à gerente do centro de saúde Solange da Silva, pelo carinho e toda atenção recebida durante a pesquisa.

E agradecer aos demais amigos e parceiros que me acompanharam nessa trajetória. Sei que muitas amizades levarei muito além da Universidade.

“Em alguns países, há mais subespecialistas do que especialistas em atenção primária. A atenção especializada geralmente exige mais recursos do que a atenção básica porque é enfatizado o desenvolvimento e o uso de tecnologia cara para manter viva a pessoa enferma em vez de dar ênfase aos programas de prevenção de enfermidades ou redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns, que não ameaçam a vida.”

Starfield

Resumo

Ceilândia, Região Administrativa (RA) IX do Distrito Federal, é a maior RA do Distrito Federal com mais de 400 mil habitantes. A demanda por moradia própria fez com que surgissem novas áreas em torno da RA IX, uma delas é o Pôr do Sol, localizado no setor sul. A área ainda está em fase de regularização e conta com uma precária estrutura urbana, carece quase que em sua totalidade de rede de esgoto e malha asfáltica. A única rede de atenção à saúde que existe na localidade é o Programa Saúde da Família com 2 duas equipes de ESF que cobrem aproximadamente 1,1% da população da RA IX e 13,6% do Pôr do Sol. O objetivo principal do trabalho foi analisar a estrutura e a produção de serviços relacionadas aos atributos da atenção primária de longitudinalidade (relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes) e coordenação (disponibilidade de informação a respeito de problemas e serviços anteriores) da atenção primária ofertadas pelo centro de saúde N° 09 no Pôr do Sol. Foi escolhida uma equipe que atende uma área do Pôr do Sol. A abordagem metodológica utilizada foi a descritiva, com uso de dados primários e secundários. Foi utilizado dados da produção do Sistema de Informação da Atenção Básica e aplicação de questionário semiaberto a equipe selecionada e gestor(a) local. Os resultados mostram que aproximadamente 70% das consultas feitas pelo médico da família da equipe de PSF em 2012 era de pacientes previamente cadastrados e também que foram feitas mais de 2.300 visitas domiciliares, 2.693 exames complementares e 252 encaminhamentos. Porém a equipe no mesmo ano acompanhou um número 2.034 pessoas, bem abaixo da média estabelecida pela PNAB de 3.000 pessoas/equipe. Em algumas partes do questionário a equipe teve dificuldade em interpretar algumas perguntas, como foi o caso da pergunta sobre utilização de protocolos para transferência de informações entre médicos de PSF e especialistas, confundindo sistema de informação com protocolo. No geral, são grandes os impasses relacionados aos atributos longitudinalidade e coordenação, seja por falta de consolidação/baixa cobertura de equipes, impasses políticos e estrutura precária. O sistema de informação atual dos serviço de Atenção Básica não é adequado para permitir uma avaliação dos atributos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Longitudinalidade, Coordenação, Programa Saúde da Família.

Abstract

Ceilândia, Administrative Region (RA) IX of the Federal District, is the largest RA of the Federal District with more than 400,000 inhabitants. The demand for housing has done itself with that arose new areas around the RA IX, one of them is the Pôr do Sol, located in P sul sector. The area is still at the stage of settlement and account with a precarious urban structure, lacks almost in its entirety of sewage and asphaltic mesh. The single network of health care that exists in the locality is the Family Health Program with 2 two teams of ESF which cover approximately 1.1% of the population of RA IX and 13.6% of the Pôr do Sol. The main goal of this work was to analyze the structure and the production of services related to the attributes of the primary attention of longitudinality (personal relationship of long duration between health professionals and patients) and coordination (availability of information about problems and previous services) of primary care offered by health center No. 09 in the Pôr do Sol. He was chosen a team that meets an area of Pôr do Sol. The methodological approach used was descriptive, with use of primary and secondary data. We used data from the production of the Information System of the Basic Attention and application of questionnaire semiaberto the selected team and manager(a) site. The results show that approximately 70% of the consultations conducted by the family doctor of the PSF team in 2012 was of patients previously enrolled and also that were made more than 2,300 home visits, 2,693 additional exams and 252 referrals. However the team in the same year followed a number 2,034 people, well below the average established by PNAB 3,000 people/team. In some parts of the questionnaire the team had difficulty in interpreting some questions, as was the case with the question about use of protocols for the transfer of information between doctors of PSF and specialists, confusing information system with protocol. In general, are great dilemmas related to attributes longitudinality and coordination, through lack of consolidation/low coverage of teams, political impasses and precarious structure. The current information system of Basic Care service is not adequate to allow an assessment of the attributes.

Keywords: Primary Health Care, Longitudinality, Coordination, Family Health Program.

Lista de Siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARIS	Área de Regularização de Interesse Social
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CS	Centro de Saúde
DIAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família
DODF	Diário Oficial do Distrito Federal
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NRAD	Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PDS	Pôr do Sol
PMF	Programa Médico da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SB	Saúde Bucal
SHPS	Setor Habitacional Pôr do Sol
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SLU	Serviço de Limpeza Urbana
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPC	Continuidade do Profissional Usual (<i>Usual Provider Continuity</i>)
ZIES	Zonas Especiais de Interesse Social

Lista de Figuras

Figura 1- Relação entre força da atenção primária e os gastos totais com atenção à saúde – 1989	25
Figura 2 - Mapa da área de abrangência do Centro de Saúde N° 09 e Programa Saúde da Família no Setor Psul e Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2013.....	44
Figura 3 - Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2003	82
Figura 4 - Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2008	83
Figura 5 - Áreas de Abrangência das Equipes de Saúde da Família e do Centro de Saúde 09 no Setor Habitacional Pôr do Sol e no Setor P sul.....	87

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia – 2007-2011.....	34
Gráfico 2 - Caracterização da Equipe de Saúde da Família α por competência - Centro de Saúde Nº 09 - Ceilândia/DF - 2012	46
Gráfico 3 - Resultado do questionário - As famílias que residem no Setor Habitacional Pôr do Sol são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?	54
Gráfico 4 - Resultado do questionário - Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais da ESF?	55
Gráfico 5 - Resultado do questionário - Se vários médicos estão envolvidos no tratamento de um paciente, o médico da ESF o organiza?	57
Gráfico 6 - Resultado do questionário - Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?.....	58
Gráfico 7 - Resultado do questionário - Existem protocolos para a transferência de informações entre médicos da ESF e especialistas?.....	59
Gráfico 8 - Resultado do questionário - Se a resposta for SIM na pergunta anterior, estes protocolos são utilizados na prática?.....	60
Gráfico 9 - Resultado do questionário - Existem mecanismos de integração da rede?.....	62
Gráfico 10 - Resultado do questionário - Se a resposta for SIM na pergunta anterior, a contrarreferência ocorre?.....	63
Gráfico 11 - Resultado do questionário - A equipe referencia pacientes para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)?.....	64
Gráfico 12 - População atendida pela Equipe de Saúde da Família α por grupo de idade – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012.....	66

Lista de Quadros

Quadro 1- Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde - 2008	26
Quadro 2 - Medição da longitudinalidade baseado no histórico de utilização de fonte habitual de atenção - 2002.....	36

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia - 2007-2011	32
Tabela 2 - Benefícios da longitudinalidade, com base em evidências da literatura - 2002	35
Tabela 3 - Domicílios ocupados, segundo o abastecimento de água nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013	40
Tabela 4 - Domicílios ocupados, segundo o abastecimento de energia elétrica nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013	41
Tabela 5 - Domicílios ocupados, segundo o esgotamento sanitário nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013	41
Tabela 6 - Domicílios ocupados, segundo a existência de coleta de lixo nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013	41
Tabela 7 - Domicílios ocupados, segundo a infraestrutura urbana na rua onde mora nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013	42
Tabela 8 - População, segundo a localidade do hospital público/Unidade de Pronto Atendimento - UPA utilizado - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013.....	43
Tabela 9 - População, segundo a localidade do posto de saúde que utiliza nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013	43
Tabela 10 - Composição da Equipe de Saúde da Família α por competência – Centro de Saúde N° 09 – Ceilândia/DF - 2012	46
Tabela 11 - População, segundo o sexo – Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013	47
Tabela 12 - População, segundo os grupos de idade - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013	48
Tabela 13 - Consultas médicas realizadas pela Equipe de Saúde da Família em pacientes fora da área de abrangência da equipe α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012	67
Tabela 14 - Consultas médicas realizadas pela Equipe de Saúde da Família em pacientes da área de abrangência da equipe α , por faixa etária – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012	67
Tabela 15 - Tipos de atendimento realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012	68

Tabela 16 - Exames complementares realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012	69
Tabela 17 - Encaminhamentos realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012	70
Tabela 18 - Procedimentos realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012	70
Tabela 19 - Visitas domiciliares realizadas pela Equipe de Saúde da Família α , por profissional – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012.....	72

Sumário

1. INTRODUÇÃO	18
2. JUSTIFICATIVA	21
3. OBJETIVOS	22
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA/MARCO TEÓRICO	23
4.1. Atenção Primária à Saúde	23
4.1.1. Avaliação da Atenção Primária e os Atributos da APS	25
4.2. Programa Saúde da Família	29
4.2.1. Programa Saúde da Família no Distrito Federal	31
4.2.2. Programa Saúde da Família em Ceilândia (RA-IX)	32
4.3. Atributo Longitudinalidade	34
4.3.1. Medição da Longitudinalidade	36
4.4. Atributo Coordenação	37
4.4.1. Medição da Coordenação.....	39
4.5. Caracterização do local estudado	40
4.5.1. Infra Estrutura Domiciliar.....	40
4.5.2. Serviços de Saúde	42
4.5.3. População Urbana	47
4.5.4. Avanços políticos e a regularização.....	48
5. MÉTODO, PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO	53
6.1. Resultado dos Questionários	53
6.2. Produção da Equipe de Saúde da Família α	65
6.2.1. Consultas médicas.....	66
6.2.2. Tipo de Atendimento	68
6.2.3. Exames Complementares.....	69
6.2.4. Encaminhamentos	69

6.2.5. Demanda de Procedimentos.....	70
6.2.6. Visitas Domiciliares.....	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
8. REFERÊNCIAS.....	75
9. ANEXOS.....	79
9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	79
9.2. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP ..	80
9.3. Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2003	82
9.4. Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2008	83
9.5. Questionário aplicado aos profissionais da Equipe de Saúde da Família	84
9.6. Áreas de Abrangência das Equipes de Saúde da Família e do Centro de Saúde 09 no Setor Habitacional Pôr do Sol e no Setor P sul	87

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho busca analisar a estrutura que possibilite o andamento dos atributos de longitudinalidade e de coordenação da Atenção Primária à Saúde em uma das regiões mais carentes do Distrito Federal, o Setor Habitacional Pôr do Sol (PDS). Trata-se de um condomínio ainda não regularizado, situado em uma região periférica do DF, mais especificamente em Ceilândia, a maior Região Administrativa. Além da carência de infraestrutura como rede de esgoto e asfalto, junto com a falta de serviços públicos essenciais como saúde e educação, incluindo dificuldades sociais como a violência, torna um desafio a estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde – RAS, eficiente e que garanta o acesso aos serviços de saúde pela população. Além do acesso em si, é essencial que o usuário tenha uma atenção à saúde bem coordenada e com o cadastramento familiar pelas Equipes de Saúde da Família, tendo como porta de entrada à atenção primária. Esses mecanismos podem auxiliar na continuidade da atenção em um sistema de referência e contrarreferência entre os demais níveis assistenciais: atenção ambulatorial especializada; e internação hospitalar.

Para Travassos e Castro (2008) grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente mais privilegiados. A desigualdade social é um fenômeno fortemente associado às condições de saúde de uma população. Não há dados precisos sobre o real tamanho de sua população segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN, porém é estimado que a comunidade tenha aproximadamente 15 mil habitantes vivendo em uma localidade sem estrutura sanitária adequada. A CODEPLAN, através da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD, disponibilizou nesse ano de 2013 informações conjuntas do Sol Nascente e Pôr do Sol, que totalizam uma população estimada em 78.912 habitantes. Na pesquisa não houve divisão das informações, sendo que as áreas apresentam características que podem ser bem díspares.

Com o crescimento desordenado e sem planejamento prévio de urbanização, fez com que surgissem barreiras para a regularização do PDS. Esse impasse, junto com a inércia do poder público, dificulta a disponibilização de serviços essenciais na região.

Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, competência outubro de 2013, existem somente 2 equipe do Programa Saúde da Família - PSF, uma com saúde bucal e outra sem saúde bucal, e 1 Equipe de Agentes Comunitários de Saúde - EACS, que atendem o PDS. Estas equipes estão vinculadas ao

Centro de Saúde N° 09, localizado na EQNP28/32. Vale lembrar que a Política Nacional de Atenção Básica define que cada ESF é responsável por atender de 3.000 até 4.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Travassos e Castro (2008) afirmam que a mera disponibilidade de recursos não garante o acesso. As mesmas autoras citam alguns aspectos de barreiras de acesso como: as geográficas, quanto maior à distância, menor é a utilização dos serviços; financeira, utilizam menos os serviços devido a barreiras financeiras; organizacionais, disponibilidade de programas bem organizados; e informacionais, na percepção de saúde das pessoas. Tais barreiras se apresentam como um grande desafio para uma Atenção Primária à Saúde - APS, principalmente no seu funcionamento como porta de entrada. As equipes de PSF que atendem o Pôr do Sol enfrentam grandes barreiras como distância do centro de saúde até o local e estrutura para o desenvolvimento de atividades precária.

No Brasil a APS, por definição, funciona como ponto de início da atenção e pensada como porta de entrada preferencial os acessos aos demais níveis dos serviços ofertados do sistema. A APS é responsável por oferecer continuidade do atendimento longitudinal, mesmo na ausência de doença, com intensa relação equipe-usuário. Quando necessário, os encaminhamentos são feitos a outros serviços e ações para atender casos menos frequentes e mais complexos. Além destes atributos, a comunidade também pode participar efetivamente nas decisões sobre sua saúde, com reconhecimento de diferentes necessidades de diferentes grupos populacionais, possuindo assim um caráter centrado na família (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

As ações da APS foram fortalecidas em 1993 com a implantação do PSF. A fase inicial do programa possuía uma característica de APS seletiva, focalizando populações pobres e com pouca cobertura de serviços (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). O programa se expandiu em todo o país, adquirindo caráter universal. Atualmente, de acordo com as normas vigentes o PSF consta de equipes multiprofissionais, cada equipe de PSF trabalha com um território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A equipe multiprofissional é composta, no mínimo, por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentadas também as equipes profissionais de saúde

bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Uma equipe bem estruturada e com apoio para o desenvolvimento dos trabalhos colabora para o fortalecimento da APS e também para o funcionamento de toda a RAS, aperfeiçoando o ordenamento, sua coordenação do cuidado, o acompanhamento, sua base e seu processo resolutivo.

É imprescindível a realização de uma avaliação do serviço que vem sendo prestado no PDS como forma de avaliar se os recursos que estão sendo utilizados e esses estão obtendo os resultados esperados, se os serviços estão adequados e se os resultados obtidos correspondem aos almejados pela normatização, para que se alcance a qualidade e evitando a falta de coerência (BROUSSELLE et al., 2011).

Não foi possível encontrar em bancos de dados que reúnem revistas e artigos científicos como a Scientific Electronic Library Online – SciELO – ou a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – informações que retratem a realidade do Pôr do Sol. Inclusive na CODEPLAN, como já foi dito, as informações foram divulgadas em conjunto, não representando características peculiares de cada região.

A pergunta base desse Trabalho de Conclusão de Curso foi a seguinte: “Quais são as condições de estrutura para o desempenho dos atributos longitudinalidade e coordenação da APS no Pôr do Sol, Ceilândia/DF?”.

2. JUSTIFICATIVA

A escolha pelo Setor Habitacional Pôr do Sol como alvo do trabalho se deu por meio de um longo período de vivência na região e pelo preocupante crescimento desordenado não acompanhado de infraestruturas públicas essenciais para a população. Desde o ano de 2001, este passou de pequenas chácaras, com plantações e criações de animais, para se tornar o mais novo bairro na região sul de Ceilândia. Houve várias tentativas do poder público em impedir a construção de novas casas e de desocupar a área, porém a união de seus novos moradores fez com que o poder público recuasse, permitindo, assim, a expansão do Pôr do Sol. Estima-se hoje uma população de aproximadamente 15 mil habitantes que carece de serviços básicos como: rede de esgoto; malha asfáltica; e, principalmente, serviços de saúde. Por isso a importância de se estudar as condições de acesso e o desempenho dos serviços ofertados a população. São apenas duas equipes de PSF que atendem e que ainda passam por um processo de consolidação. Como o poder público afirma não poder construir na área considerada ainda não regularizada, as equipes ficam alocadas no Centro de Saúde nº 09, no setor P sul, a 2 km de distância do Pôr do Sol e a partir daí desenvolvem seus trabalhos. Como morador presenciei as atividades desenvolvidas pelas equipes de PSF, o que resultou no meu interesse em conhecer melhor o serviço.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Analisar a oferta de serviços relacionada aos atributos longitudinalidade e coordenação da atenção primária à saúde no Setor Habitacional Pôr do Sol na área de abrangência do Centro de Saúde nº 09, Ceilândia/DF.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever os aspectos de estrutura física e a composição da Equipe de Saúde da Família responsável por uma das áreas de cobertura do Setor Habitacional Pôr do Sol;

- Descrever a produção de serviços pela referida equipe, considerada como “Provedor Usual de Cuidado” para a população dessa área;

- Discutir os achados à luz das dificuldades de avaliação da Atenção Primária de Saúde.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA/MARCO TEÓRICO

4.1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica no Brasil é desenvolvida em alto grau de descentralização, sendo a via de contato preferencial de usuários com os serviços de saúde (BRASIL, 2011). A Atenção Básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, caracteriza-se por:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (...)” (BRASIL, 2011)

Outra definição de APS é desenvolvida por Starfield (2002), médica e pesquisadora estadunidense, que pode ser considerada uma definição complementar à oficial. Nessa primeira definição a APS é definida pela sua organização e estrutura. Na definição a seguir é possível perceber o predomínio do olhar da atenção individual, sendo:

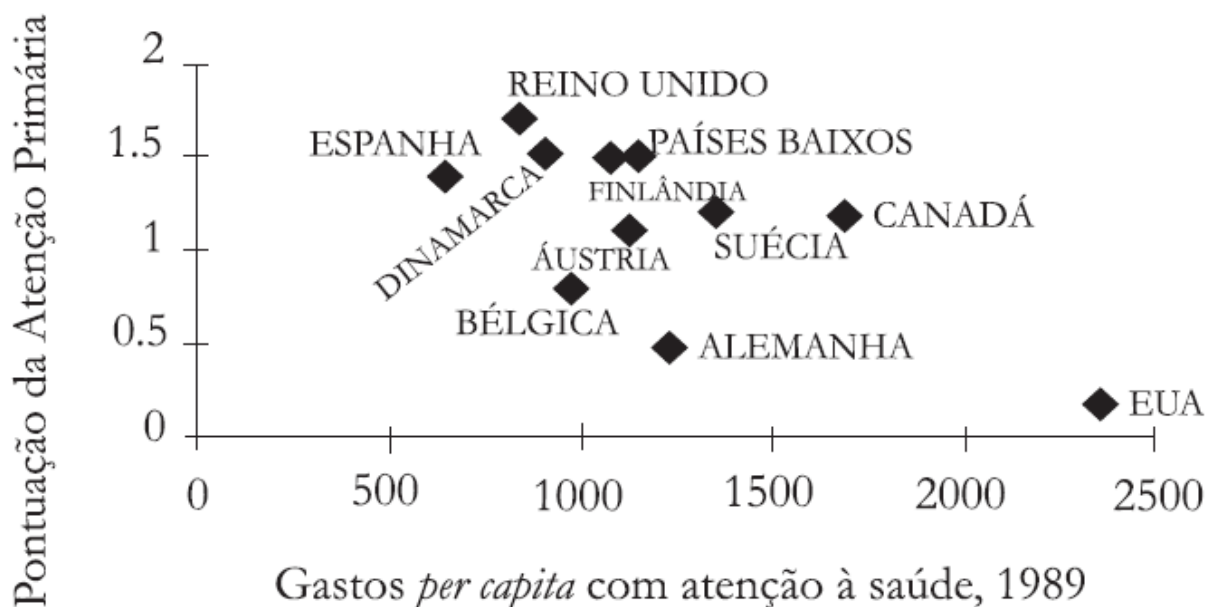
“A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (...) A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.” (STARFIELD, 2002, p. 28)

Fica claro que, tanto nos documentos oficiais do Brasil quanto na literatura internacional, a APS deve não só acolher, mas se articular aos outros níveis de atenção do sistema. Como se verá, ambas características estão expressas em vários dos chamados “atributos” da APS, em especial nos que analisam aqui, longitudinalidade e coordenação.

Os termos utilizados Atenção Básica e Atenção Primária podem ser considerados termos equivalentes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2011). O primeiro responsável pelo primeiro nível de atenção, organizado em níveis de complexidade crescente e em rede hierarquizada, assim como definido no documento oficial. Respectivamente, este constitui conjunto de práticas integrais em saúde, respondendo necessidades individuais e coletivas no sistema de saúde brasileiro. A APS se diferencia dos outros níveis de atenção principalmente por lidar com problemas mais comuns, sendo possível desenvolver suas atividades em unidades de saúde, postos, escolas e outros espaços comunitários. Esse nível de atenção cria laços entre profissionais e usuários do serviço, diferentemente de um nível especializado, podendo este acompanhar o paciente ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Um fascículo publicado na *The Lancet* (2011) traz à tona as melhorias nas condições de saúde que surgiram com as mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde, impulsionado por um movimento de reforma setorial, levando o Brasil a criar um sistema único de saúde. Serviço nacional que tenta reduzir as desigualdades, mas que no geral, ainda permanecem significativas disparidades sociais e econômicas. Essas disparidades que podem ser impulsionadas por impasses políticos (SOUSA; HAMMAN, 2009). Alguns países como Dinamarca, Reino Unido e Espanha apresentaram bons resultados combinados com uma APS fortalecida (Figura 1). Nesses países as políticas de saúde orientavam a APS, conseqüentemente as unidades de saúde apresentavam forte atenção primária, houve mudanças na saúde da população em geral e mudanças favoráveis nos gastos com serviços de saúde (STARFIELD, 2012).

Figura 1- Relação entre força da atenção primária e os gastos totais com atenção à saúde – 1989



Fonte: Retirado de Starfield, 2002, p. 37.

Países que apresentam baixas pontuações no nível da APS tendem a manter gastos mais altos *per capita* com atenção à saúde. É o caso dos Estados Unidos com pontuação abaixo de 0.5 da APS, consequentemente o gasto per capita aproxima de \$ 2.500. Para avaliar esses países as notas foram distribuídas em 0, 1 e 2, referente a força e a presença da APS (STARFIELD, 2002). Os indicadores avaliados incluíam: 1) para avaliar a APS: mortalidade neonatal; expectativa de vida na idade de 1 ano; porcentagem de baixo peso no nascimento; taxas de morte ajustadas por idade; 2) para avaliar gastos: gastos totais de sistemas de saúde per capita.

O fato da APS, quando bem estabelecida, ter efeitos positivos nos sistemas de saúde pode estar relacionada ao fato de lidar diretamente com o contexto da doença, considerada no momento em que o serviço de saúde responde as demandas populacionais no serviço, sendo assim a responsável por planejar o percurso do paciente por toda a rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2002). Nesse percurso a APS deve estar em bastante contato com os demais níveis para que esse paciente não fique preso em uma ilha em uma rede fragmentada de atenção (Mendes, 2010).

4.1.1. Avaliação da Atenção Primária e os Atributos da APS

Starfield (2002) elaborou métodos de avaliação da APS. Tais métodos focam em “7 atributos” da APS, sendo eles:

- 1) Atenção ao primeiro contato;
- 2) Longitudinalidade;
- 3) Integralidade;
- 4) Coordenação;
- 5) Orientação para a comunidade;
- 6) Centralidade na família;
- 7) Competência cultural.

Segundo Giovanella e Mendonça (2008) essa abordagem é difundida no Brasil. Tal abordagem define características específicas da APS, sendo a atenção orientada para a comunidade, respondendo a necessidade de cada membro familiar.

O primeiro atributo diz respeito à atenção de primeiro contato. Tem como definição a porta de entrada preferencial no sistema de saúde. Perceba-se que o termo utilizado “preferencial” e não obrigatório, como ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados (Quadro 1). Esse termo nos traduz uma ideia de quebra de barreiras de acessibilidade, sejam elas geográficas, culturais, organizacionais ou financeiras. Boing et al. (2012) verificou que houve redução nas internações sensíveis à atenção primária com o fortalecimento da APS em todo o país.

O segundo atributo, a longitudinalidade, é a assunção da responsabilidade longitudinal do usuário ao longo da vida (quadro 1). Nesse, o paciente não necessariamente precisa estar doente para receber um serviço ou atenção, há uma continuidade da relação equipe/profissional/usuário no percorrer dos anos. Este atributo será definido com maiores detalhes no capítulo mais adiante (4.3).

Quadro 1- Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde - 2008

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. - Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo? 2. As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada? 3. Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção

	serviços especializados.	especializada? 4. A unidade básica de saúde é o serviço de procura regular das famílias?
Longitudinalidade	- Assunção de responsabilidade pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença da doença.	1. Exige-se o cadastramento/registro de pacientes a um profissional/equipe/serviço? 2. As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo? 3. Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes de APS? 4. Meu médico me vê para rotinas preventivas?
Abrangência ou integralidade	- Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. - Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário.	1. A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade? 2. Qual a abrangência do leque de serviços ofertados? 3. Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado? 4. Meu médico cuida da maioria de meus problemas de saúde?
Coordenação	- Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.	1. Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS o organiza? 2. Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante? 3. Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática? 4. Há mecanismo de integração da rede? A contrarreferência ocorre?
Orientação para a comunidade	- Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. - Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na	1. A equipe conhece os problemas da comunidade? 2. A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade? 3. A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais?

	comunidade. - Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.	4. Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?
Centralidade na família	- Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. - Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.	1. Os prontuários são organizados por família? 2. Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família? 3. Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família? 4. Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência cultural	- Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.	1. A equipe reconhece necessidades culturais especiais? 2. A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas? 3. Os usuários entendem as orientações da equipe?

Fonte: Elaborado com base em Giovanella e Mendonça, 2008.

O terceiro atributo, integralidade, é frequentemente confundido com o atributo coordenação (STARFIELD, 2002). Mas este diz respeito a oferta de serviços preventivos e curativos e garante o acesso a todos os serviços, independente de quem o procura, resolvendo grande parcela das necessidades (Quadro 1). O quarto atributo será definido no capítulo mais adiante (4.4).

A orientação para a comunidade, quinto atributo, é definido como conhecimento da APS em relação as necessidades de saúde da população de sua responsabilidade, considerando o contexto econômico e social em que vive (Quadro 1). Considera a distribuição dos problemas de saúde e recursos disponíveis para a comunidade, participando nas decisões sobre a saúde dessa.

O penúltimo atributo, centralidade na família, é uma das características mais importantes da APS. Essa considera o contexto e dinâmica familiar, permitindo melhores avaliações de cada membro, obtendo melhores respostas (Quadro 1). Este atributo é bastante relacionado ao vínculo longitudinal, abrindo espaço para conhecimento de cada membro familiar e seus problemas de saúde.

Sétimo e último atributo, a competência cultural, reconhece diferentes necessidades da população em geral, suas características culturais, étnicas e raciais, permitindo melhor entendimento dos processos saúde-enfermidade (Quadro 1). No quadro a seguir já se propõem elementos para avaliação da APS por meio de perguntas norteadoras que avalie cada atributo. Esse quadro também fornece definições para cada.

Observando a construção dos métodos de avaliação da APS, é possível perceber o quão próximo está a atenção primária de fatores econômicos e sociais. Apesar de ser a porta de entrada preferencial na rede, a atenção básica não se restringe a estrutura em si nas unidades e outros serviços de saúde. Seus atributos extrapolam o modelo hegemônico (SOUSA; HAMMAN, 2009) e orientam ações para o acompanhamento da comunidade, expandindo a atenção familiar e reconhecendo fatores que influenciam a saúde da população adscrita, permitindo melhor manejo do cuidado, oferecendo diagnóstico e tratamento efetivo ao paciente.

4.2. Programa Saúde da Família

O PSF surgiu no Brasil entre 1991-1994 como Programa e passou desse para uma Política Nacional nos anos subsequentes (SOUSA; HAMMAN, 2009). Este modelo de atenção está voltado para a comunidade, o que exige um olhar voltado para grupos sociais específicos. Sousa e Hamman (2009) nos lembram que o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção básica como primeiro nível de atenção à saúde. A estratégia orienta-se pelos princípios da adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e o planejamento baseado na realidade local. Os mesmos autores reforçam que a grande expansão da estratégia se deu de forma desigual, principalmente em municípios acima de 100 mil habitantes e capitais como o caso de Brasília que em 2006 apresentava apenas 6,2% de cobertura e Rio de Janeiro com 6,5%. Nos últimos 3 anos (2011, 2012 e 2013), de acordo com dados do CNES, essas coberturas no DF foram de aproximadamente 13,92%, 13,32% e 21,24%.

Segundo Starfield (2002) a atenção primária convencional é a atenção que parte da perspectiva do clínico. As limitações são evidentes deste modelo. O paciente não é acompanhado ao longo do tempo por uma equipe de profissionais, resultando que esse paciente aguarde que determinado problema de saúde se agrave antes de procurar atenção. A mesma autora afirma que *“Além disso, os profissionais tradicionais de atenção primária*

clínicamente orientada têm dificuldade em entender o impacto relativo dos fatores ambientais, sociais e comportamentais na etiologia e progressão da enfermidade porque, freqüentemente, não estão familiarizados com o meio no qual os pacientes vivem e trabalham” (STARFIELD, 2002, p. 535). No Brasil adota-se a estratégia saúde da família como prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011). Essa tem como item necessário as equipes multiprofissionais que, segundo a norma oficial (BRASIL, 2011), devem ser compostas no mínimo por “*médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal*” (BRASIL, 2011). Estas equipes devem ter responsabilidades sanitárias por um território de referência, o que pode permitir maior proximidade da APS e o paciente, diferentemente do modelo tradicional.

A ESF rompe com antigos modelos assistenciais para construir um novo cuidar da saúde, assumindo características e atributos, a exemplo a longitudinalidade e a coordenação, capazes de responderem grande parte das necessidades na atenção primária. É essencial a efetivação de vínculos e o acompanhamento da população por longo período e em seus diferentes ciclos de vida (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012). Porém, ainda é um desafio para a atenção primária, pois no próprio processo de transição política esses vínculos podem ser destituídos, seja por troca da equipe de gestão ou mudança no próprio planejamento e no desenvolvimento do trabalho.

Conill (2008) faz uma reflexão sobre os impactos do PSF nos indicadores de saúde que permanecem controversos e o acesso fragilizado por estruturas e apoio técnico inadequado, com sérias fragilidades na gestão e na organização das redes de serviços. Esse impacto é perceptível. O que acontece é que algumas regiões brasileiras ainda não tem o PSF bem consolidado em grande parte do seu território (BOING et al., 2012), no entanto, desde 1998, o país vem apresentando uma redução nas internações sensíveis à atenção primária, podendo perceber uma relação direta com a expansão do PSF, desde 1994, e a resolubilidade da grande demanda no nível da atenção primária.

Almeida, Fausto e Giovanella (2011) avaliando 4 municípios brasileiros que possuem o PSF bem consolidado em grande parte do território, mostra que condições que comprometem a APS como porta de entrada no sistema está também relacionada ao próprio

planejamento da unidade, a exemplo: os horários restritos de funcionamento; dificuldade em trabalhar com a demanda espontânea; e baixa resolutividade. Imagina um usuário que mora em uma região rural bem afastado da Unidade de Saúde, dificilmente conseguirá chegar a uma consulta marcada às 7h da manhã. Ou caso este mesmo usuário adoça após as 21h, dificilmente a porta de entrada dele na rede será a APS. No mesmo estudo feito por Almeida, Fausto e Giovanella (2011) mostra que em 3 municípios estudados, a UBS não foi o serviço procurado por mais da metade das famílias em episódio recente de adoecimento.

É possível verificar desigualdades na cobertura do PSF em diferentes regiões brasileira, principalmente e em centros urbanos (SOUSA; HAMMAN, 2009). Brasília apresenta-se como uma das mais preocupantes quanto à expansão e consolidação das equipes. Em 2006, apenas 6,2% de sua população estava coberta por ESF, enquanto em Teresina, Piauí, aproximadamente 92% da população estava coberta pelos serviços das equipes (SOUSA; HAMMAN, 2009).

Boing et al. (2012) identificou uma redução nas internações por condições sensíveis a atenção primária no Brasil entre 1998-2009, fortemente associada ao fortalecimento da atenção primária em saúde e a expansão da ESF no Brasil.

O PSF é o verdadeiro responsável pela aproximação e interação dos serviços de saúde e a comunidade, programando a relação horizontal entre trabalhadores e usuários e formalizando vínculos (JESUS; ASSIS, 2010). A equipe tem o grande papel de ser a parceira da comunidade, indicando, auxiliando, acompanhando e conhecendo reais necessidades da população adscrita. O Pôr do Sol é uma área, quase que em sua totalidade, desprovida de serviços públicos, contando apenas com 1 escola de ensino fundamental, sem segurança pública efetiva, e demais serviços. É um verdadeiro desafio tanto para as equipes como para outros níveis de tomadas de decisões a construção de uma rede de atenção.

As barreiras são enormes, e o que Sousa e Hamman (2009) mencionam quanto ao “PSF uma agenda incompleta” é de ser questionado. São muitos os desafios que se maximizam por impasses políticos, o que pode dificultar a construção e a estruturação de uma rede de atenção à saúde que garanta ao usuário um atendimento contínuo, universal e equânime.

4.2.1. Programa Saúde da Família no Distrito Federal

Existem estudos que demonstram o avanço das Equipes de Saúde da Família no Distrito Federal. Sales (2013) ao acompanhar o processo histórico de implantação da ESF na Região Administrativa IX, Ceilândia/DF, comparou dados de 2007 a 2011, e, a partir desse levantamento, acompanhou o crescimento em todo o DF em relação a RA IX (Gráfico 1). Em 2007 constavam 33 ESF e 40 EACS, enquanto em 2009 as ESF tiveram um salto para 92 equipes, atingindo em 2011 um número total de 117 ESF (Tabela 1). As EACS também tiveram aumento. Apresentando 25 equipes a mais no decorrer dos 5 anos.

Tabela 1 - Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia - 2007-2011

Ano	Localidade	Equipes de Saúde da Família	Equipes Agentes Comunitários de Saúde
2007	DF	33	40
	RA IX	2	9
2008	DF	39	41
	RA IX	2	9
2009	DF	92	44
	RA IX	1	10
2010	DF	120	60
	RA IX	6	17
2011	DF	117	65
	RA IX	6	10

Fonte: Elaborado com base em Sales, 2013, p. 37 (DIRAPS/SES/DF).

Apesar de Sales (2013) não ter sido registrado na tabela, segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o número de equipes de saúde da família no DF passou de 117 em 2011 (tabela 1) para 174 em dezembro de 2012, incremento de 48,71%. Em 2013 esse número teve um pequeno aumento registrando em outubro um total de 180 equipes, aumento de 3% em relação a dezembro de 2012. Na Regional de Ceilândia de 2011 até dezembro de 2012 houve um incremento de apenas 1 equipe de ESF, totalizando 7 equipes para uma população com mais de 400.000 habitantes, conforme informações da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD – 2013. Em outubro de 2013 esse número diminuiu. Uma equipe saiu do registro do CNES, voltando para o mesmo número registrado em dezembro de 2012 com 7 equipes de ESF.

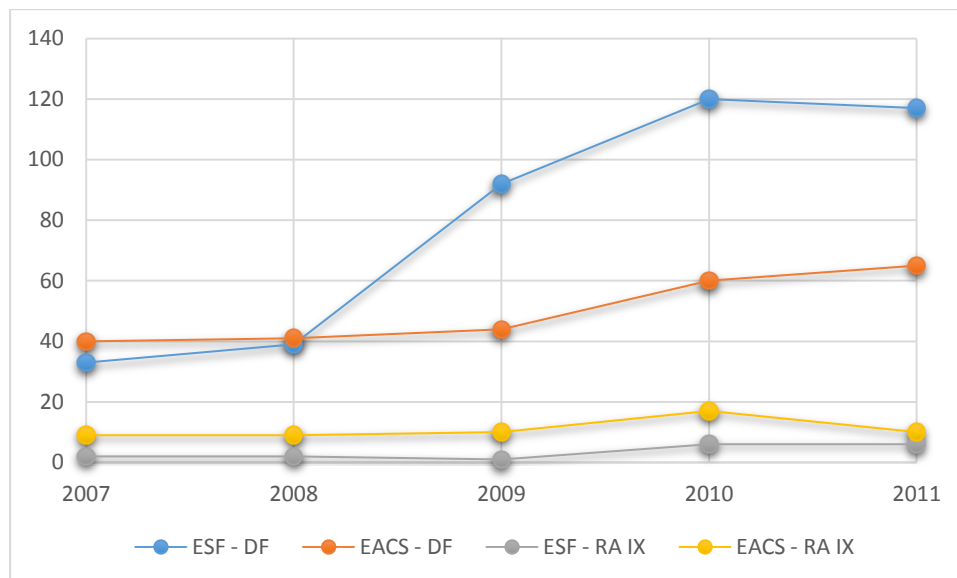
4.2.2. Programa Saúde da Família em Ceilândia (RA-IX)

Sales (2013) mostra que na IX Região Administrativa as Equipes de Saúde da Família apresentam uma certa linearidade entre 2007 e 2011 (Gráfico 1). Em 2007 eram contabilizados 2 ESF e 9 EACS, representando, respectivamente, 6% e 22,5% do total de equipes (Tabela 1). Avançando para 2011 os números sobem para 6 ESF e 10 EACS, porém esse crescimento não acompanha o crescimento total de equipes no DF, representando, respectivamente, aproximadamente 5,1% e 15,4% do total, decréscimo de -0,9% e -7,1% na representação do número total de equipes. Em 2010 o número de EACS atinge seu pico na RA-IX (n=17), representando aproximadamente 28,3% do total de equipes, crescimento de +5,8% comparado a 2007. Esse é um indicador importante para avaliar o comportamento das equipes no decorrer dos anos. Giovanella e Mendonça (2008) apresenta um conceito importante relacionado a importância da coordenação e as equipes de APS, apontando:

“... O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência entre as unidades de saúde, pois tais pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, o que demanda a coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela equipe de atenção primária à saúde.” (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2008, p. 504)

O que está sendo colocado não é apenas a **perda de informações** de usuários por causa de trocas de equipes, até mesmo porque podem existir mecanismos que permitem o compartilhamento de informações de pacientes entre equipes, a exemplo o *Trakcare*, sistema de informação atualmente utilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Mas é a **questão do acompanhamento e vínculo que surge no período de vivência da equipe na comunidade**. Daqui, percebe-se o papel importante do atributo longitudinalidade na avaliação da APS (Quadro 1). Outros conceitos como orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural também apresentam-se como formas de avaliar a APS.

Gráfico 1 - Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde no DF e em Ceilândia – 2007-2011



Fonte: Elaborado com base em Sales, 2013, p. 37.

4.3. Atributo Longitudinalidade

A longitudinalidade é uma relação que aproximam os usuários e os profissionais de saúde. Esse atributo lida com o crescimento e mudanças dos indivíduos em um período de anos (STARFIELD, 2002). Possibilita a equipe conhecer grande parte da população e auxilia no planejamento de ações da Unidade de Saúde.

Souza et al. (2008) verificando as potencialidades e desafios da integralidade do cuidado em unidades de saúde de capitais do nordeste, exemplifica importância da descrição da clientela e o cadastro familiar como eixo norteador no planejamento local da equipe. Tais ações podem possibilitar um menor número de consultas dos pacientes, pois muitos problemas podem ser resolvidos sem a necessidade de uma consulta médica, podendo, às vezes, ser resolvida via contato telefônico (STARFIELD, 2002).

Conhecer a população adscrita permite um melhor planejamento da UBS no atendimento à população. Isso permite uma série de possibilidades de organização da unidade para garantir acesso aos serviços disponibilizados sem que esse usuário procure por outros serviços fora da região de abrangência do centro de saúde (CORRÊA et al., 2011). É importante que a equipe se mantenha estável por um longo período de tempo, até mesmo para criar laços de confiança entre profissionais e pacientes. Nessa ideia, é possível observar que a

longitudinalidade está muito ligada ao atributo coordenação, discutido no ponto (4.4). Starfield (2002) faz uma observação nesse ponto no que ela intitula como “Estudos em que a fonte habitual de atenção era um profissional individual”. Nessa, o conhecimento prévio do paciente, juntamente com um profissional de saúde, que atenda este constantemente, facilita alguns processos, como: manuseio de alguns medicamentos; diagnóstico mais preciso, por familiarizar-se com os paciente; referência e contrarreferência, na qual pacientes consigam completar esse caminho; menores gastos com hospitalizações desnecessárias; sensibilidade de médicos e outros profissionais quanto as informações sobre pacientes. Quando a fonte de atenção é um local específico, Starfield (2002) mostra que o uso de fonte habitual (local específico) durante um período de tempo permite uma maior probabilidade dos pacientes receberem atenção preventiva indicada, seja por ser uma fonte habitual ou por possibilitar a familiarização do indivíduo com os profissionais de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Benefícios da longitudinalidade, com base em evidências da literatura - 2002

	Identificação com um profissional	Identificação com um local
Melhor reconhecimento de problemas/necessidades	++	
Diagnóstico mais preciso	++	
Melhor concordância		
Consultas mantidas	++	
Orientação para tratamento	++	++
Menos hospitalizações	++	+
Custos mais baixos	++	+
Melhor prevenção (alguns tipos)	++	++
Maior satisfação (satisfação e longitudinalidade são recíprocas; uma influência a outra, conforme observado no texto)	++	

++: Boas evidências; +: Evidências moderadas (o efeito pode resultar de uma maior probabilidade de se ter um profissional específico em um local específico)

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002.

Diante da tabela 2 observa-se que a longitudinalidade leva a benefícios que se constroem no decorrer dos anos (Starfield, 2002). Na identificação com o profissional as evidências são boas nos 8 benefícios, o que pode nos indicar que a ESF bem consolidada pode

reduzir custos nos serviços de saúde, realizar diagnósticos mais precisos, pode reduzir o número de hospitalizações/internações desnecessárias, e melhor prevenção e também satisfação nos resultados. Esse atributo é uma característica que diferencia a ESF do antigo modelo assistencial, estabelecendo vínculos e prestando assistência nos diferentes ciclos de vida (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012). Na identificação com um local observa-se boas evidências em 2 benefícios do atributo e 2 evidências moderadas, tendo este resultado associado a profissionais específicos em locais específicos.

4.3.1. Medição da Longitudinalidade

O cadastro de pacientes apresenta-se como elemento chave para estabelecimento de responsabilidades por um grupo de indivíduos, permitindo o acompanhamento de necessidades e respostas mais rápidas e efetivas. Assim, Starfield (2002) descreve o método de medição Usual Provider Continuity – UPC, com base no histórico de utilização de uma fonte de serviço (Quadro 2), porém não representa um padrão de medição. Considera-se assim que resultados mais altos refletem melhor o atributo longitudinalidade, incluindo no numerador apenas aqueles serviços procurados na APS.

Quadro 2 - Medição da longitudinalidade baseado no histórico de utilização de fonte habitual de atenção - 2002

Método	Avaliação	Resultado
Usual Provider Continuity - UPC	Continuidade do profissional usual. Nesta avaliação, o número de consultas a uma fonte habitual de atenção é dividido pelo número total de consultas no mesmo período de tempo	Quanto mais próxima de 1 for a razão, mais alta a longitudinalidade.

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002.

Uma definição interessante do atributo longitudinalidade foi elaborada por Giovanella e Mendonça (2008), ao elaborar um quadro de atributos da APS (Quadro 1), define-se como:

“Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 505)

Assim, as autoras exploram algumas perguntas norteadoras para avaliação de cada atributo da APS. No caso da longitudinalidade, as informações seguem o padrão da medição da APS elaborado por Starfield (2002), tendo como tipo de informação necessária a definição da população eletiva, cadastro do paciente e seu meio social, vínculo com o paciente, independente da necessidade. São 4 perguntas norteadoras, sendo elas:

- 1) *Exige-se o cadastramento/registo de pacientes a um profissional/equipe/serviço?*
- 2) *As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?*
- 3) *Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes de APS?*
- 4) *Meu médico me vê para rotinas preventivas?*

4.4. Atributo Coordenação

A coordenação diz respeito a disponibilização de informações necessárias para o reconhecimento do problema e do atendimento anterior realizado ao paciente. Starfield (2002) ao analisar este atributo como forma de avaliar a APS mostra a importância deste no momento em que o profissional de saúde está ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto. Seja em um hospital, unidade básica, centro de saúde ou unidade de saúde. De início percebe-se que este atributo só ocorre devido a longitudinalidade, discutido no capítulo anterior (4.3).

Disponibilizar condições de acesso e acolhimento, seguindo os princípios do SUS, favorece a obtenção de melhores resultados nas intervenções em saúde (CORRÊA et al., 2011). Analisando a percepção de usuários de uma Unidade de Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso, Corrêa et al. (2011) verificaram que a ausência de um dos membros da Equipe de Saúde da Família pode prejudicar o trabalho e a resolutividade da Unidade de Saúde da Família, fazendo que os usuários procurem por outros serviços e assim comprometendo a

acessibilidade aos serviços de saúde. São vários os fatores que podem contribuir para que este usuário procure por outro serviço de saúde, uma das causas é a falta de profissionais na composição das equipes de Saúde da Família e a baixa consolidação das ESF no território (CORRÊA et al., 2011). A coordenação exige de alguma forma a continuidade do serviço e reconhecimento do problema como elemento processual na avaliação da APS (STARFIELD, 2002).

Bittar, Mendes e Magalhães (2011) ao analisar as competências exigidas na atualidade na administração de sistemas e serviços de saúde, deixa claro a importância das organizações, tanto públicas como privadas, em trabalharem de forma integrada para o fortalecimento do SUS, pois na era da informação, sistemas e redes sociais se unem, tendo esse como atual cenário para o gestor. Essa integração pode até mesmo contribuir para que haja efetivação do processo de referência e contrarreferência entre serviços de saúde, para apoio diagnóstico e manejo terapêutico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Pereira (2013) ao analisar a contrarreferência do Centro Multidisciplinar do Idoso no Hospital Universitário de Brasília, verificou que algumas Regionais que deveriam receber os usuários contrarreferenciados muitas vezes não conheciam de fato o CMI e em grande parte não recebiam estes pacientes, seja por falta de estrutura ou apoio técnico. Ou seja, além dos impasses na contrarreferência, a própria referência também é afetada, pois se não há comunicação entre os serviços, cria-se barreiras que impedem a coordenação do cuidado.

Este fato corrobora a afirmação de Mendes (2010): “uma situação de saúde do século XXI convivendo com um sistema de atenção do século XX”. Ou seja, um sistema composto por verdadeiras ilhas. Mesmo com todo o desenvolvimento tecnológico atual, na era da comunicação e das redes sociais, tem-se ainda um sistema com grandes falhas, que pode gerar custos adicionais, mesmo não sendo efetivo na prestação do serviço, fazendo com que o usuário fique agregado a apenas uma ilha de toda a rede de serviços, impossibilitando a troca de informações entre profissionais.

O apoio técnico tem papel importante na superação dos desafios informacionais. É imprescindível que profissionais e usuários almejem objetivos comuns, construindo consensos, por meio de uma boa interação, sendo capaz de construir aproximações e responsabilidade pelo cuidado (BARATIERI; MANDÚ; MARCON, 2012).

Verificando a implantação do Programa Médico da Família (PMF), em Niterói, Senna e Cohen (2012) ressalta a importância da participação popular e o controle social na organização do processo de trabalho no PMF. Esse programa, em conjunto com as ESF, teve

um bom desempenho. Os membros das equipes eram bem remunerados e vínculo empregatício era pela CLT e a população tinha participação nas decisões e no planejamento do serviço. A ideia era aproximar e criar laços de confiança entre a comunidade e a equipe de saúde, permitindo a equipe conhecer características relevantes da população, permitindo uma coordenação mais eficiente.

Um estudo abordando a implantação em fase inicial do PSF em 10 cidades brasileiras, ressalta a importância do vínculo empregatício estável pelos membros da equipe na adesão profissional e formação de laços com a comunidade (ESCOREL et al., 2007). No mesmo estudo, apenas 4 cidades apresentavam acesso aos serviços especializados feitos por meio de referências de médicos da ESF (ESCOREL et al., 2007). Isso retoma aquela ideia de Bittar, Mendes e Magalhães (2011) da falta de integração entre setores, que mesmo contendo vários serviços de saúde, bem estruturados ou não, não conseguem se comunicar, criando verdadeiras ilhas afastadas umas das outras e impedindo o funcionamento da referência e da contrarreferência, impedindo a continuidade do atendimento e deixando o usuário apenas em um serviço, que por vezes, pode não oferecer a resolutividade do problema demandado. Giovanella e Mendonça (2008) afirmam que a coordenação do cuidado só existe se houver a transferência de informações, assegurando uma sequência ininterrupta de ações, mantendo a continuidade do cuidado.

4.4.1. Medição da Coordenação

Uma forma de medir o atributo coordenação foi elaborado por Giovanella e Mendonça (2008) por meio de um quadro de avaliação da APS, disponível no tópico Avaliação da Atenção Primária (4.1.1) deste estudo (Quadro 1). Observe que existem algumas perguntas norteadoras para a avaliação deste atributo. As respostas para as perguntas podem indicar a forma que a coordenação é aplicada para coordenar ações e serviços na resolução de necessidades. As perguntas são elencadas da seguinte forma:

- 1) *Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS o organiza?*
- 2) *Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?*
- 3) *Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática?*
- 4) *Há mecanismo de integração da rede? A contrarreferência ocorre?*

4.5. Caracterização do local estudado

A Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) realizou no ano de 2013 a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) nos Setores Habitacionais Pôr do Sol e Sol Nascente. Essa foi uma experiência inédita na região, que servirá como ferramenta nas ações e tomada de decisões governamentais. Os dados apresentados pela pesquisa são em conjunto, ou seja, os dados incluem informações de ambas as áreas, não priorizando as particularidades de cada setor. Apesar dessa junção das informações, será uma fonte importante para a caracterização do SHPS, abordando aspectos relativos a características domiciliares, infraestrutura e outras características gerais.

4.5.1. Infra Estrutura Domiciliar

Neste tópico serão apresentados alguns aspectos inerentes a infraestrutura domiciliar no Pôr do Sol e Sol Nascente. Os dados apresentados nas 5 tabelas seguintes podem nortear você leitor a compreender quais serviços públicos atendem a região e o que a população pode enfrentar para se ter acesso aos serviços em geral, principalmente a serviços de saúde.

Tabela 3 - Domicílios ocupados, segundo o abastecimento de água nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013

Tipo de Abastecimento de Água	Nº	%
Rede geral	20.393	98,59
Poço/cisterna	220	1,06
Outros	73	0,35
Total	20.686	100,00

Fonte: Elaborado com dados da Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013.

No geral verifica-se uma grande abrangência de domicílios atendidos por rede geral de abastecimento de água (Tabela 3). Quase 100% (n=20.393) das residências estão sendo atendidas pelo serviço, com pouca presença de poços e cisternas e outros tipos de abastecimento.

Tabela 4 - Domicílios ocupados, segundo o abastecimento de energia elétrica nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013

Tipo de Abastecimento de Energia Elétrica	Nº	%
Rede geral	20.162	97,47
Gambiarra	487	2,35
Outros	37	0,18
Total	20.686	100,00

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013.

No quesito energia elétrica, a situação também é positiva para os moradores (tabela 4). Dos 20.686 domicílios registrados na pesquisa, 97,47% (n=20.162) recebem energia elétrica da rede geral, sendo que apenas 2,35% (n=487) ainda utilizam gambiarras ou redes clandestinas de energia elétrica.

Tabela 5 - Domicílios ocupados, segundo o esgotamento sanitário nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013

Tipo de Esgotamento	Nº	%
Rede geral	1.262	6,10
Fossa séptica	10.646	51,46
Fossa rudimentar	8.690	42,01
Esgotamento a céu aberto	78	0,38
Outros	10	0,05
Total	20.686	100,00

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013.

Os dados da tabela mostram que do total da amostra (n=20.686) mais de 90% (n=19.336) utilizam de fossas, sépticas ou rudimentares, como forma de esgotamento sanitário (tabela 5). A rede geral de esgotamento sanitário atende apenas 6,10% (n=1.262) das duas regiões, com presença também, apesar de pouco, de esgotamento a céu aberto, verificado em 0,38% (n=78) dos domicílios.

Tabela 6 - Domicílios ocupados, segundo a existência de coleta de lixo nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013

Tipo de Coleta	Nº	%
Serviço de Limpeza Urbana	11.553	55,85
Queimado ou enterrado	42	0,20
Jogado em local impróprio	2.809	13,58
Outro destino	6.282	30,37

Total **20.686** **100,00**

Fonte: Elaborado com dados da Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013.

Aproximadamente 56% (n=11.553) das residências contam com os coletas de lixo realizados pelo Serviço de Limpeza Urbana, e um pouco mais de 40% (n=9.091) depositam o lixo em locais impróprios ou em outros destinos como lotes abandonados e terrenos baldios ou até mesmo em esquinas, local onde geralmente o SLU recolhe o material devido a algumas ruas não terem saídas (Tabela 6).

Tabela 7 - Domicílios ocupados, segundo a infraestrutura urbana na rua onde mora nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013

Infraestrutura	Não Tem		Tem		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rua asfaltada	18.766	90,72	1.920	9,28	20.686	100,00
Calçada	19.547	94,49	1.139	5,51	20.686	100,00
Meio-fio	19.338	93,48	1.348	6,52	20.686	100,00
Iluminação pública	1.803	8,72	18.883	91,28	20.686	100,00
Rede de água pluvial	19.991	96,64	695	3,36	20.686	100,00

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013

Um pouco mais de 90% (n=18.766) dos domicílios investigados não contam com malha asfáltica e um pouco mais de 94% (n=19.547) não tem calçadas (tabela 7). Apesar de mais de 90% (n=18.883) dos domicílios contarem com serviço de iluminação pública, esse serviço ainda é ausente em quase 9% (n=1.803) do total de casas. Quase que em sua totalidade (n=19.991, 96,64%) não conta com serviço de recolhimento de água pluvial e meio-fio só aparece em um pouco mais de 6% (n=1.348) das residências.

Estas informações nas tabelas referentes a infraestrutura domiciliar no Pôr do Sol e Sol Nascente podem auxiliar o leitor na percepção da realidade vivenciada por seus moradores. Serviços básicos de Infraestrutura ainda estão ausentes (tabela 5; 6; 7), apesar de um número populacional considerável (Tabela 10), que fornece uma dimensão de município de médio porte. Mais adiante no tópico (4.5.4) será fornecido alguns avanços políticos para a regularização dos condomínios.

4.5.2. Serviços de Saúde

A principal Regional de Saúde utilizado pelos moradores é a RA IX (Tabela 8). Mais de 92% (n=69.504) da população afirma utilizar o Hospital Regional de Ceilândia como fonte de atenção à saúde. A segunda regional mais utilizada pela população é da RA III, com quase 5% (n=3.572) do total. Outras regionais também são utilizadas pela população, porém em números não muito significativos. Essa pode ser uma ótima fonte de informação para o gestor planejar ações e serviços de saúde.

Tabela 8 - População, segundo a localidade do hospital público/Unidade de Pronto Atendimento - UPA utilizado - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013

Região Administrativa	Nº	%	% dos que utilizam
Total	78.912	100,00	
Não utilizam	4.005	5,08	
Total dos que utilizam	74.907	94,92	100,00
RA I – Brasília	934	1,18	1,25
RA II – Gama	110	0,14	0,15
RA III – Taguatinga	3.572	4,53	4,77
RA IV – Brazlândia	78	0,10	0,10
RA VIII - Núcleo Bandeirante	5	0,01	0,01
RA IX – Ceilândia	69.504	88,07	92,79
RA X – Guará	191	0,24	0,25
RA XI – Cruzeiro	183	0,23	0,24
RA XII – Samambaia	330	0,42	0,44

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente – PDAD 2013.

Quanto a localidade do posto de saúde utilizado pelos moradores (Tabela 9) já era de se esperar um comportamento parecido com a tabela anterior (Tabela 8). Quase 98% da população utiliza postos de saúde da RA IX. Informação bastante relevante para que os CS desenvolvam estratégias para atender essa demanda, adotando a saúde da família como reorientação da atenção e estabelecendo critérios de focalização ou seletividade que não contrariem a universalização (SOUSA; HAMMAN, 2009).

Tabela 9 - População, segundo a localidade do posto de saúde que utiliza nos Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013

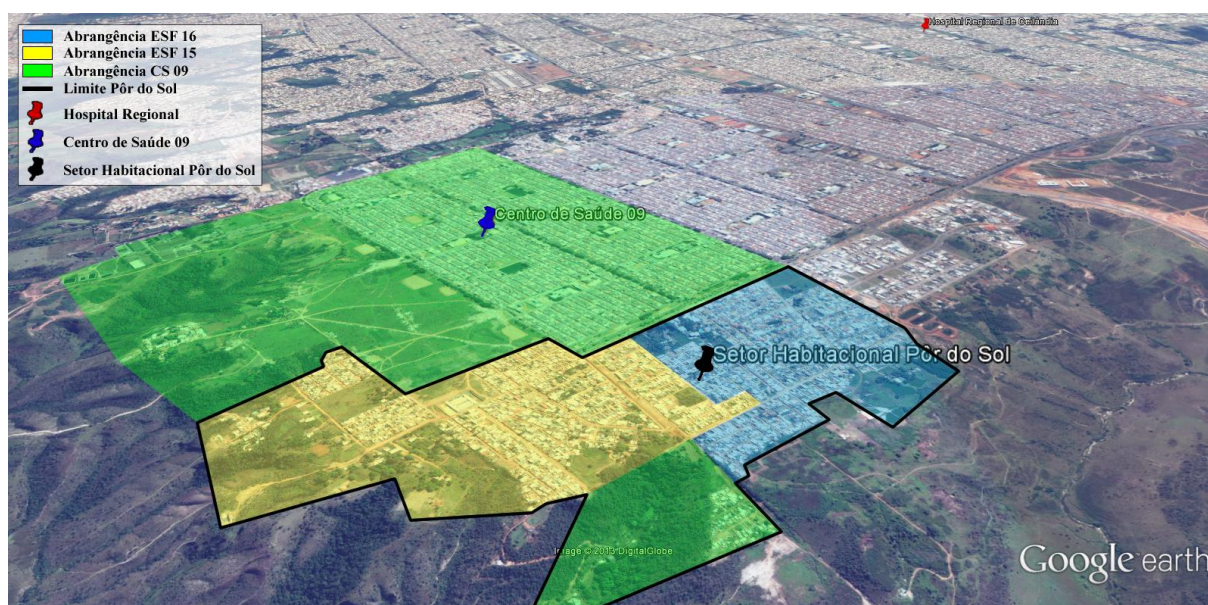
Região Administrativa	Nº	%	% dos que utilizam
Total	78.912	100,00	
Não utilizam	3.880	4,92	

Total dos que utilizam	75.032	95,09	100,00
RA I – Brasília	15	0,02	0,02
RA III – Taguatinga	1.325	1,68	1,77
RA V – Sobradinho	5	0,01	0,01
RA VIII - Núcleo Bandeirante	5	0,01	0,01
RA IX – Ceilândia	73.352	92,95	97,75
RA XII – Samambaia	330	0,42	0,44

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente – PDAD 2013.

Utilizando a ferramenta gratuita Google Earth é possível montar um panorama da rede de atenção no Pôr do Sol (Figura 2). Uma visão mais abrangente da localidade percebe-se que é uma área que fica na borda da zona urbana, que cresceu de tal forma que sua dimensão compara-se a área de abrangência superior do CS 09 setor Psul. O hospital público mais próximo está destacado pelo pequeno ponto em vermelho, no canto direito superior, a aproximadamente 6 KM. A distância média que as equipes percorrem para ter acesso ao centro do Pôr do Sol é de aproximadamente 2 KM. Como a burocracia estatal não permite obras públicas em localidades ainda não regularizadas, as equipes carecem de uma estrutura fixa como ponto de apoio dentro do Pôr do Sol. Sendo que a cada atividade devem percorrer tal trajeto.

Figura 2 - Mapa da área de abrangência do Centro de Saúde Nº 09 e Programa Saúde da

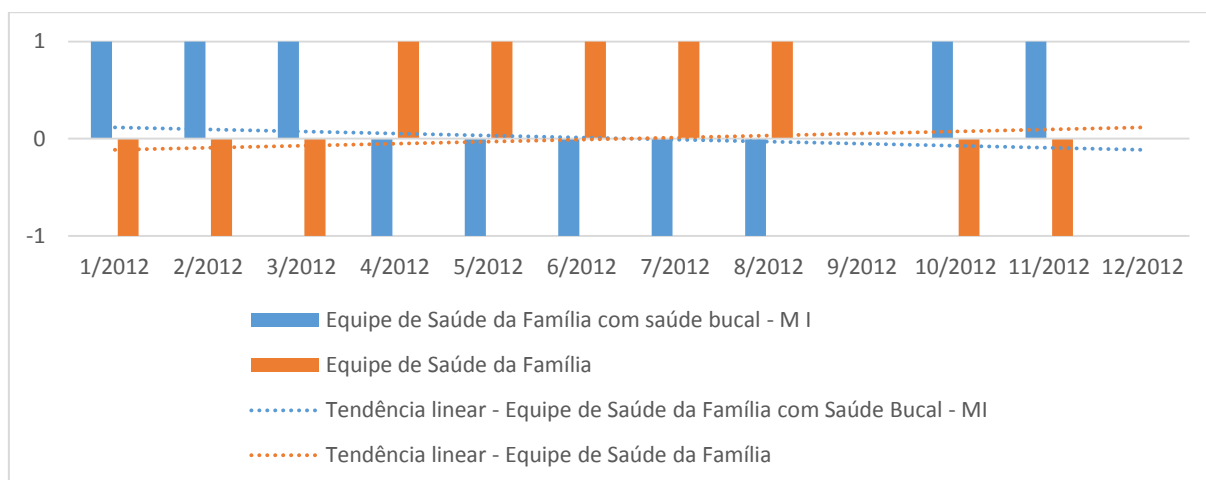


Família no Setor Psul e Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2013

Fonte: Mapa elaborado por membros da Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde 09, Ceilândia/DF, 2013.

A única rede de atenção à saúde no Pôr do Sol divide-se em três partes para atender a região. A parte em azul é a área de abrangência da ESF 16, responsável por atender toda a parte norte. Nessa área a população cadastrada pela Equipe é menor, devido ao planejamento local, que inclui terrenos maiores, com cerca de 300m² ou mais. De vista, é possível perceber um certo grau de desenvolvimento comparado as outras áreas, com casas, em grande parte, feitas de alvenarias. A área amarela é de responsabilidade da ESF 15 e a camada em verde representa a área de abrangência do CS 09. Ao ver a imagem deve surgir a seguinte pergunta: “Por que a área verde na parte inferior do Pôr do Sol?”. Devido a dificuldades de acessar a localidade, os moradores dessa parte não contam com equipes, sendo o acesso a serviços de saúde realizados diretamente no CS 09 ou então em outros CS mais próximos, ou até mesmo no Hospital Regional, localizado no pequeno ponto em vermelho ao norte. Para ver a imagem ampliada e com melhor nitidez veja o Anexo (9.6). Tanto a área azul e a amarela são divididas em 5 microáreas. Na primeira: a microárea 01 - abrange três (3) quadras; 02 – cinco (5) quadras; 03 – treze (13) quadras e duas (2) chácaras; 04 – seis (6) quadras; e 05 – cinco (5) quadras. Na região em amarelo cada microárea abrange: 01 – uma (1) quadra; 02 – cinco (5) quadras; 03 – seis (6) quadras e uma (1) chácara; 04 – três (3) quadras; e 05 – duas (2) quadras e seis (6) chácaras. Em seguida será exemplificado o comportamento de uma equipe de saúde da família que atende o Pôr do Sol no ano de 2012 (gráfico 2). Houve uma série de mudanças na equipe, sendo que em alguns meses essa era considerada como equipe de saúde da família com saúde bucal – MI e em outros meses como equipe de saúde da família. A linha de tendência mostra uma mudança de configuração dessa equipe para ESF.

Gráfico 2 - Caracterização da Equipe de Saúde da Família α por competência - Centro de Saúde N° 09 - Ceilândia/DF - 2012



(1) Está caracterizada

(-1) Não caracterizada

Fonte: Elaborado com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, consulta por equipe - competência 2012.

Os meses de setembro e dezembro não apresentaram registros se a equipe em questão era ESF com Saúde Bucal ou apenas ESF. Observa-se um certo equilíbrio na caracterização da equipe α ao longo de 2012. Essa iniciou o ano como ESF + SB (MI) e após três meses passou a ser ESF, retornando a sua configuração inicial somente no mês de outubro. Apesar desse comportamento a linha de tendência indica uma configuração da equipe α como equipe de saúde da família sem saúde bucal. A seguir são apresentadas algumas informações referentes a composição dessa equipe no ano de 2012 (tabela 10). Durante quatro meses a equipe se manteve com 9 profissionais e outros seis meses com apenas 8 membros. Dentre as atividades estão os agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, auxiliar em saúde bucal, cirurgião-dentista, enfermeiro e o médico. Esse último permaneceu na equipe durante os dez meses relatados. Fazendo uma comparação com o gráfico anterior (gráfico 2) nos meses de julho e agosto a equipe contava com 1 cirurgião-dentista, porém o CNES classificava essa como ESF sem saúde bucal.

Tabela 10 - Composição da Equipe de Saúde da Família α por competência – Centro de Saúde N° 09 – Ceilândia/DF - 2012

Atividade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Agente comunitário de saúde	3	3	3	3	3	3	3	3	-	3	3	-
Auxiliar de enfermagem	2	2	2	2	2	2	2	1	-	1	1	-
Auxiliar em saúde bucal	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	-
Cirurgião-dentista	1	1	1	0	0	0	1	1	-	1	1	-
Enfermeiro	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	-
Medico	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	-
TOTAL	9	9	9	8	8	8	9	8	-	8	8	-

Fonte: Elaborado com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, consulta por equipe - competência 2012.

O número de ACS permaneceu sem mudanças durante o período com apenas 3 profissionais. Houve mudança no quadro de auxiliar de enfermagem a partir do mês de agosto, com perda de 1 membro nos meses subsequentes. A ausência do cirurgião-dentista se deu entre os meses de abril e junho. O(a) auxiliar em saúde bucal e o(a) médico(a) permaneceram na equipe ao longo de 2012. Informações dos meses de setembro e dezembro poderiam contribuir com mais detalhes quanto a composição da equipe α na competência em questão.

4.5.3. População Urbana

A caracterização da população urbana do Pôr do Sol e Sol Nascente é o último ponto antes de partir para os avanços políticos e regularização do condomínio. A seguir serão apresentadas algumas informações sobre a composição da população, segundo o sexo (Tabela 11), e sua distribuição por grupos de idade (Tabela 12).

Tabela 11 - População, segundo o sexo – Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF - 2013

Sexo	N°	%
Masculino	39.874	50,53
Feminino	39.038	49,47
Total	78.912	100,00

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Setores Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013.

É equilibrada a distribuição da população feminina e masculina em ambas as áreas. São 78.912 habitantes identificados, dentre esses: 50,53% (n=39.874) do sexo

masculino; e 49,47% (n=39.038) do sexo feminino. População distribuída em 20.686 domicílios analisado, apresentando média aproximada de 3.8 habitantes por residência.

Tabela 12 - População, segundo os grupos de idade - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente, Ceilândia/DF – 2013

Grupos de idade	Nº	%
0 a 4 anos	6.931	8,78
5 a 6 anos	2.803	3,55
7 a 9 anos	4.859	6,16
10 a 14 anos	8.981	11,38
15 a 18 anos	7.149	9,06
19 a 24 anos	7.046	8,93
25 a 39 anos	21.883	27,67
40 a 59 anos	15.525	19,67
60 a 64 anos	1.702	2,16
65 anos ou mais	2.803	2,64
Total	78.912	100,00

Fonte: Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Setores Pôr do Sol e Sol Nascente - PDAD 2013.

Na distribuição da população por grupos de idades obtêm-se os seguintes dados: aproximadamente 39% da população total são crianças e adolescentes, com idades entre 0 e 18 anos; 56,27% do total é composta pela população adulta, com idade entre 19 e 59 anos; e aproximadamente 5% são idosos com 60 anos ou mais. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considera criança aquela com idade até 12 anos incompletos e adolescente entre 12 e 18 anos de idade. Já o estatuto do idoso, Lei Nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, define em seu primeiro artigo que que são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. São dados importantes para os serviços prestados pela UBS, pois podem ser considerados no momento do planejamento da coordenação da atenção na Unidade de Saúde.

No geral é possível perceber poucos dados estatísticos oficiais da Pôr do Sol, como: população total; densidade demográfica; número de domicílios; e áreas em situação de risco. Utilizando um software de mapeamento é possível observar na Figura 3 (Anexo 9.3) a área ocupada referente ao Pôr do Sol no ano de 2003, já no ano de 2008 é possível observar um avanço expressivo na urbanização do Pôr do Sol conforme a Figura 4 em anexo (Anexo 9.4).

4.5.4. Avanços políticos e a regularização

A Lei Complementar Nº 785, de 14 de novembro de 2008, divulgado no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) de 21 de novembro de 2008, cria o Setor Habitacional Sol Nascente e a Área de Regularização de Interesse Social (ARIS) Pôr do Sol, na Regional de Ceilândia, e estabelece parâmetros para a aprovação de projetos de urbanismo. Ambas as áreas são consideradas Zonas Especiais de Interesse Social (ZIES) e cabe ao Poder Executivo providenciar a implantação de infraestrutura básica, que consiste, no mínimo, em implantar vias de acesso e circulação, escoamento de águas pluviais, rede de abastecimento de água potável e solução para o esgotamento sanitário e energia elétrica domiciliar. Tais medidas são adotadas em respeito à lei Nº 10.257, de 10 julho de 2001, que estabelece normas de ordem pública e interesse social que regulam o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, conforme destacado no Art. 7º da lei complementar que cria o Sol Nascente e o Pôr do Sol:

“Em virtude do relevante interesse público e social e por se tratar de área ocupada por população de baixa renda, o Governo do Distrito Federal, nos termos da Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, adotará todas as providências necessárias para a regularização fundiária dos Setores Habitacionais Sol Nascente e ARIS Pôr do Sol, de forma a garantir a titulação aos atuais ocupantes que atendam aos critérios estabelecidos pela Política Habitacional do Distrito Federal, visando cumprir a função social da propriedade urbana.” (BRASIL. Lei Complementar nº 785, de 14 de novembro de 2008)

5. MÉTODO, PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo faz parte da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília - UnB, Faculdade de Ceilândia – FCE. Trata-se de um estudo descritivo no qual o objetivo é analisar a estrutura relacionada aos atributos longitudinalidade e coordenação da APS ofertada pelo centro de saúde nº 09 no Pôr do Sol e descrever aspectos de estrutura física e composição de uma equipe de ESF e também a produção de serviços por esta. Os resultados deste estudo servem como modelo informativo para profissionais de saúde, principalmente para as equipes de ESF que atuam diretamente no Pôr do Sol e gestores locais.

Para se alcançar os objetivos deste estudo, que propõem apresentar a estrutura e a produção de serviços relacionadas aos atributos longitudinalidade e coordenação da APS no Pôr do Sol, a abordagem metodológica a ser utilizada é a descritiva, buscando descrever características e propriedades desse fenômeno. Essa abordagem, segundo Assis (2009), visa:

“[...] observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os dados sem interferência, sem manipulação do pesquisador. Entre essas pesquisas estão as de opinião, as mercadológicas, os levantamentos sócio-econômicos e psicossociais, em suma, a maioria das pesquisas desenvolvidas nas Ciências Humanas e Sociais.” (ASSIS, 2009, p.18)

Assim, a pesquisa se desenvolve por meio de técnicas de coleta de dados padronizadas, sendo realizada principalmente por meio de questionários e da observação sistemática do fenômeno (ASSIS, 2009).

A escolha pelo método de pesquisa se justifica por experiências de campo nas disciplinas de Epidemiologia para Gestão em Saúde, Avaliação e Monitoramento em Saúde e Práticas Integradas em Saúde da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, por meio de visitas domiciliares acompanhados por profissionais da Equipe de Saúde da Família e em visitas aos Centros de Saúde da Regional de Ceilândia/DF.

Nessas atividades foi possível identificar algumas dificuldades na região do Pôr do Sol. Verifica-se baixa cobertura de equipes e carência de serviços públicos como: ausência da rede de esgoto; malha asfáltica somente na via principal; ausência de serviços de saúde/instalações físicas de saúde; e a falta de planejamento local. Esse último pode dificultar

serviços básicos como o de Serviço de Limpeza Urbana (SLU), com ruas sem saídas e/ou muito estreitas. Pesquisa feita pela CODEPLAN em 2013 confirma essa realidade.

Para a coleta de dados foi essencial o contato direto com as instituições envolvidas: Centro de Saúde; e a Diretoria de Atenção Primária à Saúde – DIRAPS, da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF). Foi elaborada uma agenda com os atores envolvidos, principalmente com os profissionais da ESF. Foi aplicado um questionário (Anexo 9.5) composto por questões abertas e fechadas e, mediante suas respostas, descrever estruturas que permitem os atributos longitudinalidade e coordenação da APS no Pôr do Sol. Nos Resultados, se apresentam os dados quantitativos de respostas e **uma seleção dos comentários feitos pelos entrevistados em relação às suas respostas**; esse procedimento permite observar algumas contradições e possíveis dificuldades de compreensão sobre as questões, mas também **permite ver alguns indícios das dificuldades enfrentadas na concretização dos atributos da APS aqui estudados**.

Foi utilizado o Quadro de Avaliação da APS elaborado por Giovanella e Mendonça (2008) para a elaboração do questionário, de forma que aborde questões que possibilitem o entendimento de estruturas no serviço estudado (Quadro 1). A utilização de dados secundários também compõe fonte de informação importante para a análise. Esses dados são da produção de uma equipe no período de 2012.

O Pôr do Sol é dividido pelas ESF em duas grandes áreas, são elas:

Área 1: A área 1 (azul) é subdividido em 5 micro áreas e é atendido pela ESF 16.

Área 2: A área 2 (amarelo) também é subdividido em 5 micro áreas e é atendido pela ESF 15. (Ver figura 2)

A área foi dividida de forma a distribuir, proporcionalmente, a população para ambas as equipes. Vale lembrar que a ESF é a única rede de atenção à saúde existente no Pôr do Sol. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, competência 2013, ambas as equipes possuem 10 profissionais e apresentam as seguintes composições: ESF 16 – um (1) cirurgião dentista, um (1) enfermeiro, dois (2) auxiliar de enfermagem, quadro (4) agentes comunitários de saúde, um (1) médico e um (1) auxiliar em saúde bucal; ESF 15 – um (1) cirurgião dentista, um (1) médico, um (1) auxiliar em saúde bucal, quatro (4) agentes comunitários de saúde e dois (2) auxiliar de enfermagem. Foi escolhida uma das equipes como foco de estudo e foi nomeada como equipe α (alfa). Durante a pesquisa não foi identificada a profissão de cada participante e nem a área que atua. Durante o período de 2012 houve a presença do médico na equipe α em todo o ano (tabela 10). Os que responderam

foram identificados apenas como Profissional 1, 2, 3(...). O mesmo questionário também foi aplicado a(o) gestor(a) do serviço, porém tabelado separadamente e nomeado como Gestor β.

Deve-se ressaltar que no questionário as perguntas não foram direcionadas ao período de 2012, sendo as respostas lembranças dos participantes, o que pode representar uma das limitações do estudo. Foi estruturado de forma semiaberta com 11 questionamentos, 4 relacionado ao atributo longitudinalidade e 7 ao atributo coordenação da atenção. Foi aplicado a aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 12.1), dentro do horário de suas atividade e no próprio centro de saúde.

A busca por informações foi diretamente no Centro de Saúde, por meio das equipes. Foi possível conseguir apenas dados de produção da equipe do período de 2012. As informações referentes aos períodos de 2011 e 2013 não estavam disponíveis e os que tinham, no caso a produção de 2012, não estavam totalmente preenchidos, sendo que alguns meses não haviam produção. A produção obtida na DIRAPS de 2012 estava mais consolidada.

Comitê de Ética em Pesquisa: Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e aprovado em 18 de novembro de 2013, em cumprimento as normas e diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (Anexo 12.2). A cada sujeito foi apresentado o TCLE, formalizando a sua participação na pesquisa.

Trabalho desprovido de fonte financiadora, sendo todos os custos arcados pelo autor do projeto.

Nos resultados da produção da equipe, mais especificamente nas consultas médicas, não foi calculado o índice *Usual Provider Continuity - UPC* (quadro 2) devido ao sistema atual de informação utilizado no Centro de Saúde não fornecer informações necessárias para se determinar o denominador da fração, no caso o número total de consultas da área. Resta-se assim apenas indícios de longitudinalidade. As limitações dos sistemas de informações não permitiram um estudo de avaliação.

Outra limitação do estudo é não ter realizado entrevistas com os moradores da área estudada, as limitações de tempo e recursos neste TCC não o permitiram. Dessa forma tem-se somente a visão dos profissionais que ofertam os serviços.

6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

6.1. Resultado dos Questionários

Dos 10 profissionais da equipe α 70% (n=7) responderam o questionário. Outros 30% (n=3) estavam ausentes ou por algum outro motivo não puderam responder. O gestor do serviço também respondeu o questionário e conforme a metodologia proposta (tópico 5) foi chamado de Gestor β . O questionário foi estruturado em 11 perguntas, cada uma contendo 3 respostas (1-Sim; 2-Não; 3-Não Informado) e um campo destinado a comentário (opcional). Para analisar as informações obtidas nos questionários, cada pergunta foi descrita logo abaixo seguido pelas respostas e discussão.

Pergunta 1: A ESF exige o cadastramento e/ou registro de pacientes?

Foi unânime a resposta da equipe α em relação ao cadastramento e/ou registro de pacientes. Todos (n=7) afirmaram que existe o cadastramento. O profissional 2 comenta que existem duas formas de cadastro da população, que seria através das fichas que os ACS utilizam nas visitas domiciliares ou pelo acesso direto do usuário no centro de saúde. As informações podem indicar traços de longitudinalidade do cuidado. O Gestor β confirma que existe o mecanismo de cadastramento de paciente. Estudo de Almeida, Fausto e Giovanella (2011) analisando a APS em 4 municípios brasileiros com baixa consolidação do PSF mostra como resultado a dificuldade da unidade de saúde em atender a demanda espontânea e grupos não prioritários. É importante que essa equipe consiga desenvolver o processo de adscrição de pacientes, o que pode indicar longitudinalidade do cuidado, vínculo de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipe (BRASIL, 2011)

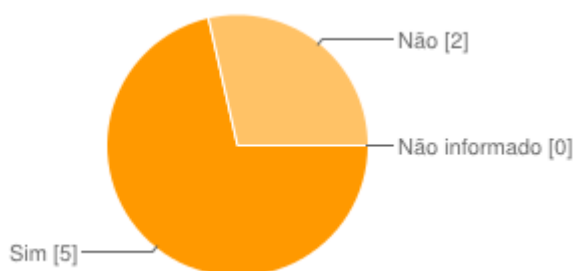
Comentário(s):

“Existem duas formas de cadastro: A ficha do ACS e um cadastro com a equipe no posto.” (Profissional 2)

Pergunta 2: As famílias que residem no Setor Habitacional Pôr do Sol são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?

Da equipe α 71,42% (n=5) afirmaram que as famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo. Os demais 28,57% (n=2) não concordam que as famílias são acompanhadas pela mesma equipe. Essa discordância pode indicar mudanças constantes no quadro profissional da equipe. Dentre os comentários listados o profissional 6 informa que são acompanhadas apenas aquelas que estão na área de abrangência da equipe e o profissional 4 de que cada microárea tem uma equipe responsável. Ambos os comentários não informam se as equipes passam por constantes mudanças no quadro profissional, mas sabe-se que no ano de 2012 houve ausência do cirurgião-dentista por três meses e de um auxiliar de enfermagem nos meses de agosto, outubro e novembro (tabela 10). O Gestor β afirma que as famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo.

Gráfico 3 - Resultado do questionário - As famílias que residem no Setor Habitacional Pôr do Sol são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?



Comentário(s):

“As que são coberta apenas.” (Profissional 6)

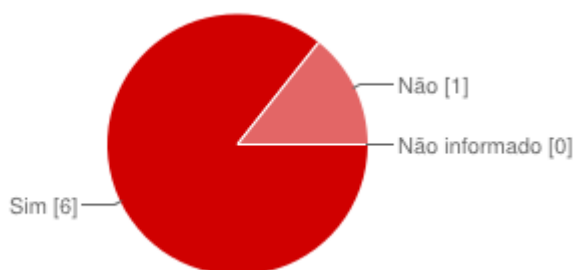
“Porém, cada microárea tem uma equipe determinada.” (Profissional 4)

Pergunta 3: Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais da ESF?

Na terceira pergunta 85,71% (n=6) da equipe α afirmaram que existe a confiança e conhecimento entre famílias e equipe. Porém, comentário do profissional 3 observa-se que as famílias podem ainda não ter conhecimento amplo do PSF e seu papel na comunidade. Esse comentário pode ser um indicador de que a população pode não reconhecer sua fonte

habitual de atenção (STARFIELD, 2002). Já o profissional 1 afirma que a confiança é construída com o convívio, ou seja quando essa equipe passar a acompanhar as famílias ao longo do tempo. Esse comentário pode sugerir que essa relação de confiança ainda está sendo construída, mesmo sabendo que as equipes atuam desde o ano de 2010 na área. Apenas 12,5% (n=1) afirma que não há confiança entre ambas as partes. O Gestor β respondeu que sim, que existe essa relação de mútua confiança e como comentário respondeu apenas “deveria”. Apesar de ter respondido sim, a resposta do gestor pode suscitar certa dúvida sobre essa relação.

Gráfico 4 - Resultado do questionário - Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais da ESF?



Comentário(s):

“A população ainda não detém do conhecimento amplo sobre o ESF, assim como seus objetivos e o seu ‘alcance’.” (Profissional 3)

“Essa relação vem sendo construída na medida em que aumenta o convívio e a resolutividade.” (Profissional 1)

“Deveria.” (Gestor β)

Pergunta 4 - O médico da família realiza rotinas preventivas?

Nessa pergunta também foram unânimes as respostas. Da equipe α 100% (n=7) afirmaram que o médico da equipe realiza rotinas preventivas no Pôr do Sol. No tópico 6.2.6 mais adiante há uma tabela que confirma a visita de médicos nos domicílios no ano de 2012 (Tabela 18), provavelmente para realização de procedimentos (tópico 6.2.5) ou para rotinas preventivas. Porém a equipe não atingiu em 2012 o teto mínimo de população atendida que segundo a PNAB é de 3.000 habitantes (Gráfico 12; BRASIL, 2011). Porém para alcançar o teto mínimo seria necessário quatro ACS na equipe, e no ano de 2012 só constavam três. Segundo a PNAB *“A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação*

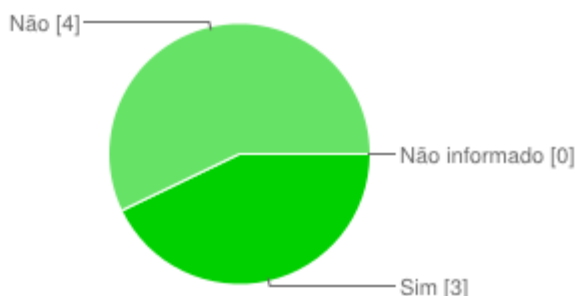
clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;” (BRASIL, 2011). O Gestor β confirma a realização de rotinas preventivas.

Comentário(s): Nenhum comentário registrado.

Pergunta 5 - Se vários médicos estão envolvidos no tratamento de um paciente, o médico da ESF o organiza?

Essa pergunta pode não ter ficado muito clara para os profissionais da equipe α . Dos entrevistados 57,14% (n=4) afirmam que o médico da família não organiza o tratamento do paciente. Os demais 42,85% (n=3) concordam que o médico organiza. O Profissional 4 diz que apenas o clínico geral organiza o tratamento, sendo possível encaminhar o paciente para outra especialidade. O profissional 5 indica o encaminhamento de paciente. Já o profissional 1 mostra um impasse para essa pergunta, já que existe troca constante dos médicos e o atual é do programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde, que tem duração determinada, o que segundo a fala pode não permite uma organização por parte do médico já que não é comum esse acompanhar por longos períodos a população cadastrada. Deve-se lembrar que essas respostas são resultados de lembranças dos membros da equipe e que a figura do médico esteve presente durante todo o período de 2012. Nesse ano de 2013 segundo informações do CNES a equipe α permaneceu por alguns meses sem o médico de família, mesmo assim Gestor β confirma a organização do médico da ESF no tratamento de um paciente. Isso indica certa contradição e possível não entendimento da pergunta.

Gráfico 5 - Resultado do questionário - Se vários médicos estão envolvidos no tratamento de um paciente, o médico da ESF o organiza?



Comentário(s):

“Apenas o clínico geral, porém se houver necessidade de outra especialidade é dado o encaminhamento.” (Profissional 4)

“‘So’ existe 01 médico para cada equipe e esse médico, a atual, é do programa Mais Médicos, com duração limitada.” (Profissional 1)

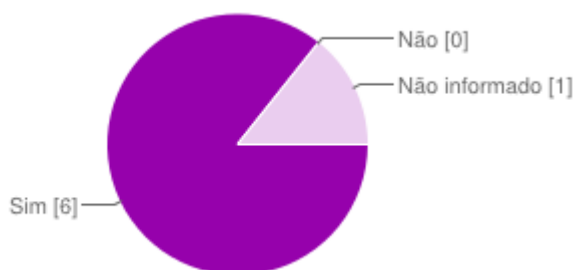
“O médico encaminha o paciente que necessitar de alguma especialidade.” (Profissional 5)

Pergunta 6 - Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?

Dos que responderam 6 (85,71%) afirmaram que há reconhecimento de problemas e que demandam atenção constante e apenas 1 (12,5%) não se posicionou. Nos comentários surgem indícios que são reconhecidos problemas como no caso de pessoas acamadas, descompensadas pela hipertensão arterial, diabetes e pacientes que necessitam atenção constante para troca de sondas (Profissional 4). Outro indica reconhecimento de casos de hipertensos e diabéticos, incluindo pacientes que necessitam de atendimento psiquiátrico e cuidados com algumas patologias específicas (Profissional 1). Outro informa que esse reconhecimento se dá exatamente pelo acompanhamento do ACS na comunidade (Profissional 3). Nesse comentário o ACS se apresenta como personagem principal no reconhecimento de problemas. Mas vale lembrar que esse reconhecimento não se dá através do agente comunitário. Os demais membros da equipe também são responsáveis por reconhecer problemas, sendo esse um passo para se alcançar aspectos da longitudinalidade, tornando o profissional da equipe ciente de todos os problemas do paciente em qualquer

contexto (STARFIELD, 2002). Assim o trabalho do ACS não pode ocorrer e forma isolada. O Gestor β assinalou apenas que existe o reconhecimento de problemas. Apesar do campo comentário ter sido opcional, este profissional poderia ter explorado mais estes espaços. Aliás este trabalho será disponibilizado no centro de saúde como fonte de consulta para as equipes e demais trabalhadores.

Gráfico 6 - Resultado do questionário - Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?



Comentário(s):

“Pessoas acamadas, descompensadas pela H.A e DIABETES, pessoas que necessitam troca de sondas, etc...” (Profissional 4)

“Participação ativa dos Agentes Comunitários de Saúde.”
(Profissional 3)

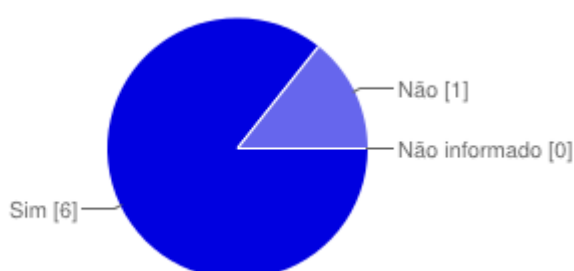
“Pacientes crônicos (hipertensos e diabéticos), psiquiátricos e alguns casos de patologias isoladas ou deficiência de cuidados.”
(Profissional 1)

Pergunta 7 - Existem protocolos para a transferência de informações entre médicos da ESF e especialistas?

Um pouco mais de 85% (n=6) dos profissionais da equipe α afirmam que existem protocolos para a transferência de informações entre médicos e especialistas. E 14,28% (n=1) não conhece protocolos para esta transferência. Dentre os comentários um cita que o *feedback* entre profissionais que não existe (Profissional 2). O mesmo descreve o Código Internacional de Doenças – CID – como protocolo para transferência. Porém o CID é apenas uma classificação internacional de doenças. Outro relata que existe um sistema para troca de

informações, que poderia permite a referência e a contrarreferência, mas que na realidade não existe (Profissional 3). O profissional 1 cita o software *Trakcare*, sistema de informação utilizado pela SES-DF, para encaminhamento para médicos especialistas. Essas respostas dão a entender que os profissionais estão se referindo ao *trakcare* como protocolo para transferência de informação, quando na realidade é apenas um sistema de informação e não protocolo.

Gráfico 7 - Resultado do questionário - Existem protocolos para a transferência de informações entre médicos da ESF e especialistas?



Comentário(s):

“Se for no sentido de feedback entre os profissionais não existe. O que existe é o CID-Código Internacional de Doenças que vai descrito no prontuário.” (Profissional 2)

“Existe um sistema de referência e contra-referência para troca de informações entre os médicos da ESF e especialistas, mas não está sendo efetivo.” (Profissional 3)

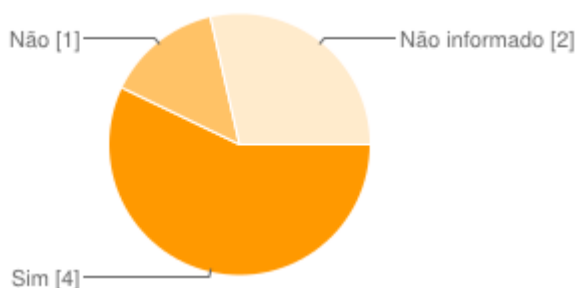
“Trackcare’ (prontuário eletrônico), protocolos para encaminhamentos aos especialistas e tomada de condutas específicas.” (Profissional 1)

Pergunta 8 - Se a resposta for SIM na pergunta anterior, estes protocolos são utilizados na prática?

Verifica-se que 2 (28,57%) profissionais optaram por não se posicionar diante da pergunta, sendo que 57,14% (n=4) dos que responderam concordam que os protocolos são utilizados na prática e apenas 14,28% (n=1) não reconhece a utilização de protocolos. É

possível perceber certo impasse para a identificação de protocolos, principalmente quando na pergunta anterior (pergunta 7) alguns profissionais da equipe α identificam como protocolos o *trakcare* e o CID. Assim, é possível perceber dubiedade de participantes em relação a protocolo e sistema de informação. O Gestor β confirma a utilização de protocolos. Não houve registro no campo comentário.

Gráfico 8 - Resultado do questionário - Se a resposta for SIM na pergunta anterior, estes protocolos são utilizados na prática?



Comentário(s): Nenhum comentário registrado.

Pergunta 9 - Existem mecanismos de integração da rede?

No questionamento sobre mecanismos de integração da rede foram 71,48% (n=5) da equipe α responderam sim, que existem mecanismos de integração da rede, e apenas 28,57% (n=2) marcou a opção não informado, o que pode ser resultado de um não entendimento da pergunta. O Profissional 1 diz que o mecanismo em vigor é o *Trakcare*, e mesmo com o esse sistema a contrarreferência é muito ruim. O Profissional 2 foi além e diz que o mecanismo existe, porém somente papel. No geral nota-se que os profissionais também possuem dificuldades no entendimento da questão. O profissional 6, por exemplo registrou apenas uma interrogação no campo comentário.

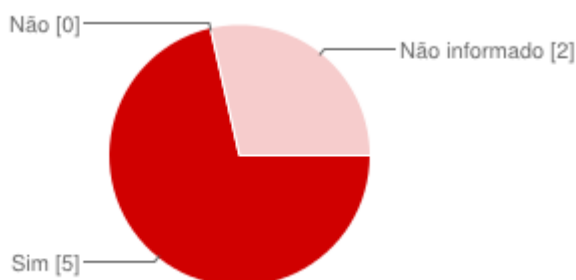
O profissional 2 foi além no discurso e cita o NASF como instrumento de apoio às equipes, mas que ainda carece de estrutura. Esse núcleo, segundo ele, está saturado e não consegue atender toda a demanda da Regional IX. O mesmo profissional cita “*Segundo informações, uma equipe do NRAD (Núcleo Regional de Atenção Domiciliar), pelo protocolo, deveria ficar responsável por um grupo de 100.000 hab. Estima-se em Ceilândia uma população de 600.000 hab., logo precisaria de 6 equipes para atender a demanda.*”

(Profissional 2). Essa parte do discurso está diretamente relacionado com a composição da equipe do NRAD e o número geral de equipes. Observa-se ausência no discurso deste e de outros profissionais, por exemplo, pontos relacionados ao fortalecimento de estruturas regulatórias na rede e organização dos fluxos entre a unidade de saúde da família e o hospital regional.

Em seguida o mesmo profissional afirma “...*Outro problema é a falta de contra-referência por parte das instituições do nível secundário e terciário da saúde às equipes da ESF. É contraditório pois existem contra-referências para casos de HIV positivo, tuberculose, dengue, leishimania, Hansen e óbitos materno-infantil.*” (Profissional 2). Nessa fala é possível interpretar um possível processo incompleto de integração da rede, podendo a contrarreferência funcionar em caso de notificação compulsória. Este pode ser um indício de insuficiência de fluxos entre os demais níveis da rede de atenção.

Segundo o quarto fundamento da PNAB “*IV -Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.*” (BRASIL, 2011). Pela fala dos profissionais foi possível perceber vários pontos que podem dificultar a coordenação do cuidado dentro da rede de atenção, dentre eles: sistema de informação obsoleto; equipes de apoio à saúde da família desestruturadas; e rede de atenção à saúde fragmentada e sem comunicação. O Gestor β assinalou apenas sim nesta pergunta. É importante tanto para gestores e também equipes que agreguem um pensamento crítico além do aspecto estrutural do serviço. Quase não foi comentado neste tópico políticas públicas e estruturas regulatórias.

Gráfico 9 - Resultado do questionário - Existem mecanismos de integração da rede?



Comentário(s):

“?” (Profissional 6)

“Trackcare’, a contra-referência é muito ruim com um todo.”

(Profissional 1)

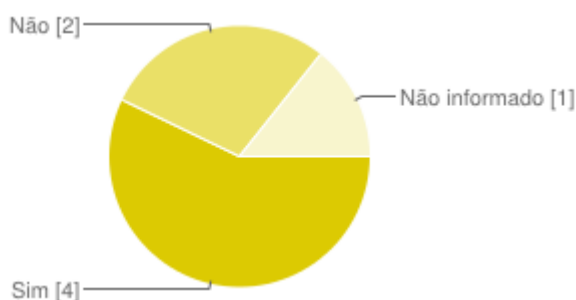
“Existem, porém somente no "papel". Um exemplo é o NASF, instrumento de Apoio às equipes mas que ainda não funciona. Um dos principais problemas da Atenção Primária é a falta de investimento. Na Ceilândia os problemas são vários. O NRAD de Ceilândia está saturado devido à grande demanda da Regional. Segundo informações, uma equipe do NRAD, pelo protocolo, deveria ficar responsável por um grupo de 100.000 hab. Estima-se em Ceilândia uma população de 600.000 hab., logo precisaria de 6 equipes para atender a demanda. Outro problema é a falta de contra-referência por parte das instituições do nível secundário e terciário da saúde às equipes da ESF. É contraditório pois existem contra-referências para casos de HIV positivo, tuberculose, dengue, leishimania, Hansen e óbitos materno-infantil.” (Profissional 2)

Pergunta 10 - Se a resposta for SIM na pergunta anterior, a contrarreferência ocorre?

Apesar que nas respostas anteriores alguns comentários indicarem que não ocorre a contrarreferência (pergunta 9), 57,14% (n=4) assinalam que esse procedimento ocorre sim, porém, pelo comentário do profissional 1, ocorre muito ruim ou raramente e o Gestor β indica que não ocorre com a celeridade necessária. Estas informações são um pouco confusas e contraditórias. Os demais 28,57% (n=2) registraram que a contrarreferência não ocorre e 14,28% (n=1) não se posicionou. A partir das informações não se pode ter uma certeza se este processo de contrarreferência ocorre. Caso esse processo ocorra no serviço, pode apresentar

certas dificuldades na devolutiva de pacientes nos níveis especializados para as unidades básicas de saúde. Em nenhum dos comentários foi citada estruturas de articulação das redes, tais como “...gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros...” (BRASIL, 2011).

Gráfico 10 - Resultado do questionário - Se a resposta for SIM na pergunta anterior, a contrarreferência ocorre?



Comentário(s):

“Muito ruim, ou raramente.” (Profissional 1)

“Não com a celeridade necessária.” (Gestor β)

Pergunta 11 - A equipe referencia pacientes para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)?

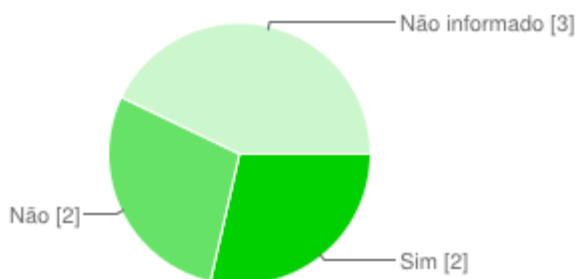
Alguns comentários anteriores indicam que o NASF pode não funcionar ou não está bem estruturado para atender Regional IX (Profissional 2). Nesta última pergunta 28,57% (n=2) da equipe α assinalaram que ocorre referência de pacientes para o NASF, outros 28,57% (n=2) afirmam que esse procedimento não ocorre, e 42,85% (n=3) não se posicionaram. As respostas são bem divergentes, o que transparece dúvidas sobre a real existência do NASF na Regional. Alguns elucidam que o núcleo ainda passa pelo processo de estruturação/consolidação/implantação (Profissional 1; 2; 3). O Gestor β informa esse núcleo ainda está institucionalizado na regional de saúde. É de grande importância que as equipes conheçam e se integrem ao NASF, pois segundo a PNAB:

“Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

...

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.” (BRASIL, 2011)

Gráfico 11 - Resultado do questionário - A equipe referencia pacientes para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)?



Comentário(s):

“No momento o NASF de Ceilândia está sendo estruturado. Só contamos com 01 (um) fisioterapeuta.” (Profissional 1)

“Não existe equipe formada de NASF em Ceilândia. Não existe equipe de NASF atuando. As últimas informações diziam que havia somente um profissional fisioterapeuta compondo a equipe.”
(Profissional 2)

“Ainda está sendo implantado o NASF na região da Ceilândia.”
(Profissional 3)

“Ainda não possui NASF institucionalizado em Ceilândia.” (Gestor β)

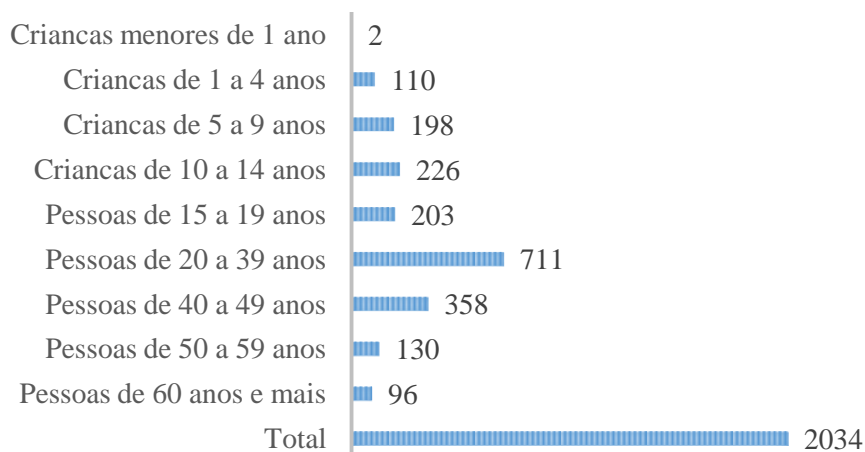
6.2. Produção da Equipe de Saúde da Família α

Os dados da produção da equipe de saúde da família α apresentados a seguir foram obtidos diretamente na Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde – DIRAPS - de Ceilândia. As mesmas informações também foram obtidas diretamente no centro de saúde, porém o sistema SIAB local estava desatualizado e não apresentava dados referente aos meses de junho, julho, agosto, outubro, novembro e dezembro. Demais informações estavam de acordo com os da DIRAPS, optando assim pelas informações da diretoria.

O computador utilizado pela equipe α no centro de saúde apesar de ter acesso à internet não se comunica com servidor central do SIAB. Assim a perda de dados é comum. Desde 2010, quando começaram a surgir as primeiras equipes de ESF no centro de saúde, vários problemas técnicos ocorreram e vários dados foram perdidos. Durante a pesquisa foi gerado no mês de julho de 2013 um relatório da produção do ano de 2012 no centro de saúde e como já dito não apresentava dados referente a seis meses. Informações da produção anual de 2011 e do primeiro semestre de 2013 não estavam disponíveis devido à falhas técnicas. Como não há backup diário em fonte segura de armazenamento, sempre quando há problemas no computador, a equipe só terá acesso as informações mediante DIRAPS.

Antes de verificar a produção de consultas médicas, atendimentos, exames, encaminhamentos, visitas domiciliares e outros procedimentos o gráfico a seguir indica a população total por grupo de idade atendida pela equipe α no ano de 2012 (gráfico 12). Há predomínio da população jovem adulta com um total de 771 (37,90%) pessoas, seguido por pessoas com idade entre 40 e 49 anos com 358 (17,60%), crianças de 10 a 14 anos com 226 (11,11%), adolescentes de 15 a 19 anos com 203 (9,98%), crianças de 5 a 9 anos com 198 (9,73), pessoas com 50 a 59 anos com 130 (6,39%), idosos com 96 (4,71%) e crianças menores de 1 ano apenas 2 (0,09%).

Gráfico 12 - População atendida pela Equipe de Saúde da Família α por grupo de idade – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012



Fonte: SIAB – Produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde n° 09 – Produção 2012.

No total foram 2.034 pessoas atendidas pela equipe. Esse número permaneceu constante durante todo o ano de 2012. A equipe contava no período com três agentes comunitários de saúde, apresentando uma média de 678 pessoas por ACS, número próximo ao teto máximo estabelecido pela PNAB que é de até 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2011).

6.2.1. Consultas médicas

A equipe α registrou no ano de 2012 um total de 3.261 (100%) consultas com o médico da família (Tabela 13; 14). Dessas, 493 (15,11%) eram consultas com pessoas que moravam fora da área de abrangência. As demais 2.768 (84,88%) consultas foram com pessoas que residiam na área de abrangência da equipe. Nesse caso eram consultas programadas. As consultas não programadas não foram registradas nos meses de junho e outubro. No mês de junho o médico da família não atendeu a demanda não-programada. No caso do mês de outubro foi período de férias de membros da equipe, inclusive do médico, o que pode justificar a ausência de informações no mês de outubro nas demais tabelas (tabelas 15; 16; 17; 18; e 19).

Tabela 13 - Consultas médicas realizadas pela Equipe de Saúde da Família em pacientes fora da área de abrangência da equipe α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sete	Out	Nov	Dez	Soma
Consultas	210	93	26	83	24	-	12	12	6	-	4	23	493

Fonte: SIAB – Produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde n° 09 – Produção 2012.

Dentre as consultas médicas com pacientes da área de abrangência os meses que apresentaram maiores números foram abril com 425 (15,35%), fevereiro com 290 (10,47%) e maio com 285 (10,29%) (tabela 14). Dentre os grupos por idade os maiores números são de 20 a 39 anos com 828 (29,91%) consultas, 40 a 49 anos com 431 (15,57%) e 60 anos ou mais com 289 (10,44%) consultas. Segundo informações do SIAB a equipe α acompanhava uma população total de 2.034 pessoas no ano de 2012 (gráfico 12), apresentando uma média geral de consultas na área de 1,36 consultas por habitante. Esse cálculo é feito utilizando o total geral de consultas da área dividido pelo número de pessoas cadastradas. Starfield (2002) mostra que pacientes que realizam consultas médicas com maior frequência numa unidade de saúde num determinado período de tempo tem maiores chances de obter atenção preventiva indicada.

Tabela 14 - Consultas médicas realizadas pela Equipe de Saúde da Família em pacientes da área de abrangência da equipe α , por faixa etária – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012

Consultas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sete	Out	Nov	Dez	Soma
< De 1 ano	28	17	15	15	13	14	13	15	21	-	33	2	186
1 a 4 anos	5	18	13	24	19	29	26	15	27	-	15	14	205
5 a 9 anos	8	23	13	32	15	11	26	21	17	-	6	10	182
10 a 14 anos	7	17	15	17	16	12	16	23	17	-	12	14	166
15 a 19 anos	14	27	25	42	26	24	23	25	15	-	12	3	236
20 a 39 anos	56	82	79	139	98	88	84	62	43	-	54	43	828
40 a 49 anos	37	53	39	86	45	25	40	38	14	-	29	25	431
50 a 59 anos	24	29	19	34	35	28	17	19	10	-	13	17	245
60 anos ou mais	27	24	22	36	18	34	32	30	15	-	28	23	289
Total	206	290	240	425	285	265	277	248	179	-	202	151	2768

Fonte: SIAB – Série histórica da produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde n° 09 – Produção 2012.

Um método importante para se avaliar a longitudinalidade seria a utilização do índice UPC (quadro 2). Nesse cálculo seriam utilizados o número de consultas médicas feitas pelo médico da equipe α com pessoas da área de abrangência em determinado período e

dividir esse valor pelo número total de consultas feita pelos habitante da área de abrangência da equipe. Infelizmente não foi possível calcular esse indicador. O sistema atual o Trakcare ainda não fornece informações para se determinar o denominador do índice UPC. Daria para calcular se fosse feito um trabalho todo o ano avaliando ficha por ficha registros e negociando com o serviço normas para cadastro de endereços. Este é um dos motivos que não permitiram a realização de um trabalho de avaliação. O sistema atual de informação é obsoleto e não oferece o mínimo de condição necessária para avaliar atributos da APS.

6.2.2. Tipo de Atendimento

Os registros indicam que a equipe α realizou sete tipos de atendimentos no ano de 2012, totalizando 2.344 atendimentos (Tabela 15). Os que mais se destacam são atendimentos para hipertensão arterial com 747 (31,86%), prevenção de câncer cérvico-uterino com 588 (25,08%) e pré-natal com 376 (16,04%). Diabetes aparece em seguida com 255 (10,87%) atendimentos e DST/AIDS com 77 (3,28%). Hanseníase apresentou apenas 2 (0,08%) casos durante todo o ano e não houver caso de tuberculose.

Tabela 15 - Tipos de atendimento realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012

Atendimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sete	Out	Nov	Dez	Soma
Diabetes	82	24	15	25	10	22	20	18	8	-	9	22	255
DST/AIDS	-	5	30	9	12	10	5	-	1	-	3	2	77
Hanseníase	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Hipertensão Arterial	200	67	30	55	44	84	73	65	26	-	37	66	747
Pré-natal	18	38	42	44	45	45	41	36	19	-	29	19	376
Prevenção de câncer cérvico uterino	-	2	274	23	67	90	6	29	52	-	35	10	588
Puericultura	14	25	25	33	13	30	16	15	31	-	46	51	299
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	316	161	416	189	191	281	161	163	137	-	159	170	2344

Fonte: SIAB – Produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde nº 09 – Produção 2012.

No centro de saúde são destinadas duas salas para o programa saúde da família, além de uma outra sala para acolhimento, logo na entrada do centro de saúde. Esse

acolhimento é destinado somente para a população do Pôr do Sol, havendo em certos casos exceção para atendimento de demanda não-programada.

6.2.3. Exames Complementares

No registro de produção do centro de saúde estava registrado apenas 2.693 exames complementares realizados de janeiro a dezembro de 2012. Na planilha disponibilizada pela Diretoria Regional o total de exames complementares realizados pela equipe α foi de 4.648 exames (Tabela 16). Exames de patologia clínica teve destaque com 3.992 (85,88%) e radiodiagnóstico com total de 448 (9,63%) exames. Exame obstétrico teve registro de 120 (2,58%) casos e exames citopatológico cérvico-vaginal 88 (0,01%). Não houveram registros de outros exames. Os meses com maiores registros foram fevereiro com 730 (15,70%) exames, abril com 611 (13,14%) e março com 493 (10,60%).

Tabela 16 - Exames complementares realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012

Exames	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sete	Out	Nov	Dez	Soma	
Citopatológico cérvico-vaginal		10	7	15	13	8	7	3	9	6	-	6	4	88
Outros		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patologia clínica		183	651	431	523	232	389	388	387	285	-	283	240	3992
Radiodiagnóstico		30	63	35	56	35	38	47	43	32	-	37	32	448
Ultrassonografia obstétrica		15	9	12	19	14	10	7	4	9	-	15	6	120
Total		238	730	493	611	289	444	445	443	332	-	341	282	4648

Fonte: SIAB – Produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde n° 09 – Produção 2012.

6.2.4. Encaminhamentos

Segundo a tabela 17 logo abaixo a equipe α realizou 333 (98,23%) encaminhamentos para o atendimento especializado e apenas 6 (3,13%) para urgência/emergência. Não ocorreu encaminhamento para internação hospitalar. Assim como na tabela anterior (tabela 16) os meses que apresentaram o maior número de encaminhamentos foram os meses de fevereiro com 121 (35,69%) casos, seguido por março e abril com 32 (9,43%) encaminhamentos cada.

Tabela 17 - Encaminhamentos realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012

Encaminhamento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Soma
Atendimento especializado	18	121	28	31	31	18	20	15	17	-	17	17	333
Internação hospitalar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urgência/emergência	1	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Total	19	121	32	32	31	18	20	15	17	-	17	17	339

Fonte: SIAB – Produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde nº 09 – Produção 2012.

Na medição da coordenação são exemplificados alguns questionamentos para medir este atributo (tópico 4.4.1). Dois deles estão bastante relacionados com essa tabela. O primeiro referente as diretrizes formais para transferências de informações e o segundo sobre mecanismos de integração da rede. A tabela mostra que os encaminhamentos acontecem (tabela 17) e as respostas obtidas através dos questionários, especialmente nas perguntas 9 e 10, podem elucidar o funcionamento da integração e da utilização de diretrizes formais pela equipe (tópico 6.1).

6.2.5. Demanda de Procedimentos

Entre os procedimentos realizados pela equipe 1.653 (75,03%) foram atendimentos individuais com enfermeiro(a) (tabela 18). Houveram 329 (14,93%) aplicações de injeções, 163 (7,39%) curativos, 33 (1,49%) atendimentos com grupos de educação em saúde, 11 (0,49%) reuniões, 6 (0,27%) retiradas de pontos, 5 (0,22%) procedimentos coletivos e 3 (0,13%) inalções. Não houveram registros de outros procedimentos. Os meses que se destacam são os mesmos das tabelas anteriores (tabelas 16 e 17), porém em ordem diferente: março com 416 (18,88%); abril com 304 (13,79%); e fevereiro com 253 (11,48%).

Tabela 18 - Procedimentos realizados pela Equipe de Saúde da Família α – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012

Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sete	Out	Nov	Dez	Soma
Atendimento individual com enfermeiro(a)	8	80	327	156	188	209	90	89	156	-	196	154	1.653
Atendimento com grupo de educação em saúde	-	1	-	3	4	-	1	4	6	-	12	2	33

Atendimento individual com profissional de nível superior	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atendimento específico para acidente de trabalho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Curativos	-	17	15	37	38	41	11	2	2	-	-	-	163
Inalações	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	3
Injeções	-	152	70	106	-	-	-	-	-	-	1	-	329
Procedimentos coletivos	-	-	1	-	-	-	-	4	-	-	-	-	5
Retirada de pontos	-	1	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	6
Reuniões	-	2	2	-	-	-	3	3	-	-	1	-	11
Sutura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia de reidratação oral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Visita de inspeção sanitária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	8	253	416	304	233	250	105	104	164	-	210	156	2203

Fonte: SIAB – Produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde n° 09 – Produção 2012

6.2.6. Visitas Domiciliares

A equipe *a* realizou mais de 4.000 visitas domiciliares em sua área de abrangência, sendo que um pouco mais de 87% (n=3.782) destas foram feitas por agentes comunitários de saúde (Tabela 19). Os enfermeiros(as) realizaram 7,02% (n=302) das visitas, o médico 3,58% (n=154) e outros profissionais de nível médio 1,46% (n=63). O mês de abril apresentou a maior produtividade da equipe com um total de 605 (14,06%) visitas. Dessas 471 (77,85%) pelo ACS, 86 (14,21%) por enfermeiro(a) e 24 (3,96%) pelo médico e profissional de nível médio. Não houve registro de outros profissionais de nível superior, que podem ser fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e outros profissionais. Nesses casos podem ser profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, mas como foi relatado nas respostas da pergunta 11 (tópico 6.1) o NASF pode ainda não estar consolidado na Regional de Ceilândia.

Tabela 19 - Visitas domiciliares realizadas pela Equipe de Saúde da Família α , por profissional – Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF - 2012

Visitas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sete	Out	Nov	Dez	Soma
ACS	111	111	396	471	479	427	372	496	391	-	307	221	3.782
Enfermeiro	8	27	25	86	48	32	14	6	18	-	31	7	302
Médico	53	24	18	24	13		3	6	5	-	5	3	154
Outros profissionais de nível superior	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Profissional de nível médio	-	24	-	24	15	-	-	-	-	-	-	-	63
Total	172	186	439	605	555	459	389	508	414	-	343	231	4301

Fonte: SIAB – Produção da Equipe de Saúde da Família – Centro de Saúde n° 09 – Produção 2012.

Esses dados são de grande relevância para avaliar o atributo longitudinalidade, já que para que ocorra essas visitas as famílias ou pacientes passam por processo de cadastramento realizado pelo ACS ou diretamente no serviço. Conseqüentemente essa equipe passará a atender de forma programada essas pessoas. Se há atendimento ao longo do tempo essa relação pode-se tornar confiante entre as famílias e os profissionais, abrindo espaço para que profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, façam rotinas preventivas na área de abrangência (tópico 4.3.1). Perguntas foram utilizadas no questionário para descrever a estrutura referente ao atributo longitudinalidade (tópico 6.1, perguntas 1 a 4). A média anual foi de aproximadamente 2,11 visitas por habitante.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se conseguiu neste trabalho foi um certo nível de detalhamento da estrutura e atividades de uma pequena área do território do CS09 que obtém cobertura do PSF, que por sua vez é uma pequena fração do território da RA IX - Ceilândia. Mesmo com as mudanças constantes no quadro de profissionais, precária estrutura de suporte e a distância unidade da unidade de saúde da família até o Pôr do Sol, **a equipe de saúde da família consegue superar com dificuldades algumas das barreiras e atingir certos aspectos dos atributos coordenação e longitudinalidade da atenção primária à saúde.**

A equipe atendeu em 2012 uma população abaixo da média estabelecida pelo PNAB que é de 3.000 pessoas. Porém, deve-se ressaltar que a equipe no período contava apenas com três ACS, uma média de 678 para cada, número próximo ao estabelecido pelo teto máximo que é 750 pessoas.

A referência de paciente para demais níveis de atenção da rede, em certos aspectos, apresentou-se de forma frágil. A contrarreferência, de modo geral, dificilmente ocorre fazendo com que muitos usuários se percam na imensa rede de atenção. A equipe consegue acompanhar com dificuldade a população por meio de visitas domiciliares, abrindo portas para as famílias terem acesso aos serviços de saúde, sejam através de exames, procedimentos em saúde, consultas médicas ou outras formas de atendimento/acompanhamento. A burocracia estatal ainda não permite a instalação de um centro de apoio às equipes dentro do Pôr do Sol, o que poderia contribuir para uma melhor produção e acompanhamento da população, principalmente daqueles que necessitam de atendimentos especiais como idosos e pessoas acamadas. Existe uma distância bem considerável entre o centro de saúde e o Pôr do Sol, o que pode ser um impasse tanto para o trabalho da equipe, tanto para o acesso da população ao serviço na unidade básica.

A mútua confiança entre equipe e família é um processo que ainda está sendo construído, ao passo em que a equipe dedica esforços para superar barreiras estruturais e promover resolutividade dos problemas. Parte da equipe sente essa relação em harmonia, mesmo com uma possível incerteza a respeito do conhecimento da população sobre a ESF. A equipe tem que se apropriar também de um diálogo estruturado em aspectos político e instrumentos regulatórios para abertura de espaços de discussão com demais níveis da gestão.

O atual sistema de informação ainda não permite uma avaliação de atributos da atenção primária à saúde. O serviço no geral apresenta grandes dificuldades na área

tecnológica, com computadores desatualizados e sem conexão com os servidores centrais para sincronização de informações. Cópia de segurança diária não vem ocorrendo, havendo perdas constantes de informações, principalmente dados de produção de equipes, mesmo observando que as equipes fornecem informações de produção ao SIAB local. Tanto a gestão quanto as equipes ainda não conseguem se articular para resolver problemas básicos informacionais, sendo necessária uma mobilização urgente destes atores. Os obstáculos devem ser enfrentados para abrir espaços de articulação e diálogo com prestadores estaduais.

A equipe consegue com dificuldade realizar rotinas preventivas com médicos e outros profissionais, o que poderia fornecer condições para um melhor manejo de casos se houvesse um sistema de informação eficiente e também capacitação de profissionais para preenchimento de informações, podendo contribuir significativamente para a coordenação da atenção. A equipe e a gestão poderiam ter explorado ainda mais o questionário, enriquecendo ainda mais o trabalho com informações detalhadas sobre o serviço. Assim torna-se necessário a expansão/consolidação das equipes a fim promover à atenção básica como porta de entrada na rede de atenção e não serviços de urgência. Também é importante medir os atributos da APS, principalmente os atributos longitudinalidade e coordenação como forma de avaliar o serviço que vem sendo prestado no Setor Habitacional Pôr do Sol e garantir melhor funcionamento da Rede de Atenção.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, Feb. 2011.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.

BARATIERI, T.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. *Ciencia y Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 11-22, ago. 2012.

BITTAR, O. B. J. V.; MENDES, J. D. V.; MAGALHÃES, A. Administração de Sistemas e Serviços de Saúde: Competências Exigidas na Atualidade. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Minas Gerais, n. 7, p. 30-44, jul./dez. 2011.

BOING, A. F.; VICENZI, R. B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A. C.; MORETTI-PIRES, R. O.; PERES, K. G.; LINDNER, S. R.; PERES, M. A. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, fev. 2012.

BRASIL. Lei Nº 10.257, de 10 julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, p. 1, 11 jul. 2001. Seção 1.

_____. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, p. 13.563, 16 jul. 1990.

_____. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 out. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. C2013. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioeconômicas/PD>

AD/2013/PDAD%20Por%20do%20Sol%20e%20Sol%20Nascente.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.

_____. População e Renda per capita (mensal) das Regiões Administrativas do Distrito Federal e dos Municípios de sua Área Metropolitana. C2013. Disponível em: < <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/TABELA%20RENDA%20PER%20CAPITA%20E%20POPULA%C3%87%C3%83O%20-%20CENSO%202010.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2013.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, suppl.1, p. s7-s16, 2008.

Consulta por Equipes. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. C2013. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em: 15 mai. 2013.

CORRÊA, A. C. P.; FERREIRA, F.; CRUZ, G. S. P.; PEDROSA, I. C. F. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, set. 2011.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Lei complementar nº 785, de 14 de novembro de 2008. Cria o Setor Habitacional Sol Nascente e a Área de Regularização de Interesse Social – ARIS Pôr do Sol na Região Administrativa de Ceilândia – RA IX e estabelece parâmetros para aprovação de projetos de urbanismo. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, n. 232, p. 1. 21 nov. 2008. Seção 1.

ESCOREL, S.; et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, fev./mar. 2007.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A INTEGRALIDADE EM SAÚDE. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.; Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 4, p. 575-625.

VICTORIA, G.; et al. Saúde no Brasil. Condições de saúde e inovação nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9782, mai. 2011. p. 2042-2053.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *International Journal for Equity in Health*, London, p.1-8, jun. 2012. Disponível em: < <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-11-33.pdf> >. Acesso em: 10abr. 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010.

METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO. Paraíba: Universitária UFPB, 2009. p. 1-48.

Scientific Electronic Library Online. C2013. Disponível em: < <http://www.scielo.org/php/index.php>>. Acesso em: 11 mai. 2013.

MICHALISZYN, M. S. Pesquisa: orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos científicos. Rio de Janeiro: ed. vozes, 2008. pp. 207.

SALES, K. S. Estratégia saúde da família: processo histórico da implantação na IX região administrativa - Ceilândia - Distrito Federal. 2013. 96 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2013.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2012.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, set./out. 2009.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p., 2004.

TRAVASSOS, C. & CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

9. ANEXOS

9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Análise de Atributos da Atenção Primária à Saúde no Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF. O nosso objetivo é Analisar os atributos longitudinalidade e coordenação da atenção primária à saúde no Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF. Esses atributos são referentes à responsabilidade pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente e diversas ações coordenadas para solucionar necessidades mais complexas e menos frequentes na saúde.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no setor de Programa Saúde da Família – PSF, na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: 20 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de Programa Saúde da Família, Centro de Saúde nº09, e na Instituição Universidade de Brasília – UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Antonio Cipriano Neto, Faculdade de Ceilândia/UnB, telefone: (61) 3378-3864 ou pelo celular (61) 8547-9548, no horário: 8:00h as 18:00h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

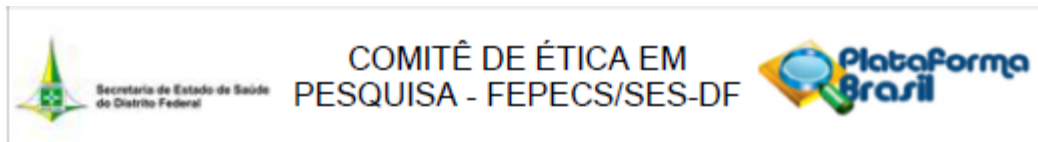
Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

9.2. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de Atributos da Atenção Primária à Saúde no Setor Habitacional Pôr do Sol, Ceilândia/DF.

Pesquisador: José Antonio Iturri de la Mata

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22277313.8.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 459.338

Data da Relatoria: 18/11/2013

Apresentação do Projeto:

Sem alterações em relação do Parecer número 453.396 de 11/11/2013.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações em relação do Parecer número 453.396 de 11/11/2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente apresentada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações em relação do Parecer número 453.396 de 11/11/2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem alterações em relação do Parecer número 453.396 de 11/11/2013.

Recomendações:

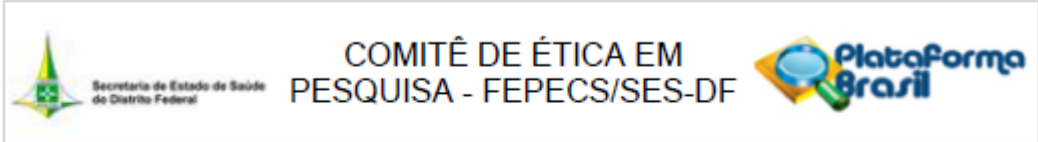
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 459.338

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

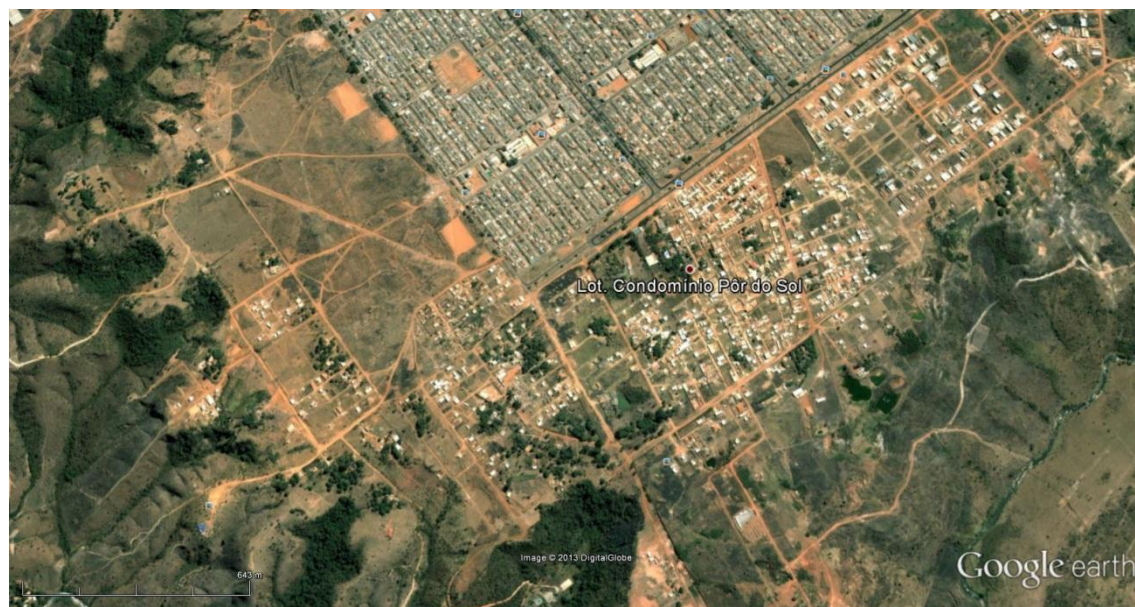
Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 18 de Novembro de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

9.3. Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2003

Figura 3 - Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2003



Fonte: Google Earth, 2013.

9.4. Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2008

Figura 4 - Setor Habitacional Pôr do Sol visto por cima em 2008



Fonte: Google Earth, 2013.

9.5. Questionário aplicado aos profissionais da Equipe de Saúde da Família

O questionário a seguir é composto por 10 questões de múltipla escolha e você poderá assinalar a opção que melhor lhe convém. Solicitamos que assinale somente 1 item em cada pergunta. Em cada pergunta há espaços destinados a comentários, que é opcional em cada, porém, será uma grande fonte de informações para a construção do trabalho.

Agradecemos a sua colaboração.

1. A ESF exige o cadastramento e/ou registro de pacientes?

() 1 - Sim.

() 2 - Não.

() 3 - Não informado.

Comentário (opcional):

2. As famílias que residem no Setor Habitacional Pôr do Sol são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?

() 1 - Sim.

() 2 - Não.

() 3 - Não informado.

Comentário (opcional):

3. Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais da ESF?

() 1 - Sim.

() 2 - Não.

() 3 - Não informado.

Comentário (opcional):

4. O médico da família realiza rotinas preventivas?

() 1 - Sim.

() 2 - Não.

() 3 - Não informado.

Comentário (opcional):

5. Se vários médicos estão envolvidos no tratamento de um paciente, o médico da ESF o organiza?

() 1 - Sim.

() 2 - Não.

() 3 - Não informado.

Comentário (opcional):

6. Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?

() 1 - Sim.

() 2 - Não.

() 3 - Não informado.

Comentário (opcional):

7. Existem protocolos para a transferência de informações entre médicos da ESF e especialistas?

() 1 - Sim.

() 2 - Não.

() 3 - Não informado.

Comentário (opcional):

8. Se a resposta for SIM na pergunta anterior, estes protocolos são utilizados na prática?

() 1 - Sim.

2 - Não.

3 - Não informado.

Comentário (opcional):

9. Existem mecanismos de integração da rede?

1 - Sim.

2 - Não.

3 - Não informado.

Comentário (opcional):

10. Se a resposta for SIM na pergunta anterior, a contrarreferência ocorre?

1 - Sim.

2 - Não.

3 - Não informado.

Comentário (opcional):

11. A equipe referencia pacientes para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)?

1 - Sim.

2 - Não.

3 - Não informado.

Comentário (opcional):

9.6. Áreas de Abrangência das Equipes de Saúde da Família e do Centro de Saúde 09 no Setor Habitacional Pôr do Sol e no Setor P sul

Figura 5 - Áreas de Abrangência das Equipes de Saúde da Família e do Centro de Saúde 09 no Setor Habitacional Pôr do Sol e no Setor P sul

