

Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade

Registry of child information in the Patient Health Record and the comprehensiveness of practice

Registro de informaciones de niños en el Prontuario Medico y la comprensión de la practica

Sônia Regina Leite de Almeida Prado

*Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade de Santo Amaro (UNISA).
sprado@unisa.br*

Elizabeth Fujimori

*Livre Docente. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
efujimori@usp.br*

Este estudo é parte da Tese de Doutorado: Prado SRLA. Integralidade - um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistências distintos [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005. Integrante do Projeto de Políticas Públicas financiado pela FAPESP - Processo número: 2000/01957-7.

RESUMO

Tendo o princípio da integralidade como um dos aspectos fundamentais na qualidade da atenção prestada à saúde, elegeu-se o registro em prontuário como indicador de sua expressão na prática. O objetivo foi analisar o registro em prontuário de duas unidades de saúde com modelos assistenciais distintos, uma que organiza a assistência conforme o modelo tradicional (sem-PSF) e outra que tem como eixo estruturante o Programa de Saúde da Família (com-PSF). Foram analisados 194 prontuários de crianças menores de 5 anos. Constatou-se que na unidade com-PSF os registros são mais sistemáticos, favorecendo a melhor compreensão do processo saúde-doença, a integração entre os profissionais e o acompanhamento sistemático da criança, promovendo a continuidade da assistência, e portanto, a integralidade da atenção.

Descritores: Atenção primária à saúde; Prática profissional; Saúde infantil; Criança.

ABSTRACT

Having the basic principle of comprehensiveness as one of the main aspects for a healthcare attendance, the Patient Health Record was pointed as an indicator of reality. The objective was to analyze Patient Health Record from two different healthcare units with different healthcare models. One of the healthcare units organized its model on traditional basis (without-FHP) and the other based on "Family Health Program" (with-FHP). 194 child files under 5 years old were analysed. It was observed that the FHP unit records were more frequent, favoring a better comprehension of the health-disease process, the professional integration and a periodic follow-up of the child, promoting a continuous assistance, and as a consequence, a comprehensiveness attendance.

Descriptors: Primary health care; Professional practice; Child welfare; Child.

RESUMEN

Teniendo el principio de la integralidad como uno de los aspectos fundamentales para la calidad de la atención prestada a la salud, se eligió el registro en archivo como indicador de la expresión en la práctica. El objetivo fue analizar el registro en archivo de dos unidades de salud con modelos asistenciales distintos, una que organiza la asistencia de acuerdo con el modelo tradicional (sin el - PSF) y otra que tiene como fundamento el programa de Salud de la Familia (con - PSF). Fueron analizados 194 archivos de niños menores de 5 años. Se constató que en la unidad con PSF, los registros son más sistemáticos, favoreciendo la mejor comprensión del proceso salud-enfermedad, la integración entre profesionales y el acompañamiento sistemático del niño, promoviendo la continuidad de la asistencia, y consecuentemente, la integralidad de la atención.

Descritores: Atención primaria de salud; Práctica profesional; Bienestar del niño; Niño.

Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. Rev Bras Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 67-71.

1. INTRODUÇÃO

O processo de consolidação dos princípios do SUS, desencadeado há mais de uma década, ainda apresenta diversas dificuldades, sobretudo aquelas relacionadas aos aspectos da universalização do direito à saúde, descentralização dos serviços, integralidade das práticas e participação popular. Essas dificuldades fazem parte de um conjunto de fatores interrelacionados, dentre os quais destaca-se, o modelo assistencial.

Como alternativa ao modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva, experiências como o modelo baiano (Sistemas Locais de Saúde – SILOS), o modelo curitibano (Cidades Saudáveis – Saudicidade), o modelo do Lapa/UNICAMP (Em Defesa da Vida) e o Programa de Saúde da Família (PSF) têm contribuído na busca da mudança de paradigma⁽¹⁾.

O PSF, que surgiu em 1994 como uma estratégia para reorientação da assistência, vem sendo utilizado pelo poder público como uma estratégia condutora da busca do novo modelo assistencial,

Submissão: 26/09/2005

Aprovação: 03/02/2006

capaz de compreender e operacionalizar a abordagem integral do processo saúde-doença e responder de forma mais efetiva aos problemas de saúde da população⁽²⁾. O programa propõe um dimensionamento diferenciado da enfermeira na equipe de saúde, uma para cada 4 mil habitantes, enquanto no modelo hegemônico, a proporção preconizada é de uma para cada 20 mil habitantes. A valorização da área de conhecimento específica desse profissional pressupõe que a prática da enfermagem, que é mais centrada no cuidado, permite a aplicabilidade da concepção e dos eixos fundamentais do programa, tais como a integralidade e o desenvolvimento de ações de educação em saúde, em níveis mais próximos da população, credenciando-a a assumir papel de destaque nessa nova estratégia assistencial⁽³⁾.

No município de São Paulo, por questões políticas, a municipalização sofreu solução de continuidade, retardando o processo de descentralização estabelecido como uma das estratégias de implantação do SUS. Em 2001, houve uma retomada da gestão da saúde, com o município tomando para si a responsabilidade pela rede de serviços, priorizando a mudança no modelo de atenção básica à saúde e estabelecendo o PSF como estratégia de implantação do SUS em direção à mudança do modelo assistencial⁽⁴⁾.

A partir da retomada da gestão da saúde pelo município, deflagra-se o processo de reorganização da atenção à saúde. Para operar as transformações necessárias foram definidas algumas diretrizes, destacando-se entre elas, além da indicação do PSF como estratégia de reorganização da atenção básica, o fortalecimento da descentralização através da criação dos distritos de saúde, a implantação da gestão eficaz da saúde através de instrumentos de qualidade da assistência, do planejamento e da regulação do sistema, além de diversos projetos de formação, capacitação e desenvolvimento destinado aos trabalhadores da saúde. Apesar do PSF representar a possibilidade de inverter a lógica da atenção à saúde oferecida pelo poder público, as diretrizes e investimentos do sistema municipal não foram restritas a essa estratégia, sendo extensivas a toda rede de serviços municipais. Nesse sentido, a perspectiva e o desafio de construir novas formas de prestar assistência e de contribuir nas transformações necessárias para a construção do SUS foi colocada para todo o sistema municipal de saúde⁽⁵⁾.

É nesse novo contexto de diferentes formas de organização da assistência no município, que surgem indagações com relação à qualidade da atenção à saúde prestada na rede pública.

Para Conill⁽⁶⁾, a integralidade constitui um atributo essencial na qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, sobretudo para aqueles direcionados à atenção básica.

Tendo o princípio da integralidade na atenção prestada à saúde da criança como objeto de estudo, avaliou-se o registro em prontuário de duas unidades de saúde com modelos assistenciais distintos, considerando-se que um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde da criança é o registro em prontuário para o seguimento da criança.

2. METODOLOGIA

Este estudo de natureza transversal, com abordagem quantitativa, integra um projeto mais amplo denominado "Saúde da Família: avaliação da nova estratégia assistencial no cenário das políticas públicas"⁽⁷⁾, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Este sub-projeto foi desenvolvido com crianças de 0 a 5 anos de idade, matriculadas em duas unidades de saúde da rede pública do município de São Paulo.

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

Para o projeto maior, foi estatisticamente prevista a seleção aleatória de 100 prontuários de crianças de 0 a 5 anos de idade atendidas em cada uma das unidades de saúde. Efetivamente foram estudadas 96 prontuários da unidade sem-PSF e 99 da unidade com-PSF. Tanto o desenho amostral, quanto a elaboração do banco de dados e as análises estatísticas foram realizadas com assessoria do Laboratório de Epidemiologia e Estatística (LEE), do Instituto Dante Pazzaneze.

Para a coleta dos dados no prontuário foi utilizado instrumento específico, o qual foi testado previamente. Os dados foram colhidos por estudantes de enfermagem, bolsistas de iniciação científica do projeto maior, treinadas para o preenchimento dos formulários.

A análise dos dados foi feita utilizando-se frequências relativas (percentuais) e absolutas (n) das classes de cada variável qualitativa, especialmente com o intuito de caracterizar a amostra estudada.

As variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se médias e medianas para resumir as informações, além de desvios-padrão e valores mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

Para comparar as distribuições de frequência das variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson⁽⁸⁾. Esse teste baseia-se nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não. O teste exato de Fisher foi utilizado nas situações onde os valores esperados foram inferiores a cinco. Em cada tabela de cruzamento dessas variáveis são apresentados os resultados da significância do teste através do valor de p , sendo que, para valores menores do que 0,05 ($p < 0,05$), considerou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

O Teste t-Student para amostras independentes foi usado para variáveis quantitativa na comparação de duas médias sempre que as hipóteses de normalidade e independência não foram violadas. Nos casos onde a hipótese de normalidade foi violada adotou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O registro sistematizado permite maior conhecimento e melhor compreensão do processo saúde-doença, facilita a socialização dos dados entre os diferentes profissionais e ainda possibilita um acompanhamento ampliado e diferenciado, que segundo Conill^(6,9), expressa o caráter de continuidade, que representa uma das dimensões da integralidade.

Para Freire⁽¹⁰⁾, a escrita materializa e dá concretude ao pensamento, dando assim condições de voltar ao passado, enquanto se está construindo a marca do presente.

Tendo em vista essas considerações, assumiu-se neste estudo, o registro em prontuário como uma boa prática dos profissionais de saúde, que confere ou agrega valor ao princípio da integralidade. É com base nesses pressupostos que se apresentam e discutem os dados coletados nos prontuários de crianças das duas unidades envolvidas no estudo.

A presença ou não de anotação dos dados de identificação e de antropometria das crianças no prontuário não diferiu estatisticamente entre as unidades de saúde sem-PSF e com-PSF (Tabela 1). Cabe ressaltar que a unidade com modelo tradicional apresentou proporções ligeiramente menores de anotações de peso e altura, uma vez que nessa unidade, esses procedimentos são realizados antes da consulta médica, por profissionais de nível médio, enquanto naquelas com PSF, as medidas antropométricas são verificadas durante a consulta médica ou de enfermagem e, portanto mensuradas e anotadas por tais profissionais.

Apesar da presença dos dados de peso e estatura em 90% ou mais dos prontuários, a Tabela 2, que mostra a presença ou não de dados pertinentes à avaliação nutricional no prontuário, revela que há diferença estatisticamente significativa entre as unidades de saúde estudadas, no que se refere ao preenchimento da curva de crescimento e diagnóstico

Tabela 1. Anotações no prontuário segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE		TOTAL	P ¹
	Sem PSF	Com PSF		
Identificação da Criança				0,497 ²
Não	2 (2,1%)	-	2 (2,1%)	
Sim	95 (97,9%)	97 (100,0%)	192 (99,0%)	
Estatura				0,092
Não	10 (10,3%)	4 (4,1%)	14 (7,2%)	
Sim	87 (89,7%)	94 (95,9%)	181 (92,8%)	
Peso				0,051
Não	8 (8,2%)	2 (2,1%)	10 (5,2%)	
Sim	89 (91,8%)	95 (97,9%)	184 (94,8%)	

¹ Teste qui-quadrado ² Teste exato de Fisher.

nutricional, com maior índice de avaliação do crescimento na unidade com-PSF. Entretanto, o percentual de crianças com diagnóstico nutricional no PSF (29,6%) está distante da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que recomenda avaliação do estado nutricional de 100% das crianças atendidas⁽¹¹⁾. É importante destacar que a avaliação nutricional constitui uma das principais ferramentas para o controle e acompanhamento de saúde das crianças, e que mesmo assim, a verificação de medidas de peso e altura não garante que o diagnóstico nutricional seja efetuado.

Souza et al⁽¹²⁾, ao avaliarem o atendimento médico de equipes do PSF através de auditoria de prontuários, detectaram que havia alguma referência sobre o diagnóstico nutricional, como curva de crescimento, conduta em relação à desnutrição ou obesidade ou somente aferição do peso da criança durante a consulta médica na maioria dos prontuários (86,2%). A inclusão da verificação do peso na consulta médica como indicador pode ter sido responsável pelo elevado índice encontrado, porém como constatado no presente estudo, o fato de pesar e anotar no prontuário não garante que a avaliação nutricional das crianças esteja sendo feita.

Tabela 2. Anotações no prontuário sobre avaliação do crescimento/desenvolvimento, segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE		TOTAL	P ¹
	Sem PSF	Com PSF		
Curva de Crescimento				<0,001
Não	88 (91,7%)	7 (7,1%)	95 (49,0%)	
Sim	8 (8,3%)	91 (92,9%)	99 (51,0%)	
Diagnóstico nutricional				<0,001
Não	96 (100,0%)	69 (70,4%)	165 (85,1%)	
Sim	-	29 (29,6%)	29 (14,9%)	
Desenvolvimento NPM²				<0,001
Não	97 (100,0%)	66 (67,3%)	163 (83,6%)	
Sim	-	69 (70,4%)	32 (16,4%)	

¹ Teste qui-quadrado ² Teste Neuropsicomotor.

Com relação à avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, observa-se na Tabela 2, ausência total de registro sobre o desenvolvimento da criança na unidade com modelo tradicional, sem-PSF, e um índice ainda baixo desse registro na unidade com-PSF. Há que se salientar a importância dessa avaliação na detecção precoce de vários problemas que se tratados precocemente podem inclusive minimizar agravos sociais e emocionais⁽¹³⁾.

Estudo sobre avaliação de conhecimentos e práticas relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança, desenvolvido com médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde, apontou que 60,2%

dos médicos e 58,2% dos enfermeiros apresentavam conhecimento satisfatório sobre o assunto, porém quanto à aplicação prática, apenas 21,8% das mães haviam sido indagadas sobre o desenvolvimento de seus filhos e 14,4% haviam recebido orientação sobre como estimulá-los. Os autores reforçam a necessidade do diagnóstico precoce e a importância da prevenção, uma vez que distúrbios como atraso na linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são diagnosticados antes dos 3 ou 4 anos de idade e os distúrbios de aprendizagem somente são diagnosticados no ingresso da criança na escola⁽¹³⁾.

A presença ou não de dados relacionados à alimentação da criança no prontuário pode ser observada na Tabela 3. Constata-se que também há diferença estatisticamente significativa entre as duas unidades estudadas, de forma que na unidade com modelo tradicional de atenção à saúde, sem-PSF, esses dados efetivamente não são valorizados no prontuário, dificultando o acompanhamento e evolução das crianças. Mesmo na unidade com-PSF, cerca de um terço dos prontuários não continham informações sobre aleitamento materno ou alimentação da criança.

Tabela 3. Anotações no prontuário sobre alimentação da criança, segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE		TOTAL	P ¹
	Sem PSF	Com PSF		
Aleitamento Materno				<0,001
Não	89 (91,8%)	35 (35,7%)	124 (63,6%)	
Sim	8 (8,2%)	63 (64,3%)	71 (36,4%)	
Alimentação				<0,001
Não	97 (100,0%)	36 (37,7%)	133 (68,9%)	
Sim	-	60 (62,5%)	60 (31,1%)	

¹ Teste qui-quadrado

A Tabela 4 refere-se à anotação do estado mórbido anterior, diagnóstico médico e de enfermagem. Os dados apontam ausência de qualquer uma dessas anotações na unidade sem-PSF, implicando numa total falta de dados para o acompanhamento da evolução das crianças, bem como dificuldade na integração entre os diferentes profissionais que atuam na área.

Tabela 4. Anotações sobre estado mórbido anterior e diagnósticos médico e de enfermagem no prontuário segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE		TOTAL	P ¹
	Sem PSF	Com PSF		
Estado Mórbido Anterior				<0,001
Não	97 (100,0%)	46 (47,4%)	143 (73,7%)	
Sim	-	51 (52,6%)	51 (26,3%)	
Diagnóstico Médico				<0,001
Não	96 (100,0%)	47 (48,5%)	143 (74,1%)	
Sim	-	50 (51,5%)	50 (25,9%)	
Diagnóstico de enfermagem				0,051
Não	96 (100,0%)	32 (32,7%)	128 (66,0%)	
Sim	-	66 (67,3%)	66 (34,0%)	

¹ Teste qui-quadrado.

Anotações sobre condutas médicas e de enfermagem e prescrição de medicamentos e cuidados realizados segundo unidade de saúde são apresentadas na Tabela 5.

Da mesma forma, constata-se total ausência de dados sobre as condutas médicas e de enfermagem nos prontuários das crianças atendidas no modelo tradicional, enquanto na unidade com-PSF, o

Tabela 5. Anotações sobre condutas médicas e de enfermagem e prescrição de medicamentos e cuidados realizados segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE		TOTAL	P ¹
	Sem PSF	Com PSF		
Condutas Médicas				<0,001
Não	97 (100,0%)	24 (24,7%)	121 (62,4%)	
Sim	-	73 (75,3%)	73 (37,6%)	
Condutas de Enfermagem				<0,001
Não	97 (100,0%)	20 (20,4%)	117 (60,0%)	
Sim	-	78 (79,6%)	78 (40,0%)	
Medicamentos Prescritos				<0,001
Não	97 (100,0%)	18 (18,4%)	115 (59,0%)	
Sim	-	80 (81,6%)	80 (41,0%)	
Cuidados de Enfermagem				<0,001
Não	97 (100,0%)	20 (20,8%)	117 (60,6%)	
Sim	-	76 (79,2%)	76 (39,4%)	

¹ Teste qui-quadrado.

percentual de anotações variou de 75 a 81%, permitindo maior conhecimento e acompanhamento das crianças atendidas. Observa-se que na unidade com-PSF, além da anotação das condutas, há também o registro dos cuidados de enfermagem, demonstrando que quando há um dimensionamento mais adequado do enfermeiro na equipe de saúde, a prática do enfermeiro é diferenciada.

Em relação à idade média das crianças na primeira e última consulta e número médio de consultas médicas e de enfermagem, verifica-se na Tabela 6 que a unidade com-PSF apresentou uma mediana de 28 dias para a primeira consulta, que na unidade sem-PSF foi de 2 meses, diferença estatisticamente significativa. Sabe-se que assegurar a primeira consulta precocemente é recomendada pelo Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾ e favorece o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, criando condições mais favoráveis ao desenvolvimento e crescimento das crianças.

Quanto ao número de consultas, o Ministério da Saúde recomenda 7 consultas no primeiro ano de vida, seguida de consultas semestrais no segundo ano e anual a partir do terceiro ano de vida⁽¹⁵⁾. Os dados apresentados na Tabela 6 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as unidades, prevalecendo uma mediana de 4 consultas médicas por criança. Por outro lado, com relação à consulta de enfermagem, no modelo tradicional, sem-PSF, a consulta de enfermagem é quase inexistente, reforçando a prática de uma assistência centrada no médico, enquanto na unidade com-PSF, a consulta de enfermagem é ofertada na mesma proporção que a consulta médica, ou seja uma mediana de 4 consultas de enfermagem por criança, que possibilita uma prática que privilegia também os aspectos voltados ao cuidado. Levando-se em conta que a mediana de idade das crianças na última consulta era de 11 meses e 12 meses para unidade sem-PSF e com-PSF, respectivamente, pode-se inferir pela mediana de consultas, que as crianças da unidade com modelo tradicional receberam 4 consultas médicas nesse período, enquanto as crianças do PSF receberam um total de 8 consultas, sendo 4 médicas e 4 de enfermagem.

Os resultados obtidos reiteram aqueles encontrados por Souza et al⁽¹²⁾, que ao avaliarem o atendimento médico realizado em unidade de saúde da família, através da análise de anotações em prontuários, constataram que 66,7% das crianças passavam pelo menos por 4 consultas médicas no primeiro ano de vida.

Estudo realizado em Maringá, sobre a qualidade dos registros em 65 prontuários de um Núcleo Integrado de Saúde que oferta serviços básicos, mostrou em levantamento preliminar, ausência de informações

Tabela 6. Características gerais das crianças estudadas segundo unidade de saúde. São Paulo, SP, 2003.

CARACTERÍSTICAS	UNIDADES DE SAÚDE		TOTAL	P ¹
	Sem PSF	Com PSF		
Idade na 1ª consulta				
Média	7,41	1,83	4,49	<0,001
Mediana	2,00	0,28	1,00	
Desvio Padrão	11,63	5,04	9,21	
Idade na última consulta				<0,001
Média	18,36	19,48	19,94	
Mediana	11,00	12,00	11,00	
Desvio Padrão	16,78	18,34	17,57	
Nº de consultas médicas				<0,001
Média	5,04	5,65	5,35	
Mediana	4,00	4,00	4,00	
Desvio Padrão	4,06	6,05	5,15	
Nº de consultas de enfermagem				<0,001
Média	0,22	5,63	3,07	
Mediana	0,00	4,00	1,00	
Desvio Padrão	0,49	4,70	4,37	

¹ Teste qui-quadrado.

elementares e legíveis sobre o cliente atendido, tais como data de nascimento e endereço. Além da ausência de informações básicas, houve uma alta frequência de anotações ilegíveis, tais como o motivo da procura pelo atendimento, hipóteses diagnósticas e procedimentos realizados. Em relação à equipe de enfermagem, apesar da relevância desse profissional nas práticas de saúde voltadas para a atenção básica, observou-se um número reduzido de registros por parte dos enfermeiros⁽¹⁶⁾.

Segundo Peduzzi⁽¹⁷⁾, a inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde, ressalta a necessidade de questionar e desconstruir o modo independente e isolado de produzir saúde. Sinaliza o trabalho em equipe como a articulação das inúmeras ações executadas pelos distintos profissionais e a comunicação e inter-relação desses profissionais, como um meio de avançar na ruptura da fragmentação da assistência em direção a uma atenção mais integral.

Nesse sentido, o registro em prontuário deve ser considerado pelo enfermeiro como um dos elementos facilitadores da comunicação e inter-relação entre os profissionais envolvidos na atenção prestada à saúde da criança e um instrumento que favorece a prática do princípio da integralidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Considerando-se os diversos sentidos do termo integralidade propostos por Mattos⁽¹⁸⁾, percebe-se que a definição política do modelo técnico-assistencial norteia a prática do profissional e conseqüentemente o resultado dos cuidados prestados. Assim, os resultados obtidos sugerem que no PSF, os recursos humanos disponíveis e a dinâmica do trabalho em equipe, favorecem a prática de ações com caráter mais completo do cuidado, imprescindível para a concretização do princípio da integralidade, da mesma forma como constatado por Conill⁽⁹⁾.

Um dos fatores que pode explicar essa desvantagem da unidade sem-PSF, em relação à unidade com-PSF, é a organização da

assistência no PSF, que delimita a área de abrangência em consonância com os recursos humanos disponíveis, ou seja, existe uma melhor adequação do binômio demanda/oferta, pré-estipulada. Parece que a questão crucial está mais relacionada à possibilidade de melhor planejar a assistência quando existe uma adequação da oferta à demanda. Há, no entanto, que transpor essa discussão para a questão da universalidade de acesso, uma vez que no modelo com-PSF, ocorre uma seletividade da clientela atendida, o que de um lado garante uma atenção mais integral para alguns, porém por outro lado, não responde a uma questão fundamental colocada na atual sociedade brasileira que é a exclusão social, reflexo da política neoliberal no país. Sabe-se que a

natureza dos serviços de saúde, pública ou privada, já é por si só promotora de grandes desigualdades no acesso e utilização de serviços. Assim, é papel do Estado gerar políticas públicas mais inclusivas e não reforçar no seio do Estado, políticas que promovam a seletividade do acesso. De fato, parece que um dos desafios colocados na arena da construção do SUS é contemplar a mudança do modelo assistencial e o acesso aos serviços de saúde.

Outro aspecto importante a ser destacado refere-se à organização e forma de trabalho da equipe do PSF, centrada na estrutura e não nos microprocessos do trabalho em saúde, que dificulta a ruptura com o modelo hegemônico centrado no atendimento médico.

REFERÊNCIAS

1. Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde - O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; 1998.
2. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1994.
3. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm 2000; 53 (esp): 25-30.
4. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes gerais para a SMS: documento 2. Diário Oficial do Município. São Paulo (SP); 2001.
5. Souza MF, Mendes A. Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção da maior cidade brasileira. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.
6. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pú 2004; 20(5): 1417-23.
7. Cianciarullo TI. Projeto Saúde da Família: avaliação da nova estratégia assistencial no cenário das políticas públicas. São Paulo (SP): [s.e.]; 2000.
8. Siegel S, Castellan Jr NJ. Nonparametrics statistics. New York (USA): Mc Graw-Hill Int. Ed.; 1988.
9. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pú 2002; 18(supl): 191-202.
10. Freire M, Davini J, Camargo F, Martins MC. Observação, registro, reflexão instrumentos Metodológicos I. São Paulo (SP): Artcolor; 1997.
11. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. Regionalização a assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília (DF): Secretaria de Assistência à Saúde; 2001.
12. Souza NC, Góes BW, Grisi S. Avaliação do atendimento médico de equipes do programa de saúde da família através de auditoria de prontuários. In: Cianciarullo TI, Gualda DM, Silva GTR, Cunha ICKO, organizadoras. Saúde na família e na comunidade. São Paulo (SP): Robe Editorial; 2002. [s.p.].
13. Resegue R, Sarrubo SAB. O desenvolvimento normal e os sinais de alerta. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília (DF): MS; 2001. p. 181-6.
14. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico RM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad Saúde Pú 2003; 19(6): 1691-9.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): MS; 2002.
16. Scochi MJ. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil), 1991: Um exercício de avaliação. Cad Saúde Pública 1994; 10(3): 356-67.
17. Peduzzi M. Conferência apresentada no Seminário: O enfermeiro no Programa de Saúde da Família. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, 09 e 10 de novembro de 2000
18. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/Abrasco; 2001. [s.p.].

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Dra. Tâmara I. Cianciarullo, coordenadora principal do projeto, pesquisadores e profissionais das unidades de saúde estudadas pela disponibilidade e às acadêmicas de enfermagem da Universidade Santo Amaro e da Faculdade Santa Marcelina pela participação na coleta dos dados.