

Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária

Quality of maternal and child health care in different models of Primary Health Care

Antônio Prates Caldeira¹
Rafael Morroni de Oliveira¹
Oreston Alves Rodrigues¹

Abstract *This study evaluated the quality of the maternal and child health care in two different models of Primary Health Care. Interviews were carried out by trained personnel with 1200 families randomly selected. Processes of assistance for maternal and child health care were evaluated by Family Health Strategy Teams and traditional health centers. In the evaluation of child health care, the precocity of the first consultation, the regular assessment of growth and development, the recommendations for accident prevention and prophylactic use of iron supplementation and vitamin A had been statistically associated with the model of the health care. Regarding prenatal health care the results showed statistically significant differences between the two models for breastfeeding counseling, nutritional recommendations and cervical preventive screening using Papanicolaou smear. For women health care out of pregnancy period, the results revealed that counseling for breasts auto-examination, preventive screening using Papanicolaou smear in last year and participation in family planning programs were associated with health Primary Health Care model. All the pointed differences had shown better performance of the Family Health Strategy Teams.*

Key words *Primary Health Care, Maternal and child health, Family health, Outcome and process assessment (health care)*

Resumo *Avaliou-se a qualidade da assistência materno-infantil em dois modelos de Atenção Primária à Saúde através de entrevistas com 1.200 famílias selecionadas aleatoriamente. Foram avaliados indicadores de processo da assistência, comparando a Estratégia de Saúde da Família com centros de saúde tradicionais. Na avaliação da assistência à criança, a realização precoce da primeira consulta, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, as orientações para prevenção de acidentes e a profilaxia com sulfato ferroso e vitamina A estiveram estatisticamente associados com o modelo da assistência. Na assistência pré-natal, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os serviços para orientações sobre amamentação e orientações nutricionais, além da realização de exame de prevenção do câncer de colo uterino. Para os cuidados de saúde da mulher fora do período gestacional, os resultados revelaram que orientações para autoexame das mamas, realização de exame preventivo de câncer de colo uterino no último ano e relato de participação em programa de planejamento familiar estavam associados com o modelo de Atenção Primária à Saúde. Todas as diferenças apontadas mostraram melhor desempenho da Estratégia de Saúde da Família.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Saúde materno-infantil, Saúde da Família, Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde)*

¹Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Dr. Rui Braga s/nº, Vila Mauriceia. 39401-347 Montes Claros MG. antonio.caldeira@unimontes.br

Introdução

No Brasil, a reconstrução do sistema de saúde a partir da implantação do Sistema Único de Saúde procurou, através de seus princípios norteadores, reorientar as práticas de saúde, até então equivocadamente centradas na consulta médica e com destaque para os serviços de emergência¹. Nesse contexto, a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) representou um passo fundamental, conciliando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde o recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua. Segundo os pressupostos da estratégia, a atenção deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa².

Apesar de a especialidade de medicina de família estar se difundindo em todo o mundo, a maioria dos profissionais que trabalha nas equipes não tem especialização na área ou atua há pouco tempo nas atividades da estratégia^{3,4}. Assim, alguns questionamentos são feitos quanto à efetividade da assistência à saúde materno-infantil por profissionais sem uma formação de pós-graduação que os capacite para satisfazer a maior parte das necessidades de saúde que podem apresentar os pacientes de qualquer idade da comunidade onde trabalham. O primeiro estudo nacional que procurou avaliar qualitativamente o cuidado primário materno-infantil após a implantação da Estratégia de Saúde da Família foi realizado em São Paulo e buscou avaliar a relação entre a utilização de serviços de Atenção Primária e o nível de saúde das crianças⁵. Os resultados desse estudo destacavam que a maioria das crianças tinha acesso a uma atenção fragmentada, com associação direta entre esse tipo de assistência e o seu estado de saúde. Destaca-se, assim, a relevância do cuidado primário continuado, pois acredita-se que a longitudinalidade esteja intimamente associada com a qualidade da atenção⁶.

O pediatra é, por definição, um médico de cuidado primário^{4,7}. Todavia, em geral, esse profissional tem uma clientela distinta daquela que o médico generalista ou de família. No entanto, existe uma sobrecarga de demanda para a assistência curativa, particularmente devida a problemas respiratórios e doenças infecciosas⁸, fato que, teoricamente, reduz a eficiência desse profissional para atendimento preventivo e funções de educação em

saúde. De forma similar, pode-se assumir que o ginecologista-obstetra também efetua atividades prioritárias de Atenção Primária na atenção à gestante e promoção da saúde da mulher.

A ESF, atuando de forma multidisciplinar e prioritariamente com a promoção da saúde, tem, em tese, as melhores condições para promover a saúde infantil e materna, ainda que não tenha em sua composição o profissional especialista. Todavia, a Atenção Primária não se resume a cuidados preventivos, e a continuidade da atenção está muito mais vinculada à responsabilidade profissional do que ao contexto de equipe, conforme aponta McWhinney⁷. Se por um lado as medidas elementares de saúde pública representam as primeiras necessidades em muitas sociedades, por outro deve-se reconhecer que não são as únicas. Assim, o questionamento que se faz é se estariam os médicos de família e suas respectivas equipes atentas a tais necessidades, mesmo não dispondo dos olhares dos especialistas. Motivado por esse hiato de informações, o presente trabalho propôs-se a uma avaliação normativa da ESF em fornecer os cuidados primários à população a ela vinculada, tomando como referencial, ou como marcador, a saúde materno-infantil.

De modo geral, a maioria das propostas avaliativas registradas na literatura referencia os estudos de Donabedian^{9,10}. O autor propôs que a avaliação da qualidade deveria se dar em três níveis: (1) avaliação da estrutura, que demanda necessariamente a investigação sobre os recursos físicos, organizacionais e técnicos; (2) avaliação do processo, que implica a análise dos procedimentos entre servidor e consumidor (não necessariamente a relação médico-paciente, embora muitas vezes seja esta a atividade central do processo); e (3) avaliação de resultado, que discrimina a situação final de saúde (individual ou coletiva) como resultante da complexa interação entre servidor e consumidor das ações de saúde. Classicamente, os estudos que avaliam resultados de ações de saúde são considerados mais consistentes, em uma perspectiva populacional, apesar da dificuldade para a determinação de quais aspectos da saúde devem ser considerados de responsabilidade dos serviços de saúde⁶.

A partir dos pressupostos apresentados, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência materno-infantil em áreas assistidas pela ESF estabelecendo uma análise comparativa com os serviços tradicionais de Atenção Primária (centros de saúde) disponíveis para a população, apresentando indicadores de processo vinculados a essa assistência.

Métodos

O presente estudo foi conduzido em Montes Claros, ao norte de Minas Gerais. Embora geográfica e politicamente inserido na região Sudeste, o norte do estado de Minas Gerais tem indicadores socioeconômicos mais próximos da região Nordeste, mantendo os contrastes emblemáticos daquilo que se convencionou chamar de “dois Brasis”. A cidade sede do estudo possui, atualmente, cerca de 350.000 habitantes e representa o principal polo regional. A população é predominantemente urbana (apenas 5,8% da população se concentra na área rural). As unidades da ESF estão estrategicamente localizadas em áreas periféricas da cidade e atendem as comunidades mais carentes, assumindo uma cobertura de aproximadamente 40% da população total. A Secretaria Municipal de Saúde ainda mantém 15 centros de saúde, distribuídos em macrorregiões da cidade, com atendimentos de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia.

Após a definição das áreas de cobertura da ESF e do modelo tradicional (centros de saúde), foi realizado um inquérito domiciliar com amostra representativa de usuários do cuidado materno-infantil em ambas as áreas. A unidade amostral foi o setor censitário, com exclusão dos setores especiais (domicílios coletivos), das áreas limítrofes (ou apenas parcialmente cobertas pela ESF) e das áreas com equipes de saúde da família incompletas ou implantadas há menos de um ano.

Como o tamanho da amostra de domicílios necessários para o estudo é diferente para crianças e mulheres, o cálculo amostral do número de domicílios foi realizado, então, a partir do número de crianças, pois este representava um número maior. O tamanho da amostra sugerido por Barros e Victora¹¹ é de 450 crianças, e o número fornecido pelo *software* Epi Info é de 564 crianças. Considerando-se um número ainda maior de crianças para a realização do inquérito (seiscentas crianças), o número médio de moradores por domicílio na área urbana da cidade (cinco) e a proporção de crianças com idade menor de dois anos de idade (5%), o número de domicílios a serem visitados seria de aproximadamente 2.400. Como a média de domicílios em cada setor censitário é de 250, um total de dez setores seria suficiente. No presente estudo, duplicou-se esse número de setores censitários, definindo-se que os domicílios seriam visitados de forma alternada, de modo a melhorar qualitativamente a amostra. Em suma, entre todos os setores censitários elegíveis dentro da área assis-

tida pela ESF, vinte setores foram aleatoriamente selecionados, o mesmo ocorrendo para os setores censitários incluídos nas áreas assistidas pelos centros de saúde tradicionais.

O instrumento de coleta de dados foi especialmente desenvolvido para a pesquisa e ajustado após estudo-piloto. Uma equipe de estudantes de medicina e enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros foi treinada para coleta de dados e codificação das respostas. O controle de qualidade dos dados foi assegurado com reentrevistas e revisão do processo de codificação em uma amostra aleatória de 5% do total de entrevistas.

Todas as informações coletadas foram codificadas e digitadas. As análises foram realizadas através do *software* Epi Info. A associação entre variáveis foi verificada por meio do teste do Qui-quadrado, admitindo-se um nível de significância de 5%.

Não foram eletivos para este estudo crianças maiores de dois anos de idade, no sentido de se evitar o viés de memória. Também foram excluídas da avaliação da assistência à saúde feminina as mulheres adolescentes (menores de vinte anos) e as que tinham idade superior a 49 anos, pela possibilidade de assistência especializada que esses grupos podem demandar. Foram considerados excluídos (ou perdidos) os domicílios sem pessoas habilitadas para responder à entrevista após serem visitados em três dias diferentes, em horários diferentes.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unimontes, e todos os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Para avaliação de indicadores de saúde da criança, foram consolidadas 595 entrevistas com mães de crianças menores de dois anos de idade, sendo 297 em áreas assistidas por equipes de saúde da família e 298 em áreas assistidas por centros de saúde tradicionais. Para a avaliação de indicadores de saúde da mulher, foram consolidadas trezentas entrevistas com mulheres residentes em áreas assistidas por equipes de saúde da família e 299 entrevistas com mulheres residentes em áreas de abrangência dos centros de saúde tradicionais.

Apesar do número de entrevistas realizadas, o número de informações efetivamente utilizadas variou segundo as características de cada indicador, evitando-se vieses na interpretação dos resultados. Os indicadores vinculados à assistência

pré-natal representam bem a restrição numérica das informações, pois uma particularidade do município possibilita à gestante realizar o acompanhamento pré-natal na unidade de sua preferência (incluindo outras unidades básicas ou maternidades). Assim, para as variáveis relacionadas com a assistência pré-natal foram avaliados apenas os dados referentes aos atendimentos efetivamente prestados nas respectivas unidades de saúde. Ou seja, mães residentes em áreas de saúde da família e que foram assistidas nas respectivas unidades foram comparadas com mães residentes em áreas dos centros de saúde e que foram assistidas nos próprios centros de saúde. Para outros indicadores relacionados com a saúde da mulher, foram computadas apenas as informações referentes às mulheres com idade entre 20 e 49 anos, conforme definido previamente.

As características socioeconômicas dos grupos estudados foram avaliadas apenas para as famílias cuja investigação incluía indicadores de saúde infantil e são apresentadas na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta os principais indicadores de processo da assistência à saúde da criança investigados no estudo, e a Tabela 3 apresenta os principais indicadores de processo da assistência à saúde da mulher.

É importante salientar dois indicadores que não estão presentes nas tabelas apresentadas: a proporção de crianças com baixo peso ao nascer e a proporção de partos cesáreas. Ambos os indicadores podem ser tomados como indicadores de processo ou de resultado. Contudo, fo-

ram excluídos das tabelas pela possibilidade de múltiplas interferências não contempladas no estudo. A proporção de recém-nascidos de baixo peso foi de 10,4% nas áreas assistidas pela ESF e de 8,4% nas áreas assistidas pelos centros de saúde tradicionais (não se observando diferença estatisticamente significativa entre as proporções). Para a proporção de partos cesáreas, os números observados foram de 21,7% e 29,5%, respectivamente, nas áreas da ESF e nas áreas de assistência tradicional (diferença também não significativa, estatisticamente).

Discussão

O presente estudo apresenta uma abordagem de avaliação da Atenção Primária na perspectiva da avaliação normativa de processo da assistência, cujos resultados apontam melhor desempenho das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, em relação aos aspectos investigados. A generalização dos dados deve ser tomada com cautela, pois existem algumas limitações do processo de investigação. Trata-se de um estudo restrito a um único município, com particularidades próprias de sua posição geográfica. Salienta-se ainda que, embora a área de abrangência tenha sido limitada àquelas com equipes completas constituídas há pelo menos um ano, o tempo de existência da equipe não foi tomado como uma variável na análise de dados, sendo essa questão importante no processo de adesão dos pacientes

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas, segundo o modelo de Atenção Primária à Saúde. Montes Claros (MG), 2006.

Característica	ESF*		CS**		OR (IC95%)
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Escolaridade mãe					
< 4 anos	43	14,5	16	5,4	3,55 (1,86-6,86)
4-8 anos	96	32,3	73	24,5	1,74 (1,18-2,56)
> 8 anos	158	53,2	209	70,1	1,00
Pai na estrutura familiar					
Não	67	22,6	65	21,8	1,04 (0,70-1,57)
Sim	230	77,4	233	78,2	1,00
Habitantes por domicílio					
> 5 habitantes	149	50,2	142	47,7	1,11 (0,79-1,55)
< 5 habitantes	148	49,8	156	52,3	1,00
Família beneficiária de programa social					
Sim	139	46,8	102	34,2	1,69 (1,20-2,39)
Não	158	53,2	196	65,8	1,00

* ESF: Estratégia de Saúde da Família; ** CS: Centro de saúde.

Tabela 2. Indicadores de processo de assistência à saúde da criança, segundo o modelo de Atenção Primária à Saúde. Montes Claros (MG), 2006.

Característica	ESF*		CS**		“p”	OR (IC95%)
	N	%	N	%		
Controle regular/puericultura						
Sim	225	75,8	176	59,1		1,0
Não	72	24,2	122	40,9	0,000	2,17 (1,50-3,13)
Realização primeira consulta						
≤ 7 dias	73	24,6	32	10,7		1,00
8 - 15 dias	120	40,4	96	32,2	0,023	1,83 (1,08-3,09)
> 15 dias	104	35,0	170	57,1	0,000	3,73 (2,24-6,22)
Registro regular do “CD”						
Sim	216	72,7	144	48,3		1,00
Não	81	27,3	154	51,7	0,000	2,85 (2,00-4,07)
Cartão vacinal em dia						
Sim	289	97,3	284	95,3		1,00
Não	08	2,7	14	4,7	0,281	1,78 (0,69-4,71)
Uso profilático de FeSO4						
Sim	117	57,4	95	46,6		1,00
Não	87	42,6	109	53,4	0,037	1,54 (1,02-2,33)
Uso regular de vitamina A						
Sim	186	86,9	144	70,2		1,00
Não	28	13,1	61	29,8	0,000	2,81 (1,66-4,77)
Orientações prevenção de acidentes						
Sim	88	29,7	54	18,1		1,00
Não	209	70,4	244	84,9	0,001	1,90 (1,27-2,85)

* ESF: Estratégia de Saúde da Família; ** CS: Centro de saúde.

às recomendações de saúde. Outro aspecto que também pode interferir na interpretação dos dados diz respeito à capacitação dos recursos humanos agregados às unidades de cuidado primário, variável também não inserida na presente avaliação. Contudo, os resultados do presente estudo podem ser tomados em conjunto com outras pesquisas, que têm mostrado uma interferência positiva da ESF, especialmente vinculada à população mais necessitada^{12,13}.

A revisão da literatura destaca que os pressupostos mais utilizados pelos estudos de avaliação da qualidade da assistência têm como referência as investigações de processos e resultados¹⁴. O presente estudo procurou, nessa perspectiva, propiciar uma avaliação externa de indicadores de processo da Atenção Primária. Embora exista uma proposta explícita do Ministério da Saúde de grandes investimentos na área¹⁵, contam-se poucos estudos avaliativos semelhantes^{5,12,16}. A avaliação da Estratégia de Saúde da Família, em particular, representa uma importante ferramenta para eventuais ajustes do projeto, apresentado em meados da década passada

como uma proposta de reformulação do modelo assistencial.

A complexidade do tema e a subjetividade, quase sempre inerente ao processo avaliativo, tornam o objeto “qualidade da assistência” demasiado amplo e de múltiplos caminhos metodológicos. Ou seja, além de os estudos avaliativos em Atenção Primária não se apresentarem com o merecido destaque na literatura, os diferentes recortes metodológicos tornam mais difícil a análise comparativa dos seus resultados.

A Tabela 1 mostra que a população adscrita às unidades da ESF é significativamente menos favorecida, apresentando menores índices de escolaridade, um indicador indireto de renda e acesso a bens e serviços em geral. Outro indicador de carência social apresentado na tabela é o fato de também se incluir nessa população maior proporção de famílias com crianças beneficiárias de programas sociais (bolsa-família, cesta básica etc.). Os dados observados estão em consonância com a proposta da ESF. Embora não seja um processo excludente, em sua fase inicial, atendendo ao princípio da equidade, a ESF se destina, prioritariamente, às cama-

Tabela 3. Indicadores de processo de assistência à saúde da mulher, segundo o modelo de Atenção Primária à Saúde. Montes Claros (MG), 2006.

Característica	ESF*		CS**		"p"	OR (IC95%)
	N	%	N	%		
Consultas pré-natais						
≥ 6 consultas	90	78,3	122	73,5		1,00
< 6 consultas	25	21,7	44	26,5	0,440	1,30 (0,71-2,37)
Início do pré-natal						
1º trimestre	80	69,6	110	66,3		1,00
2º ou 3º trimestre	35	30,4	56	33,7	0,652	1,16 (0,68-2,00)
Orientações sobre AM no PN						
Sim	106	92,2	138	83,1		1,00
Não	9	7,8	28	16,9	0,043	2,39 (1,02-5,72)
Orientação nutricional gestante						
Sim	97	84,3	118	71,1		1,00
Não	18	15,7	48	28,9	0,015	2,19 (1,15-4,20)
Realização de PCCU no PN						
Sim	50	43,5	35	21,1		1,00
Não	65	56,5	131	78,9	0,000	2,88 (1,65-5,04)
Uso de ferruginoso no PN						
Sim	91	79,1	122	73,5		1,00
Não	24	20,9	44	26,5	0,346	1,37 (0,75-2,51)
Avaliação odontológica no PN						
Sim	14	12,2	13	7,8		1,00
Não	101	87,8	153	92,2	0,313	1,63 (0,69-3,87)
Cartão de PN completo						
Sim	111	96,5	154	92,8		1,00
Não	04	3,5	12	7,2	0,284	2,16 (0,63-8,18)
Orienta autoexame (mamas)						
Sim	187	63,0	160	53,5		1,00
Não	110	37,0	139	46,5	0,024	1,48 (1,05-2,08)
Última consulta ginecológica						
≤ 12 meses	205	68,3	213	71,2		1,00
> 12 meses	95	31,7	86	28,8	0,493	0,87 (0,61-1,25)
Último exame de PCCU						
≤ 12 meses	190	63,3	162	54,2		1,00
> 12 meses	110	36,7	137	45,8	0,028	1,46 (1,04-2,05)
Último exame das mamas						
≤ 12 meses	133	44,6	130	43,6		1,00
> 12 meses	165	55,4	168	56,4	0,869	1,04 (0,74-1,46)
Planejamento familiar						
Sim	149	50,0	122	41,4		1,00
Não	149	50,0	173	58,6	0,032	1,44 (1,03-2,02)

*ESF: Estratégia de Saúde da Família; **CS: Centro de saúde.

das menos favorecidas da população. Esses achados não implicam distorções do processo de seleção, que foi realizado de forma absolutamente aleatória dentro de cada área assistida pelos diferentes modelos. Resultados semelhantes foram apontados em outros estudos^{12,13}.

A Tabela 2 mostra os indicadores de processo da assistência à saúde da criança, destacando que o

controle regular de puericultura, a realização precoce da primeira consulta, o registro regular do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento ("CD"), as orientações para prevenção de acidentes na infância e o uso profilático do sulfato ferroso e da vitamina A são atividades que estão estatisticamente associadas com a adscrição da família da criança em área da ESF ($p < 0,05$).

Embora seja eventualmente difícil estabelecer parâmetros de bom desempenho para as atividades de assistência à saúde da criança, existem suficientes evidências na literatura que dão suporte às variáveis estudadas. Assim, o controle regular de puericultura está associado ao diagnóstico precoce e intervenções oportunas e positivas para a saúde da criança¹⁷. De forma similar, a primeira consulta realizada de forma mais precoce pode antecipar intervenções oportunas, permitindo identificar fatores de risco para o desmame precoce e corrigindo distorções dos cuidados iniciais com a criança¹⁷. Também existem evidências que destacam o valor de orientações específicas para prevenção de acidentes na infância¹⁸. O uso profilático do sulfato ferroso e da vitamina A também são estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde (no caso da vitamina A, apenas para algumas áreas de risco em todo o país) com potencial de evitar agravos nutricionais importantes^{19,20}. Um grande estudo realizado por Fachini e colaboradores (dentro do projeto de avaliação de linha de base de expansão da Estratégia de Saúde da Família), em análise comparativa entre a ESF e o modelo tradicional em 41 municípios nas regiões Nordeste e Sul, também mostrou maior proporção de crianças em acompanhamento de puericultura em áreas assistidas por equipes de saúde da família¹².

Também está em consonância com os resultados apresentados o fato de o referido estudo ter apontado melhor desempenho das unidades de saúde da família para outras atividades de cuidados com a criança (manejo dos agravos infantis mais prevalentes, manejo da desnutrição, promoção do aleitamento materno e visita domiciliar).

Os cuidados de promoção da saúde da criança são relativamente simples, mas demandam tempo e dedicação por parte do profissional de saúde. Diante dos resultados apresentados, é natural concluir que as atividades dos centros de saúde tradicionais em relação à saúde da criança estão ainda vinculadas ao modelo biomédico²¹. Assim, ações de promoção e prevenção estão, quase sempre, desvinculadas das ações curativas, e prevalecem os atendimentos fragmentados e pontuais.

A Tabela 3 mostra os indicadores de processo da assistência à saúde da mulher. Especificamente em relação ao atendimento pré-natal, foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os dois modelos de assistência para as seguintes variáveis: orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal, orientações nutricionais para a gestante e realização de exa-

me de prevenção do câncer de colo uterino (PCCU) durante o pré-natal. Em relação aos cuidados de saúde da mulher fora do período gestacional, mostraram-se associadas com o modelo de atenção: orientações para o autoexame das mamas, realização de exame preventivo de câncer de colo uterino nos últimos 12 meses e relato de participação ou inscrição em programa de planejamento familiar. Todas as diferenças apontadas foram em favor da ESF. Salienta-se que as variáveis estudadas foram selecionadas a partir do rol de atividades recomendadas em relatórios técnicos do Ministério da Saúde.

Os resultados apresentados em relação à saúde da mulher também estão em consonância com os resultados comparativos de Fachini e colaboradores para municípios da região Sul do Brasil¹². Outro estudo que avaliou os critérios de escolha de local para atendimento pré-natal também identificou que as atividades dos centros de saúde são menos efetivas do que outros serviços na prescrição do sulfato ferroso para as gestantes, na completude do exame ginecológico, no exame das mamas e nas orientações para amamentação²².

É importante apontar que, embora as recomendações para realização anual do exame de prevenção de câncer de colo uterino (PCCU) e para o autoexame das mamas sejam variáveis passíveis de crítica, por não mostrarem significativa efetividade, ainda representam um importante indicador de acesso e qualidade da assistência²³.

Os resultados fornecem subsídios importantes ao sistema de Atenção Primária no país, especialmente quando associados a outros estudos. Há indícios de que o processo da assistência à saúde materno-infantil é mais adequado no modelo da ESF em vários aspectos. Esse resultado representa um aspecto fundamental da pesquisa, pois apresenta um dado real decorrente da proposta político-ideológica concebida através da ESF. Um dos possíveis recortes da pesquisa de avaliação assegura que um determinado serviço é de boa qualidade quando o processo de assistência apresenta certas características que a experiência (ou estudos preliminares) associa com resultados desejáveis²⁴. Ou seja, embora não exista nenhuma garantia de que os processos de assistência assegurem resultados positivos para a saúde da população, existe a premissa de que, em estudos avaliativos, bons processos de assistência à saúde levam a bons resultados²⁵.

Deve-se destacar a dificuldade de trabalhar com indicadores de resultados em análises comparativas para o atual estágio da ESF. O estudo de Roncalli e Lima¹⁶, por exemplo, não conse-

guiu aferir diferenças significativas em entre indicadores de resultado comparando-se equipes de saúde da família e outros serviços. Como ainda está em fase de implantação/expansão para a maior parte do país, a estratégia carece de uniformidade em um dos seus pressupostos básicos, o da longitudinalidade. Para Starfield, a longitudinalidade é uma das premissas para avaliação de impacto ou resultados em serviços de Atenção Primária⁶.

Registra-se ainda que os processos de trabalho estão inseridos em áreas e populações mais carentes (Tabela 1) e que essas ações mostram a possibilidade de se amenizarem os efeitos da pobreza sobre a saúde da população adscrita. Ou seja, a estratégia tem representado um esforço bem-sucedido de aumentar o acesso e a equidade para as camadas menos favorecidas da população.

Não se avaliou no presente estudo a efetividade dos serviços para a assistência de problemas específicos de saúde, o que não representa uma ação prioritariamente vinculada ao cuidado primário. O país atravessa uma fase de rápida transição epidemiológica, em que as doenças agudas e infecciosas têm cada vez menos influência na definição do perfil nosológico da população, enquanto as doenças crônicas e degenerativas ocupam cada vez maior destaque nos indicadores de morbimortalidade. Não é sensato, nesse momento,

perseverar na lógica do atendimento às condições agudas, que negligencia as práticas educativas, de prevenção e de promoção da saúde, especialmente em relação à saúde materno-infantil.

A coexistência de dois modelos distintos parece ser uma realidade para a maioria das cidades de grande e médio portes no Brasil^{12,13,16}. Diante das conclusões naturais de que a assistência à saúde da criança e da mulher nos centros de saúde se mostra, quase sempre, fragmentada e respondendo apenas às demandas pontuais da população, caberá aos gestores de saúde a tarefa de romper com a estrutura já consolidada dos centros de saúde tradicionais, agregando ao rol de suas atividades ações sistemáticas de promoção da saúde ou estimulando a ampliação da Estratégia de Saúde da Família.

Concluindo, é importante destacar que, embora tenham apresentado melhor desempenho, as unidades de saúde da família ainda estão aquém das necessidades da população. Muitas ações devem ser melhoradas, e novas ações são ainda necessárias para aumentar a efetividade das equipes. De forma análoga, novos estudos são ainda necessários para continuar avaliando que impacto a reorganização do sistema de saúde tem apresentado sobre o *status* de saúde e sobre o acesso ao cuidado de saúde para as mães e as crianças brasileiras.

Colaboradores

AP Caldeira participou na concepção do projeto, no delineamento do trabalho de campo, na análise e interpretação dos dados, na redação e análise crítica do texto final. RM Oliveira e OA Rodrigues participaram da coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e redação do trabalho final.

Agradecimentos

Os autores agradecem o financiamento do CNPq, sem o qual este estudo não teria sido possível.

Referências

- Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev Latino Am Enfermagem* 2004; 12(4):658-664.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, Johnson P. Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. *Acad Med* 1995; 70(5):370-380.
- Moura EC. The relationship between the use of primary care and infant health status at 12 months in Brazilian community. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(1):79-87.
- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2004.
- McWhinney IR. *Medicina de família*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
- Durá Travé T, Gúrpide Ayarra N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud: diferencias etarias y estacionales. *Aten Primaria* 2001; 27(4):244-249.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44(3):166-206.
- Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Med Care* 1968; 6(3):181-202.
- Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. São Paulo: Hucitec, Unicef; 1998.
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-681.
- Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):90-99.
- Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad Saude Publica* 1990; 6(1):50-61.
- Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2004; 4(3):317-321.
- Roncalli AG, Lima KC. Impacto de programas de saúde da família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):713-724.
- Needlman RD. Growth and development. In: Behrman RE, Kliegman RM, Harbin AM. *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996. p. 30-72.
- Rivara FP. Prevention of injuries to children and adolescents. *Inj Prev* 2002; 8(Suppl.IV):5-8.
- Abreu J, Borno S, Montilla M, Dini E. Anemia y deficiencia de vitamina A en niños evaluados en un centro de atención nutricional de Caracas. *Arch Latinoam Nutr* 2005; 55(3):226-234.
- Villalpando S, Pérez-Expósito AB, Shamah-Levy T, Rivera JA. Distribution of anemia associated with micronutrient deficiencies other than iron in a probabilistic sample of Mexican children. *Ann Nutr Metab* 2006; 50(6):506-511.
- McElmurry BJ, Marks BA, Cianelli R. *Primary health care in the Americas: conceptual framework, experiences, challenges and perspectives*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2002.
- Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2000; 6(34):603-609.
- Swenson DE. Pap smear screening during pregnancy. Necessary component of the first prenatal visit. *Adv Nurse Pract* 2001; 9(8):53-56.
- Myers RG. Notas sobre la calidad de la atención a la infancia. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez-Juv* 2003; 1(1):59-83.
- Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2005; 5(Supl.1):s63-s69.

Artigo apresentado em 21/05/2007

Aprovado em 11/10/2007

Versão final apresentada em 14/12/2007