

Aylene Bousquat^{I, II}

Maria Cecília Goi Porto Alves^{III}

Paulo Eduardo Elias^{II, IV}

Utilização do Programa de Saúde da Família em regiões metropolitanas: abordagem metodológica

Utilization of the Family Health Program in metropolitan regions: a methodological approach

RESUMO

OBJETIVO: Apresentar a abordagem metodológica de pesquisa para definição do perfil de utilização de serviços de saúde pela população adstrita ao Programa Saúde da Família.

MÉTODOS: Considerou-se a existência de três padrões de uso dos serviços acessados pela população: residual, parcial e completo, definidos a partir do leque de ações do Programa Saúde da Família que são acessadas pela população. Foi realizado inquérito com amostragem em duas fases em área de elevada exclusão social do município de São Paulo (SP), em 2006. Na primeira fase, 960 pessoas participantes de equipes de saúde da família foram sorteadas e classificadas pelos agentes comunitários de saúde em “uso completo” ou não dos serviços de saúde. Na segunda fase, 173 sorteados foram então classificados segundo os padrões de uso dos serviços.

RESULTADOS: Os usuários foram classificados em completos (16%), parciais (57%) e residuais (26%), mostrando-se distintos em relação a características sociodemográficas. Houve utilização seletiva e focada dos serviços oferecidos pelo Programa Saúde da Família, na qual pertencer ao sexo masculino, ter escolaridade superior à quinta série do ensino fundamental, exercer atividade remunerada e acessar planos de saúde implicou menor adesão aos serviços, mesmo se tratando de regiões com pouca oferta de serviços assistenciais. Mesmo em áreas de alta exclusão social e baixa oferta de serviços de saúde, 25% da população cadastrada não utiliza serviços ofertados, recebendo apenas visitas domiciliares.

CONCLUSÕES: Metodologias capazes de captar distintos padrões de utilização de serviços de saúde pela população podem contribuir para aprimorar a avaliação de serviços.

DESCRITORES: Programa Saúde da Família. Serviços de Saúde, utilização. Acesso aos Serviços de Saúde. Atenção à Saúde. Levantamentos Epidemiológicos. Atenção Primária à Saúde.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil

^{II} Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Aylene Bousquat
R. Airosa Galvão 64 – Água Branca
05002-070 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: aylene.bousquat@pesquisador.cnpq.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To present the methodological approach used to define the profile of health services utilization by the population enrolled in the Family Health Program.

METHODS: Three patterns of services utilization accessed by the population were considered: residual, partial and full. These patterns were identified based on the range of actions of the Family Health Program that are accessed by the population. An enquiry was conducted in 2006 with two-stage sampling in an area characterized by high levels of social exclusion in the city of São Paulo, Brazil. In the first stage, 960 people participating in family health teams were drawn and classified by the community-based health agents as “full use” or not of the health services. In the second stage, 173 drawn subjects were then classified according to the patterns of services utilization.

RESULTS: Subjects were classified as full users (16%), partial users (57%) and residual users (26%), and had different social and demographic characteristics. There was a selective and focused utilization of the services offered by the Family Health Program. Being male, having a level of schooling above the fifth grade of elementary school, having a paid job and accessing medical care systems implied lower adherence to the services, even though the study focused on regions with few options of healthcare services. Even in areas of high social exclusion and low offer of health services, 25% of the enrolled population did not use the services offered at the Family Health Units, receiving only home visits.

CONCLUSIONS: Methodologies that are capable of capturing distinct patterns of health services utilization by the population may contribute to improve services evaluation.

DESCRIPTORS: Family Health Program. Health Services, utilization. Health Services Accessibility. Health Care (Public Health). Health Surveys. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Dada sua importância no cenário das políticas de saúde brasileira, notadamente na atenção primária de saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo objeto de diversos estudos. No entanto, ainda são incomuns investigações que desagreguem o perfil de utilização destes serviços pelo conjunto da população cadastrada, prevalecendo a opção por inquéritos de usuários de Unidades de Saúde da Família (USF). Assume-se, assim, o pressuposto – para o qual não há evidência empírica – de que ao se ofertar um serviço, ele é utilizado por toda população cadastrada.

Outra dimensão que necessita ser incorporada nas pesquisas que têm por objeto o PSF são as inovações na oferta de serviços propiciadas pela estratégia da Saúde da Família. Afinal, um elemento central desta estratégia consiste na oferta de serviços para além da consulta médica individual, destacando-se as atividades de promoção e prevenção à saúde.

O objetivo do presente estudo foi apresentar a abordagem metodológica de pesquisa para identificação do

perfil de utilização de serviços de saúde pela população adstrita ao Programa Saúde da Família.

MÉTODOS

A abordagem metodológica descrita refere-se à pesquisa “Avaliação do PSF pela população residente em áreas metropolitanas por meio de instrumento de coleta de dados informatizado”, realizada pelo Centro de Estudos de Saúde Contemporânea, Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Considerou-se a existência de três padrões de uso dos serviços, os quais dialogam com o leque de atividades previstas de realização no PSF:

- residual: parcela da população que apenas recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas não frequenta a USF e não realiza atividades comunitárias;

- parcial: parcela da população que, além de receber a visita do ACS, frequenta a USF para a realização de consultas médicas individuais, porém não participa de atividades de grupos e comunitárias;
- completo: parcela da população que frequenta a USF e realiza atividades de grupo e comunitárias.

A citada pesquisa maior foi realizada nos municípios paulistas de São Paulo, Praia Grande e Santo André, no período de 2004 a 2006. No caso de São Paulo, dada a existência de distintos padrões de implantação do PSF por referência à exclusão socioespacial, foram incluídos moradores adstritos a equipes de saúde da família de dois distritos administrativos localizados em áreas de elevada e de baixa exclusão social.² Nesta comunicação, foram selecionados alguns dos resultados aferidos na área de maior exclusão social do município de São Paulo para ilustrar as potencialidades desta abordagem. Supõe-se que em áreas de elevada exclusão social as USF se configuram como principais recursos de saúde, devido à baixa oferta de serviços públicos e privados. Desse modo, testou-se a metodologia na região mais favorável à utilização plena dos serviços do PSF.

Para avaliar a percepção da população adstrita sobre as atividades das equipes de saúde da família, o plano de amostragem considerou padrões distintos de uso dos serviços ofertados, permitindo que diferenças de perfil socioeconômico e de avaliação e utilização dos serviços pudessem ser identificadas.

Para a obtenção de amostras para os subgrupos populacionais ilustrativos dos três padrões de uso, foi utilizada amostragem em duas fases. Na primeira fase do estudo, foram sorteadas 960 pessoas a partir do cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no qual havia o registro de 3.779 moradores. Por meio de consultas aos ACS, os sorteados dessa primeira amostra foram classificados em dois estratos. No primeiro, foram alocadas as pessoas que os ACS consideravam pertencentes ao grupo “uso completo” (164 pessoas) e no segundo, aquelas que, na opinião dos ACS, não fariam parte desse grupo (719 pessoas). As outras 77, embora ainda estivessem cadastradas, não moravam mais na área de abrangência.

Na segunda fase do processo de amostragem, foram sorteadas 120 e 130 pessoas em cada um dos estratos. As frações de amostragem foram as seguintes:

$$\text{Primeiro estrato} \quad f_1 = \frac{960}{3779} \cdot \frac{120}{164} \cdot \frac{1}{5,38}$$

$$\text{Segundo estrato} \quad f_2 = \frac{960}{3779} \cdot \frac{130}{250} = \frac{1}{21,77}$$

As entrevistas foram feitas nos domicílios dos sorteados e conduzidas por entrevistadores treinados, que utilizaram suporte eletrônico para captura de dados in loco (*palm-top*). A partir das informações fornecidas pelos próprios entrevistados foi possível classificá-los nos grupos “uso completo”, “uso parcial” e “uso residual”.

A taxa de não-resposta foi de 32,5% no primeiro estrato e de 29,2% no segundo, perfazendo 29,8% no total da amostra. Nos dois estratos, a recusa foi de cerca de 11%. As outras perdas deveram-se a não-localização das pessoas sorteadas nos endereços indicados no SIAB. Ao final, foram entrevistadas 173 pessoas.

Foram introduzidos pesos na análise dos dados para compensar as probabilidades diferentes de seleção utilizadas nos dois estratos, determinados pelo inverso das frações de amostragem. A existência de diferenças entre os três grupos de usuários foi verificada por meio do teste de Bonferroni de comparações múltiplas, considerando a ponderação dos dados e utilizando o *software* Stata, versão 9.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos.

RESULTADOS

Dos entrevistados, 46 eram usuários completos, 92 parciais e 35 residuais. A maior parte dos usuários completos (37 pessoas, 80%) foi localizada no primeiro estrato.

Considerando-se as frações de amostragem, a composição da população adstrita foi de 57,3% de usuários parciais (IC 95%: 48,6;65,5), 26,5% de usuários residuais (IC 95%: 19,4;35,2) e 16,2% de usuários completos (IC 95%: 11,3; 22,6).

Em relação às características socioeconômicas (Tabela), houve diferenças entre os três grupos. Apesar dos tamanhos de amostra reduzidos, foi possível verificar que os grupos residual e completo diferiram entre si em quase todas as características avaliadas. Quando comparados os grupos residual e parcial, as diferenças entre os percentuais estimados deixaram de ser estatisticamente significantes para algumas características. Comparando os grupos parcial e completo, só foi identificada diferença estatisticamente significativa para “ter utilizado outro serviço de saúde nos últimos 12 meses”.

Tabela. Características da população segundo padrão de uso de serviços de saúde. São Paulo, SP, 2005.

Característica socioeconômica	Tipo de uso (%)		
	Residual	Parcial	Completo
Ser do sexo masculino***	75,7	46,0	30,1
Ser analfabeto ou ter estudado até a 5ª série*	36,3	56,6	74,2
Ter atividade remunerada***	54,6	20,6	16,4
Ser afiliado a planos e seguros de saúde privados**	25,2	7,8	9,6
Ter utilizado outro serviço de saúde nos últimos 12 meses*.,***	52,9	63,4	86,4

* Houve diferença entre residual e completo

** Houve diferença entre residual e parcial

*** Houve diferença entre parcial e completo

Os usuários de tipo completo também utilizaram outros serviços de saúde enquanto que os usuários residual e parcial não o fizeram na mesma proporção.

DISCUSSÃO

Uma das vantagens da amostragem de duas fases é a possibilidade de privilegiar a inclusão na amostra de indivíduos com características de interesse que sejam raras.^{1,3,4} Embora falhos, instrumentos de rastreamento de baixo custo de aplicação podem ser utilizados na primeira amostragem para a classificação dos elementos segundo “suspeita” da presença da característica de interesse.

No presente estudo, a entrevista com os ACS utilizada na triagem mostrou ser uma forma ágil e econômica de identificar pessoas que faziam “uso completo” do serviço de saúde. A maioria (80%) das pessoas desse grupo encontradas na amostra foi oriunda do primeiro estrato. Ainda, foi solicitado aos ACS que identificassem pessoas que pertenceriam ao grupo “uso completo”, sem especificar o período desse uso. No entanto, no inquérito foram considerados somente os últimos 12 meses, fazendo com que parte das pessoas alocadas no primeiro estrato fosse classificada posteriormente como “uso parcial ou residual”.

Na amostragem de duas fases, a probabilidade de seleção na segunda fase passa a depender dos dados coletados na primeira. O sorteio de sub-amostras com probabilidades distintas de seleção remete à utilização de pesos na análise de dados, introduzidos para compensar essas diferenças de probabilidade, acarretando um acréscimo no erro de amostragem caso seja considerado

o conjunto da população adstrita.³ Em que pese essa diminuição da precisão das estimativas, há redução de custos com o uso da amostragem em duas fases. No presente estudo, foi uma forma eficiente de amostrar os indivíduos pertencentes ao grupo “uso completo” (16% da população adstrita). Um inquérito domiciliar nessa situação teria um custo mais alto.

Garantir a possibilidade de obter estimativas apropriadas para esse grupo de pessoas tem importante significado, por constituir a parcela da população que se utiliza o que poderia ser classificado como PSF pleno, com atividades de promoção e proteção. As informações daí decorrentes podem identificar elementos de constrangimento e de potencialização para a efetiva ampliação destas atividades para o conjunto da população.

Os resultados indicam que a utilização de amostras de usuários que efetivamente freqüentam as USF com a finalidade de se traçar o perfil de utilização de serviços da população adstrita é provavelmente inadequada nas metrópoles. Há uma utilização seletiva e focada dos serviços oferecidos pelo PSF, na qual pertencer ao sexo masculino, ter escolaridade superior à quinta série do ensino fundamental, exercer atividade remunerada e acessar planos de saúde implica menor adesão aos serviços, mesmo se tratando de regiões com pouca oferta de serviços assistenciais. Mesmo em áreas de alta exclusão social e baixa oferta de serviços de saúde, 25% da população cadastrada não utiliza serviços ofertados na USF, recebendo apenas as visitas domiciliares.

Da perspectiva do sistema de saúde, a presente metodologia permite a revelação de aspectos importantes, destacando-se a utilização seletiva de serviços oferecidos pelo PSF segundo perfil socioeconômico.

REFERÊNCIAS

1. Andreoli SB, Almeida Filho N, Coutinho ESF, Mari JJ. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Rev Saude Publica*. 2000;34(5):475-83. DOI: 10.1590/S0034-89102000000500007
2. Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1935-43. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000900025
3. Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley & Sons; 1965.
4. Pickles A, Dunn G, Vázquez-Barquero JL. Screenig for stratification in two-phase (“two-stage”) epidemiological surveys. *Stat Methods Med Res*. 1995;4(1):73-89. DOI: 10.1177/096228029500400106
4. Pickles A, Dunn G, Vázquez-Barquero JL. Screenig for stratification in two-phase (“two-stage”) epidemiological surveys. *Stat Methods Med Res*. 1995;4(1):73-89. DOI: 10.1177/096228029500400106