

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA - SP

Antonio Pereira de Souza Junior

Mestre em Saúde da Comunidade pela Universidade de São Paulo-USP, Docente do Departamento de Ciências da Saúde do IMES Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva; Coordenador do Programa de Saúde da Família do Município de Catanduva. Email: apsjfsio@yahoo.com.br.

Gabriela Zerbinatti Mismatch

Enfermeira do Programa de Saúde da Família do Município de Catanduva

Mauricio Ferraz de Arruda

Doutor pelo Departamento de Biociências e Biotecnologia Aplicadas a Farmácia FCFAR-UNESP; Pós- Doutorando pelo Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu; Docente do Departamento de Ciências da Saúde do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva – IMES. E-mail: zigomaticoah@ig.com.br.

RESUMO: Desde o início de sua implantação a atenção primária à saúde representa um nível de atenção considerado como capaz de mudar a realidade de saúde da população. Nesse aspecto, a Unidade de Saúde da Família se torna então o primeiro contato da população com o serviço de saúde, devendo garantir a resolubilidade de 85% dos problemas de saúde da população atendida e assegurar o atendimento especializado que requer maior complexidade tecnológica caso haja necessidade de encaminhamento aos demais níveis do sistema. Esse estudo tem como objetivo avaliar a implantação do PSF no município de Catanduva – SP, analisando indicadores representativos de cobertura, indícios de mudança do modelo assistencial e impacto sobre a saúde da população. Os métodos e técnicas utilizados seguem a proposta ou perspectiva teórica desenvolvida por Henrique e Calvo em trabalho que analisou dados do Estado de Santa Catarina. Os dados foram analisados de maneira organizada, de acordo com as dimensões de Indicadores, Medidas e Parâmetros a fim de avaliar a implantação do PSF no município de Catanduva por meio de comparativo dos resultados obtidos no ano de 2000 e 2010. Após cálculos aplicados e resultados apresentados mediante o estudo realizado, o PSF em Catanduva foi classificado em 2000 com nível insatisfatório, uma vez que não atingiu resultados esperados relacionados à Cobertura Populacional Potencial, Índice de Mudança no Modelo de Assistência e Impacto. Para o ano de 2010 podemos identificar certo avanço, pois desta vez o município foi classificado com nível intermediário.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde Pública.

EVALUATION OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN CATANDUVA SP BRAZIL

ABSTRACT: Since its establishment, primary health attendance represents attention level that may be capable of changing the population's health status. The Family Health Program is the first contract that people have with health services and should guarantee an 85% solution for health problems. It also warrants specialized attendance for more technologically complex cases if forwarding to higher levels of the system is required. Current analysis evaluates the implantation of the FHP in Catanduva SP Brazil through an analysis of coverage indexes, changes of assistance model and impact on the population's health. Methods and techniques follow the theoretical perspective by Henrique & Calvo in their work in the state of Santa Catarina, Brazil. Data were

analyzed according to Indicators, Measurements and Parameters for the evaluation and establishment of FHP in Catanduva by comparing results for 2000 and 2010. After the calculation of results, FHP in Catanduva in 2000 was classified unsatisfactory since results expected on Potential Population Coverage, Change Index in Attendance Method and Impact were not reached. It seems that in 2010 certain progress has been identified since FHP in the municipality was classified at an intermediate level.

KEYWORDS: Healthy Primary Attendance; Family Health; Public Health.

INTRODUÇÃO

No contexto do SUS, a Atenção Básica “corresponde a um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006). Também neste mesmo contexto o Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde como intenção de reorientar e reorganizar a Atenção Básica à Saúde, que até o momento ainda trazia como herança características curativas e muito ligadas à figura do médico.

A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; é característica de todos os níveis de atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (VIANA; POZ, 1998).

Desde o início de sua implantação a atenção primária à saúde representa um nível de atenção considerado como capaz de mudar a realidade de saúde da população. Com a expectativa de alcançar a meta Saúde para todos no ano 2000, esta declaração, proposta na trigésima reunião da Assembleia Mundial de Saúde em 1977, desencadeou uma série de atividades que tiveram grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária

(STARFIELD, 2002).

No Brasil, no período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (GIL, 2006).

Tão expressiva a criação e desenvolvimento do PSF que, atualmente é tido como estratégia de atenção com grande impacto e capacidade de modificar o modelo assistencial vigente, entendido não como uma atividade assistencial paralela à rede implantada, mas como a porta de entrada do sistema. Nesse aspecto, a Unidade de Saúde da Família se torna então o primeiro contato da população com o serviço de saúde, devendo garantir a resolubilidade de 85% dos problemas de saúde da população atendida e assegurar o atendimento especializado que requer maior complexidade tecnológica caso haja necessidade de encaminhamento aos demais níveis do sistema (BRASIL, 1997; TEIXEIRA, 2003; HENRIQUE; CALVO, 2008).

O Município de Catanduva – SP está localizado na região noroeste do Estado de São Paulo e possui grau de urbanização que atinge 99,20% de uma população composta por 112.843 habitantes e um índice de envelhecimento que corresponde a 79,33 anos. O PSF foi implantado em 1998 com duas Unidades de Saúde da Família e até o ano de 2000 outras duas foram implantadas. Atualmente, o PSF possui 19 equipes atuantes em Catanduva e atende a uma população que corresponde a aproximadamente 58% da população. Apesar da sua considerável evolução e das perspectivas que envolvem esse modelo de assistência para o município, não existe nenhum estudo que possibilite avaliar e compreender como a implantação do programa tem evoluído de maneira completa e criteriosa.

Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a implantação do PSF no município de Catanduva – SP, analisando indicadores representativos de cobertura, indícios de mudança do modelo

assistencial e impacto sobre a saúde da população.

2 METODOLOGIA

Os métodos e técnicas utilizados seguem a proposta ou perspectiva teórica desenvolvida por Henrique e Calvo no ano de 2008, em trabalho que analisou dados do Estado de Santa Catarina.

Trata-se, portanto, de um estudo epidemiológico, ecológico, quantitativo e baseado em indicadores do período de 2000 e 2010 que estão relacionados à cobertura populacional, mudança no modelo assistencial e impacto. Os dados foram coletados em novembro de 2011 e obtidos de forma secundária por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

A fim de analisar os indicadores representativos de cobertura, calculou-se a cobertura populacional potencial, que representa os recursos disponíveis para atender de forma satisfatória toda a população a qual se destina o PSF, independentemente se a população adstrita utiliza ou não este serviço (HENRIQUE; CALVO, 2008; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2011a)

A fórmula utilizada foi a fórmula proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), na qual o número de residentes no município é analisado de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e a cobertura potencial populacional foi então categorizada em: alta (maior que 70%), média (entre 50% e 70%) e baixa (menor que 50%) (HENRIQUE; CALVO, 2008; BRASIL, 2001). Quanto à evolução foi classificada em aumento, nenhuma alteração, ou diminuição, de acordo com a mudança de categoria entre os anos analisados.

Para analisar os indicadores relacionados ao “índice de mudança no modelo assistencial” foram utilizadas as visitas domiciliares do médico, considerado instrumento de trabalho facilitador

do vínculo do profissional com a comunidade, os encaminhamentos ao especialista, que podem indicar se o PSF está atuando como porta de entrada do sistema e se permite acesso à média e alta complexidade ou se a sua atuação é apenas a de um modelo paralelo destinado a uma parcela da população e um número reduzido de procedimentos. E, por fim, o atendimento individual do enfermeiro, uma vez que a construção do trabalho em equipe no PSF pressupõe a participação ativa do enfermeiro na assistência da população adstrita -(HENRIQUE; CALVO, 2008; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2011b).

As quatro medidas do “índice de mudança de modelo” foram razões cujo numerador é o número médio de consultas médicas individuais realizadas por uma equipe e o denominador é o valor encontrado para o somatório das variáveis descritas acima, no mesmo local e período de tempo.

Para o cálculo de consultas médicas esperadas, estabeleceu-se um tempo médio de 20 minutos de consulta por paciente, multiplicado por 24 horas de atendimento semanais, totalizando 72 consultas médicas por semana. As 24 horas foram calculadas para um contrato de trabalho de 40 horas, exigido na maior parte dos municípios brasileiros para atuação no PSF; as 16 horas restantes destinam-se às atividades em equipe para promoção, prevenção e reabilitação da saúde, quais sejam: grupos de atenção, visitas domiciliares, educação continuada, planejamento e avaliação das ações.

Para visitas domiciliares do médico, foi considerado o tempo de deslocamento e de maior interação com o paciente em seu domicílio, resultando em 40 a 80 minutos por consulta, em 4 horas semanais. Este cálculo estabelece a possibilidade de realização de 3 a 6 visitas domiciliares semanais, que resultaria na proporção de uma visita domiciliar para 12 a 24 consultas médicas. Para os exames de patologia clínica, o valor esperado é de um exame solicitado para 3,1 a 5,4 consultas médicas realizadas. Para atendimentos individuais do profissional de

enfermagem, o esperado é de um atendimento para 2,0 a 3,9 consultas médicas realizadas. Quanto à medida dos encaminhamentos ao especialista, utilizou-se o preconizado pelo Ministério da Saúde para a atenção primária, que é um grau de resolutividade médio de 85% dos atendimentos (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2011b).

Padronizou-se, portanto, um intervalo aceitável de 10% a 20% de encaminhamentos, resultando em um encaminhamento para 5,0 a 10,0 consultas médicas realizadas. O cálculo da variação aceitável dos parâmetros baseou-se na variação das medidas, com o objetivo de respeitar as variações, na forma de implementar e executar as ações preconizadas com base na sua realidade, sem perder de vista a qualidade das atividades da equipe.

Foi atribuído escore 1 (um) no aspecto analisado cujo valor estivesse dentro do intervalo esperado e escore 0 (zero) para valores acima ou abaixo deste intervalo, uma vez que valores fora do esperado (acima ou abaixo) podem representar desequilíbrio do modelo de atenção, ou uma rede de atenção mal estruturada, com excesso ou falta de oferta de determinados serviços. O município foi classificado, nos anos de 2000 e 2010, quanto ao modelo assistencial, em três tipos: forte índice de mudança, médio índice de mudança e fraco índice de mudança, de acordo com o somatório dos indicadores alcançados. Caso a soma das medidas fosse de 0 a 1, o município seria classificado, quanto ao modelo assistencial, como fraco índice de mudança; para soma de valores entre 2 a 3, a classificação seria de médio índice de mudança; e, no caso de valor 4, a classificação seria de forte índice de mudança (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Para representar o impacto do PSF mediram-se as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial por meio de dados secundários disponíveis na página eletrônica do DATASUS sobre morbidade hospitalar, por local de residência, nos anos de 2000 a 2010 (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2011b). Os dados

obtidos foram selecionados com base na lista de morbidade da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

As principais causas de internações apontadas por Mendes (2002) apontam como sensíveis à atenção primária: asma (J45), insuficiência cardíaca (I50), pneumonia (J12 a J18), e diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09). A medida foi a razão entre a soma das internações dessas doenças e o número de pessoas residentes no município, no mesmo período de tempo, multiplicada por mil. Constituiu-se assim uma taxa de internações por doenças sensíveis à atenção primária, para um conjunto de mil habitantes, no período de um ano. Para classificar o município quanto ao impacto, foram utilizados os dados de internações, para os anos de 2000 e 2010 (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2011c). Os valores menores que o primeiro quartil foram considerados como baixo número de internações; os valores entre o primeiro e o terceiro quartil foram considerados como médio número de internações, os maiores que o terceiro quartil foram considerados como alto número de internações, por condições sensíveis à atenção primária. Os valores estão descritos na tabela 1. Esses indicadores compuseram a classificação do município em baixo, médio ou alto grau de implantação do PSF, em 2000 e 2010, comparando-os entre si em cada momento da pesquisa e durante o período estudado, conforme apresentado na figura 1.

Essas classificações receberam escores diferenciados:

- Escore 5: para alta cobertura, para forte índice de mudança no modelo assistencial e para baixo número de internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial.
- Escore 3: para média cobertura, para

médio índice de mudança no modelo assistencial e para médio número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

- Escore 0: para baixa cobertura, para fraco índice de mudança no modelo assistencial e para alto número de internações por condições sensíveis à mudança no modelo assistencial.

A agregação dos escores dos três indicadores analisados permitiu classificar o município em três categorias, conforme a implantação do PSF: satisfatória (com somatória de escores maior que 10), intermediária (com somatória de escores de 7 a 10) e insatisfatória (com somatória de escores inferior a 7) (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Tabela 1 Descrição das variáveis, medidas e parâmetros para a classificação do município de Catanduva quanto ao Programa Saúde da Família (PSF), 2000 e 2010.

Indicador	Medida	Parâmetros
Cobertura	Porcentagem de cobertura populacional potencial	≤50%(baixa cobertura) 50% a 70% (média cobertura) ≥ 70% (alta cobertura)
	Visitas domiciliares	1 visita domiciliar para 12 a 24 consultas médicas *
Índice de mudança	Exames de patologia clínica	1 exame de patologia clínica para 3,1 a 5,4 consultas médicas *
	Encaminhamento ao especialista	1 encaminhamento ao especialista para 5,0 a 10,0 consultas médicas *
	Atendimento de enfermagem	1 atendimento de enfermagem para 2,0 a 3,9 consultas médicas *
Impacto	Internações por doenças sensíveis à atenção primária por mil habitantes	≤ 8,2 (baixo número de internações) > 8,2 e < 18,3 (médio número de internações) ≥ 18,3 (alto número de internações)

Fontes: Ministério da Saúde e Departamento de Informática do SUS (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2011 a, b, c)

* Os intervalos são os valores esperados para as variáveis.

Para o indicador impacto, em 2000 foram observados os seguintes resultados: médio número de internações e em 2010 tudo continuou da mesma forma, porém, na análise dos dados pode-se perceber uma diminuição significativa tanto no que se refere ao número de internações por condições sensíveis à atenção primária quanto no que se refere às doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório em relação ao ano de 2000. Desse modo, pode-se observar que houve uma expansão no acesso a Atenção Primária à Saúde atrelada às práticas do PSF, voltadas à prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, e que, de alguma forma, causaram redução no número de internações sensíveis à atenção ambulatorial, quando comparado o número de internações nos anos analisados.

A análise sistemática de alguns artigos que abordam as internações sensíveis à atenção ambulatorial demonstra que pacientes com uma fonte rotineira de cuidados ambulatoriais apresentam um número menor de internações (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002).

Finalmente, após cálculos aplicados e resultados apresentados mediante o estudo realizado, o PSF em Catanduva foi classificado em 2000 com nível insatisfatório uma vez que não atingiu resultados esperados relacionados à Cobertura Populacional Potencial, Índice de Mudança no Modelo de Assistência e Impacto. Para o ano de 2010 podemos identificar certo avanço, pois desta vez o município foi classificado com nível intermediário.

No entanto, a avaliação do PSF não é algo simples, pois muitos são os fatores que podem contribuir para esta problemática. O PSF tem como princípio definido um novo modo de atender às necessidades de saúde da população e necessita de profissionais que devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que correspondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

A qualidade dos serviços de saúde está

relacionada ao resultado de diferentes fatores que envolvem o grau de comprometimento dos profissionais, conselheiros municipais de saúde e gestores.

Desta forma, avaliando a cobertura, percebeu-se que as mudanças operadas entre 2000 e 2010 são estatisticamente significativas e representam uma ampliação das famílias atendidas por este modelo de assistência, explicada, entre outros motivos, pelo incentivo financeiro oferecido ao município e pelo comprometimento da gestão envolvida.

Em relação ao índice de mudança no modelo assistencial, houve certa evolução, o que demonstra que o município melhorou e buscou adequações em relação aos aspectos analisados, quais sejam: consulta domiciliar do médico, consulta de enfermagem, encaminhamento para especialistas e para exames laboratoriais.

No indicador impacto, o resultado se manteve, quando em 2000 foi indicado médio número de internações preveníveis pela atenção primária e em 2010 o resultado foi mantido.

Estes dados demonstram que o PSF em Catanduva apresentou avanço, principalmente na ampliação de sua cobertura e no índice do modelo de assistência, ainda que careça de resultados expressivos.

Com este estudo, aumenta-se a possibilidade de estruturar meios que busquem a qualificação necessária progredir em relação ao PSF, principalmente no que tange aos indicadores estudados e estudos futuros poderão avaliar o impacto das propostas mais recentes a fim de superar os problemas observados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da metodologia utilizada e dos indicadores analisados concluiu-se, através deste trabalho, que o PSF no município de Catanduva, em 2000, dois anos após o início da implantação do Programa, foi classificado com nível insatisfatório,

quando analisado indicadores representativos de cobertura, indícios de mudança do modelo assistencial e impacto. Já em 2010, 13 anos após o início de sua implantação, foi classificado em nível intermediário quando analisado os mesmos indicadores do ano de 2000.

Esta classificação demonstra que o PSF em Catanduva apresentou avanço, principalmente na ampliação de sua cobertura e no indício do modelo de assistência, ainda que careça de resultados expressivos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.
- _____. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
- _____. Portaria n 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71-76.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Cadastramento familiar**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabpSP.def>>. Acesso em: 27 nov. 2011.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Morbidade hospitalar do SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mrsp.def>>. Acesso em: 27 nov. 2011.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Produção e marcadores**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabpSP.def>>. Acesso em: 27 nov. 2011.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, 2006.
- HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809–819, 2008.
- MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, CE: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo, SP: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília, DF: Opas; 2002.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.
- VIANA, A. D.; POZ, M. R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa Saúde da Família. **Physis (Rio J)**, v. 2, p. 225-264, 1998.

Recebido em: 04 de agosto de 2012

Aceito em: 12 de outubro de 2012