

AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Assessment of the Family Health Program in municipalities with low population of Minas Gerais State

Renata Campolina Veloso¹, Maria Rizioneide Negreiros de Araújo²

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a atuação do Programa Saúde da Família (PSF) em municípios com população abaixo de 5.000 habitantes do Estado de Minas Gerais. Foram utilizados os indicadores de cobertura populacional efetiva pelo PSF e Internações Hospitalares Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) como instrumentos avaliativos da pesquisa. Os resultados demonstraram que o percentual de Internações Sensíveis em janeiro de 1999 foi de 43%, decrescendo para 29% em dezembro de 2007, enquanto que a cobertura populacional evoluiu de 19% em janeiro de 1999 para 95% em dezembro de 2007 nos municípios estudados. O estudo apresenta valores estatisticamente significativos comprovando o aumento da cobertura populacional efetiva pelo PSF e a redução nas Internações sensíveis durante o período estudado. Entretanto, não foi possível afirmar que a cobertura do Programa Saúde da Família tenha sido único e principal fator responsável por essa evolução, mas certamente foi um dos fatores contributivos.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores Básicos de Saúde. Programa Saúde da Família. Avaliação em Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, é a estratégia lançada pelo governo federal com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde, visando à prevenção e promoção da mesma, à equidade, à universalidade, à inte-

ABSTRACT

The propose of the study is to analyzed the performance of the Family Health Program(PSF) in municipalities which the population is lower than 5.000 habitants in Minas Gerais State. The study used the health indicators of the effective coverage provided by PSF and the Hospitalization due to Ambulatory Care Sensitive conditions(ACSC) as a instrument of assessment. According to the results, the percentage of the Ambulatory Care Sensitive Conditions in January of 1999 was 43%, decreasing to 29% in December of 2007, while the coverage provided by PSF developed from 19% in January of 1999 to 95% in December of 2007. The study represents a significant statistic value confirming the increasing of the PSF covering and the decreasing the amount of the Hospitalizations due to Ambulatory Care Sensitive during the period of the research, meanwhile it could not affirm that the coverage provided by PSF was the only and principal responsible factor for this gradual development, but certainly it was a contributive factor.

KEY WORDS: Health Status Indicators. Family Health Program. Assessment of Health Services.

gralidade com participação e controle social, valores estes pregados pelo modelo vigente no atual Sistema Único (SUS) (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Este sistema público de saúde tem como base a Atenção Primária à Saúde (APS), e é neste nível que se resolvem 90% dos problemas de saúde mais comuns, como a hipertensão,

¹ Renata Campolina Veloso, acadêmica de Enfermagem da Pontifícia Católica de Minas Gerais e Bolsista da Secretaria de Estado de Saúde - SES. E-mail: renatacveloso@yahoo.com.br

² Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da FUMEC.

a diabetes mellitus e outras doenças crônicas que acometem milhões de brasileiros (BRASIL, 2007).

No ano de 1978, a Conferência Alma-Ata realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu a Atenção Primária à Saúde como o primeiro nível de atenção integrado diretamente com a sociedade, sendo um instrumento indispensável para a resolução de problemas do século vinte e um (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS, 1978; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 2005).

Em Minas Gerais, o programa Saúde da Família começou a ser implantado no final de 1994. O Estado possui 853 municípios, uma área física de 586.528,293 km², com uma população total de 19.237.450 habitantes (estimada em 2005), (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2008). Entre o ano de 2000 e 2001, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização, que dividiu o Estado em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-polos e 75 microrregiões sanitárias (MINAS GERAIS, 2008). Essa divisão teve como objetivo melhorar a acessibilidade da população aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção. Através desta estratégia adotada pelo governo estadual, Minas Gerais teve um grande avanço na esfera da saúde e, em 2005, a Resolução n° 661 de 22/03/05 da Secretaria Estadual de Saúde criou o programa Saúde em Casa como um projeto estruturador do governo, liberando recursos mensais destinados às equipes de Saúde da Família visando à melhoria dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos e da qualidade de vida dos mesmos (MINAS GERAIS, 2004; 2005).

Tendo em vista os programas provenientes de políticas públicas em saúde criados e desenvolvidos pelo governo estadual e federal, juntamente com todos os recursos financeiros do Programa Saúde em Casa e Saúde da Família repassados por eles, surge a necessidade de avaliar se tais investimentos estão impactando diretamente na qualidade de vida dos cidadãos dos municípios objeto deste estudo.

Estudos recentes do Ministério da Saúde, realizados especialmente pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (Ministério da Saúde/DAB), mostram o quanto a avaliação em saúde é importante para dar suporte ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois é através dessa avaliação que se permite verificar os resultados das ações e serviços oferecidos pelo governo e o quanto há melhoria na qualidade de vida dos cidadãos.

Este estudo utiliza os indicadores de Cobertura Populacional pelo PSF e Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial, para verificar a relação entre o impacto das ações dos Programas implantados pelos governos supracitados

e as respostas epidemiológicas e estatísticas obtidas após a análise dos indicadores durante o período compreendido entre janeiro de 1999 e dezembro de 2007.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico do tipo comparação de séries históricas. Utilizou-se a totalidade dos municípios, que corresponde a 242 municípios com população abaixo de 5.000 habitantes no Estado de Minas Gerais. Foram, portanto, excluídos os demais 611 municípios com população acima de 5.000 habitantes. Os 242 municípios foram divididos em 13 grupos conforme a divisão realizada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Minas Gerais. (TAB. 1).

Tabela - 1 Número de municípios com população abaixo de 5.000 habitantes, de acordo com as Macrorregiões no Estado de Minas Gerais, 2008.

Macrorregião	Número de Municípios com população abaixo de 5000 habitantes
Região-Sul	37
Centro-Sul	17
Centro	29
Jacuitinhonha	8
Oeste	16
Leste	30
Sudeste	40
Norte de Minas	17
Noroeste	6
Leste do Sul	16
Nordeste	12
Triângulo do Sul	7
Triângulo do Norte	7
Total	242

Fonte: Site Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - Políticas de Saúde -Plano Diretor de Regionalização- PDR. (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - PDR)

Após separar os municípios em Macrorregiões sanitárias, utilizou-se o método de amostra aleatória simples para escolher aqueles que fariam parte do estudo. Foram separados em 13 cumbucas, sendo que cada uma delas representava uma macrorregião. Colocaram-se os nomes dos municípios em papéis individuais e cada um deles foi depositado na respectiva cumbuca de acordo com a macrorregião a qual pertencia. Considerando-se o universo de 242 municípios e a significância estatística, sortearam-se 10% do total de municípios contido em cada cumbuca, obtendo-se o quantitativo de 27 municípios que foram incluídos no estudo. Essa metodologia foi utilizada com o objetivo de analisar de forma mais homogênea toda a região do Estado de Minas Gerais e estabelecer resultados estatísticos confiáveis. Após a listagem dos municípios participantes do estudo, coletaram-se os dados de cada um deles, utilizando-se os indicadores de Cobertura Populacional pelo PSF e Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial, compreendendo o período de janeiro de 1999 a dezembro

de 2007, com objetivo de estabelecer uma série histórica e analisar a evolução dos dados.

Indicadores de Saúde

O indicador de saúde tem a função de revelar a situação de saúde de uma população (PEREIRA, 1995). Ele é utilizado para medir a qualidade de vida em uma região, podendo também definir indiretamente o padrão de vida de um determinado local.

Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA)

Conhecido também como internações potencialmente evitáveis, o indicador de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial foi primeiramente utilizado nos Estados Unidos e hoje é um dos instrumentos de monitoramento em saúde em vários Estados do Brasil. Caminal *et al.* (2004), em seus estudos, propuseram uma lista de doenças baseada na CID-9 (Código Internacional de Doenças) contendo aquelas que poderiam ser as causas de internações definidas como Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial. A relação entre essas internações hospitalares e a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estudada por Laditka *et al.*, 2005, que constataram que o maior acesso à atenção básica, incluindo uma oferta de atendimentos médicos e serviços em saúde podem reduzir significativamente a taxa de internações potencialmente evitáveis. As internações relacionadas a complicações não controladas de doenças crônicas ou condições relativas à falta de acesso a serviços preventivos ou de rotinas relacionados à saúde são exemplos de Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial (MACINKO, 2004).

A variável relacionada ao número de condições sensíveis foi calculada de cada município incluído no trabalho com base na Resolução da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, nº 1.093 de 29 de Dezembro de 2006, que estabelece condições que compõem o indicador Internações Sensíveis a partir da necessidade de regulamentação e monitoramento dos indicadores de saúde. Os dados foram devidamente tabulados no programa TabWin, para realizar as operações e avaliação dos mesmos. (MINAS GERAIS, 2006)

Cálculo de internações sensíveis:

$$\% \text{condições sensíveis} = \frac{\text{N}^\circ \text{ condições sensíveis}}{(\text{Todas Internações} - \text{Parto})} \times 100$$

Para a realização do cálculo acima, as variáveis relacionadas a todas as Internações e número de Partos foram extraídos do SIH (Sistema de Informação Hospitalar) durante o período de 1999 a 2007 dos municípios sorteados.

Após a organização dos dados necessários para o cálculo acima, foi feita uma média global da amostra no período de 1999 a 2007 para comparação dos resultados.

Cobertura populacional efetiva (PSF)

O indicador de cobertura populacional indica a porcentagem de população coberta por cada equipe de saúde da família. O Ministério da Saúde propõe um cálculo que utiliza o número de equipes presentes em um determinado município e o número de residentes do mesmo.

$$\text{Cobertura Populacional pelo PSF} = \frac{\text{Número de equipes} \times 3.450}{\text{Número de residentes do município}} \times 100$$

Para melhor entendimento, é necessário esclarecer que a constante 3.450 é recomendada pelo Ministério da Saúde e utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, por ser uma média realizada entre o máximo de pessoas que uma equipe pode atender que era, à época, 4500 e o mínimo de 2400. O número de equipes dos 27 municípios estudados foi extraído do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) do mês de dezembro dos anos de 1999 a 2007, que são calculados mensalmente na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. O número de residentes dos municípios foi obtido através de estimativas calculadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), estimando a população residente nos municípios nos respectivos anos estudados. (IBGE, 2008).

Como na amostra estudada todos os municípios possuíam população pequena, calculou-se a porcentagem da população efetivamente coberta, isto é, como cada equipe é capaz de cobrir 3.450 pessoas, utilizou-se do número exato da população que cada município era capaz de cobrir dependendo do número de equipes de Saúde da Família que cada um possuía.

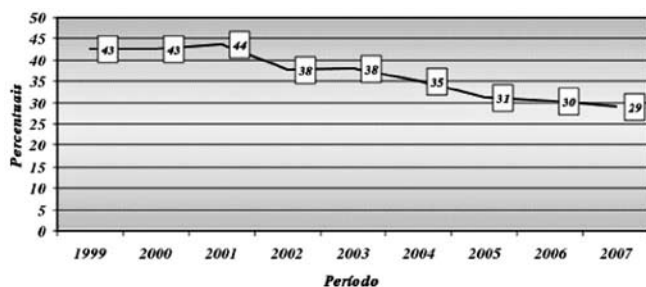
Assim, para calcular-se a cobertura em cada ano utilizou-se do cálculo:

$$\text{População efetivamente coberta} = \frac{\text{População coberta total}}{\text{População total dos municípios}} \times 100$$

Realizou-se o cálculo acima nos anos de 1999 a 2007 para análise e comparação dos dados estabelecendo uma série histórica comparativa.

RESULTADOS

Gráfico 1 - Percentual de Internações Hospitalares Sensíveis nos municípios estudados com população abaixo de 5.000 habitantes do Estado de Minas Gerais no período entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2007.



Fonte: SIH - Sistema de Informação Hospitalar

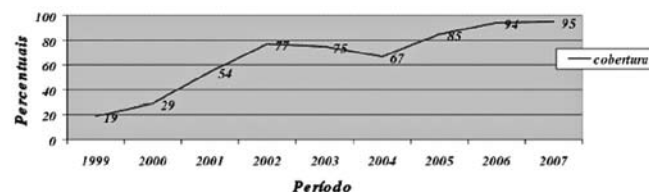
O Gráfico acima demonstra uma queda progressiva nos percentuais de Internações Sensíveis no período de 1999 a 2007. Em 1999, a porcentagem de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) foi de 43% evoluindo para 29% no ano de 2007.

Pelos dados apresentados no Gráfico 1, observa-se que, durante o período analisado, houve uma redução significativa das Internações sensíveis à Atenção Ambulatorial nos 27 municípios de pequeno porte do Estado de Minas Gerais. A primeira queda ocorreu no período entre 2001 e 2002, com uma variação percentual de 6% de queda na taxa das Internações e, posteriormente, em 2004 e 2005, quando a queda na taxa de internações foi de 4% neste período. Analisando os demais anos, os períodos anteriormente citados foram aqueles que representaram variações significativas. Tal situação leva-nos a inferir que algo aconteceu nesses municípios que interferiu positivamente nas internações. Não resta dúvida que a organização do modelo assistencial pode ter contribuído para que tais índices fossem reduzidos. Em países do primeiro mundo, como o Canadá, esta situação também foi observada.

Ao analisar as macrorregiões e suas respectivas taxas de internações hospitalares sensíveis à Atenção Ambulatorial durante o período de 1999 a 2007, tem-se a macrorregião Sul como destaque com uma redução de 40% em suas internações, enquanto que a macrorregião Leste do Sul apresentou a menor queda do indicador, com apenas 2% de redução das internações durante o período estudado. Segundo Otero *et al.* (2007), os municípios da macrorregião Sul e centro são os mais desenvolvidos, podendo interferir no indicador das internações. Pappas *et al.* (1997) verificaram que os residentes de áreas com rendas intermediárias e baixas e aqueles que não possuíam seguro privado são mais prováveis de serem internados por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

(CSAA) que os residentes de áreas mais ricas e aqueles assegurados, respectivamente. Sendo assim, o desenvolvimento econômico da região pode ter afetado diretamente na melhoria da condição de saúde da população, ocasionando a queda das internações em questão.

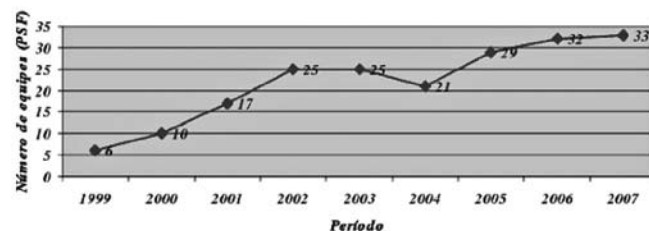
Gráfico 2 - Percentual da cobertura populacional efetiva pelo Programa Saúde da Família nos municípios estudados do Estado de Minas Gerais no período entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2007.



Fonte: ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) SAS/SES 1999-2007

No período estudado, verifica-se que houve uma grande adesão dos municípios ao PSF (GRAF. 2) que também representa uma mudança no modelo assistencial vigente pelo fato de o Saúde da Família preconizar diretrizes na forma de organização do processo de trabalho e na participação do usuário nos serviços de saúde.

Gráfico 3 - Número de equipes de Saúde da Família em municípios estudados do Estado de Minas Gerais no período entre Janeiro de 1999 a Dezembro de 2007.



Fonte: ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) SAS/SES - 1999-2000

Percebe-se que, em 1999, dos 27 municípios estudados, apenas 6 possuíam equipes de Saúde da Família (Gráfico 3), resultando em uma cobertura efetiva total de 19% nesse ano (Gráfico 2). À medida que as equipes são implantadas, chegando a um total de 33 equipes nos 27 municípios no ano de 2007, a cobertura populacional efetiva evoluiu para 95% neste ano.

DISCUSSÃO

A análise dos Gráficos 1, 2 e 3 permitiu relacionar a redução das Internações Hospitalares Sensíveis à Atenção Ambulatorial ao aumento das equipes do PSF, juntamente

com a crescente cobertura populacional realizada pelo programa.

No ano de 2005, foi implantado o programa Saúde em Casa pelo Governo do Estado de Minas Gerais que direcionou incentivos financeiros às equipes de Saúde da Família, período no qual percebe-se um grande aumento no número de equipes (GRÁFICO 3) nos municípios que foram estudados e conseqüentemente um aumento na cobertura populacional (GRÁFICO 2).

Não resta dúvida que o incentivo estadual veio contribuir substancialmente para o aumento da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família, mas não nos permite estatisticamente inferir que foi o responsável pela redução das internações, por dois motivos: primeiramente, já vinha ocorrendo o declínio e, segundo, o período do repasse ainda é pequeno para se afirmar que foi esta variável a principal.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu demonstrar uma queda significativa nas Internações Hospitalares Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e um aumento gradativo na cobertura pelo PSF na amostra analisada, mas não há como inferir que o PSF é o único e principal fator que contribuiu para essas mudanças no decorrer do período estudado. Isto porque, apesar da relação positiva entre a redução das internações e o aumento das equipes e cobertura pelo PSF, o indicador de Internações Hospitalares Sensíveis à Atenção Ambulatorial é dependente de outras variáveis, como as desigualdades de renda, o status sócio-econômico que refletem diretamente no acesso da população ao sistema de saúde. Assim, aqueles municípios que possuem um potencial de desenvolvimento econômico mais elevado se destacaram com a queda do indicador analisado.

No entanto, pode-se inferir que a mudança na organização do modelo de saúde, principalmente com a implantação do programa Saúde da Família, em 1994, baseado na promoção e prevenção no nível mais básico da atenção, vem reorganizando a rede de atenção e serviços e qualificando as ações dos gestores de saúde.

Assim, é possível detectar que os recursos do Governo Estadual e Federal estão sendo bem empregados e utilizados para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, na medida em que os indicadores revelaram o aumento do número de equipes do Programa Saúde da Família, ampliando o acesso aos serviços de saúde pelos usuários do SUS, principalmente

nesses municípios de pequeno porte, onde a grande maioria não tinha um serviço estruturado e acompanhado e onde se percebe que está havendo uma organização do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007. (Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, v.8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/avaliacao.php>>. Acesso em: 20 maio 2008.

CAMINAL, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 14, n. 3, p. 246-251, sep. 2004.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, abr. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 15 maio 2008.

LADITKA, J. N. et al. More may be better: Evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Health Service Research**, Chicago, v. 40, n. (4): 1148-66, 2005.

MACINKO, J. et al. ISAB - Internações Sensíveis à Atenção Básica no Brasil. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/eventos/seminario_inter_dab/james_macinko_eua.pdf>. Acesso em: 25 maio 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Portal de Informações. – Plano Diretor de Regionalização- PDR/MG. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao>. Acesso em: 20 maio 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Programa Saúde em Casa**. Belo Horizonte, 2004. (Mimeografado).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução Nº 1.093 de 29 de dezembro de 2006**. Belo Horizonte, 2006. Mimeografado.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução Nº 661 de 22 de março de 2005**. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/legislacao/res_661_sesmg_22_03_2005.shtml>. Acesso em: 20 maio 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde para todos no ano 2000**. Genebra; 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. **Renovação da Atenção Básica em Saúde nas Américas**

– Aplicação de uma metodologia de screening para avaliar a mortalidade por câncer em municípios selecionados do Estado de Minas Gerias, Brasil. Agosto, 2005.

OTERO, Uberani B.; ANTONIAZZI, Berenice N.; VEIGA, Lenne H S.; TURCI, Silvana R.; MENDONÇA, Gular A. **Aplicação de uma metodologia de screening para avaliar a mortalidade por câncer em municípios selecionados do Estado de Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública vol. 23 suppl. 4 Rio de Janeiro 2007.

PAPPAS, G. et al. Potentially avoidable hospitalization: inequalities in rates between US socioeconomic groups. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 87, n. 5, p. 811-816, 1997.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Submissão: setembro de 2008

Aprovação: maio de 2009
