

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRAPORA: Algumas reflexões quanto à cobertura e resolutividade do programa

FAMILY HEALTH STRATEGY IN PIRAPORA: Some thoughts on the coverage and resolution program

Vanda Aparecida Costa

Mestranda em Geografia pela UFU - bolsista da Capes
vandageografia@msn.com

Julio Cesar de Lima Ramires

Prof. Dr. do Instituto de Geografia- UFU
ramires_julio@yahoo.com.br

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo compreender as dificuldades e possibilidades enfrentadas pelos gestores na implantação e desenvolvimento da ESF em Pirapora, analisando a evolução da cobertura e conseqüentemente o avanço das Equipes Saúde da Família entre os anos de 2002 a 2011. Também queremos compreender a funcionalidade e resolutividade dessa estratégia em resolver os problemas de atenção básica à saúde na cidade. Para isso, selecionamos algumas variáveis importantes como; mortalidade e morbidades por diarreia; óbitos por neoplasias e óbitos em crianças entre os anos de 2002 a 2010. A metodologia utilizada consistiu em revisão bibliográfica, entrevistas com o Secretário Adjunto do PSF de Pirapora e consultas aos órgãos do Sistema de Informação a Atenção básica - SIAB, Sistema de Informação Municipal – SIM, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e as Unidades de Saúde. Os dados obtidos foram representados em forma de tabelas e mapas. Baseado nas variáveis analisadas, a ESF de Pirapora vem se concretizando como uma estratégia de superação das necessidades da atenção primária à saúde, principalmente quanto à cobertura e a eficiência em solucionar os problemas e acesso à saúde da população assistida.

Palavras – Chave: ESF. Pirapora. População.

ABSTRACT

This study aims to understand the difficulties and opportunities faced by managers in the implementation and development of the ESF in Pirapora, analyzing the evolution of the coverage and consequently the advancement of Family Health Teams in the years 2002 to 2011. We also want to understand the functionality and resolution of this strategy in solving the problems of primary care in the city. For this, we selected some important variables like; mortality and morbidity from diarrhea, cancer deaths and deaths in children between the years 2002 to 2010. The methodology consisted of a literature review, interviews with the Assistant Secretary of PSF Pirapora and consultation with bodies Information System Basic Attention - SIAB, Municipal Information System - SIM, the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE and Units Health data were represented as tables and maps. Based on the variables analyzed, the FHS Pirapora comes to fruition as a strategy to overcome the needs of primary health care, particularly regarding coverage and efficiency in solving the health problems of the population served.

Keywords: FHS. Pirapora. Population.

Recebido em: 04/03/2013

Aceito para publicação em: 10/06/2013

INTRODUÇÃO

Na primeira metade da década de 1990, mais precisamente em 1994, o ministério da saúde adotou em nível nacional a Estratégia Saúde da Família - ESF. Tendo como objetivo principal reorganizar as práticas da atenção básica a saúde em novas bases, isto é, substituir o modelo tradicional, aproximando a saúde das famílias adscritas em um território delimitado e controlado por uma equipe multiprofissional, afim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida da população. Essa estratégia reincorpora e reafirmam os princípios do SUS estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família – USF, que se propõem organizar suas ações sob a égide da integralidade, hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela.

Baseado na assertiva de que a ESF propõe mudanças no atendimento a saúde, tendo como princípio norteador a relação do cuidado com o indivíduo em seu contexto de vivência. Propomos analisar esse programa a partir de algumas variáveis importantes para a sua implantação e desenvolvimento na cidade de Pirapora – Norte de Minas Gerais.

Para obtermos os resultados proposto, balizamos em discutir as dificuldades e possibilidades enfrentadas pelos gestores na implantação e desenvolvimento da ESF em Pirapora, analisando a evolução da cobertura e conseqüentemente o avanço das Equipes Saúde da Família entre os anos de 2002 a 2011.

Também, queremos compreender a funcionalidade da Estratégia como requisito de melhoria e qualidade de vida e saúde da população piraporense, para isso, selecionamos alguns indicadores de mortalidade e morbidades que seriam evitadas com a efetiva atuação e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, dentre elas, diarreia; óbitos por neoplasias e óbitos em crianças entre os anos de 2002 a 2010. A partir desses coeficientes podemos mensurar o nível da Atenção Primária a Saúde – APS em Pirapora, assim como a resolutividade na estratégia em solucionar os problemas de saúde da população assistida.

A metodologia utilizada consistiu em revisão bibliográfica, entrevistas com o Secretário Adjunto do PSF de Pirapora e consultas aos órgãos do Sistema de Informação a Atenção Básica - SIAB, Sistema de Informação Municipal – SIM, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e as Unidades de Saúde. Os dados obtidos foram representados em forma de tabelas e mapas². Também utilizamos como forma de representar o mapa rasurando as unidades por bairros, ou seja, como não seria possível representar em um mapa todas as áreas e Microareas de atuação dos Agentes Comunitário de Saúde, colocamos os números que representassem a quantidade de ACS em cada unidade de atuação (bairros onde continha as Unidades de Saúde da Família), assim, ficaram áreas e bairros em cores de branco e sem rasuras, determinado pela legenda como outros bairros, mas, ainda assim, a população desses territórios são acompanhadas pelos ACS e, sobretudo, fazem parte das unidades mais próximas de seus bairros.

O PSF de Pirapora contém 13 unidades de saúde da Família dividida em 11 bairros. Em cada unidade contem sete ACS, correspondendo 91 ao todo. Cada profissional contém uma microarea com 200 a 250 famílias sob a sua responsabilidade. A Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora demonstrou um importante papel na reorganização dos atendimentos à saúde a nível primário, sendo bastante eficiente e resolutivo nos problemas de saúde da população assistida.

A IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PSF EM PIRAPORA

O PSF foi implantado em Pirapora no ano de 1998, seguindo as diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e aprovada pelo conselho Municipal, contexto em que se inseriu a implantação do programa como “estratégia de reordenamento do sistema de saúde e de

² O Mapa de representação e espacialização das equipes Saúde da Família foi enumerado (seguimento da legenda) sem levar em consideração o seguimento das equipes do PSF estabelecida pelos gestores do Programa de Pirapora, visto que não conseguimos documentos que comprovassem ou descrevessem a ordem linear das equipes implantadas em cada bairro, assim, escolhemos os seguimentos para todas as unidades de maneira aleatória com intuito de facilitar o entendimento e, sobretudo, para facilitar a nossa análise.

reversão do modelo de assistência” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPORA, 2004). Tendo como objetivo resgatar o compromisso da atenção primária no município, bem como de reorientação e integração das atribuições e competências nas diversas instâncias institucionais.

O processo representou inicialmente um esforço em mudar a situação da saúde pública no município, visto que este passava por sérios problemas epidemiológicos e os casos de saúde, cuja ação seria desenvolvida a nível primário somente se agravavam. Os atendimentos a saúde realizado na cidade eram insuficientes, Pirapora contava somente com um hospital público e alguns postos de saúde, na qual realizavam alguns procedimentos de cunho curativos, e ainda assim, atendimentos limitados a maioria da população. As unidades de atendimentos de média e alta complexidade estavam restritas a cidade de Montes Claros, lugar mais próximo para encaminhar pacientes da microrregião de Pirapora.

As taxas de mortalidade e morbidades eram elevadas, sobretudo a mortalidade infantil, como menciona o Secretário Municipal de saúde de Pirapora a uma entrevista concedida a rede Atenção Primária a Saúde – APS “*era necessário diminuir as altas taxas de mortalidade infantil que estava em torno de 30 óbitos por 1000 nascidos vivos. Havia baixa adesão ao pré-natal e aos programas de prevenção (câncer de colo, e câncer de útero) e também alto índice de hipertensão e diabetes*”. As doenças infectocontagiosas afetavam quase toda a população, principalmente as famílias e indivíduos de menor poder aquisitivo.

Com a implantação do programa, inicialmente em lugares estratégicos e restritos, foram feito um levantamento epidemiológico com finalidade de diagnosticar as principais intervenções a serem realizadas, determinando as prioridades que seriam adotadas pela equipe do programa e quais ambientes – áreas adscritas - teriam a necessidade de uma maior intervenção por parte dos agentes de saúde, já que o programa não poderia inicialmente fazer uma cobertura de 100% na cidade. Assim, os bairros contemplados primeiro com o programa foram definidos pelos dados epidemiológicos, cujos indicadores mereciam atendimentos especiais. Também foi priorizado as áreas cuja população detinha menor poder econômico e, sobretudo, morava em ambientes propício a contaminação de doença.

Com a implantação do Programa, mesmo que em algumas áreas específicas e muito restritas, a população via-se na Estratégia uma saída para os problemas de saúde na cidade. Pois, essa nova modalidade de atendimento que se caracterizava por não esperar a demanda chegar, agindo-a sobre ela preventivamente e integrando a comunidade, trouxe para as famílias Piraporense uma esperança de melhorias no campo da saúde pública, assim como, melhorias em suas qualidades de vida.

Esse programa se tornou relevante pelo fato de as decisões em saúde serem definidas em conjunto com a comunidade, isto é, as famílias podem intervir em programas e projetos a serem aplicados nos seus territórios de moradia. Outro fator preconizado pelo programa e muito bem aceito pela população de Pirapora foi à inversão do modelo de atendimento a saúde da população, sobre isso, o Secretário Adjunto de Pirapora a uma entrevista disserta:

Anteriormente, em Pirapora como no Brasil em geral, a saúde era muito focada no modelo hospitalocêntrico, ou seja, as pessoas tinham muito mais, agora menos necessidade de atendimento pelo hospital. Primeiro chegava ao hospital com “dor”, aí recebia uma medicação e sarava, nem sempre essa dor era sanada para sempre, aí o paciente voltava para casa, se o indivíduo tivesse com um problema mais sério a dor ia persistir e lhe incomodar novamente, e com isso as pessoas ficavam naquele círculo vicioso, casa hospital, casa hospital. A função do PSF é exatamente o contrário de tudo isso, é fazer com que o indivíduo se preocupe mais com sua saúde e fazendo com isso através da promoção e da prevenção (sic).

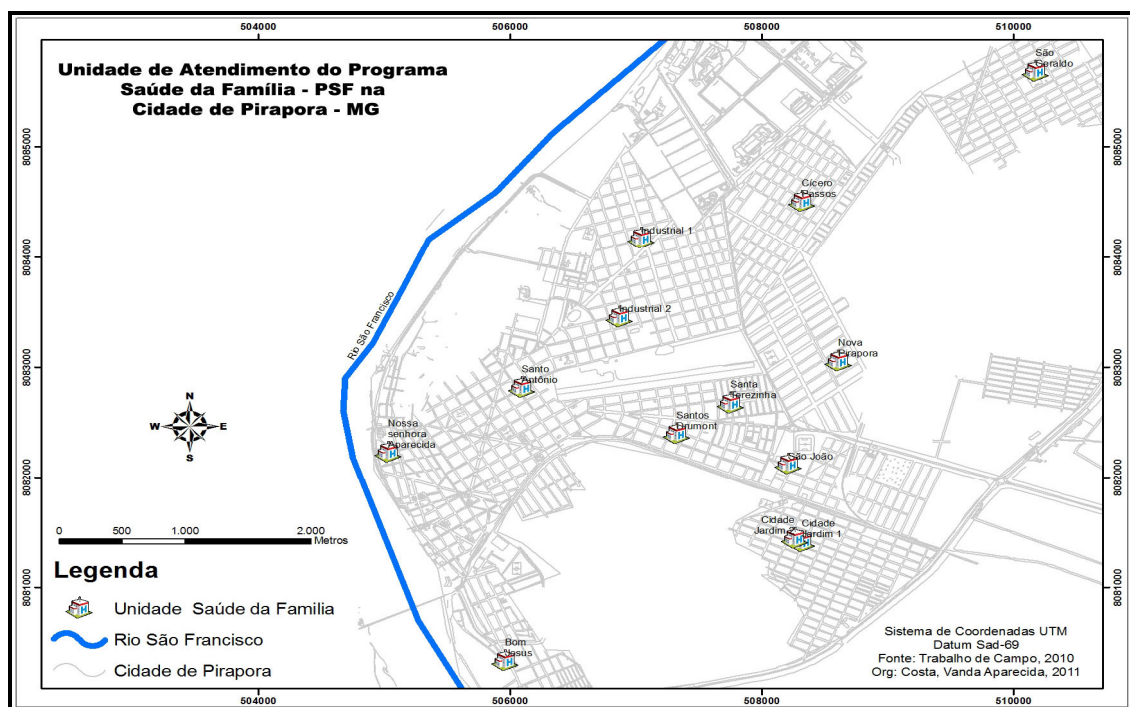
Neste movimento de contra-hegemonia, o PSF apresenta-se como estratégia potencialmente transformadora, pautado no conceito de saúde como capacidade humana determinada socialmente, coerentes com os princípios de equidade, integralidade e universalidade, conforme os princípios orientadores da constituição Federal Brasileira de 1988 (SOUZA, 2007).

Em Pirapora, havia antes da criação do PSF programas de combate a mortalidade infantil, mas as ações realizadas por eles não davam muito resultado e tão pouco era eficiente, visto que suas ações eram voltadas para a cura do indivíduo, sem se preocupar com o meio da qual ele

estava inserido. Com a implantação do PSF e a política de analisar o indivíduo enquanto parte integrante do seu território de vivência, as questões de saúde na cidade ganharam novos enfoques e conseqüentemente novos resultados.

No passar dos tempos, a Estratégia Saúde da Família - ESF foi evoluindo e ganhando cada vez mais credibilidade pela população e maior segurança por parte dos profissionais da saúde, chegando em 2012 com treze unidades de Saúde da Família, distribuída em 11 bairros, como podemos visualizar no mapa 1.

Mapa 1 - Localização Geográfica das Unidades do Programa Saúde da Família em Pirapora – MG



Fonte: Pesquisa Direta. Org: COSTA, V, A, 2011

Os limites estabelecidos para a delimitação das áreas de implantação dos PSFs na cidade de Pirapora, segue os limites dos bairros. A Unidade de Saúde da Família constitui um local de atuação do PSF, mediante a atuação de uma equipe multiprofissional composta no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitário de Saúde. A territorialização e o cadastramento constitui princípios importante no programa, na medida em que as equipes trabalham com o território de abrangência definida, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita de cada área (COHN, 2009).

Dentre os vários trabalhos desenvolvidos sobre a importância do PSF na reorganização da atenção primária, mostraram que esse programa denominado na atualidade como estratégia em saúde, induz de fato avanços importantes no sistema de saúde, sobretudo, quando limitamos a sua atuação na cidade de Pirapora. Sua resolutividade está em trabalhar com o indivíduo enquanto parte integrante do seu contexto de vida, ou seja, as famílias passam a ser assistida de maneira diferenciada em seus domicílios e em seus territórios. A partir do momento em que relacionamos as famílias ao seu território - espaço - e suas relações sociais

estabelecidas, assim será possível compreendê-lo além do que ele é, ou estar, mas sobretudo, compreendê-lo a partir do seu contexto de vivência.

Assim, não é possível desassociar o território a ESF, visto que, o território manifesta os condicionantes das ações humanas no espaço, como coloca Rogério Haesbaert, (2006a), que o território é construído através das relações estabelecidas na sociedade, e essas relações podem ser estabelecidas em diferentes formas e conteúdos, ou simplesmente em diferentes instâncias de poder.

Amélia Cohn (2009, p.147) coloca também que essa estratégia se coloca por múltiplas faces, seja pelo lado funcional ou pelo lado afetivo estabelecido entre os profissionais e as famílias adscritas, tal que;

O potencial de penetração do PSF fica, portanto, evidente nas situações de maior proximidade física da equipe de saúde com o contexto em que se mantêm isolados no espaço da UBS. No contato com a população atendida, a entrada nos domicílios parece inevitável pela própria configuração espacial das casas e a capilaridade social do programa se revela em vielas que expõem a intimidades da vida privada das famílias aos agentes de saúde.

Essa especificidade de vielas ainda não se aplica completamente a realidade vivida pela população de Pirapora, mas, a oportunidade que os ACS têm em observar contextos e comportamentos particulares nos domicílios visitados fazem com que este controle assuma caráter mais abrangente, verificando-se também a normatização da vida privada das famílias assistidas. Na cidade de Pirapora torna-se visível o avanço encontrado pelo programa, tanto quanto nos modos de vida, quanto o aumento da cobertura e a ampliação das equipes no decorrer das cidades, como podem visualizar na tabela 1.

Tabela - 1 Cobertura populacional do PSF e Números de Agente Comunitário de Saúde em Pirapora de 2002 a 2011

| Anos | Percentual de Cobertura (%) | Percentual de Agentes |
|------|-----------------------------|-----------------------|
| 2002 | 44,18% | 39 |
| 2003 | 55,10% | 49 |
| 2004 | 85,95% | 77 |
| 2005 | 85,30% | 77 |
| 2006 | 84,99% | 78 |
| 2007 | 98,32% | 91 |
| 2008 | 97,73% | 91 |
| 2009 | 97,93% | 92 |
| 2010 | 97,93% | 92 |
| 2011 | 99,12% | 91 |

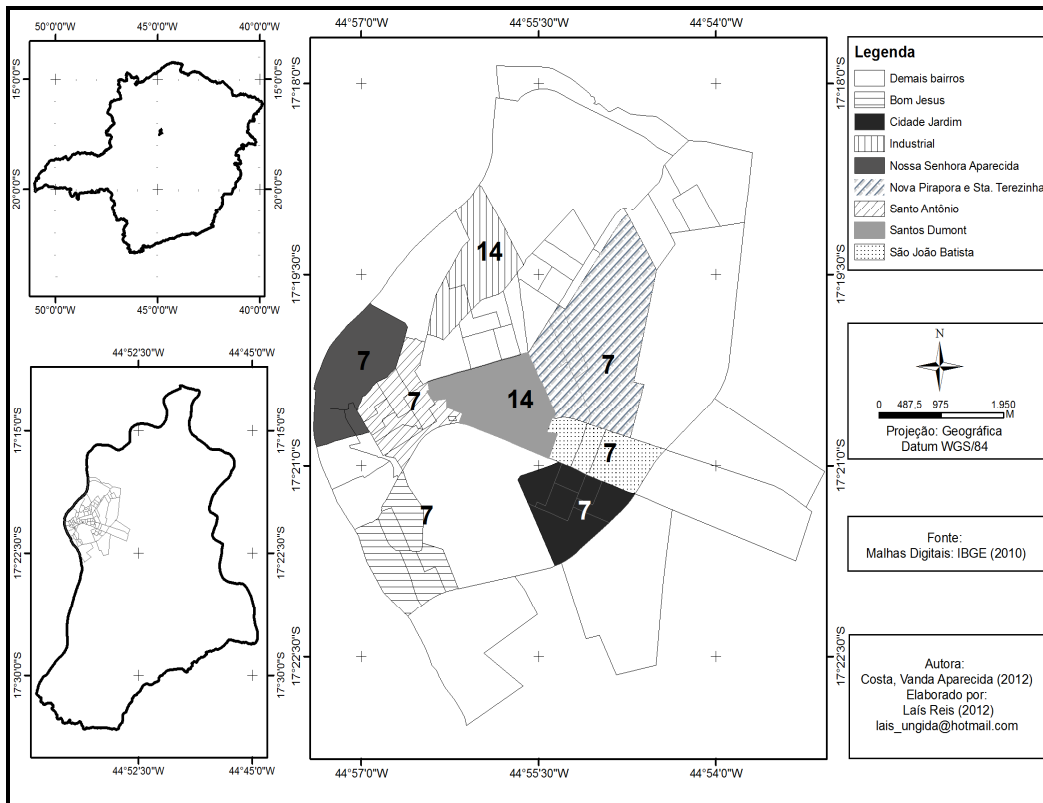
Fonte: DAB/SAS/MS. Org: COSTA, V. A, 2012.

A análise da trajetória de implementação do PSF em Pirapora, mostra que houve um aumento significativo da população coberta pelo programa, sendo que em 2002 a cobertura do PSF era de 44,18% da população, passando para o ano de 2011 com uma cobertura de 99,12% de famílias recebendo visitas domiciliares pelos ACS. Observamos também um grande salto na cobertura de 2003 para 2004 com um aumento de aproximadamente 30,85%. Em outros trabalhos desenvolvidos sobre a importância do PSF para a população da cidade de Pirapora (COSTA, 2011), houve resultados significativos na qualidade de vida da população como um todo após a implantação do programa. Muitas famílias ressaltaram sobre as visitas recebidas pelos ACS, visitas essas que fazem do paciente um agente integrado na sociedade, famílias que sente incluído nos projetos desenvolvido pelo ministério da saúde, que somente por isso, já si sentem bem. Isso é um fator importante e relevante que vem sendo trabalhado nos espaços internos do PSF de Pirapora.

Embora, a cidade não detenha ainda uma cobertura de 100% da população pelo programa, ainda assim, todas as famílias que procuram as unidades de saúde são atendidas, porém não

recebe visitas dos ACS em seus domicílios. O mapa 2 representa a espacialização dos ACS, segundo as áreas de atuação.

Mapa 2 - Espacialização dos Agentes Comunitário de Saúde em Pirapora – MG



Fonte: PSF/ IBGE, 2010. Org: REIS, 2012.

O mapa 2 mostra a espacialização dos agentes de saúde nas áreas coberta pela ESF. Cada unidade do PSF, ou seja, cada território adscrito pelas unidades segue as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Embora, as unidades estejam concentradas em onze bairros da cidade de Pirapora, ainda assim, todas estão muito bem espacializado no território de atuação dos Agentes Comunitária de Saúde.

As visitas dos ACS são realizadas no mínimo uma vez por mês, sendo modificado de acordo com as condições de saúde das famílias e indivíduos contidos nas áreas e Microareas sob suas responsabilidades. Nos bairros onde há um maior número de população ou cujas famílias apresentam mais vulnerabilidades ambientais e sociais, e por apresentarem uma maior necessidade de cobertura e assistência, oferecem mais de uma unidade de saúde, como no caso dos bairros Industriais e Cidade Jardim.

Representamos no mapa as unidades dos bairros Santos Dumont e Santa Terezinha como se fosse bairros iguais pela proximidade existente das áreas e Microareas de atuação dos ACS, mas os profissionais atuantes pertencem áreas e Microareas especifica do PSF de cada bairro.

Dentre os principais fatores do bom desempenho do PSF em Pirapora esta a união entre os Profissionais de saúde, como mensura o Secretário Adjunto do PSF de Pirapora, "há uma troca de informação muito grande entre nossos profissionais, e essa troca se da entre o nível macro a micro", isto é, mesmo que todos os profissionais tenham suas obrigações específicas, ainda

assim, seus conhecimentos e dúvidas são compartilhados. Essa troca entre os profissionais facilitam nas resoluções dos problemas existentes na comunidade, um dos principais fatores do sucesso alcançado pelo PSF na cidade de Pirapora.

OS AVANÇOS E DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PSF EM PIRAPORA

Em grande parte dos desafios e dificuldades que permeiam a ampliação e aperfeiçoamento da Estratégia Saúde da Família – ESF é comum aos enfrentados pelo próprio SUS. Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelos gestores na implantação do PSF em Pirapora estava em compreender às diretrizes que iriam ser seguidas pelo programa, o processo de formulação não estava definido, ainda eram confusas as definições concretas no campo dos financiamentos e das políticas dos recursos humanos. Também havia as dificuldades em confrontar as formas tradicionais de organização dos serviços em saúde na cidade.

A pouca disponibilidade de profissionais de saúde com conhecimentos e habilidades adequadas ao novo modelo também dificultou a implantação e desenvolvimento deste programa na cidade. Havia poucos profissionais habilitados para exercer tal função, tendo - se a necessidade de capacitá-lo de acordo com os avanços alcançados pelo programa. O Secretário Adjunto do PSF de Pirapora ressalta que a questão de profissionais, principalmente do profissional médico, ainda é um empecilho a ser enfrentado na realidade da ESF, a uma entrevista ele menciona:

Apesar de todas as conquistas que obtivemos as questões de especialidades médicas ainda é um desafio para nós gestores, primeiro pelo preço dos procedimentos pago pela tabela do SUS, necessitando do complemento pago pelo município. A outra dificuldade está relacionada à falta de médico com a formação específica na saúde da família, em Pirapora temos médicos com outras especialidades que usam a saúde da família para adquirir experiências, mas acaba não ficando muito tempo, isso é um dos principais problemas, pois, rompe o seguimento e vínculo existente entre o profissional médico e a comunidade atendida (sic).

Essa questão ainda traz transtornos e preocupações aos coordenadores da Estratégia na cidade, pois, sabemos que para um profissional da equipe conhecer e compreender os principais problemas existentes na área adscrita sobre a sua responsabilidade leva um determinado tempo, como os profissionais médicos que atuam em Pirapora não têm esse vínculo afetivo com a população devido à rotatividade existente, com a sua saída, acaba rompendo todo um processo de trabalho que estava sendo desenvolvido com a comunidade. O Secretário Adjunto menciona ainda que:

Por Pirapora ser uma cidade do interior os profissionais que tem uma especialidade importante como neurologia, psiquiatria e diversas outras especialidades, eles buscam os grandes centros pelo fato de ter uma maior concentração de pessoas e renda, acaba que os municípios menores não estão entre as prioridades desses profissionais (sic).

O financiamento das ações e dos serviços de saúde é um problema de extrema gravidade e que tem limitada a expansão do ESF. Embora, possamos perceber o quanto a cidade de Pirapora tem evoluído em relação às estruturas físicas, econômicas e, sobretudo, com políticas voltadas para o setor da saúde pública. Pirapora conta na atualidade com um hospital geral que tem como funcionalidade atender toda a microrregião do norte de Minas, com toda uma infra-estrutura de um centro acolhedor de média e alta complexidade.

O hospital Dr. Moises Magalhães Freire, esta certificado como entidade beneficente de assistência social na área da saúde, como tal presta serviços ao Sistema único de saúde – SUS. Por ser referência técnica de média e alta complexidade, o hospital disponibiliza diversos serviços, entre eles, tomografia, hemodiálise, hemodinâmica, UTI e UTI neonatal, além de vários outros procedimentos realizados, “*tudo isso faz com que instigam os profissionais a interessar pelos serviços em Pirapora, por apresentar uma rede de serviço em saúde mais encaminhado e organizado*” (Fala do Secretário Adjunto de Pirapora).

O hospital Dr. Moises Magalhães Freire, presta atendimento a saúde tanto pelo SUS como pela rede privada através de convênios, nele estar disponibilizado cento e quatorze leitos - 114,

sendo que trinta e um - 31 esta disponível para pacientes conveniados. As internações mensais variam de trezentos e setenta e quatro – 374 a quatrocentos – 400 pacientes mensais.

Tudo isso, nos fazem pensar na importância do processo de regionalização da saúde proposto pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais de 2003/2006 (PDR – MG 2003/2006), que subdivide o estado de Minas Gerais em macrorregiões e microrregiões de saúde, para efeito de planejamento. Este planejamento da disposição espacial dos serviços, e, sobretudo, possibilita construir um sistema mais equitativo e eficiente possível. Pois, com as redes de saúde interligada entre atenção primária, secundária e terciária, dar mais tranquilidade aos profissionais da saúde no desenvolvimento do seu trabalho e conseqüentemente possibilita aos pacientes melhores qualidades de vida e saúde.

A qualidade de um sistema de saúde depende, dentre outros fatores, do equilíbrio entre as necessidades de cuidados de saúde da população e a oferta de serviços. Desníveis entre necessidade e oferta podem acarretar utilização desnecessária ou demanda reprimida. A prestação de serviços de saúde é composta por atendimentos que são de utilização mais freqüente, envolvendo menores custos, bem como de serviços mais complexos, que, por envolverem maior tecnologia e menor demanda, estão sujeitos a economias de escala (PINHEIRO et al., 2002).

Em meados de 2011, Pirapora inaugurou o Centro Viva Vida e o Centro de Promoção a Saúde, Programa de redução da mortalidade infantil e materna. Esse centro de atendimento foi de suma importância para a rede de atenção primária à saúde, por ser um ponto de atendimento da atenção secundária, articulada a atenção primária e terciária, que tem por objetivo promover ações interligadas, resolutivas e de qualidade, garantindo assistência integral à saúde sexual e reprodutiva da mulher, da criança, cuidados aos hipertensos e diabéticos com alto grau de risco na microrregião de Pirapora (Foto 1 e 2).

Foto 1 e 2 - Centro de apoio a atenção primária e secundária a saúde de Pirapora – MG



Fonte: COSTA, V. A, 2012.

O Centro Viva Vida e o Centro de Promoção a Saúde trabalham juntamente com o PSF no perímetro urbano da cidade, também presta atendimento à microrregião com realizações de campanhas, oficinas e palestras. Ele consolida - se como um centro de excelência e referência

em atenção especializada, realizando diversos procedimentos, possibilitando melhores qualidades de vida para a população do município como um todo.

DISPONIBILIDADE DE ACESSO E ACESSIBILIDADE DA ESF EM PIRAPORA

Nesta parte, discutiremos a categoria acesso nos serviços de saúde que incorporaram a ESF, focando as relações estabelecidas entre os profissionais da saúde e a comunidade assistida, tendo em vista que esta estratégia apresenta como eixos norteadores a oferta de serviços e a busca contínua das necessidades de saúde da população adscrita.

Amélia Cohn mensura a importância da organização do acesso aos serviços de saúde, questões essenciais na busca e superação das desigualdades da assistência a saúde. “O PSF, pelas características apontadas tem sido considerado como modelo estratégico por excelência dessa superação e, nesse sentido, está hoje disseminada na maioria dos municípios brasileiros, que contam com incentivos financeiros específicos para sua implementação” (COHN, 2009, p.98).

No caso da ESF em Pirapora, o acesso e acessibilidade de atendimento a saúde da população foi um dos principais fatores de superação da desigualdade em saúde. Pois, este tem conseguido grandes conquistas ao longo desses anos.

Alguns estudos tomam acesso como categoria analítica para se apreender as desigualdades de acesso e recursos tecnológicos disponíveis para diferentes grupos sociais, promovendo dessa maneira maior ou menor disponibilidade de cuidado a saúde (GIOVANELLA E FLEURY, 1996; TRAVASSOS ET ALL, 2000). Baseado nessa assertiva, a uma entrevista realizada com o Secretário adjunto do PSF de Pirapora, ele menciona a evolução do programa na cidade, assim como as conquistas obtidas em termo de infra-estruturas e equipamento no campo da saúde pública.

Anteriormente em Pirapora, à maioria das equipes estava fixada em casas alugadas, mal adaptadas para o atendimento do público, isso dificultava muito resolver algumas ações que era resolvido na atenção primária. Hoje temos quase 100% das nossas equipes em prédios e construções físicas adequadas tanto para o atendimento das pessoas quanto do ambiente de trabalho que propicia os profissionais desenvolver seus trabalhos tanto do ponto de vista sanitário adequado quanto do ponto de vista da funcionalidade do ambiente para determinados procedimentos realizados (sic).

Quando o entrevistado refere-se aos ganhos obtidos com a implantação e desenvolvimento do PSF para a ampliação do acesso a saúde na cidade, uma das principais conquistas esta na construção dos espaços físicos das unidades de saúde, contribuindo dessa maneira para que Pirapora se torne modelo da Atenção Primária a Saúde. Como mostra o boletim do Jornal local, edição nº 65 editado em Agosto de 2012 (Figura 1).

Na atualidade, Pirapora conta com aproximadamente 90% das unidades de saúde em construção própria, todas equipadas seguindo as normas estabelecidas pelo ministério da saúde. Isso é um fator relevante para a ação continuada da atenção a saúde, pois, com a disponibilidade de equipamentos possibilita os profissionais chegarem a um diagnóstico mais precisa e satisfatório, resolvendo assim boa parte dos problemas em saúde dos pacientes. A este respeito, o Secretário Adjunto do PSF de Pirapora ressalta ainda;

Quando estávamos com as equipes em casas alugadas, tínhamos procedimentos como, por exemplo, o PCCU – coleta de papa licolau – preventivo impossível de ser realizado, pois, não tínhamos ambiente adequado para atender as mulheres, hoje, esse tipo de prevenção já é realidade em todas as unidades pela estrutura física ser adequado em fazer esse tipo de atendimento (sic).

Isso é um fator de suma importância para analisar a qualidade e disponibilidade do acesso a saúde de uma população adscrita, embora, Amélia Cohn alerta para o fato;

De que ter serviços disponíveis não quer dizer garantia de acesso. [...] a categoria acesso deve, portanto, ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sociocultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada

população, ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços (COHN, 2009, p.99).

Figura 1 - Recorte do jornal local da cidade de Pirapora



Fonte: Policlínica, 2012.

Nesse sentido, acesso constitui uma categoria impar para analisar o sistema de saúde, podemos com isso, compreender a dimensão da oferta de serviço relativo à capacidade de produzir serviços e de responder as necessidades de saúde de uma determinada população. Ou seja, não basta ter equipamentos em saúde disponíveis, é necessário entender o acesso a partir das relações estabelecidas entre as famílias adscritas em um território e os profissionais de saúde (SOUZA, 2007).

Com a ampliação dos espaços físicos juntamente com os equipamentos técnicos, Pirapora se encontra na atualidade com uma organização em saúde privilegiada, pois, em todas as unidades, estão disponíveis salas de vacinação e diversos outros procedimentos que são realizados a nível primário.

Alguns atendimentos que antes eram concentrados no hospital se encontram hoje totalmente descentralizado, por exemplo, o pré-natal, exames preventivos, ginecológico, e diversos outros procedimentos que não necessitam das pessoas ficarem “sofrendo em filas, ou esperando por longos períodos de tempo por uma vaga, pode simplesmente comparecer ao centro de promoção a saúde ou no centro viva vida, ou simplesmente em uma das unidades do PSF que será atendido” (fala do Secretário Adjunto de Pirapora, 2012).

Outro fator importante também colocado pelo gestor do PSF de Pirapora foi à descentralização dos exames laboratoriais, procedimentos que até pouco tempo na cidade era causas de grandes problemas e transtornos a população, com ajuste feito pelos gestores dos recursos financeiros, onde recebiam em torno de 24 mil reais mensais para cobrir tal procedimento, passou em meados de 2011 para 53 mil reais mensais. Financiamento esse que possibilitou mais organização e disponibilidade no acesso aos serviços de saúde a população de Pirapora e do Município como um todo.

INDICADORES ANALISADOS PARA MENSURAR O DESEMPENHO DA ESF EM PIRAPORA

Nesta parte, vamos abordar alguns indicadores que nos orientará sobre a importância dos programas e projetos em saúde que são desenvolvidos na cidade de Pirapora, escolhemos como análise o ano de 2002 a 2010 pela disponibilidade dos dados, visto que seria importante trabalhar com essas variáveis desde a implantação do PSF – 1998 -, mas não conseguimos dados para realizar a análise.

Assim, iremos trabalhar com as variáveis de Indicadores de mortalidade – nº de óbitos por grupo de causas específicas, Indicadores de mortalidade – números de óbitos por neoplasia e Indicadores de mortalidade – números de óbitos em crianças por ano. A partir da análise desses indicadores, podemos correlacionar o avanço do ESF e as reais situações da atenção primária a saúde da população piraporense (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores de mortalidade – n de óbitos por grupo de causas específicas em Pirapora no ano de 2002 a 2010

| Doenças | Anos | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2006 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Óbitos por doenças infecciosas e parasitárias | 13 | 19 | 8 | 9 | 11 | 13 | 8 | 14 | 18 |
| Óbitos por causas externas | 19 | 36 | 43 | 30 | 31 | 41 | 42 | 36 | 27 |
| Óbitos por doenças do aparelho circulatório | 41 | 75 | 64 | 72 | 48 | 59 | 57 | 71 | 63 |
| Óbitos por causas mal definidas | 81 | 75 | 89 | 95 | 109 | 77 | 67 | 42 | 63 |

Fonte: DAB/SAS/MS. Org.: COSTA, V. A, 2012.

O coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias representado na tabela, mostra que os maiores índices estão entre os anos de 2003 com 19 casos e 2010 com 18 casos, podemos visualizar também quedas e avanços nos casos no decorrer dos anos. Isso mostra certa resistência de combate aos vetores, segundo o ministério da saúde (2010), as doenças e, sobretudo, os casos de óbitos causados pelas doenças infecciosas e parasitárias são objeto de interesse da Vigilância Epidemiológica e, sobretudo, pelos profissionais do PSF.

Baseado na tabela 2, os indicadores apontam um elevado número de mortalidade por causas mal definidas, tendo o ano de 2005 e 2006 com os maiores índices. As mortes por causas de doenças de aparelho circulatório também apresentam elevados índices, acentuando-se principalmente nos anos de 2003 com 75 casos, no ano de 2005 com 72 e 2009 com 71 casos de mortalidade.

Os coeficientes representados na tabela entre o ano de 2002 a 2010 representam valores insignificante comparado o tamanho da população do Município de Pirapora que corresponde 53 mil habitantes, tendo valores mais acentuados em neoplasia de mama, uma vez que em 2008 não houve morte relacionado a esses indicadores e em 2009 obteve um caso e 2010 já houve duas mortes (Tabela 3).

Tabela 3 Indicadores de mortalidade – números de óbitos por neoplasia na cidade de Pirapora – MG

| Doenças | Anos | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2006 | 2008 | 2009 | 2010 | |
| Óbitos maligno de brônquios e pulmões | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | 4 | 6 | 5 | 3 | |
| Óbitos por neoplasias de colo de útero | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | |
| Óbitos por neoplasias de estomago | 2 | 4 | 3 | 0 | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 | |
| Óbitos por neoplasias de mama | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | |
| Óbitos por neoplasias de próstata | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 4 | 3 | |

Fonte: DAB/SAS/MS. Org: COSTA, V. A, 2012.

Os casos de neoplasias de mama ainda é um coeficiente a ser superado em todo o Brasil, visto que esta doença esta atingindo mulheres cada vez mais jovens, embora, esteja aumentando o número de casos, mas também esta diminuindo o número de óbitos de mulheres pelo câncer de mama na atualidade.

Segundo os indicadores apontados na tabela, ainda está alto o número de mortes de homens com o câncer de próstata se comparado o número de óbitos por câncer de mana, ainda assim, se comparado ao tamanho da população, Pirapora apresenta casos insignificantes. O coeficiente de óbitos malignos por brônquios e pulmões, ainda segundo a tabela detém os maiores índice de mortalidade se comparado aos demais casos no decorrer dos anos analisados. Já os casos de óbitos por neoplasias de colo de útero apresentam valor insignificantes no decorrer dos anos analisados.

Das variáveis testadas, podemos inferir sobre as taxas de mortalidade em crianças nos anos de 2002 a 2010, cujas variáveis não modificaram muito no decorrer dos anos. Quando analisamos a variável de óbitos por diarreia em crianças menores de 5 anos no Município de Pirapora, observamos taxas insignificantes, sendo que nos cinco primeiros anos prevaleceram somente um caso, sendo eliminado nos quatro anos subseqüente da análise (Tabela 4).

Tabela 4 - Indicadores de mortalidade – números de óbitos em crianças por ano na cidade de Pirapora – MG

| Doenças | Anos | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | |
| Óbitos por diarreia em menores de 5 anos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Óbitos em menores de 1 ano | 10 | 30 | 26 | 28 | 16 | 13 | 16 | 16 | 10 | |
| Óbitos geral por menores de 5 anos | 12 | 32 | 26 | 32 | 19 | 17 | 20 | 16 | 13 | |
| Óbitos por menores de 28 dias | 6 | 19 | 20 | 18 | 13 | 11 | 11 | 11 | 9 | |

Fonte: DAB/SAS/MS. Org: COSTA, V. A, 2012.

A taxa de internação por diarreia é um indicador sensível a qualquer ação preventiva e curativa básica. Diarreia é um agravo de fácil diagnóstico e muitas vezes resolvidos em nível domiciliar, quer seja por cuidados próprios das famílias ou, mais especificamente, de assistência curativa básica a nível de família ou da Unidade de Saúde (RONCALLI; LIMA, 2006).

Sobre o coeficiente de óbitos em crianças menores de um ano, refletem em outros aspectos, a cobertura assistencial das mães através das consultas de pré-natal. Sendo assim, a taxa de mortalidade ainda se encontra com números poucas variáveis nos últimos anos de atuação do PSF, mas, ainda assim, houve uma leve queda, mostrando melhoras nesses atendimentos, visto que em todas as variáveis, diminuíram as taxas de mortalidade entre os anos de 2009 a 2010.

Os indicadores utilizados nesta pesquisa mostraram uma clara relação dos coeficientes de mortalidade e o desenvolvimento da ESF na cidade de Pirapora, pois, os indicadores de mortalidade – números de óbitos de crianças por ano apresentou dados baixos se comparado ao tamanho populacional do município, visto que os números de mortalidade mostrado na tabela não ultrapassaram de 32 óbitos por criança nos anos analisados. Também vimos valores insignificantes quanto o número de óbitos por neoplasia, sendo que os óbitos registrados no decorrer dos anos analisados não ultrapassaram de 06 óbitos, havendo período sem registros de casos.

Os maiores números registrados de óbitos nos indicadores mostrado na tabela, esta os coeficientes de mortalidade por causas específicas, registrando altos índices no decorrer dos anos analisados. Ainda que esta pesquisa registrasse indicadores com alto índice de mortalidade, ainda assim, acredita – se que o PSF tem contribuído para diminuir os índices de mortalidade e morbidade como um todo na cidade de Pirapora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde da Família, preconizado pelo Ministério da saúde vem ganhando exeto na reorganização da atenção primária na cidade de Piraporada. A cidade apresenta na atualidade com uma cobertura de quase 100% da população, aumentando assim cada vez mais os números de profissionais de saúde, entre eles os ACS. Isso significa que quanto mais profissionais de saúde trabalhando nas ruas, maior será a assistência e o cuidado com as famílias adscritas.

Vimos também, a importância do financiamento próprio do ministério da saúde para o crescimento e a efetivação do Programa Saúde da Família, assim é possível ampliar e equipar os espaços de atendimento a saúde. Com a criação do centro Viva Vida e o centro de Promoção a saúde, Pirapora se eleva a um patamar diferenciado e se torna cidade modelo de atendimento a saúde a nível primário, secundário e terciário no estado de Minas Gerais, como mostrou o boletim da folha do jornal local de Pirapora.

Através dos indicadores analisados, vimos também que os coeficientes apontados, nos mostraram que de fato o PSF tem sido importante no combate a mortalidade, principalmente a mortalidade infantil. Ademais, baseada nas análises desenvolvida neste trabalho, ficou demonstrada a evolução, efetividade e a capacidade do Programa Saúde da Família na cidade de Pirapora em desenvolver saúde e qualidade de vida para a população assistida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COHN, A. **Saúde da família e SUS: convergencia e dissonancia**. Rio de Janeiro: Beco do açougue; São Paulo: CEDC, 2009.

COSTA, V. A. O território da saúde em Pirapora - Norte de Minas Gerais: possibilidades e limites na assistência em saúde. **Monografia**, 78p. Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes – Montes Claros, 2011.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M.D.(Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getulio Vargas, 2007.

FURTADO, Celso. **Um Projeto para o Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Saga, 1969.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-98.

HAESBAERT, Rogério. **Territórios Alternativos**. SP: Contexto, 2006.

LEFEBVRE, H. **A Revolução urbana**. Tradução de Sergio Martins. BH: editora da UFMG: 1999.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PINHEIRO, R. S., VIACAVAL, F., TRAVASSOS, C., BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 02 Nov. 2012.

RODRIGUES, L. A Formação econômica do norte de minas e o período recente. **Formação econômica e social do norte de minas**. Montes Claros. UNIMONTES, 2000, p.105 – 170

RONCALLI, Ângelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. Impactos do Programa saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, 11(3): 713 – 724, 2006.

SOUZA, M. de F. de. Programa de Saúde da Família: Estratégia de superação das desigualdades na Saúde: Análise do Acesso aos serviços básicos de saúde. **Tese** 268p. Universidade de Brasília, Faculdade em Ciências da Saúde, Brasília, 2007.

TRAVASSOS, C., VIACAVAL, F., PINHEIRO, R. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Pan Americana Salud Publica**, v.11, n.5/6, p.365-373, 2002. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GenderandServices.pdf>>. Acesso em: 02 Nov. 2012.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a Saúde da Família In: MENDES, E.V. **A Organização da Saúde no nível Local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p.140 - 163.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 135-49, 2000.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F.; O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531- 562.