

A PRODUÇÃO AMBULATORIAL APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE QUELUZ

Renata da Silva Cardoso Rocha Tavares¹, Monica Franchi Carniello², Moacir José dos Santos³

^{1,2,3} Universidade de Taubaté/ Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional. Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro - 12020-040 - Taubaté - SP – Brasil renata_cardoso20@hotmail.com

Resumo- O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reorientação e assistência à atenção básica de saúde. O objetivo deste artigo é fazer um levantamento de dados referentes à evolução dos números de atendimentos ambulatoriais ao longo dos 10 anos de implantação do PSF no município de Queluz. O estudo foi realizado com uma metodologia quantitativa, exploratória e documental com dados obtidos no site do Datasus. Pode-se verificar que a assistência oferecida pelo PSF à comunidade influencia de maneira positiva o número de atendimentos ambulatoriais quanto maior a assistência oferecida à comunidade - principalmente aos grupos de risco – com maior o impacto redutor no número de atendimentos no Pronto-Socorro. Pode-se concluir que o PSF é um programa que visa melhorias à comunidade quanto à promoção da saúde e, em longo prazo, uma sustentabilidade da saúde da população.

Palavras-chave: Políticas públicas. Assistência ambulatorial. Saúde da Família.

Área do Conhecimento: Ciências Sociais Aplicadas.

Introdução

Antes da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, todo atendimento básico em Saúde na cidade de Queluz era realizado no Pronto Atendimento Ambulatorial (PAB), ou em casos de urgência/ emergência no Pronto-Socorro. Com a implantação do PSF surgem as seguintes atribuições: planejamento de ações; saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família. Entre as estratégias utilizadas, uma delas é fomentar a criação de grupos, ou seja, analisar a demanda, identificar a criação de um grupo, cadastrar os pacientes neste grupo e realizar um acompanhamento dos mesmos, realizar reuniões mensais para o grupo e criar estratégias que visam à orientação para uma melhor qualidade de vida. No município de Queluz há três PSFs e os seguintes grupos de risco: gestantes, hipertensos e diabéticos, crianças de 0 a 2 anos e fumantes. Pressupondo a efetiva atuação dos PSFs à comunidade há mais de 9 anos, mais especificamente aos grupos de riscos, espera-se que muitos objetivos foram alcançados e muitas melhorias referentes à saúde da comunidade foram obtidas, ou seja, que houve um grande trabalho de promoção de saúde para a população que ao longo dos anos, refletiu-se em uma sustentabilidade da saúde da população queluzense. Cerquiari e Erdmann (2008, p.931) afirmam que “para avaliar um serviço de saúde, pode-se utilizar as informações sobre a produção ambulatorial do local ou região a ser estudada”.

Partindo dessas considerações, o presente artigo tem por objetivo verificar se o PSF impacta no número de atendimentos realizados no Atendimento Ambulatorial e no Pronto Socorro, enfocando também os grupos de risco. Pretende-se com a pesquisa ressaltar a importância no PSF em longo prazo na sustentabilidade da saúde pública e na promoção da saúde da população. Portanto, buscou-se verificar se o PSF está apresentando resultados positivos com as ações desenvolvidas, tendo como parâmetro a produção ambulatorial e dados de saúde disponíveis no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde.

Metodologia

Foi realizado um estudo quantitativo exploratório documental referente o município de Queluz. Para tal estudo, foi levantado a população residente por ano de 2000 a 2009, bem como os dados referentes à saúde disponibilizados por meio da página do Datasus na internet. Como a implantação do PSF no município de Queluz foi em 2001, decidiu-se começar a análise dos dados a partir de 2000 (ano base antes da implantação do PSF).

Os dados foram compilados do SIA-SUS, no banco de dados do Ministério da Saúde – o Datasus –, no site <http://www.datasus.gov.br/>. Os dados referentes aos anos de 2008 e 2009 serão expostos sempre em tabelas separadas, pois depois de 2007 houve uma mudança de códigos de procedimentos que inclusive, na própria plataforma do DATASUS, há esta diferenciação na busca, mas não interferindo na proposta da

análise. Para análise dos dados foi levado em consideração o aumento da população no ano analisado, exposto em uma tabela.

Na exposição dos resultados foi feita uma análise das tabelas obtidas no Datasus, bem como uma comparação entre elas e, em alguns casos, o acréscimo de coluna referente à média de atendimentos dos anos de 2000 a 2007 e, através de cálculo simples de porcentagem foi feita uma comparação entre a diferença de produção de 2000 e 2007.

Resultados

Para análise de todos os dados pesquisados, primeiramente, foi levado em consideração o aumento populacional do município exposta na Tabela 1, ou seja, de 2000 a 2009 houve um aumento de 22,8% na população.

Tabela 1 – População Residente por ano no Município de Queluz

Ano	População	Método	Aumento % (base 2000)
2000	9112	Censo	0
2001	9284	Estimativa	1,9%
2002	9404	Estimativa	3,2%
2003	9544	Estimativa	4,7%
2004	9679	Estimativa	6,2%
2005	9992	Estimativa	9,6%
2006	10150	Estimativa	11,4%
2007	10304	Estimativa	13,0%
2008	11012	Estimativa	20,8%
2009	11193	Estimativa	22,8%

Fonte: IBGE, Censo e Estimativas.

Os dados relacionados à produção ambulatorial estão expostos na Tabela 2, onde encontra-se a produção por ano. Também foi feita uma média do número de atendimentos respectivos aos nove anos expostos. Na última coluna foi feita uma comparação entre os dados de 2000 e 2007.

Tabela 2 – Produção Ambulatorial de Queluz 2000-2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média	Dif. %
Consulta Clínica Médica	16954	17537	15808	12032	2686	4604	7118	5585	10293	-77%
Média Anual de Consultas Médicas por habitante nas especialidades básicas	2,58	2,6	2,48	2,01	1,42	1,99	2,26	2,47	2,23	-13%
Consulta Atenção Básica - Enfermeiro	12121	11762	8483	1864	524	1111	1622	3038	5065	-75%
Atendimento Especializado e Urgência Emergência	17986	22650	21040	24243	26979	31901	33137	30946	26110	+72%
Atendimento Básico	68807	94288	84529	70286	70595	103266	87101	80942	82465	+18%
Ações Médicas Básicas	23997	24621	24050	28372	19008	21955	23838	23655	22131	-1,4%

Fonte: Site DATASUS – Produção Ambulatorial

Como se pode observar, há uma grande atenuação referente ao número de consultas clínica médica (-77%), de atenção básica de enfermeiro (-75%) e do número de consultas médicas por habitantes (-13%). Confere-se também uma pequena diminuição no número de ações médicas básicas, mas se levarmos em consideração o aumento populacional (13%) ao longo desse período, percebe-se que a diminuição é considerável, sendo que se

continuasse no mesmo ritmo, a tendência seria aumentar, seguindo a escala de aumento populacional.

Nota-se um aumento no atendimento especializado de emergência e urgência (+72%) e no atendimento básico (+18%). Mesmo se estimar o aumento demográfico e o subtrair, obter-se-ia 5% de aumento no atendimento básico e 59% no atendimento de emergência e urgência, o que é um dado a se considerar.

Analisando a coluna referente às médias e comparando-a ao ano de 2007, identifica-se que com exceção do atendimento de emergência e urgência e de ações médicas básicas, todos os outros itens estão abaixo da média, o que projeta uma boa perspectiva futura, mostrando uma redução a longo prazo. No item de média de consultas por habitantes, embora no ano de 2007 tenha ficado acima da média, se relacionar com a estimativa de aumento da população, ele se manteve estável no decorrer dos anos.

Na Tabela 3 estão expostos os dados de produção ambulatorial referentes aos anos de 2008 e 2009. Na última coluna mostra-se a diferença percentual entre os anos analisados. Verifica-se uma diminuição significativa referente à consulta médica em atenção especializada. Consta-se também uma leve atenuação referente à produção de consulta médica em atenção básica e à produção atenção básica. O aumento de 21,6% nas ações de promoção e prevenção em saúde com certeza influenciaram nas reduções acima mencionadas.

Tabela 3 – Produção Ambulatorial de Queluz 2008-2009

	2008	2009	Dif. %
Ações de Promoção e Prevenção	20902	25408	+ 21,6%
Atenção Básica	151120	145879	- 3,5%
Consulta Médica em Atenção Básica	27897	23824	- 14,6%
Consulta Médica em Atenção Especializada	16393	6122	- 62,7%
Atendimento Médico em PAB	26129	29964	+ 14,68%

Fonte: Site DATASUS – Produção Ambulatorial

Na Tabela 4 são expostos alguns dados referentes ao PSF do ano de implantação (2001) até 2009.

Tabela 4 – Informações de Saúde do PSF

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Dif. %
Famílias acompanhadas	13541	1952	29318	32118	32073	31053	30586	30580	-	+126,6%
Encaminhamento para Atendimento Especializado	460	607	677	391	663	338	564	514	614	+33,5%
Encaminhamento para Urgência e Emergência	41	121	65	6	34	43	113	25	17	-58,9%
Cadastro de Pessoas atendidas por ano	5772	8762	15760	8762	8798	9857	9857	9857	9857	+70,8%
Atendimento Grupo	11	42	50	5	157	93	407	210	118	+972,7%
Remédios por ano	28	57	89	80	96	141	125	114	104	+271,4%
Dialetos	619	1284	1977	2370	2677	1970	2021	1859	2034	+228,6%
Acompanhados	251	632	891	1146	1538	877	1275	713	759	+202,4%
Atendimentos	2035	3485	5424	6659	8378	7705	7566	7266	8271	+306,4%
Acompanhados	533	1197	1708	1806	5125	2628	3893	2659	2683	+403,4%
Hiperfatos										

Fonte: Site DATASUS – Produção Ambulatorial
*A coluna de Diferença % referente ao número de famílias acompanhadas foi calculada, realizando a média entre os anos de 2001 a 2008.

Analisando a Tabela 4, é evidente o aumento da produção no decorrer dos anos. Este fato é mencionado por Favoreto e Camargo (2002). Analisando a coluna de diferenças entre o ano de 2001 e 2009, podemos verificar que com exceção de um item, todos os outros são positivos, o que demonstra um excelente panorama da atuação do PSF no município. E o único item que foi negativo, também é analisado como um bom resultado, pois demonstra a efetividade das ações do PSF, que fizeram com que se reduzisse ao longo dos anos os

encaminhamentos para urgência e emergência, mostrando que se foi obtendo uma estabilidade da saúde da comunidade no decorrer desse período. Roncalli e Lima (2006, p.714) afirmam que “uma questão importante na implementação de todo e qualquer modelo assistencial ou mesmo estratégia de atenção, como é o caso do PSF, é o processo de avaliação e monitoramento”.

Correlacionando os dados da produção ambulatorial com os do PSF podemos observar que estão diretamente entrelaçados.

Constata-se que em 2004 há uma grande queda no número de produção ambulatorial em quatro dos seis itens relacionados na tabela, conseqüentemente há um aumento no atendimento de emergência e urgência. Corroborando com uma grande diminuição na produção do PSF relacionado à atendimentos e consultas. Observa-se que parte da demanda da produção ambulatorial é em virtude do encaminhamento do próprio PSF, ou seja, reduz o número de atendimentos do PSF, reduzindo, conseqüentemente, o número de atendimentos ambulatoriais. Em virtude dessa atenuação da produção do PSF, refletiu em um aumento no número de atendimentos na urgência e emergência, o que não é um bom sinal, tendo como premissa a estabilidade da saúde da população.

Tendo um panorama geral ao longo dos anos, percebe-se que mesmo com o aumento da população, no total, o número de consultas médicas ambulatoriais somadas às consultas do PSF vêm diminuindo ao longo dos anos, o que é visivelmente percebível principalmente após os três primeiros anos de implantação do PSF. Este resultado corrobora com Viana e Dal Poz (2005), em que afirmam que o PSF influencia diretamente na produção ambulatorial de maneira positiva.

Tabela 5 – Indicadores de Saúde do Município de Queluz

Ano	Coefficiente de Mortalidade Diabetes Mellitus	Mortalidade Diabetes Mellitus	Coefficiente de Mortalidade Cerebrovasculares	Taxa Interna de AVC	Mortalidade Infantil
2000				43,51	
2001				62,11	
2002	10,6	1	74,4	30,65	6
2003	52,4	5	10,5	26,45	9
2004	41,3	4	93	59,59	20
2005	10	1	30	36,05	16
2006	78,8	8	69	49,72	4
2007	67,9	7	58,2	55,96	0
2008	36,3	3	36,3	-	1

Fonte: Site DATASUS – Indicadores do Pacto de Atenção Básica

Com base na Tabela 5, verifica-se um aumento exacerbado do coeficiente de mortalidade cérebro vasculares, taxa de internação de AVC e de mortalidade infantil, que condiz com a baixa produtividade do PSF desse ano, principalmente com a redução do número de atendimentos de grupo – sabendo-se que um dos grupos é o direcionado para crianças de 0 a 2 anos (aumento mortalidade infantil) e outro para hipertensos (aumento de AVC). A taxa de internação é um fator importante pois, pode envolver vários profissionais e vários procedimentos.

Outro dado a ser observado é que em 2006, o número de atendimentos prestados aos pacientes com Diabetes Mellitus cai, conseqüentemente, a mortalidade, neste ano, por Diabetes sobe. Logo, “atendimentos realizados em nível ambulatorial direcionados aos diabéticos e hipertensos — quanto maior esse índice, melhor o desempenho em relação às ofertas de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento ambulatorial” (CERQUIARI; ERDMANN, 2008, p. 944). Ainda de acordo com Cerquiari e Erdmann (2008), a mortalidade é um importante indicador para avaliações referentes à saúde e a ocorrência de internações ressalta-se na indicação sobre a efetividade dos programas de diabetes e hipertensão.

Entende-se que em um programa que visa prevenir e realizar a promoção da saúde, quanto mais atendimentos forem realizados, melhores resultados serão obtidos. Com isso, concordamos com Favoreto e Camargo (2002) ao ampliarem as análises e avaliações para um aspecto qualitativo, “perceber melhor a forma como vêm sendo concebidas e realizadas as práticas em saúde no programa, tendo em vista o objetivo de contribuir para a promoção de transformações e melhoria do sistema de atenção básica à saúde” (FACORETO; CAMARGO, 2002, p.61).

Discussão

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, como uma nova forma de implementar a atenção básica em saúde, embora no local estudado sua implantação tenha sido em 2001. O PSF é uma estratégia de reorganização dos serviços e de reorientação de assistência, promoção de saúde, prevenção e reabilitação.

De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de

equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Segundo Roncalli e Lima (2006, p.714), o principal objetivo do PSF é “a organização da prática da atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo tradicional, fazendo a saúde chegar mais perto das famílias, a fim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros”.

Com o propósito de se aproximar da situação real do doente no contexto familiar, o PSF busca instruir o doente e a família, “prevê o desenvolvimento de práticas de educação em saúde voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos” (ALVES, 2005, p.50). A estratégia de focar a atenção, organizando os indivíduos por grupo, é uma maneira de buscar a promoção de saúde desta demanda. Souza e Pomatti (2003, p.149) contextualiza o programa:

“No PSF, as atividades educativas em grupo são ferramentas de trabalho da Equipe, permitindo prestar assistência específica a várias pessoas com necessidades semelhantes, ao mesmo tempo, fazendo com que este seja mais bem aproveitado. Nesse sentido, as morbidades, como hipertensão e diabetes, são, constantemente, motivos para a realização de grupos, que objetivam o resgate de uma vida saudável, mesmo na convivência com essas morbidades, através do auto cuidado para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, na perspectiva de construção da cidadania e melhoria da qualidade de vida”.

Nas reuniões de grupo são abordados assuntos como qualidade de vida, nutrição e alimentação, exercícios físicos, lazer, aspectos emocionais e de cultura. Os grupos prioritários a serem acompanhados pelo PSF são os grupos das gestantes, hipertensos e diabéticos, crianças com menos de 2 anos. Segundo Alves (2005, p.50), “Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais”. Com relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, Cerchiarri e Erdmann (2008, p.928) dissertam que: “As doenças crônico-degenerativas apresentam alta incidência, e necessitam ser acompanhadas as informações relacionadas ao desenvolvimento de ações para o controle delas, incidência, resultados obtidos com as ações, mortalidade, e demais fatores sociais dos portadores dessas doenças”.

Assim, o PSF é uma nova estratégia utilizada pelo Sistema Único de Saúde a fim de melhorar a qualidade de atendimento à saúde prestada à população. De acordo com a

Secretaria de Políticas de Saúde (2000), o PSF é um sistema do SUS articulado com todos os níveis de complexidade, primando pelo conhecimento e acompanhamento da população, centrado na promoção da saúde e qualidade de vida, intervindo nos fatores que a colocam em risco, por meio de ações básicas, evitando que a pessoa fique doente. Com menos pessoas ficando doente, refletirá numa menor demanda por atendimento no ambulatório e no pronto-socorro, principalmente referentes à população hipertensa, diabética, gestantes e crianças de até 2 anos.

Todos os dados referentes aos números de atendimentos em ambulatório, emergência e urgência, PSFs, entre outros, são divulgados pelo Ministério da Saúde na página da internet do Datasus. Segundo Cerchiarri e Erdmann (2008, p.929), através do Datasus “é possível coletar informações a respeito de produção ambulatorial, internações hospitalares, recursos financeiros repassados, indicadores de saúde de cada região por tipo de doença ou outro fator, relatórios de gestão, entre outros”. Essas informações possibilitam a comparação e gestão desses dados. “Estas informações estatísticas auxiliam no planejamento, controle e avaliação das questões relacionadas à situação levantada” (CERQUIARI; ERDMANN, 2008, p.930).

Conclusão

Com base nos resultados expostos foi possível constatar que o PSF impacta significativamente na produção ambulatorial do Município de Queluz e propicia sustentabilidade para a saúde da população. Com a estabilidade do Programa na cidade, verificou-se uma mudança ao longo dos anos na produção ambulatorial, bem como, estima-se a longo prazo uma produção ambulatorial constante, sem mudanças significativas.

Logo, a assistência oferecida pelos PSFs à comunidade é positiva pois resulta de um programa que gera vantagens à comunidade quanto à promoção da saúde e, a longo prazo, uma sustentabilidade da saúde da população. Outro aspecto pertinente é a otimização dos recursos públicos relativos a promoção da saúde pública.

O estudo revelou a necessidade e a importância de gerir modelos novos em razão da busca por mais eficiência na área da saúde pública. Os resultados apresentados neste artigo são válidos para o município de Queluz e as conclusões podem ser válidas para os demais municípios assistidos com o PSF. Entretanto, essa proposição deve ser confirmada mediante realização de pesquisas sobre o PSF em outros municípios e regiões do Brasil para a superação dos limites do presente artigo.

Referências

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 39-52, Set.2004/Fev.2005. ISSN 1414-3283.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde.** Disponível na Internet: <<http://WWW.datasus.gov.br>>. Acesso em 05/06/10.

CERCHIARI, Giovanna S. F.; ERDMANN, Rolf Hermann. **Sistema de informações para acompanhamento, controle e auditoria em saúde pública.** *Rev. Adm. Pública* [online]. 2008, vol.42, n.5, pp. 925-948. ISSN 0034-7612. doi: 10.1590/S0034-76122008000500006.

FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. **Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial.** *Physis* [online]. 2002, vol.12, n.1, pp. 59-75. ISSN 0103-7331.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. **Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 713-724. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232006000300018.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102000000300018.

SOUZA, Rejane Conceição; POMATTI, Dalva Maria. **Repercussão das atividades educativas no dia-a-dia dos hipertensos participantes de um grupo.** *Boletim da Saúde.* 2003, vol. 17, n.2, p.147-158.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** *Physis* [online]. 2005, vol.15, suppl., pp. 225-264. ISSN 0103-7331. doi: 10.1590/S0103-73312005000300011.