

Avaliação do PSF em Juiz de Fora

Célia Regina Machado Saldanha

O Programa de Saúde da Família foi implantado em Juiz de Fora em 1994/95, com uma proposta de estruturar o SUS, baseado nos princípios de Universalidade da assistência, Equidade no acesso e Integralidade das ações com Participação Popular nas decisões.

Princípios e diretrizes:

Universalidade: acesso irrestrito às ações e serviços de saúde a todas as pessoas, independente do sexo, raça, renda, ocupação ou qualquer outra característica, pessoal ou social.

Equidade: tratamento desigual para os desiguais, já que as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes.

Integralidade: considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades e atuando de forma a promover saúde, prevenir doenças tratar e reabilitar nos diversos níveis e de forma articulada com os vários setores das políticas públicas. Fundamental para cumprir esse princípio seria implantar um sistema de referência e contra referência ágil.

Para legitimar estas ações, a lei 8142, criou os Conselhos de Saúde nos três níveis, federal, estadual e municipal, órgãos deliberativos, de caráter permanente, composto com a representatividade toda a sociedade.

Capacitação:

O programa pretendia “inverter o modelo assistencial” vigente e para isso os profissionais da primeira turma (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) tiveram uma capacitação(nível de especialização) de seis meses, onde tentaram desaprender sua prática vinda da Academia, para uma nova modalidade baseada em estudos mas, que não tinha vivência para estabelecer parâmetros. Copiamos alguma experiência de Cuba, de Niterói e algumas do sul, Hospital Conceição de Porto Alegre.

Crítérios de implantação:

A implantação do PSF se deu em áreas da cidade escolhidas pelo critério de miserabilidade, mapeadas pelo Mapa da Fome do IPEA, que indicava a existência de 17.000 famílias abaixo da linha de indigência em Juiz de Fora. Esse critério deveria ser mantido para expansão do PSF, fechando uma região, visando um trabalho em bloco para um impacto, estabelecido como meta, nos principais indicadores de saúde.

Para que fosse possível a hierarquização houve uma reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, criando-se os Institutos que representavam um nível intermediário entre a atenção básica e o hospital e criou-se também uma Unidade de Referência Regional que funcionaria 24 horas para dar suporte às UBSs.

Sistemas de Informação:

O sistema de informação da época era precário, funcionando quase que exclusivamente para prestação de contas e controle de doenças de notificação compulsória.

Nas áreas do PSF deveriam ser efetuados os seguintes procedimentos:

*Cadastro familiar das famílias das áreas de abrangência.

*Cartão de identificação do usuário

*Prontuário familiar

*Registro do atendimento

Os dados registrados em cada nível deveriam ser consolidados e analisados mensalmente, retornando-se os resultados para a comunidade.

O nível nacional definiria os indicadores mínimos de processo e de impacto podendo o nível local acrescentar outros que julgasse necessário. Esses indicadores deveriam focar três aspectos:

- análise da evolução de indicadores operacionais de saúde e de qualidade de vida,
- satisfação do usuário, conferida periodicamente através de instrumentos apropriados,
- qualidade do atendimento e o funcionamento da equipe local, aferidos pela equipe de supervisão.

Outros sistemas como o SIM e SINASC já existiam mas não atuavam de forma integrada com as unidades de atendimento.

Referência e contra referência

No modelo de saúde vigente cada unidade trabalhava isoladamente, não havia preocupação com as idas e vindas do usuário e muito menos com os tipos de tratamentos que porventura estivesse fazendo, as práticas eram isoladas e geralmente centradas no médico e na doença.

Era proposta do PSF implantar um sistema de referência e contra referência para melhorar o fluxo dos serviços, otimizar o atendimento e reduzir custos. Para operacionalizar era proposto a descentralização das AIHs, baseando-se em critérios epidemiológicos a fim de garantir a resolubilidade da UBS.

Supervisão técnica

Foi proposto a formação de uma equipe de especialistas que seriam responsáveis pela educação permanente e monitoramento das equipes implantadas.

Controle e avaliação

Para o desenvolvimento do processo de avaliação foi proposto um sistema regular e periódico que deveria acompanhar os principais indicadores de saúde e medir os resultados alcançados.

Financiamento:

A proposta de financiamento, no momento da implantação era:

- 1- Através da produção das equipes garantindo recursos para pagamento dos salários e encargos sociais da equipe. (S IA- SUS)
- 2- Convênio do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde- financiamento das despesas de implantação.
- 3- Secretarias Estaduais de Saúde- O MS repassaria recursos financeiros para apoiar atividades de planejamento, capacitação das equipes, educação permanente e supervisão, responsabilidade das coordenações estaduais.

Desenvolvimento de Recursos Humanos:

A proposta do MS era que após a implantação, o PSF abrisse possibilidades de re-direcionamento na formação dos profissionais de saúde (Reforma Curricular) visando ter profissionais tecnicamente competentes e integrados à filosofia do SUS. Também a questão salarial foi muito discutida assim como os tipos de vínculos adotados e os planos de progressão profissional.

Indicadores Sociais

Discriminação	Unidade	1996	1997	1998	1999	2000	2002
População urbana	1.000 hab.			464,2	479	447	
Taxa de crescimento	%			3.2	3.2	1.3	
Taxa de ocupação domiciliar	Hab./dom			3.8	3.8	3.0	
População abastecida (água)	1.000 hab			495hab	517hab	444,3 hab	
Esgoto	1.000 hab			488,9hab	509 hab	437 hab	
Terminais telefônicos			116.855	132.951	129.387	169.697	
Expectativa de vida ao nascer	anos	67 anos	70,5 anos	71 anos			
Médicos por hab.		1/410	1/254	1/220			
Taxa de natalidade	1.000 hab.	19,00	19,35	18,26	17,3	16,4	14,3
Mortalidade geral	1.000	6,96	7,49	7,45	6,8	6,5	
Hospitais		27	27	27	21	20	
Mortalidade infantil	10.000	23,15	31,2	28,3	22,9	23,3	20,1
Mães adolescentes		1413/ 17.8%	1383/ 17.4%	1404/ 18,4%	1383/ 18,2%	1287 17,2%	
Distribuição de cota AIH		59.824	44.607	39.822	35.823	30.849	
Natimorto	Nº absoluto	172	148	125	162	153	
Arrecadação ICMS		5.988.291	5.731.710	5.484.751	6.717.832	7.511.070	

Sete anos depois...

Universalidade/ equidade/ integralidade:

Nos bairros onde não havia nenhum tipo de serviço instalado o PSF trouxe grandes benefícios e, muitas vezes pelo compromisso dos profissionais, um segmento da população que estava totalmente marginalizado, tem hoje um serviço de qualidade e bem próximo a sua residência.

Em outros bairros, onde os serviços eram mais estruturados, com vários profissionais tipo Policlínica, o PSF representou uma perda pois esses usuários continuam buscando os especialistas, engrossam as filas da Central de Marcação e resistem ao atendimento do generalista.

Nas áreas descobertas a perda ainda é maior pois, além de não terem os especialistas as UBSs, que trabalham com área adstrita, não aceitam esse usuário que fica “pressionando” a porta de entrada ou buscam as Unidades de Urgência e Emergência que se transformam num caos.

Na maioria das vezes”quem detêm a informação detêm o poder e o clientelismo funciona em todos os níveis gerando um tipo de exclusão que nem sempre é financeira.

Intersetorialidade/ Descentralização

Durante a implantação muito se falou sobre as ações intersetoriais que nos ajudariam a resolver as questões sociais de moradias, transporte, alimentação etc. Este continua sendo um grande desafio e a nova Reforma Administrativa, ao redefinir a estrutura da Diretoria de Saúde, agregou-lhe as ações de saneamento e desenvolvimento ambiental. Juntando numa outra diretoria todas as gerências de caráter social, educação, moradia, lazer, esporte, etc. Mas, por enquanto é só um Organograma.

Participação Popular

Acredito que este foi o princípio que mais evoluiu em Juiz de Fora. No início eram poucos os usuários que se aventuravam a ser conselheiros mas, graças a um trabalho contínuo das equipes, principalmente os Assistentes Sociais hoje os Conselhos Locais de Saúde são representativos e ativos nas questões ligadas á saúde e se reúnem sistematicamente para deliberar assim como os Conselhos Regionais e o Conselho Municipal. Além dos conselheiros muitos usuários trabalham em prol da saúde, de forma voluntária e têm conseguido muitos avanços.

Formação de Recursos Humanos

A partir da implantação do PSF o NATES, Núcleo de Apoio e Treinamento Ensino / Serviço, ligado a UFJF, montou um curso de especialização para toda a região e tem mantido o Treinamento Introdutório, porém, o crescimento do Programa não acontece com a mesma velocidade dos cursos e devido também à rotatividade, temos hoje na rede muitos profissionais sem formação específica o que modifica o perfil do atendimento.

Há alguns meses implantou-se também a Residência em Saúde da Família, composta por seis residentes de cada área (medicina, enfermagem e assistência social) abrindo um nova expectativa na formação profissional.

Têm acontecido também cursos para capacitação dos gestores nos diversos municípios o que deve melhorar nossa capacidade administrativa.

Crítérios de implantação e expansão

A proposta inicial era cobrir toda uma região para depois expandir para as outras de forma que se pudesse acompanhar os resultados e corrigir os problemas , mas com o processo eleitoral e mudança de governo municipal este critério deixou de ser considerado o que gerou

grandes áreas descobertas que ficam a pressionar por atendimento e que impedem as equipes de realizar os programas.

Sistemas de Informação

No início as equipes trabalhavam apenas com o S IA-SUS mas aos poucos outros sistemas foram anexados e hoje gasta-se grande parte do tempo na UBS e as vezes até em casa para preencher formulários.

Esses formulários são complexos e muitas vezes geram dúvidas quanto ao preenchimento o que torna seu resultado pouco confiável. Temos trabalhado junto às equipes buscando criar um padrão de coleta de dados aceitável para viabilizar o planejamento das ações em nível local bem como a análise dos Indicadores.

Pacto de Indicadores da Atenção Básica

De 99 a 2002, período em que foi adotado nacionalmente, a pactuação tem apresentado alterações tanto em relação à condução quanto aos indicadores selecionados. O Pacto como ferramenta de avaliação de ações e serviços implicava na abordagem em três dimensões: técnico-cultural, organizacional e política.

A falta de tradição de avaliação associada a falta de pessoal qualificado leva ao empobrecimento do processo de pactuação. Mudanças culturais não se fazem com normas, necessita vontade do coletivo e decisão política, pautadas nas necessidades da população .

Financiamento

Num primeiro momento o pagamento era feito por convênio entre o MS e os municípios até que foi instituído o Piso de Atenção Básica pela NOB-96 que também redefiniu as condições de gestão, ficando o financiamento do PSF vinculado à parte variável do PAB. A Emenda Constitucional 29 (4% do PIB em 2002, 6% em 2003, 7% em 2004 e 8% em 2005)deveria contribuir além dos incentivos específicos para os programas. A dificuldade é a descontinuidade nos pagamentos o que gera desabastecimento das UBSs e a desmotivação da equipe.

Conclusões

O PSF tem como prerrogativa trabalhar com vigilância à saúde impondo mudanças não apenas na racionalidade dos modelos assistenciais e na lógica de funcionamento dos serviços como em determinados aspectos do quadro da saúde .

Após sete anos da implantação do PSF em Juiz de Fora avaliamos que houve ganhos e que alguns indicadores de saúde até melhoraram mas, optamos por não focar apenas nos indicadores porque devido ao pouco tempo da estratégia no município e o tamanho da amostra estes provavelmente estariam distorcidos e a avaliação seria inadequada.

Também percebemos que muito do que procuramos tem características muito específicas e que a simples quantificação não nos permitiria ter a real dimensão do fato. Para avaliar realmente o quadro da saúde e o PSF não poderemos usar o elenco tradicional de indicadores, teremos que criar outros mais adequados.

Maio,2003