

Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003

Evaluation of the impact of the Family Health Program in the epidemiology profile of the rural population of Airões, city of Paula Cândido (MG), 1992-2003

Karine de Oliveira Gomes¹
 Rosângela Minardi Mitre Cotta¹
 Marilene Pinheiro Euclides¹
 Carina Loureiro Targueta¹
 Sílvia Eloíza Priore¹
 Sylvania do Carmo Castro Franceschini¹

Abstract *The Family Health Program (PSF) as a redirection strategy of the healthcare model of the country has promoted the substitution of assistential and cure model for the disease prevention and health promotion of individuals as well as the families and communities, placing the primary health care as the entrance to the healthcare system. This work aims to evaluate the PSF impacting in the rural community of Airões, in the city of Paula Cândido, Minas Gerais State, analyzing its contribution to the evolution of health indicators, since the comparison of sanitary data before and after implementation of the program, in the period ranging from 1992 to 2003. The information were obtained through a household survey applied to 127 families randomly selected within the community, representing 55.2% and 41.6% of the families in 1992 e 2003 respectively. After the PSF implementation there were a increase of 40.4% in diseases diagnosis and a reduction in the number of internment from 42.7% to 27.2%. Pre-natal assistance coverage was enlarged from 30.6% to 90% and the birth in homes reduced from 48.9% to 1%. Therefore, the evolution of the sanitary data in the community shows the characterization of the PSF as an effective strategy of implementation of the Unified Health System.*

Key words *Primary health care, Unified Health System, Family Health Program, Program evaluation, Indicators*

Resumo *O Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no país, tem promovido a substituição do modelo assistencialista e centrado na cura pela prevenção de doenças e promoção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades, colocando a atenção básica como a porta de entrada no sistema de saúde. Este artigo tem como objetivo avaliar o impacto do PSF na comunidade rural de Airões, município de Paula Cândido, Minas Gerais, analisando sua contribuição para a evolução dos indicadores de saúde, a partir da comparação dos dados sanitários antes e depois da implantação do programa, no período de 1992 e 2003. Os dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar, aplicados a 127 famílias selecionadas aleatoriamente na comunidade, que representavam 55,2% e 41,6% do total de famílias em 1992 e 2003, respectivamente. Após a implantação do PSF, houve um aumento de 40,4% no diagnóstico de doenças e o número de internações reduziu de 42,7% para 27,2%. A cobertura da assistência pré-natal aumentou de 30,6% para 90% e os partos domiciliares reduziram de 48,9% para 1%. Desta forma, a evolução dos dados sanitários da comunidade reforça a caracterização do PSF como uma estratégia eficiente de implementação do Sistema Único de Saúde.*

Palavras-chave *Atenção básica, SUS, PSF, Avaliação de programas e projetos de saúde, Indicadores*

¹Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Av. Peter Henry Rolfs s/n, Campus Universitário. 36570-000 Viçosa MG. kogomes@yahoo.com.br

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção¹.

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o programa tem como principais características a adesão da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde^{2,3}.

Além disso, ao longo dos doze anos de implementação, vem contribuindo com a diminuição das iniquidades, sobretudo a partir da ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e da vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades na complexa tarefa de cuidar da vida, saúde, doença, sofrimento e morte⁴.

Evidências recentes têm mostrado que o PSF, além da expansão das ações e da cobertura do serviço, vem produzindo impacto sobre os níveis de saúde, reduzindo de forma significativa as taxas de mortalidade infantil, tanto a pós-neonatal como a neonatal⁵.

Em Sobral, o PSF foi implantado em 1997, privilegiando a atenção materno-infantil, a reorganização da assistência ao pré-natal, ao parto e nascimento, assim como a vigilância à saúde no primeiro ano de vida. O trabalho integrado e humanizado dos profissionais do programa permitiu a realização de ações de promoção à saúde e de prevenção das doenças mais prevalentes na infância, possibilitando redução na taxa de mortalidade infantil e nas taxas de internação por desnutrição, assim como o aumento da cobertura pré-natal, do número de crianças em aleitamento materno exclusivo e da cobertura de imunização⁶.

Nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, considerando a hipertensão arterial, efeitos nítidos da prevenção realizada pela Estratégia Saúde da Família foram verificados pelas coberturas superiores a 70% de medida de pressão arterial, independentemente do contexto social do município, resultando na homogeneidade do diagnóstico e dos cuidados assistenciais com a doença⁷.

Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde verificaram que as ações educativas foram incorporadas pelas equipes, mas em patamares que ainda necessitam ser incrementados; além disso, os principais problemas encontrados para a implementação do PSF foram a dificuldade de substituição do modelo e da rede tradicional de atenção à saúde, a inserção e desenvolvimento de recursos humanos e o monitoramento efetivo do processo e seus resultados, além da garantia da integralidade aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde^{2,3}.

Neste sentido, estudos observacionais criteriosos podem ser vantajosos na avaliação de intervenções em saúde pública, tanto pelo estabelecimento de grupos de comparação e realização de medidas padronizadas quanto pela utilização de critérios bem definidos para julgar os resultados. Desse modo, estudos desta natureza são recomendáveis na avaliação de políticas e programas de saúde, pois permitem maior capacidade de detectar o sucesso ou a falha da intervenção, aumentando a validade dos resultados⁸.

Considerando a importância da avaliação na implementação de todo e qualquer modelo assistencial ou mesmo estratégia de atenção, como é o caso do PSF⁹, e que os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente como meio de obtenção de informações para este fim^{7,10}, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do PSF no perfil epidemiológico da população rural de Airões, Paula Cândido, Minas Gerais.

A partir da comparação dos dados sanitários antes e depois da implantação do PSF, referentes aos anos de 1992 e 2003, respectivamente, pretende-se problematizar os principais desafios e apontar alternativas para a efetiva consolidação da estratégia em distintos contextos locais e regionais.

Metodologia

Características da área de estudo

Paula Cândido possui apenas o distrito sede e a população rural está distribuída de forma dispersa pelo território municipal. A comunidade de Airões encontra-se a onze quilômetros do município e, em 1992, contava com uma população aproximada de 1.500 habitantes, distribuídos em 230 domicílios. Já em 2003, possuía em torno de 1.800 habitantes e 305 domicílios^{11,12}.

O município está localizado na região da Zona da Mata Mineira e apresenta estrutura fundiária,

predominando pequenos produtores e trabalhadores rurais assalariados que desenvolvem atividades agropecuárias temporárias e sazonais, como o cultivo de lavouras de milho, feijão, café, goiaba, entre outras, gerando baixo nível de renda aos seus habitantes^{11,13}.

Segundo o censo demográfico de 2000, apenas 41,1 % das famílias do município possuíam rendimento de até um salário mínimo e 37,7% não apresentavam rendimento mensal¹³.

Desenho do estudo

Este trabalho é parte de uma pesquisa desenvolvida pelo Departamento de Nutrição e Saúde (DNS) da Universidade Federal de Viçosa (UFV), que investigou as condições de vida, saúde e nutrição de algumas famílias da comunidade de Airões, nos anos de 1992 e 2003, visando avaliar o serviço local de saúde para subsidiar a criação e implementação de políticas direcionadas aos principais problemas da população, assim como orientar as ações para o alcance de uma gestão e alocação de recursos mais eficiente.

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal, no qual foram entrevistadas 127 famílias da comunidade rural de Airões, nos anos de 1992 e 2003. O inquérito domiciliar foi o instrumento escolhido para a coleta dos dados sobre as condições sociais, econômicas, de saúde e nutrição da população, sendo que o mesmo inquérito foi aplicado nos dois períodos de investigação, porém para amostras distintas.

Atualmente, os inquéritos domiciliares são reconhecidos como importantes fontes de informação em saúde, constituindo uma fonte primária de dados primordiais para o estudo das desigualdades no estado de saúde e para a avaliação do acesso, da utilização e da capacidade de resolução dos serviços de saúde. Além disso, na perspectiva de se conhecer o perfil epidemiológico da população, independentemente da procura de assistência ou de informações obrigatórias, os inquéritos são ferramentas necessárias e complementares às informações rotineiramente coletadas pelos diversos sistemas de informação^{7,10}.

A amostra foi selecionada segundo a base de amostragem dos cadastros censitários do município, de forma probabilística e aleatória, tanto em 1992 quanto em 2003, seguindo os critérios recomendados por Richardson¹⁴, uma vez que a seleção guiada pelas leis da probabilidade e por fórmulas apropriadas para o cálculo do tamanho da amostra estabelece uma chance adequada de ser representativa da população.

No estudo de 1992, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado através da fórmula amostras aleatórias simples para universos finitos, considerando um nível de confiança de 95% e um erro de estimação de 5%¹⁵, cujo resultado definiu uma amostra de 146 famílias. Entretanto, algumas famílias se negaram a participar do estudo e alguns questionários tiveram que ser excluídos da análise, tendo sido avaliadas 127 famílias, que correspondiam a 55,2% do total de famílias da comunidade neste período¹¹.

Em 2003, tendo como referência os recursos disponíveis para a realização da pesquisa, a equipe optou por trabalhar com o mesmo número de famílias de 1992, de forma que a amostra representou 41,6% da população¹², sendo que todas as famílias sorteadas e entrevistadas estavam cadastradas no PSF.

Como a comunidade não apresentou um crescimento populacional muito acentuado entre o período de investigação, muitas famílias foram entrevistadas nos dois momentos do estudo. Para responder ao questionário, foram estabelecidos alguns critérios, tais como residir no domicílio e estar presente no momento da entrevista alguma pessoa com idade acima de dezoito anos.

Para a avaliação do PSF, foram selecionadas as informações relatadas pelo entrevistado (a) sobre morbidades e óbitos ocorridos na família, cobertura da assistência pré-natal e características de nascimento dos filhos, de forma que o impacto do programa foi avaliado pela evolução dos indicadores de saúde da população, a partir da comparação dos dados sanitários de 1992, quando ainda não havia o PSF, com os dados sanitários de 2003, após a implantação do programa.

As informações foram processadas e avaliadas com o auxílio do *software* Epi Info (versão 6.04) e as análises foram realizadas através da frequência das variáveis.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, em conformidade com os princípios éticos recomendados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Evolução do Sistema Municipal de Saúde

Em 1992, o município de Paula Cândido possuía um hospital com 25 leitos e um centro de saúde que contavam [é isso mesmo? o hospital E o centro contavam com cinco médicos?] com o ser-

viço de cinco médicos. As ações de saúde eram orientadas por um modelo assistencial curativo, individual e baseado na concepção tradicional de saúde como ausência de doença¹¹.

Por consequência, a estrutura hospitalar era utilizada para a atenção primária e tratamento dos problemas de saúde, sem levar em consideração seus fatores determinantes e o princípio da regionalização, o que associado à ausência de planejamento dificultava o acesso e prejudicava a resolução das ações desenvolvidas¹².

Neste período, a comunidade de Airões já possuía um posto de saúde que oferecia à população medicamentos, aplicação de injeções, realização de curativos e vacina para crianças, quando havia os recursos necessários para a realização de tais atividades. O posto ficava sob a responsabilidade de um agente de saúde e o atendimento médico ambulatorial ocorria de forma esporádica¹¹.

Em 1998, o município iniciou o processo de inversão do sistema de atenção e estabeleceu a implantação do PSF como estratégia norteadora para a atenção básica, alcançando em 2003 a Gestão Plena da Atenção Básica. Neste mesmo ano, o município contava com três equipes de Saúde da Família, sendo duas na zona rural e uma na zona urbana, distribuídas em dezoito microrregiões e cobrindo 92% da população do município (2.495 famílias e 9.111 pessoas), com cadastro através de prontuários individuais e familiares¹².

Cada microrregião era acompanhada por uma equipe básica composta por um médico, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média cinco agentes comunitários de saúde

(ACS). Uma das equipes atendia a comunidade de Airões, realizando ações individuais (consultas, curativos, exames, pré-natal, puericultura, vacinas), visitas domiciliares e algumas atividades em grupo (palestras e mutirões) sobre educação em saúde, enfocando causas, consequência e principais formas de prevenção e tratamento de doenças¹².

Evolução dos indicadores de saúde da população

Considerando as informações sobre as morbidades, enquanto em 1992 foi relatada a ocorrência de pelo menos uma enfermidade em 49,6% das famílias, em 2003, este número aumentou para 63% e o total de pessoas enfermas passou de 89 em 1992 para 125 em 2003. A distribuição dos enfermos por sexo foi semelhante nos dois períodos, havendo variação entre as faixas etárias (Tabela 1).

O Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual das enfermidades por grupos de causas em 1992 e 2003.

Considerando o tipo de assistência escolhida para o tratamento das enfermidades, a procura por serviços do SUS diminuiu de 84,1% em 1992 para 79% em 2003, dos quais 26,7% foram realizados pelo PSF em 2003. A procura por atendimento particular e por convênio de saúde privados aumentou de 5,7% para 12,3% e de 2,3% para 3,4%, respectivamente, enquanto que o tratamento realizado em casa e a procura pelo farmacêutico diminuíram.

O número de internações reduziu de 42,7% no ano de 1992 para 27,2% em 2003 e o tempo de internação também foi maior em 1992, uma vez

Tabela 1. Distribuição dos enfermos por sexo e faixa etária. Airões, Paula Cândido, Minas Gerais, Brasil, 1992 e 2003.

Característica	1992		2003	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	40	45	53	42,4
Feminino	49	55	72	57,6
Faixa etária (anos)				
<1	02	2,2	01	0,5
1 - 10	21	22,3	21	11,5
10 - 20	09	9,6	07	3,8
20 - 60	36	38,3	76	41,6
≥ 60	26	27,6	18	42,6

Fonte: Inquéritos domiciliares realizados em 1992 e 2003.

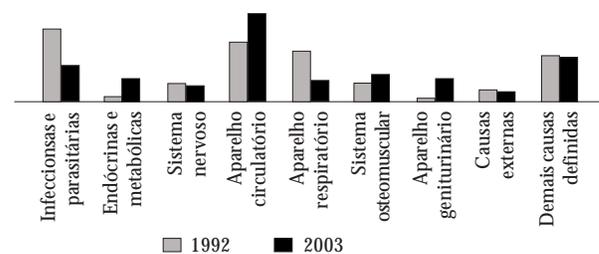


Gráfico 1. Distribuição percentual das enfermidades por grupos de causas. Airões, Paula Cândido, Minas Gerais, Brasil, 1992 e 2003.

Fonte: Inquéritos domiciliares realizados em 1992 e 2003.

que neste ano 57,9% dos doentes ficaram internados mais que sete dias, enquanto que em 2003 apenas 23,5% dos doentes permaneceram no hospital mais que uma semana.

A distribuição percentual das internações por grupos de causas entre os períodos avaliados demonstrou redução nas internações por doenças infecciosas e parasitárias (16,7% para 6,7%), doenças do sistema nervoso (11,1% para 4,4%), doenças do aparelho respiratório (27,8% para 15,5%) e elevação por doenças do aparelho circulatório (13,9% para 26,7%), doenças do aparelho osteomuscular (2,8% para 8,9%) e causas externas (5,5% para 6,7%).

Em relação aos óbitos, em 1992 foram relatados 15 óbitos, enquanto em 2003 este número aumentou para 67, com distribuição semelhante entre os sexos e variação em relação à faixa etária (Tabela 2).

As principais causas de óbitos referentes ao ano de 2003 estão especificadas no Gráfico 2 e a Tabela 3 apresenta o coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas nos dois momentos do estudo.

Considerando a assistência pré-natal, enquanto apenas 30,6% das gestantes em 1992 realizaram o pré-natal, em 2003, a cobertura aumentou para 90% das gestantes. Em 1992, 51,2% das mães afirmaram ter apresentado algum problema durante a gravidez, prevalência que reduziu para 25,3% em 2003, e os principais problemas relatados nos dois períodos foram enjôo/mal-estar, edema, hipertensão, pré-eclâmpsia, anemia, obesidade e hemorragia.

Em relação à incidência de abortos, 37,2% das mães em 1992 sofreram pelo menos um aborto e, em 2003, a incidência caiu para 30,2%, sendo as

causas relatadas acidente ou queda, problemas de saúde da mãe, esforço físico, contrariedade ou susto e má-formação.

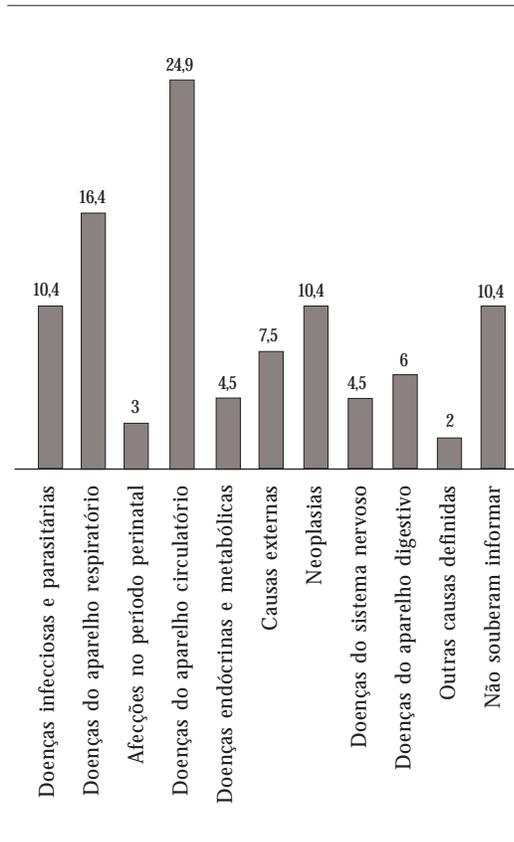


Gráfico 2. Mortalidade proporcional segundo grupo de causas. Airões, Paula Cândido, Minas Gerais, Brasil, 2003.

Fonte: Inquéritos domiciliares realizados em 2003.

Tabela 2. Distribuição dos óbitos por sexo e faixa etária. Airões, Paula Cândido, Minas Gerais, Brasil, 1992 e 2003.

Característica	1992		2003	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	10	66,7	43	64,2
Feminino	05	33,3	24	35,8
Faixa etária (anos)				
<1	01	6,7	12	17,9
1 - 10	03	20	09	13,4
10 - 20	-	-	01	1,5
20 - 60	08	53,3	19	28,4
≥ 60	03	20	26	38,8

Fonte: Inquéritos domiciliares realizados em 1992 e 2003.

Tabela 3. Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas. Airões, Paula Cândido, Minas Gerais, Brasil, 1992 e 2003.

Característica	1992	2003
Neoplasias	-	38,7
Doenças infecciosas e parasitárias	20	38,7
Doenças do aparelho circulatório	33,3	88,6
Afecções período perinatal	-	14,6
Doenças do aparelho respiratório	6,6	60,9
Causas externas	6,6	27,7
Diabetes	-	16,6

Fonte: Inquéritos domiciliares realizados em 1992 e 2003.

A incidência de filhos nascidos mortos também reduziu de 18,8% em 1992 para 10,7% em 2003. Quando questionadas sobre as causas da morte, a maioria das mães não soube informar; entre as causas relatadas, destacaram-se problemas de saúde da mãe, queda, esforço físico, problemas congênitos, agressão física, contrariedade e atraso no parto.

Analisando as características de nascimento dos filhos, quanto ao atendimento e local de realização do parto, houve uma grande evolução de 1992 para 2003. Enquanto 48,9% dos partos em 1992 foram realizados no domicílio, 99% dos partos aconteceram no hospital em 2003; entretanto, a cesariana aumentou de 16,3% em 1992 para 45,7% em 2003.

Com relação à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, ambos apresentaram uma pequena elevação em suas incidências de 1992 para 2003, aumentando de 6,7% para 7,1% e 10% para 12,2%, respectivamente.

Discussão

Considerando a taxa de cobertura do PSF, Paula Cândido apresentou maior cobertura em todos os períodos avaliados, uma vez que os municípios com população inferior a 20 mil habitantes apresentaram percentuais de cobertura de 9,41% em 1998; 55,99% em 2002 e 61,6% em 2003¹⁶.

Analisando as enfermidades e as principais causas de internação hospitalar na população de Airões, tanto a redução verificada por doenças do sistema nervoso e do sistema respiratório quanto a elevação por doenças do aparelho circulatório e causas externas também foram verificadas no Brasil. Por outro lado, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias diminuíram consideravelmente na comunidade, o país apresentou uma pequena elevação em suas taxas¹⁷.

Estas mudanças podem estar relacionadas às intensas transformações experimentadas pelo Brasil, a partir da segunda metade do século XX, em sua estrutura populacional e no padrão de morbimortalidade, resultantes da constante queda da taxa de natalidade e, ainda, devido ao aumento da expectativa de vida ao nascer^{5,16}.

Em consequência, doenças que acometiam mais a população infantil, como as infecciosas e parasitárias, apesar de persistirem, vão diminuindo em patamar de prioridade para as doenças crônico-degenerativas mais incidentes na população adulta e idosa, que atualmente vêm assumindo um importante papel no quadro de morbimortalidade brasileiro^{16,18}.

Além disso, alguns agravos, como as doenças do aparelho respiratório, podem evoluir com qua-

dros severos, mas são potencialmente reversíveis mediante ações por parte dos serviços de assistência à saúde⁵, como foi verificado neste estudo, uma vez que o diagnóstico precoce, a busca ativa pelos profissionais e o acesso ao tratamento oferecido pelo PSF contribuíram para a redução desta enfermidade na comunidade de Airões.

Em relação à mortalidade, foi verificado um aumento notável no número de óbitos de 1992 para 2003, principalmente entre menores de 1 ano e maiores de 60 anos de idade, ao contrário do Brasil, que apresentou reduções de 11,1% da mortalidade geral e de 65% dos óbitos entre os menores de 10 anos verificadas entre 1980 e 200¹⁹.

Este resultado pode estar relacionado às inadequadas condições sanitárias encontradas na comunidade, uma vez que as principais causas dos óbitos nesta idade foram as doenças infecciosas e parasitárias (41,7%) e que em 2003 somente 52,3% dos domicílios tinham abastecimento de água pela rede pública, 68,5% possuíam cobertura de rede de esgoto e apenas 13,9% tinham coleta pública de lixo¹².

A discussão dos dados desagregados por situação rural e urbana reafirma a distribuição desigual da infraestrutura em saneamento no país, apresentando pouco aumento na cobertura destes serviços nas áreas rurais, o que sem dúvida reflete na mortalidade infantil e em outras causas de morte e adoecimento^{5,19}.

Além disso, outra justificativa para este aumento seria as falhas no registro dos óbitos na comunidade de Airões em 1992, pois um dos grandes problemas que ainda permeiam as análises de mortalidade no Brasil é o subregistro de óbitos, devido à ocorrência de sepultamentos sem a exigência de certidão, com magnitude expressiva em regiões pobres, de zona rural e entre os menores de 1 ano de idade¹⁹.

Entre 1980 e 2005, em geral, foram observadas quedas importantes nas taxas de mortalidade pelos vários grupos de causa, destacando-se as reduções nos grupos das doenças infecciosas, doenças cardiovasculares e doenças do aparelho respiratório, enquanto o grupo das neoplasias foi o que apresentou crescimento mais acentuado, evidenciando o aumento da carga global de câncer no Brasil^{5,20}.

Apesar do aumento verificado entre 1992 e 2003 para todas as causas de mortalidade na comunidade de Airões, os coeficientes foram menores que os apresentados pelo Brasil, cuja avaliação demonstrou uma elevação de 152,4 para 158,4 e 69,5 para 72,7 nos coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e causas externas, respectivamente e no mesmo período^{20,21}.

É interessante observar a distribuição das doenças e mortes entre os sexos, uma vez que em

ambos os momentos do estudo as doenças foram mais frequentes entre as mulheres e as mortes entre os homens. Desde o censo demográfico de 1991, esta diferença vinha sendo apresentada pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens¹⁸, tendência que foi confirmada pelos dados do censo de 2000, quando o envelhecimento populacional mostrou um excedente feminino²².

E ainda verifica-se que as causas externas de mortalidade, como acidentes de trânsito, homicídios e acidentes de trabalho, que afetam particularmente indivíduos jovens e do sexo masculino, são igualmente crescentes no país, acentuando os diferenciais por sexo^{18,19}.

Quando analisamos as internações, a incidência e o tempo de permanência no hospital sofreram reduções consideráveis entre 1992 e 2003, o que pode ser atribuído ao maior acesso aos serviços de saúde com o PSF, uma vez que a taxa de internação por doenças crônico-degenerativas na população acima de 40 anos reflete indiretamente a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva^{16,23}.

Roncalli *et al.*⁹ concluíram que a implantação do PSF não contribuiu para a queda nas taxas de hospitalização em municípios da Região Nordeste, ao contrário da redução verificada pelo país nas taxas de internação por acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva, ocorrendo declínio mais intenso nos estratos com maior cobertura do PSF^{16,17}.

Considerando o tipo de assistência recebida pelas pessoas enfermas, a procura pelo atendimento particular e por convênios de saúde privados apresentou um aumento respectivo de 340% e 200% de 1992 para 2003.

De acordo com os autores Cotta *et al.*²⁴, como nas outras esferas da sociedade brasileira, o sistema de saúde se privatiza pela forma desorganizada (intencional ou não) de implantação das reformas pelo governo, deixando todos os espaços possíveis para que os planos de saúde privados pareçam evoluir naturalmente e para que o Estado se capacite a atender mais eficientemente os setores sociais de menor poder aquisitivo.

Por outro lado, a referência ao PSF por apenas 26,7% dos entrevistados demonstra o desconhecimento e a inadequada percepção dos usuários quanto ao programa, uma vez que as ações de saúde desenvolvidas na comunidade de Airões estavam totalmente vinculadas ao PSF e que o programa cobria quase 100% da comunidade em 2003.

Realidade semelhante foi verificada no município de Teixeira (MG), no qual 78,6% dos usuários não souberam ou não responderam as perguntas

sobre o PSF. Tais resultados são preocupantes, pois se a comunidade é a razão da existência do sistema de saúde, o conhecimento e a percepção dos usuários sobre seus princípios e diretrizes é de suma importância para a construção da consciência sanitária e o cumprimento do seu papel de cidadão na luta por seus direitos e pela melhoria da atenção a saúde²⁵.

Em relação à assistência pré-natal, considerando que o acompanhamento da gestante permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gravidez, favorecendo a redução ou eliminação de fatores de risco passíveis de serem corrigidos¹⁹, os resultados sugerem a melhoria da atenção pré-natal em Airões com a atuação do PSF, principalmente pelo aumento da cobertura das gestantes, que foi semelhante à nacional em 2003^{16,19}.

Os estudos em geral avaliam como de impacto positivo a implantação do PSF sobre o número de consultas e a qualidade do pré-natal^{7,9,16,23,26}, contribuindo para a melhoria do acesso das gestantes ao atendimento pré-natal, aumentando a cobertura vacinal e o número de consultas^{8,26}.

Em Montes Claros, pesquisa comparando a Estratégia Saúde da Família com centros de saúde tradicionais demonstrou que o processo da assistência à saúde materno-infantil é mais adequado no modelo do PSF, apresentando melhor desempenho nas ações de orientação sobre aleitamento materno, orientações nutricionais para a gestante e realização de exame de prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal²⁷.

Quanto às características de nascimento dos filhos, verificamos uma evolução na assistência ao parto, já que a maioria passou a ser realizada no hospital, corroborando Andrade *et al.*²³. Entretanto, o número de cesáreas aumentou de 16,3% para 45,7%, proporção semelhante à encontrada na Região Sudeste (46,9%) e que contraria a recomendação da Organização Mundial da Saúde de que partos cesáreos não ultrapassem 15% do total de nascimentos^{28,29}.

Estudo realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar verificou que, em 2006, as taxas de cesarianas no Brasil chegaram a 80,5% nos hospitais particulares, uma proporção que se configura como grave problema de saúde pública, pois aumenta os riscos da ocorrência de eventos relacionados à morbimortalidade materna e neonatal²⁹.

Com relação ao baixo peso ao nascer e à prematuridade, foi observado um pequeno aumento em suas incidências no período do estudo, mas as prevalências ficaram próximas às do Brasil. Contudo, a prematuridade associada ao baixo peso ao nascer

são condições que conferem maiores riscos de mortalidade e de comprometimento da qualidade de vida de muitos dos que sobrevivem, sendo considerados importantes questões de saúde pública e que merecem maior atenção dos serviços de saúde³⁰.

Considerando que o número de consultas pré-natais é fator de risco para o baixo peso e a prematuridade e que o aumento da cobertura pré-natal pode proporcionar resultados imediatos para a redução do baixo peso e/ou pré-termo³¹, a elevação verificada nas prevalências destes agravos em Airões possivelmente está relacionada ao subregistro das informações em 1992, devido à alta prevalência de partos domiciliares.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde²⁸ verificou a ocorrência de partos domiciliares nas regiões rurais em condições precárias e com ausência de notificação aos sistemas de informação em saúde. Além disso, a comparação do número de nascimentos ocorridos nos hospitais do SUS e os declarados no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) ainda mostra deficiência no registro e na cobertura do SINASC em alguns estados do país¹⁹.

Por outro lado, esta elevação pode indicar assistência pré-natal de baixa qualidade, pois apesar da ampliação da cobertura verificada no Brasil, 52% do total de mortes em crianças menores de 1 ano ocorreram no período neonatal e as principais causas estavam associadas à baixa qualidade da assistência à gestação, ao parto e ao puerpério^{19,32}.

Em São Paulo, foram registradas taxas de 8,8% para o baixo peso, 7,3% para a prematuridade e de 12% para a prevalência de baixo peso e/ou prematuridade entre os nascidos vivos³¹, enquanto que em Goiânia a prematuridade foi responsável por 47,2% dos casos de baixo peso ao nascer, confirmando a intensa relação entre estes dois fatores³³.

Já em Itaúna (MG), embora as taxas de baixo peso (7%) e prematuridade (5,3%) tenham sido mais baixas, a análise dos fatores determinantes foi prejudicada devido aos erros e/ou ausência de dados nas declarações de nascimentos, demonstrando que apesar dos avanços já alcançados, a manutenção de dados ignorados para algumas informações ainda é uma situação real e que precisa ser modificada³⁴.

De maneira geral, os resultados encontrados neste estudo demonstram a ampliação da cobertura de serviços na atenção básica a partir da expansão do PSF, assim como a contribuição positiva do programa na evolução de muitos dos indicadores de saúde da população. Todavia, algumas ações e serviços carecem de melhorias para garantir uma assistência integral e de maior qualidade aos usuários.

Vários são os estudos que demonstram a eficiência do PSF a partir dos impactos positivos produzidos nos indicadores de saúde da população e da garantia de maior equidade em saúde no país mas, ao mesmo tempo, constata-se que a estratégia ainda está em construção e necessita de qualificação para concretizar a mudança do modelo assistencial e obter resultados mais expressivos^{2,3,6-9,23,27,35}.

Além disso, o aumento da cobertura dos serviços do PSF associados aos esforços deliberados para melhorar os sistemas de informações em saúde já produziu as vantagens possíveis na saúde dos brasileiros, de forma que, sem reduções significativas nas iniquidades sociais, será impossível avançar de maneira mais substancial no quadro global de saúde da população⁵.

Neste sentido, a articulação com outras políticas públicas adquire relevância ímpar, sem a qual serão mantidas as desigualdades nos padrões epidemiológicos atuais, uma vez que determinadas situações de saúde se apresentam como resultado das condições concretas de existência sobre as quais os serviços de saúde, quaisquer que sejam, possuem limitada capacidade de impacto⁹.

Tais políticas, necessariamente, devem ser dirigidas para os determinantes do processo saúde-doença, visando ao enfrentamento da complexidade de sua produção a partir de ações intersetoriais. Além disso, devem estimular a conscientização da população, para que gradativamente ela se torne ativa e parceira neste processo de mudança do sistema de saúde, cumprindo assim o seu papel e a democracia conquistada com a Constituição de 1988.

Considerações finais

Os resultados reforçam o potencial que o PSF possui para reestruturar o modelo de assistência à saúde, tornando realidade muitas das diretrizes do SUS. De fato, na comunidade de Airões, o acesso aos serviços e ações em saúde foi facilitado com a implantação do programa, refletindo na melhoria de muitos dos indicadores de saúde da população.

Entretanto, a maioria das ações realizadas pelo programa ainda seguiu o modelo tradicional de assistência, priorizando ações curativas e individualizadas, o que limitou seu potencial de mudança. Este desafio foi retratado pelos indicadores que não apresentaram melhoria após sua implantação e principalmente pelo fato da maior parte dos usuários desconhecerem a existência do próprio programa.

Neste sentido, para que o PSF seja capaz de priorizar as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, seus princípios e diretrizes devem

ser apresentados insistentemente aos profissionais de saúde e aos usuários, para que juntos e orientados pela nova lógica do sistema de saúde, eles possam desempenhar os seus papéis na efetiva implementação de um serviço de saúde universal, equitativo, democrático, resolutivo e de qualidade.

Colaboradores

KO Gomes participou da coleta e análise dos dados e redação do artigo. RMM Cotta participou da idealização, delineamento de objeto de estudo, desenho da metodologia e foi responsável pela coordenação, orientação e acompanhamento do trabalho de campo, da redação e revisão do artigo. CL Targueta participou da idealização, delineamento do objeto de estudo, desenho da metodologia, coleta e processamento dos dados. SE Priore e SCC Franceschini participaram da idealização, delineamento do objeto de estudo, desenho da metodologia, análise dos dados e revisão crítica do artigo. MP Euclides participou da idealização, delineamento do objeto de estudo e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos ACS de Airões e à Prefeitura Municipal de Paula Cândido pelo apoio oferecido para a realização do trabalho, assim como às famílias entrevistadas pela receptividade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1325-1335.
5. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 12(Supl.):1779-1790.
6. Silva AC. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002** [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
7. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):643-655.
8. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-681.
9. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):713-724.
10. Azevedo G, Mendonça S. Principais desafios para os inquéritos populacionais na organização de um Sistema Integrado de Informação em Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):870-886.
11. Santos GF. **Representação social do processo saúde/doença na comunidade rural de Airões: Zona da Mata de Minas Gerais** [dissertação]. Viçosa (MG): Universidade Federal de Viçosa; 1992.

12. Gomes KO, Cotta RMM, Priore SE, Euclides MP, Franceschini SCC. Saúde e nutrição da população rural de Airões, município de Paula Cândido, MG: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família (PSF) no perfil epidemiológico da população e diagnóstico de anemia ferropriva em crianças de 0 a 60 meses. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS: 2007**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Demográficos**. [site da Internet] 2006 [acessado 2006 mar 23]; [cerca de 4 p.] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php>
14. Richardson RJ. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
15. Richardson RJ. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1989.
16. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006 IDB-2006. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas**. [site da Internet] 2008 [acessado 2008 abr 14]; [cerca de 15 p.] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/Grupo_D.xls
18. Patarra NL. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 61-89.
19. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004 - uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
20. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2006 IDB-2006. Indicadores de Mortalidade**. [site da Internet] 2008 [acessado 2008 abr 13]; [cerca de 15 p.] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/Grupo_C.xls
21. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2006. **Sistema Nacional de Informações de Gênero (SNIG)**. [site da internet] 2006 [acessado 2006 mai 25]; [cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/mulheres/alvo/politicas/publicas.php>
23. Andrade LOM, Barreto ICHC, Goya N, Júnior TM. Organização da atenção básica e Estratégia Saúde da Família no município de Sobral - Ceará - Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.143-179.
24. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. A crise do SUS e a fuga para o mercado: o seguro-saúde e a mercantilização da Saúde. In: Cotta RMM, organizador. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV; 1998. p. 125-142.
25. Cotta RMM, Azeredo CM, Schott M, Cardoso PM, Franceschini SCC, Priore SE. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Revista Médica Minas Gerais** 2006; 16(1):2-8.
26. Moura ERF, Holanda Jr. F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica** 2003; 19(6):1791-1799.
27. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária. **Cien Saude Colet** [periódico na Internet] 2008. [acessado 2007 fev 21]; [cerca de 15 p.] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1525
28. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
29. Estudo detalha riscos da cesárea. **Radis - Comunicação em Saúde** 2008; 66:7.
30. Audi CAF, Corrêa MAS, Latorre MRDO, Santiago SM. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. **J. Pediatr. (Rio J)** 2008; 84(1):60-67.
31. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saude Publica** 2003; 37(3):303-310.
32. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da Família e a Atenção Pré-Natal e Puerperal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
33. Giglio MRP, Lamounier JA, Neto OLM, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no a no de 2000. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2005; 27(3):130-136.
34. Guimarães EAA, Velásquez-Meléndez G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saude Mater. Infãnt.** 2002; 2(3):283-290.
35. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad Saude Publica** 2008; 24(4):809-819.

Artigo apresentado em 13/06/2007

Versão final apresentada em 30/06/2007