

Integralidade da Saúde no Programa de Saúde da Família: proposta de um indicador

Health Integrity in the Family Health Program: proposal of an indicator

Claúdia Maria Costa¹, Marcus Vinicius Polignano²

RESUMO

A consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Sistema Único de Saúde no Brasil está centrada em princípios fundamentais, sendo que a integralidade representa um dos seus elementos-chave. Este trabalho discute esse conceito e propõe a formulação de um indicador de integralidade de assistência à saúde, tomando-se por base o conjunto de ações propostas para uma equipe de PSF. Demonstra-se sua viabilidade pela aplicação em ações efetivamente desenvolvidas por uma equipe de saúde da família de Belo Horizonte-MG.

Palavras chave: Programa de Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde.

¹Discente da residência multiprofissional de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da UFMG.

²Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

ABSTRACT

The consolidation of the Family Health Program (FHP) / Programa de Saúde da Família (PSF) in the Sistema Único de Saúde in Brazil is focused on fundamental principles, where the integrality represents one of the key-elements. This paper discusses this concept and proposes the formulation of a healthcare integrality indicator, taking as basis the set of proposed actions for a FHP / PSF. Its viability is shown by the application on actions effectively developed by a family healthcare team in Belo Horizonte-MG.

Key words: Family Health Program, Comprehensive Health Care

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988, inspirada na Conferência Nacional de Saúde de 1986, que garantiu a saúde como um direito de cidadania e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), incorporou o paradigma da produção social da saúde na medida em que ampliou o conceito incorporando as condições de vida e trabalho, que deverá ser “garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.¹

Nesse sentido, ser saudável não significa apenas não estar doente. Implica a possibilidade de se atuar na produção da própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciem seu meio ambiente, por ações políticas para a redução de desigualdades, educacionais, por ação intersetoriais ou de participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência. Para usar uma expressão bem conhecida, significa o exercício da cidadania.

Instituição:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:

Claúdia Maria Costa
Rua República Argentina, 728/301
Belo Horizonte – MG
CEP 30310-540

E-mail: julipolignano@hotmail.com

Para viabilizar a concepção do paradigma da produção social da saúde no SUS, consolidaram-se, no mesmo texto constitucional, os princípios fundamentais para a sua construção, que são: a universalidade, a integralidade, a hierarquização, a equidade, a descentralização e a participação social. Segundo Barata *et al.*², tem sido proposta uma organização desses princípios em dois grandes grupos, a saber: doutrinários (ou éticos), que se referem aos objetivos finalísticos do sistema, incluindo a universalidade, a equidade e a integralidade; e organizacionais (ou operativos), referentes aos processos que permitiram o cumprimento das principais diretrizes do SUS, que incluem os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviço e participação da população. Destes, destaca-se a integralidade como um dos princípios éticos mais importantes para a consolidação do paradigma da produção social da saúde.

O conceito da integralidade abrange questões relativas ao biológico, ao ambiental e ao social, a compreensão dos indivíduos nas suas características físicas, mentais e sociais, a integração da assistência médica curativa hierarquizada e de complexidade com a prevenção e a promoção da saúde e do autocuidado ao cuidar da família e do coletivo.^{3,4}

Para que o conceito de integralidade seja aplicado aos indivíduos como direito de cidadania, ele deve ser incorporado como um princípio fundamental e norteador da organização das ações e dos serviços de saúde, pois não há como ter integralidade da assistência à saúde se não houver universalidade, hierarquização, participação social, intersetorialidade, interdisciplinaridade e resolubilidade.^{5,6,7} E para expressar o conceito da integralidade, é necessário criar um processo de avaliação quantitativa que permita transformar as ações em indicadores mensuráveis de tal forma que seja possível avaliar se esse princípio do SUS está sendo efetivamente alcançado.^{8,9,10}

O presente trabalho tem como objetivo discutir a questão da integralidade aplicada à organização do Programa de Saúde da Família (PSF), uma vez que o mesmo já incorpora alguns conceitos fundamentais para alcançá-la, tais como a interdisciplinaridade, a compatibilização do atendimento clínico com a prevenção e a promoção de saúde^{11,12}. Para avaliar a efetivação desse princípio, está sendo proposto um indicador de integralidade de assistência

à saúde (IAS), tomando-se por base o conjunto de ações propostas para uma equipe de PSF.

METODOLOGIA

A metodologia de avaliação da integralidade baseada num indicador foi formatada a partir da construção de índices que procuram quantificar as ações de saúde propostas e executadas pelo PSF.

Dado que cada equipe é responsável pela atenção à saúde de determinado território, é possível avaliar, por meio de alguns índices, se realmente aquela população de referência está sendo "cuidada integralmente".

No quadro 1 estão listadas as ações típicas de uma equipe de PSF que serviram de base para a construção dos índices e indicadores.

A integralidade das ações desenvolvidas pelo PSF junto à população de determinado território pressupõe que os grupos etários e especiais estão sendo atendidos, que existe resolutividade e boa cobertura à população que procura as ações por demanda espontânea e programada e que a equipe de PSF executa ações de gestão e promoção de saúde.

Dada a complexidade do conceito de integralidade, o INDICADOR DE INTEGRALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE (IAS) proposto inclui na sua composição o indicador de demanda assistencial (IDA), o indicador de demanda programada (ADP), indicador de prevenção (IP) e o indicador de gestão e promoção de saúde (IGPS), sendo expresso na fórmula:

$$IAS = [IDA + iDP + IP + IGP] / 4$$

O "IAS" apresenta variação de 0 a 10, sendo que quanto maior for a pontuação obtida, melhor será a integralidade da atenção à saúde.

Cada indicador que compõe o 'IAS' apresenta o mesmo gradiente de pontuação, que varia de 0 a 10.

Para testar o método de avaliação da integralidade aplicada ao PSF, foi escolhida a unidade Vereda, local de estágio da residência multiprofissional de PSF da UFMG em 2004, localizada num bairro de periferia do município de Ribeirão das Neves (Minas Gerais), com população adscrita de 4.380 pessoas.

Os dados obtidos referem-se ao mês de dezembro de 2004.

Quadro I - Classificação das ações típicas de uma equipe de PSF

Ações de demanda espontânea	Representadas pelas consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais
Ações de demanda programada e prevenção	Representada principalmente pelo atendimento a grupos e situações de risco especiais para a saúde, como, por exemplo: planejamento familiar; pré-natal; puericultura; prevenção de câncer (mama, colo uterino, próstata); atenção ao idoso; atenção aos trabalhadores; atenção aos adolescentes; atenção aos portadores de doença mental, hipertensão arterial, diabetes, tbc, hanseníase, desnutrição, etc.
Ações de gestão e promoção de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de natureza gerencial da unidade e do cuidado à saúde visando à eficácia e eficiência do serviço, incluindo reuniões administrativas, elaboração de protocolos, planejamento e avaliação das ações de saúde, etc. • Ações relacionadas à produção, processamento, utilização e divulgação de informações, incluindo a alimentação da base de dados dos sistemas de saúde do Ministério da Saúde (SIM, SINASC, SIAB, etc.). • Ações relacionadas à vigilância em saúde, incluindo a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde dos trabalhadores. • Ações de comunicação tanto internas (na unidade e na equipe) quanto externas (demais setores da saúde, da administração, da comunidade, etc.). • Ações de natureza informativa/educativa. • Ações de articulação intersetorial que busquem a melhoria da qualidade de vida da população e que fortaleçam a capacidade de ação por parte da população sobre os determinantes e condicionantes de sua saúde, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. • Ações sobre o ambiente visando à criação de ambientes saudáveis à saúde. • Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. • Participação no Conselho Municipal de Saúde.

RESULTADOS

Para entender a construção do Indicador de Integralidade de Atenção à Saúde (IAS), será demonstrado o cálculo de cada componente nele incluído.

Indicador de demanda assistencial (IDA)

Utilizado para avaliar a demanda assistencial, que a equipe de PSF atende na sua área de abrangência. Para compor este indicador, é proposto um conjunto de índices descritos na Tabela 1.

O indicador de demanda assistencial é calculado pelo somatório de todos os índices citados na Tabela 3 dividida por 5, o que, no caso citado, dará o valor de 6,1.

A análise do componente de avaliação da demanda assistencial demonstrou que a integralidade no componente assistencial está comprometida. Apesar da equipe de PSF procurar atender e acolher toda a demanda que lhe chega, ela tem dificuldade para encaminhar os pacientes para as especialidades, ter contra-referências dos pacientes encaminhados e efetivar exames laboratoriais solicitados. As urgências parecem ter prioridade de atenção no sistema.

Indicador de Demanda Programada (IDP)

Proposto para aferir se a equipe está acompanhando grupos especiais e realizando atividades programadas e é composto por um conjunto de índices descritos na Tabela 2.

O Indicador de Demanda Programada (IDP) é calculado pelo somatório de todos os índices explicitado na Tabela 3 dividido por 8, o que, no caso citado, dará o valor de 5,4.

A análise do Indicador de Demanda Programada (IDP) demonstrou que a integralidade, no que tange a este item, está comprometida, pois, apesar de haver, por parte do serviço, e talvez até da própria população, um foco de atenção para o grupo etário até um ano de idade, a cobertura da atenção dada às faixas etárias seguintes até os 14 anos vai diminuindo gradativamente e, aparentemente, essa preocupação passa a ser retomada para o grupo etário acima dos 60 anos; a cobertura dada aos grupos especiais como hipertensos e diabéticos não atinge a todos. Portanto, no que se refere ao acompanhamento de grupos etários e especiais, pode-se perceber que a preocupação é parcial, fragmentar, assistencialista e, portanto, não comprometida com um contexto maior de integralidade.

Tabela 1 - Indicador de Demanda Assistencial – PSF Vereda – Dezembro de 2004

Índice (i)	Universo (a)	Efetivado (b) Efetivamente atendido ou realizado (mensal)	b/a x 10
Índice de atendimentos efetivados	Nº de pessoas que buscaram atendimento pela equipe: 1.213	Nº de pacientes atendidos pelo médico e/ou enfermeira: 1.087	8,9
Índice de atendimentos de especialidades	Nº de pacientes encaminhados para especialidades: 45	Nº de pacientes acolhidos pelas especialidades: 24	5,3
Índice de contra-referência de especialidades	Nº de pacientes acolhidos pelas especialidades: 24	Nº de pacientes que retornaram com contra-referência: 6	2,5
Índice de encaminhamentos de urgência	Nº de pacientes encaminhados para unidade de emergência de referência: 3	Nº de pacientes acolhidos pela unidade de emergência de referência: 3	10
Índice de exames laboratoriais	Nº exames laboratoriais solicitados: 164	Nº médio de exames entregues pelos pacientes: 64	3,9

Tabela 2 - Indicador de Demanda Programada – PSF Vereda – Dezembro de 2004

Índice (i)	Universo (a)	Efetivado (b) Efetivamente atendido ou realizado (mensal)	b/a x 10
Índice de visitas domiciliares	Nº de famílias cadastradas: 1480	Nº de famílias visitadas e acompanhadas: 467	3,1
Índice de acompanhamento a menores de 1 anos	Nº de menores de 1 ano: 58	Nº de menores de 1 ano acompanhados: 58	10
Índice de acompanhamento de 1 a 4 anos	Índice de acompanhamento de 1 a 4 anos	Nº de crianças 1 a 4 anos acompanhadas: 61	3,7
Índice de acompanhamento de 5 a 9 anos	Nº de crianças de 5 a 9 anos: 205	Nº de crianças de 5 a 9 anos acompanhadas : 68	3,3
Índice de acompanhamento de 10 a 14 anos	Nº de crianças de 10 a 14: 326	Nº de crianças de 10 a 14 acompanhadas: 84	2,6
Índice de acompanhamento de idosos – 60 e mais anos	Nº de idosos (60 anos e mais): 87	Nº de idosos (60 anos e mais) acompanhados: 62	7,1
Índice de acompanhamento de hipertensos	Nº de hipertensos existentes: 194	Nº de hipertensos acompanhados: 121	6,2
Índice de acompanhamento de diabéticos	Nº de diabéticos: 25	Nº de diabéticos acompanhados: 19	7,6

Indicador de Prevenção (IP)

Proposto para aferir se a equipe está realizando atividades categorizadas como preventivas, é composto por um conjunto de índices descritos na Tabela 3.

O Indicador de Prevenção (IP) é calculado pelo somatório de todos os índices citados na tabela 3 dividido por 4, o que, no caso citado, dará o valor de 8,4.

Observa-se, pela composição do indicador, que as atividades preventivas estão bem incor-

poradas pela equipe de PSF e pela população, merecendo destaque a cobertura vacinal, especialmente das crianças. As atividades de prevenção de colo de útero e pré-natal precisam ser ampliadas, para atingirem todas as mulheres que necessitam. O serviço parece ter preocupação com controle das doenças transmissíveis, embora o índice citado não seja capaz de esclarecer se todos os casos existentes foram efetivamente diagnosticados.

Tabela 3 - Indicador de Prevenção – PSF Vereda – Dezembro de 2004

Índice	Universo	Efetivamente atendido ou realizado	b/a x 10
Índice de preventivo de Ca de colo de útero	Meta de exames preventivos de Ca de colo mensal: 50	Nº de mulheres que realizaram o exame preventivo de Ca de colo: 30	6,0
Índice de pré-natal	Nº de gestantes: 23	Nº de gestantes acompanhadas: 18	7,8
Índice de cobertura vacinal < 1 ano	Crianças < 1 ano: 58	Crianças < 1 ano com cartão em dia: 57	9,8
Índice de acompanhamento de pacientes com doenças transmissíveis	Nº de pacientes com doenças transmissíveis diagnosticados (tbc, hanseníase, aids):3	Nº de pacientes com doenças transmissíveis acompanhados: (tbc, hanseníase, aids):3	10

Tabela 4 - Indicador de Gestão e Promoção de Saúde – PSF Vereda – Dezembro de 2004

Índice	Universo	Efetivamente atendido ou realizado (mensal)	b/a x 10
Índice de reuniões de planejamento	Nº de reuniões de equipe planejadas: 4	Nº de reuniões de equipe realizadas: 4	10
Índice de reuniões comunitárias	Nº de reuniões com a comunidade planejadas: 0	Nº de reuniões com a comunidade realizadas: 0	0
Índice de participação intersectorial interna	Nº de setores da administração pública convidados para executar atividades conjuntas: 0	Nº de setores da administração pública envolvidos em atividades conjuntas: 0	0
Índice de participação intersectorial externa	ONGS e outras instituições convidadas a participar: 0	Nº de ONGS e outras que participam de atividades conjuntas: 0	0
Índice de ações e projetos intersectoriais	Nº de projetos e ações intersectoriais propostos: 0	Nº de ações e projetos intersectoriais desenvolvidas: 0	0

Indicador de Gestão e Promoção de Saúde (IGP)

Para que se possa atingir a integralidade da atenção à saúde, é fundamental que a equipe de PSF trabalhe a promoção da saúde e, para isso, é imprescindível que haja uma gestão participativa e intersectorialidade. É fundamental que outros setores institucionais, além da Secretaria Municipal de Saúde, auxiliem na resolução dos problemas da comunidade, assim como é fundamental que ela própria se envolva e participe na busca de soluções.

Neste sentido, o Indicador de gestão e promoção de saúde (IGP) inclui os índices expressos na Tabela 4.

O IGP é calculado a partir do somatório dos índices listados na Tabela 4 dividido por 5, obtendo-se o valor de 2,5, média muito baixa.

A análise do componente de avaliação de gestão e promoção de saúde demonstra que a integralidade, no que tange a este item, está comprometida e que as ações relativas à promoção de saúde não foram ainda incorporadas

pela equipe de PSF. Apesar de a equipe realizar reuniões periódicas das quais participam todos os membros, o que possibilita manter um bom nível de entendimento quanto ao desenvolvimento das ações propostas, não existe efetivo envolvimento da comunidade na discussão e planejamento das ações de saúde, assim como não existe envolvimento de nenhum outro setor que não a Secretaria Municipal de Saúde nas ações propostas.

Utilizando-se a fórmula de cálculo proposta para Indicador de Integralidade de Atenção à Saúde (IAS), obteve-se o valor de 5,6 numa escala que vai até 10, demonstrando que a equipe de PSF avaliada terá que envidar mais esforços a fim de atingir a integralidade à saúde como um princípio estruturante da sua prática.

DISCUSSÃO

O instrumento de avaliação desenvolvido neste trabalho demonstrou a sua utilidade como método

para aferir alguns aspectos importantes relacionados à integralidade da atenção oferecida a uma população de determinada área de referência de PSF.

Dispondo os diferentes indicadores que compõem o indicador geral de integralidade da atenção à saúde PSF (Figura 1), é possível visualizar, na sua aplicação em uma equipe, o comprometimento de cada indicador específico no processo de integralidade. Percebe-se, pelo gráfico, que é necessário melhorar a assistência à demanda e estabelecer melhor a demanda programada. É possível, também, verificar que as atividades preventivas já foram de alguma forma incorporadas ao dia-a-dia das ações do PSF, enquanto o componente da gestão e promoção de saúde encontra-se mais comprometido, demonstrando que será necessário muito esforço para recompor este elemento dentro do conjunto.

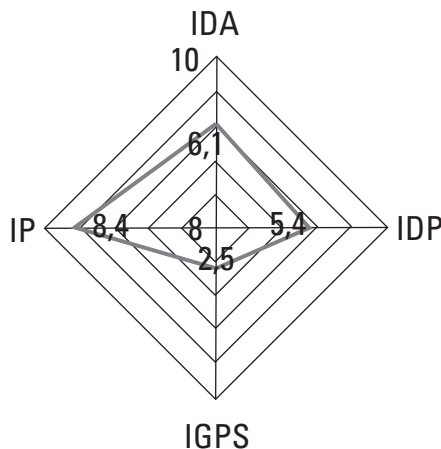


Figura 1 - Componentes do Indicador de Integralidade da Atenção à Saúde (IAS)

CONCLUSÃO

Os resultados do teste permitem concluir ser possível criar uma metodologia para avaliar a integralidade da assistência que está sendo fornecida à população de determinado PSF, a fim de que se possa repensar a prática do SUS local centrada nesta importante diretriz operacional.

É importante mencionar que o indicador proposto leva em conta somente variáveis quantitativas e que a qualidade dos serviços propostos não está sendo avaliada, o que seria um componente importante no princípio de integralidade do cuidado à saúde.

Não é pretensão deste trabalho esgotar todos os aspectos e conceitos relacionados à integralidade da atenção à saúde, mas, sim, reforçar a importância deste princípio do SUS como norteador das ações de saúde, ao mesmo tempo, e demonstrar a capacidade de aferição deste conceito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292 p.
2. Barata L, Tanaka O, Mendes J. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do SUS. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004; 13(1):15-24.
3. Atkinson S. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saúde Pública*. 1993; 9(3):283-99.
4. Bodstein R. Assistência médica na agenda pública. In: Bodstein R, organizador. *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995. p.15-39.
5. Calnan M. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc Sci. Med*. 1988; 27(9):927-33.
6. Camargo JR. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: Pitta A. *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995. p.13-24.
7. Campos CEA. O desafio da Integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 8(2):569-84.
8. Kleinman A. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Ann Rev Anthropol*. 1983; 12: 305-33.
9. Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001.
10. Schraiber LB. Desafios atuais da integralidade em saúde. *J Rede Feminista Saúde*. 1999; 17: 76-85.
11. Uchoa E, Rozenberg B, Porto MFS. Entre a fragmentação e integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. *Inf Epidemiol do SUS*. 2002; 11(3): 115-28.
12. Kell MCG. Desenhos da organização da atenção no SUS : a integralidade da atenção à saúde. In: *Anais do Encontro dos Estudantes Universitários da Área de Saúde e o SUS*. 17 de maio de 2003. Brasília: Ministério da Saúde-Secretaria de Assistência à Saúde; 2003.
13. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
14. Hamilton J. Multicultural health care requires adjustments by doctors and patients. *Can Med Assoc J*. 1996; 155(5):585-7.