

Guia prático do Programa Saúde da Família



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL

Que todos sejam saudáveis

Na área social, o Brasil trava uma luta antiga contra a ditadura dos números relativos. Nosso país é tão grande, os problemas sociais aqui são tão vastos que avançamos de maneira extraordinária nos números absolutos, mas não na mesma proporção em números relativos.

Na saúde, por exemplo, o Brasil dos últimos anos já realizou mais que Cuba e Holanda juntas e multiplicadas, em números absolutos. Nosso Programa Saúde da Família dá cobertura, atualmente, a mais de 38 milhões de brasileiros — ou quase quatro vezes a população de Cuba e mais de duas vezes a população da Holanda, dois países respeitados internacionalmente por sua Medicina.

Nos números relativos, entretanto, os nossos 38 milhões significam 23% da população brasileira. Estamos bem distantes dos 100% que recebem cobertura na Holanda e em Cuba.

Longe de nos desanimar, porém, essa comparação deve nos estimular. De 1994 até 2001, conseguimos levar Atenção Básica a quase um quarto dos brasileiros. Em 2002 deveremos nos aproximar da cobertura para 50 milhões de brasileiros. Quase um terço — ou quase 30% — da população. Persistindo nesse esforço, nos próximos anos alcançaremos 100% de cobertura e teremos vencido a ditadura dos números relativos.

Uma das armas para essa luta é o Guia Prático do PSF, que o Ministério da Saúde coloca hoje em suas mãos. Pedimos que o leia com atenção e adote a Saúde da Família como estratégia para garantirmos vida saudável para todos os brasileiros.

José Serra
Ministro da Saúde

Índice:

Onde entra a saúde a doença vai embora.....	04
E a saúde como vai? Tá melhorando, tá ficando boa	08
Alguns exemplos	12
Compensa implantar o PSF numa cidade?	13
Lucas do Rio Verde	14
Belém	16
Esperança	17
Florianópolis	19
Campo Grande	20
Caruaru	21
Pedras de Fogo	22
Piraju	23
São Gonçalo	24
Vitória	25
Vitória da Conquista	26
Depoimentos:	
O agente é a gente (ACS)	28
Atenção desde o início da vida (Usuários)	34
A força de quem decide (Prefeitos)	38
No comando (Secretários Municipais de Saúde)	42
Da boca, do corpo, da vida (Odontólogos)	46
Auxiliar (Auxiliares de Enfermagem)	48
Ocupação plena e qualificada (Enfermeiros)	50
Eles cuidam de cada um, eles cuidam de todos (Médicos)	52
Equipe do Programa Saúde da Família (uma visão da equipe profissional, e espacial da organização do programa e sua inserção no SUS)	folder
Daqui pra frente tudo vai ser diferente (como aderir ao PSF)	56
Por favor, responda sinceramente: Os serviços públicos de saúde merecem confiança?	
Você deixaria seu filho ser atendido em uma unidade básica de saúde de seu município?	58
Principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas ESF e ESB nas áreas prioritárias da ABS – NOAS 2001	
Ações de Saúde da Criança	60
Ações de Saúde da Mulher.....	61
Controle da Hipertensão	62
Controle da Diabetes Mellitus.	63
Controle da Tuberculose	63
Eliminação da Hanseníase.....	64
Ações de Saúde Bucal	64
Unidade de Saúde da Família	65
Quantas equipes atuam numa USF?	66
Quanta pessoas são atendidas pelas ESF?.....	67
Quem são os componentes de uma ESF?	67
A Saúde Bucal faz parte da Saúde da Família?	68
Como deve ser a atuação da ESB numa USF?.....	69
A implantação do PSF deve começar pela periferia?	70
A demanda aumenta no início da implantação?.....	71
Que instalações e equipamentos deve ter a USF?	71
Bases das Ações da ESF e ESB	73
Planejamento de ações.....	73



Pertencentes à comunidade onde atuam, os Agentes Comunitários de Saúde são capacitados para ajudar a melhorar a qualidade de vida de seus vizinhos



O agente é a gente

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora. É um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região. Tem bom relacionamento com seus vizinhos. Tem condição de dedicar oito horas por dia ao trabalho de ACS. Orientado pelo médico e pela enfermeira da unidade de saúde, vai de casa em casa e anota tudo o que pode ajudar a saúde da comunidade.

Em sua grande maioria, os agentes são mulheres. Contamos aqui sobre o trabalho de cinco agentes: Izete, da Ilha do Combu, perto de Belém; Cleison, de Brumadinho, perto de Belo Horizonte; Ivaneide, de Caruaru, Pernambuco; Ana Lúcia, de Pedras de Fogo, na Paraíba, perto de Campina Grande; e Sílvia de Piraju, São Paulo.



Ferver a água, usar plantas da região

Izete dos Santos Costa, 37 anos, nasceu, cresceu e sempre viveu na Ilha do Combu, onde é Agente Comunitária de Saúde. Antes (e desde os 9 anos de idade) era empregada doméstica: “Aqui não tem muita opção de emprego”.

O trabalho de Agente Comunitária de Saúde é duro, mas compensador: “São oito horas diárias, umas oito visitas por dia. Mas ganho R\$ 204, o dobro do que ganhava em meu emprego anterior”.

Ainda mais compensador, para Izete, é fazer parte de um trabalho que está ajudando a melhorar a vida da sua comunidade: “A assistência à saúde melhorou 100% com a implantação do PSF”.

Como a ilha é cortada por rios e igarapés, as visitas dos cinco agentes em ação na Ilha do Combu têm que ser feitas em pequenas canoas, ou cascos, como se diz na região: “Cada agente tem seu casco e seu remo. Às vezes a maré está agitada, ou passa uma lancha e balança o casco”.

Os principais problemas dos moradores, segundo Izete, são a desnutrição, devido à carência alimentar, e a diarreia, causada pela pouca água potável. Nas visitas, ela ensina a ferver a água, a colocar gotas de água sanitária (hipoclorito) antes de beber: “As casas não têm água encanada, nem esgoto. Os moradores bebem a água do rio”.

Outro problema do Combu é o alto índice de anemia entre as crianças, segundo levantamento feito pelo PSF em parceria com o hospital da Universidade Federal do Pará. Izete conhece bem esse problema: “A alimentação é pobre. Nós orientamos as mães a utilizarem as plantas da região, como a verônica e o cipó”.

Vigilância contínua à saúde

Cleison Moraes Pinto, 19 anos, é agente comunitário de saúde em Inhotim, distrito de Brumadinho, na região metropolitana de Belo Horizonte. São dois agentes na mesma equipe, ele e Ivone de Jesus. “Somos os caça-enfermos”, brinca Cleison.

Diariamente, os dois visitam em torno de 25 famílias cada um. São responsáveis pelo cadastramento e também pela convocação da população para as campanhas de vacinação, o que é feito nas visitas domiciliares e na colagem de cartazes nos pontos acessíveis, pela entrega de receitas e controle do peso das crianças de até 3 anos.

Os dois trabalham oito horas por dia e recebem R\$ 220,00 por mês, cada. Cleison acha compensador: “Mesmo sendo cansativo, é um trabalho gostoso. É bom ajudar as pessoas. E à noite dou uma esticada na quadra poliesportiva da Prefeitura para encontrar com a turma e jogar futebol”.

Está melhor que antes

Agente Comunitária de Saúde do PSF em Caruaru, Ivaneide da Silva Santos, 31 anos, faz o curso de Técnico em Enfermagem e começou a trabalhar ainda como agente do PACS: “Fazia todo o acompanhamento de crianças, de zero a dois anos, das gestantes, dos idosos... Quando identificava alguma doença, avisava a enfermeira, que ia lá reavaliar e providenciar o atendimento”.

Ivaneide diz que, antes, o mais difícil eram as reclamações de que havia muitas filas e a venda de fichas solicitadas para determinadas consultas e exames: “Muita gente iniciava o tratamento, mas não dava continuidade”.

Ivaneide trabalhava oito horas por dia como agente do PACS, ganhando um salário mínimo. Mora há onze anos no bairro de Jardim Panorama, periferia de Caruaru, e tem grande proximidade com a maioria das famílias: “Desde o PACS fazia reuniões, palestras, campanhas de vacinação utilizando uma área da casa do meu pai. Acho que isso influenciou para atrair as pessoas”.





Falta de segurança, de escola pública e de pavimentação são os principais problemas da comunidade, segundo a agente. Como virtudes, ela aponta a união entre os moradores, bastante atuantes com sua associação de bairro.

Para se tornar uma Agente de Saúde, Ivaneide se submeteu à seleção e passou por um treinamento de dois meses, incluindo a parte prática com acompanhamento dos instrutores nas comunidades. Em fevereiro de 2001, passou a integrar o PSF: “Antes de conhecer o programa, eu tinha noção de que ia ser bem rápido, como está sendo, para marcar as consultas e resolver os problemas”.

Ivaneide continua trabalhando oito horas por dia, mas diz que aumentaram muito a responsabilidade e o compromisso com a comunidade: “Mesmo assim, está melhor que antes, porque tenho mais o que oferecer para as famílias, principalmente para aquelas pessoas que cobram mais atenção, como idosos e gestantes”.

Hoje tenho mais segurança

Ana Lúcia da Silva, 31 anos, é Agente Comunitária de Saúde do PSF em Pedras de Fogo-PB. Começou a atuar ainda no PACS, em 1995: “Admirava o trabalho dos agentes e, quando surgiu oportunidade, fiz a seleção e passei”.

Ana Lúcia conta que morava na comunidade havia apenas quatro anos, mas já conhecia bem os seus problemas. Desemprego, gravidez na adolescência, baixo índice de amamentação, mortalidade infantil são algumas das dificuldades enfrentadas até hoje, apesar da melhora nesses indicadores de saúde. Como virtudes, ela aponta a participação das famílias nas ações de saúde e a confiança no trabalho dos agentes.

No treinamento como agente, aprendeu a acompanhar crianças, gestantes, incentivar o aleitamento materno, monitorar hipertensos, prestar primeiros socorros, entre outros

procedimentos. Integrante do PSF desde 1999, Ana Lúcia diz que sua atuação hoje é mais fácil, porque há mais integração entre médico, enfermeira, auxiliar, enfim, toda a equipe: “Nos tornamos mais próximos das famílias. É como se hoje eles se sentissem mais protegidos”.

Ana Lúcia confessa que tinha receios em relação ao programa, achava que representaria apenas mais trabalho para o agente: “Hoje vejo que o PSF é fundamental na vida da comunidade e na minha vida. Mesmo com todo empenho que precisamos ter, vale a pena”.

A principal mudança, para Ana Lúcia, foi a sensação de tranquilidade: “Existia em mim um certo medo, da morte de crianças por exemplo. Hoje, tenho mais segurança no resultado do nosso trabalho”. Ana Lúcia participa também de um grupo católico que alia ajuda material a orientações sobre saúde, educação e outras áreas, em comunidades carentes.

marido, integrante da associação dos amigos do bairro. Como preenchia os requisitos básicos — ser moradora do bairro, ter bom engajamento na sociedade, estar disposta a trabalhar oito horas por dia —, Sílvia se inscreveu, passou por uma entrevista e conseguiu ser contratada.

Depois de admitida, Sílvia recebeu um treinamento, orientada pelas enfermeiras e por toda a equipe do PSF. Ela acredita que o maior treinamento é o do dia-a-dia, quando observa os pacientes e ouve os comentários dos profissionais de saúde.

Caminhando pelas ruas de sua área de trabalho, ela vai apontando as casas e comentando sobre a situação de cada morador: “Um paciente, o seu Almino, quando eu não o visito, aparece na unidade e pergunta: ‘Cadê a Sílvia?’. Ele é hipertenso, tem problema de coração e às vezes esquece de pegar o remédio, atrasa. Daí eu vou atrás”.

Treinamento no dia-a-dia

Sílvia Schmidt Domingues, 42 anos, de Piraju-SP, começou a trabalhar aos 14 anos, como auxiliar de escritório. Mais tarde, foi auxiliar de monitora, numa creche, emprego de 8 horas por dia. Lembra que ganhava “razoavelmente bem”.

Casou-se e parou de trabalhar fora de casa até os 35 anos, quando passou a integrar o PSF, por sugestão do

Cada paciente é controlado por meio de uma carteirinha: “Tudo é registrado. Quem precisa pegar medicamento, quem é hipertenso, gestante, desnutrido, deficiente mental, alcoólatra...” Para Sílvia, o pior numa comunidade são os problemas sociais, porque produzem reflexos em cascata. Com o desemprego, por exemplo, “o chefe de família fica desiludido e começa a beber. Isso repercute em tudo: a mulher se torna hipertensa, a filha se descuida e engravida ... uma coisa vai levando a outra”.

Agentes em ação

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é considerada uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população. É estimulada até que seja possível a plena expansão do Programa Saúde da Família (PSF), ao qual os Agentes Comunitários são gradativamente incorporados.

O Agente Comunitário de Saúde é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. Ele é necessariamente um morador da localidade onde trabalha e, por isso, está totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade. Nas áreas onde o PSF ainda não foi implantado, os Agentes Comunitários estão vinculados às unidades básicas tradicionais e são capacitados e supervisionados por enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

O Brasil já tem mais de 140 mil Agentes Comunitários, que estão em ação em mais de 4 mil municípios de todas as regiões do país. Isso significa dizer que quase metade da população brasileira já recebe o acompanhamento dos Agentes.





Os pacientes se sentem respeitados nas localidades onde é implantado o PSF. Recebem assistência constante da equipe, gostam de ser tratados como pessoas

Atenção desde o início da vida

Um dos pontos mais fortes do Programa de Saúde da Família (PSF) é a busca ativa: a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde.

Os pacientes notam grande diferença em relação ao tipo de medicina que antes recebiam (quando recebiam). Apresentamos aqui cinco pacientes: a paulista Sônia Maria, de Piraju; a paraense Cleuza, da Ilha do Combu, perto de Belém; a catarinense Maria, de Florianópolis; a matogrossense Conceição, de Lucas do Rio Verde; e a mineira Hilda, de Brumadinho, na região de Belo Horizonte.



Senti confiança na hora

Sônia Maria Nascimento Santos, 34 anos, é mãe de Rafael, recém-nascido. Não trabalha fora de casa. O marido é torneiro mecânico. Mora em Piraju-SP há 10 anos. Gosta do bairro onde vive. Acha que falta campo de trabalho e moradias mais dignas: “Às vezes, duas famílias moram numa casa só”.

Sônia vem recebendo atenções do PSF desde que ficou grávida. Diz que a principal mudança na sua vida, depois do PSF, é o relacionamento com o médico: “Antigamente, o médico não dava atenção, fazia tudo rapidinho para ir embora. Agora eles até fazem consulta em casa, quando a gente não pode ir à unidade. A pessoa se sente mais valorizada”.

Sônia lembra do começo do PSF em Piraju, quando vieram os cubanos: “Senti confiança na hora”.

A gente trata a água que bebe

Na Ilha do Combu, perto de Belém-PA, os moradores eram doentes mas, como raramente iam ao médico, nem sabiam do que sofriam. “A gente quase não ia ao médico porque era difícil. Tinha que pegar o barco. Agora nós temos a Casa Família aqui, na ilha”, conta Cleuza Pereira Gonçalves, de 22 anos.

Na casa de madeira com apenas um cômodo de aproximadamente 3 por 4 metros, vivem Cleuza, o marido e um casal de filhos de 4 e 2 anos. A alimentação da família se resume, basicamente, à farinha de mandioca e ao açaí, que o marido colhe e vende em Belém.

As visitas dos agentes comunitários de saúde já começaram a mudar a rotina da casa. “A gente não deixa mais o lixo espalhado pelo quintal. E trata a água que bebe”, diz Cleuza.

A coisa mudou, graças a Deus

Maria Cardoso Vargas, 56 anos, é mãe de Evaldo, 27 anos, o único de seus seis filhos que continua morando com ela: dos outros cinco, um morreu e quatro são casados.

Evaldo fazia bicos como carregador de caminhões, em Florianópolis. Fazia ponto num trevo da BR-101. Ali foi atropelado, sofreu traumatismo crânio-encefálico, ficou internado durante um ano e três meses. Quando recebeu alta, não conseguia andar, falar, nem se alimentar direito.

Para cuidar de Evaldo, Maria teve que abandonar o emprego de servente em uma empresa que prestava serviço de manutenção na Escola Técnica Federal, onde ganhava R\$ 180,00 por mês: “Quando ele chegou do hospital, na primeira semana, foi um sufoco. Eu não tinha nenhum treinamento para dar banho ou fazer curativos”.

Então, Maria entrou em contato com a Equipe de Saúde da Família em seu bairro: “Depois que falei com o pessoal do posto, a coisa mudou muito, graças a Deus. O médico vem aqui uma vez por mês. A Amália vinha todo dia, no começo, agora vem três vezes por semana. Temos tratamento, curativos e remédios”.

Amália, que Maria cita nominalmente, é a auxiliar de enfermagem Amália Rosane Oliveira da Silveira, do PSF em Florianópolis. Maria tem consciência de que o PSF tem sido decisivo na melhora verificada em seu filho. Ele precisou sofrer uma traqueostomia (abertura de orifício na traquéia, na garganta), tinha dificuldade de se alimentar e, segundo o médico, só voltaria a falar quando o orifício fechasse.

A dedicação da equipe do PSF abreviou a recuperação de Evaldo, segundo Maria: “Ele começou a aceitar a alimen-

tação. Hoje ele chega a me chamar de chata, de vez em quando, mesmo com a garganta não totalmente cicatrizada”.

Maria também precisa de cuidados, pois é hipertensa. Mas antes de tudo coloca Evaldo, torcedor do Flamengo, cujo pôster de campeão orna a parede do humilde quarto onde se recupera.

Acabou a fila, acabou a espera

“Antes era um grande sacrifício conseguir atendimento médico. Você ia ao Posto de Saúde, enfrentava uma fila enorme para agendar a consulta. Na consulta, se o médico solicitasse um exame, era mais uma longa espera. Hoje é diferente. Sei que posso contar com o pessoal, na unidade e quando não posso ir lá, eles vêm aqui em casa medir minha pressão. Então, fica mais fácil eu controlar, além é claro das palestras, que nos ajudam a viver melhor”.

Testemunho de Conceição Gonçalves, 66 anos, moradora de Lucas do Rio Verde, no médio norte de

Mato Grosso, a 330 Km de Cuiabá, sobre as mudanças ocorridas desde a implantação do PSF no município, em outubro de 1998.

Preciso cuidar mais de mim

Hilda Marques Amorim, 48 anos, casada, dois filhos, mora em Inhotim, região rural de Brumadinho-MG. Ela conta que sempre evitou os médicos: “Na hora do parto, eu achava difícil ter o neném quando o médico entrava no quarto do hospital”. Hoje ela já participa das reuniões mensais na igreja do distrito, oferece cafezinho para a equipe do PSF e perdeu o medo do contato com o médico.

Hilda é diabética e hipertensa. Recebe orientação e remédios da equipe do PSF. Sua pressão está se normalizando. Sua filosofia de vida mudou: “Preciso cuidar mais de mim, porque a vida não é só cuidar de casa e marido. Com a equipe perto da minha casa, não preciso ir à cidade para cuidar da saúde”.



**Cabe aos prefeitos a decisão
política de adotar o PSF.
Depois, é preciso vontade
política e competência, para
implantar o programa**





A força de quem decide

As cidades implantam o Programa Saúde da Família por insistência da comunidade (que vê bons resultados em municípios vizinhos), por necessidade de achar uma solução para os graves problemas de saúde locais, por influência de algum médico da rede pública, por estímulo do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde. Qualquer que seja a razão determinante, no final de tudo o sucesso da implantação do PSF vai depender do prefeito. É ele quem toma a decisão.

Na fase seguinte, o prefeito precisa ser determinado, perseverante, competente. Ele tem que estar consciente de que os bons resultados virão, com certeza, mas vão exigir paciência, tempo. Mostramos aqui o pensamento e a ação de três prefeitos que implantaram o PSF em suas cidades: Luiz Paulo Vellozo Lucas, de Vitória-ES; André Puccinelli, de Campo Grande-MS; e Guilherme Menezes, de Vitória da Conquista-BA.

O novo conceito é desospitalizar

Com a palavra o prefeito de Vitória-ES, o economista e engenheiro Luiz Paulo Vellozo Lucas:

“O êxito do Programa Saúde da Família, em Vitória, pode ser medido pela perspectiva real de irmos a ter cobertura de 100% da cidade até o final de meu mandato. Começamos pelas áreas habitadas pela população de renda mais baixa. Essas áreas já estão cobertas. Agora estamos levando cobertura para as áreas habitadas pela população de classe média”.

“Para toda a população coberta, as Equipes de Saúde da Família levam a promoção da saúde, a prevenção das doenças e também a resolutividade, a capacidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde”.

“A partir do cadastramento criterioso e atualizado de toda a população assistida pelo PSF, dedicamos atenção especial às crianças, às mulheres, aos idosos, às pessoas que sofrem doenças crônicas. Mas é igualmente muito grande a preocupação com as pessoas que não estão doentes. Em Vitória, o PSF segue exatamente a orientação do Ministério da Saúde, de dar atenção integral. Por isso está sendo bem-sucedido”.

“O novo conceito, que colocamos em prática em Vitória, é o da desospitalização. Qual o significado prático desse termo? É a soma de promoção, prevenção e resolutividade, que resulta no tratamento efetivo das pessoas na própria Unidade de Saúde da Família, sem necessidade de atendimento no hospital”.

“O mais comum, nas grandes cidades brasileiras, são aquelas filas enormes nos hospitais da rede pública, por falta desse trabalho feito na ponta, que é de fato um trabalho de ponta, moderno. Dando assistência integral na Unidade de Saúde da Família, a grande maioria dos problemas de saúde se resolve lá mesmo. Nos casos especiais, o atendimento pode ser feito até na casa da pessoa”.

“Apesar dessa dificuldade, a implantação do PSF em Sobral tem dado ótimos resultados porque, desde o início, contamos com o entusiasmo, a disposição

e o compromisso dos Agentes Comunitários de Saúde. Temos deficiências, como já disse, mas podemos afirmar que graças a esse empenho foi possível estender, a todo o município, o sistema de atenção básica. É preciso destacar, aliás, a atuação de toda a equipe da Secretaria de Saúde.”

Eles recebem carinho, atenção

O médico André Puccinelli, prefeito de Campo Grande, desde o início apoiou a decisão de sua equipe de implantar o PSF no município: “Estou consciente do potencial de retorno que esse trabalho pode dar à saúde do município a curto, médio e, principalmente, a longo prazo”.

Antes do PSF, o atendimento da saúde em Campo Grande era desenvolvido nos moldes tradicionais, com alguns postos funcionando 24h. Segundo o prefeito, o PSF estabeleceu uma nova relação de atendimento: “Os principais resultados falam por si, pelos números de identificação de problemas e doenças que antes não eram detectadas em postos de saúde. Mas o principal resultado é a satisfação daqueles que recebem as equipes do PSF. Além de cuidados médicos e odontológicos, eles recebem informação, carinho e atenção”.

Outro resultado visível é a diminuição da procura pelos convênios particulares de saúde: “Com os investimentos da administração municipal na saúde, mais a política de qualidade total nos serviços oferecidos à comunidade, os pacientes desses convênios migraram para a assistência pública municipal”.

Desde 1998, Campo Grande é uma das cidades que apresentam melhores indicadores de desenvolvimento humano, em todo o Brasil. No ano 2000, o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou Campo Grande entre as capitais brasileiras com menor taxa de mortalidade infantil.

— O que falta fazer para aprimorar o PSF em Campo Grande?

— Precisamos agir para ampliar. Assim o programa poderá chegar a todos os cidadãos.

É necessário descentralizar

Com a palavra o médico Guilherme Menezes, prefeito de Vitória da Conquista-BA:

“Não dá para tratar saúde pública sem descentralizar, inclusive dentro do próprio município. Foi com esse pensamento que implantamos o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista, com resultados animadores. A mortalidade infantil está em 23 por mil e era de 44 por mil. Provavelmente a proporção era pior, pois não dá para confiar na informação anterior, já que não havia notificação sistemática, organizada”.

“Fundamentais para esse resultado foram ações como suplementação alimentar e atendimento às gestantes. A introdução dos exames de HIV permitiu tratamento já de nove mães soropositivas, cujos bebês nasceram sem o vírus”.

“Também os idosos merecem atenção especial, em

Vitória da Conquista. São mais de 300 deles em seis grupos de convivência. Viajam em grupo, divertem-se. Um dos resultados mais notáveis foi a diminuição dos remédios que os idosos tomavam para dormir. Hoje eles têm grupos de diabéticos, de hipertensos. Todo mês organizam festa para os aniversariantes. Qualquer município pode montar um programa como o Vivendo a Terceira Idade, de Vitória da Conquista”.

“Temos conseguido bons resultados. Fazemos a nossa parte com entusiasmo e recebemos muito apoio, a começar pelo Ministério da Saúde. A Fundação Abrinq destacou o trabalho que fazemos pelas crianças no município”.

“O cineasta Walter Salles, que rodou aqui grande parte do seu filme *Central do Brasil*, está sempre colaborando; no começo deste ano, contribuiu com R\$ 30 mil para montarmos uma sala de dança, completa, para as crianças. O trabalho que fazemos pela Saúde Bucal, dentro do Programa Saúde da Família, apareceu com destaque até em capa de revista. É bem assim o PSF: dá trabalho, mas compensa”.





No comando

Nas cidades onde funciona o Programa Saúde da Família (PSF), o comando geral das ações fica por conta do Secretário Municipal de Saúde. Mesmo quando o próprio prefeito é médico. Na maioria dos casos, foi o secretário quem teve a idéia e deu os primeiros passos para a implantação do programa. É no secretário que o prefeito se apóia para que o PSF passe a fazer parte do sistema municipal de saúde, dentro de uma nova lógica de integração ampla com a comunidade.

Aqui, mostramos dois secretários municipais de saúde: o pernambucano Oscar Capistrano, de Caruaru, e o baiano Jorge Solla, de Vitória da Conquista. Mostramos ainda uma ex-secretária, Ana Tereza, de São Gonçalo-RJ.

Responsável direto pela operação e manutenção do PSF, o Secretário Municipal de Saúde muitas vezes é também um dos maiores inspiradores da implantação do programa no município.

da operação





A própria unidade resolve os problemas

O secretário de saúde de Caruaru, Oscar Capistrano dos Santos, 42 anos, começou a trabalhar como médico no município pernambucano de Ribeirão, onde estagiou no hospital geral e depois especializou-se como cirurgião. Teve o primeiro contato com o PSF no município vizinho de Bezerros, onde implantou o programa como secretário de saúde: “Sempre acreditei que o PSF poderia revolucionar por dar importância à atenção básica, com promoção da saúde, disseminando conceitos de forma educativa e preventiva junto à comunidade”.

Os resultados do programa em Caruaru são visíveis e

vão ao encontro das necessidades da população, na avaliação do secretário. Ele cita o controle de doenças como tuberculose, hipertensão e diabetes, além da redução da mortalidade infantil e do acompanhamento às gestantes no pré-natal, entre outros indicadores: “O vínculo das equipes de saúde com as famílias faz com que conheçam melhor a realidade e trabalhem com mais dedicação”.

Uma das ações mais recentes e que está alcançando grande êxito é a utilização de motocicletas para coleta descentralizada de material para os exames de laboratório. São três motos, chamadas de módulos volantes de coleta, que atendem a todas as unidades do PSF com datas pré-agendadas. Transportam o material coletado e dias depois retornam à Unidade de Saúde da Família com os resultados dos exames.

Com essa solução, Caruaru ampliou a relação entre a USF e a rede local de saúde. Observação do secretário Oscar Capistrano: “O paciente não precisa sair de seu trabalho para ir à cidade fazer exame. A equipe de saúde passa a ter informações que permitem resolver os problemas na própria unidade. Só mesmo os casos excepcionais é que são encaminhados ao hospital”.

A máquina federal é mais avançada

A médica Ana Tereza da Silva Pereira Camargo, ex-secretária de Saúde do município de São Gonçalo, na Grande Rio, formou-se no Rio de Janeiro, com mestrado no Instituto de Medicina Social da UERJ. Fez carreira em importantes setores da Secretaria Estadual de Saúde, no Rio de Janeiro, e no Ministério da Saúde, em Brasília. Em dezembro de 2000 iniciou, em São Gonçalo, sua primeira experiência municipalista, encerrada com seu afastamento em setembro de 2001.

Ana Tereza comenta: “no Ministério, há um computador para cada dois funcionários, enquanto na esfera municipal é preciso mandar consertar máquina de datilografia. A máquina federal é muito mais avançada”.

Ainda assim, ficou fascinada com o que começou a fazer em São Gonçalo. Uma grande vantagem é que, como secretária da Saúde, também gerenciava o Fundo Municipal de Saúde (que controla as verbas e antes tinha gestor separado). A realidade do município, constatou Ana Tereza, é bem diferente da visão que se tem à distância: “Não dá para dizer que toda a culpa é do município. Há falta de quadros nos municípios, por exemplo. Não há corpo técnico. As contratações muitas vezes têm que ser improvisadas, à margem do que a legislação prevê”.

O sucesso vem da vontade política

O médico baiano Jorge Solla, de Salvador, 40 anos, é casado com a enfermeira Marília Fontoura, professora da Escola de Enfermagem da UFBA. Ele é secretário municipal

de Saúde em Vitória da Conquista. Ela é secretária municipal de Saúde de Alagoinhas.

Solla se formou em medicina em 1984, na UFBA. Fez residência em medicina social, nos dois anos seguintes. Tem mestrado em saúde comunitária, também na UFBA. Pertencente aos quadros do Instituto de Saúde Coletiva, da UFBA, desde 1987, foi assessor da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, em 1997-1998.

Cuidou de vigilância epidemiológica no Hospital São Jorge. Atuou também no Departamento de Assistência à Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde. Deu aula de saúde pública, epidemiologia, medicina e nutrição, coordenou residência de medicina social. Exerceu a direção executiva do Pólo Estadual de Capacitação em Saúde a Família.

Com toda essa experiência, Solla afirma: “O sucesso da Saúde da Família em Vitória da Conquista vem da vontade política do prefeito e sua equipe. São altos os níveis de competência e comprometimento. Também é alto o nível de investimento em saúde pública. O Centro de Processamento de Dados (CPD) municipal dá suporte total. O trabalho de saúde bucal é feito em sintonia com a administração. A Secretaria de Obras entrou firme na reforma do Hospital Esaú Matos. A manutenção da frota do PSF é garantida pela administração. A Secretaria de finanças também trabalha muito próxima, afinada”.

O elogio de Jorge Solla ao engajamento da Prefeitura é retribuído pelo prefeito, o também médico Guilherme Menezes, que aponta a Secretaria da Saúde e o PSF como fatores decisivos para a integração de toda a administração municipal. A integração, aliás, é um dos pontos que Jorge Solla destaca na Saúde da Família: “A atenção às gestantes garantiu o acesso aos exames que permitiram a constatação de nove casos de mulheres que tinham o vírus da AIDS, eram soropositivas, mas com os devidos cuidados os bebês nasceram sem o vírus. Tudo é assim, na Saúde da Família. Nenhum caso é cuidado de maneira isolada. Todos os integrantes das Equipes de Saúde da Família são conscientes da importância de dar assistência a todas as pessoas de cada casa, a todas as casas de cada rua, num processo que beneficia a comunidade toda e que articula outros setores da administração, para melhorar a saúde da população”.



Da boca, do corpo, da vida

As ações de saúde bucal tornam as ações de Saúde da Família mais completas, mais eficazes. É essencial, no entanto, que as Equipes de Saúde Bucal trabalhem em sintonia perfeita com o restante da unidade básica. Além da dedicação integral, com jornadas diárias de 8 horas, as ESB têm que entender o conceito de Saúde da Família, que não se limita a ver o indivíduo isoladamente. É preciso cuidar da boca, do corpo todo, da vida da pessoa em todos os seus aspectos, quando a odontologia se incorpora ao PSF.

Curitiba é uma das cidades onde a integração da saúde bucal à Saúde da Família tem apresentado melhores resultados. São de lá os três profissionais que ouvimos para falarem de suas experiências no PSF: Eneida, Ademar e Zilá.

Me tornei uma pessoa melhor

Com a palavra a cirurgiã-dentista Eneida Cristina Prochmann, 41 anos, formada há 16 anos:

“Tenho cinco anos de PSF. No início, dividia o tempo entre unidades básicas de saúde e consultório particular. Como fiz pós-graduação em Saúde Pública, já tinha uma vocação para trabalhar com as comunidades. Mas, atender as famílias com uma carga horária de apenas 4 horas era muito difícil. Agora, com 8 horas, as chances de sucesso aumentam. Antes não conseguíamos dar continuidade ao trabalho. Não tínhamos ferramentas de avaliação, nem uma área de abrangência. Com o PSF, me tornei uma pessoa melhor, mais humana. Minha auto-estima aumentou muito. Não tenho mais uma visão fragmentada do atendimento à saúde. Vejo com carinho a comunidade onde atuo. E em troca eles me reconhecem, nosso vínculo fica mais forte dia após dia. É muito gratificante ver que o nosso trabalho tem continuidade. Hoje posso pensar mais no adoecer e menos na doença”.

“Uma gripe pode ser mais ou menos complicada se você tiver um histórico do paciente. Não só clinicamente, como uma hipertensão, mas também se há um desempregado na família. A visão integrada entre saúde bucal e a parte médica e de enfermagem, por meio de ações multidisciplinares, é fundamental. Muitas vezes, pedimos mais atenção de uma criança à escovação dos dentes, quando na verdade ela não possui uma escova e muito menos água encanada em sua residência. Conhecendo a família, você conhece também as suas prioridades, e a saúde como um todo. Não apenas a saúde bucal. No atendimento a uma criança, não olhamos só a boca. Olhamos também a sua dieta, sondamos se há dinheiro para comida, piolho na cabeça, e qual a situação dos dentes do pai, da mãe, dos irmãos”.

Somos amigos da comunidade

Com a palavra o cirurgião-dentista Ademar César Volpi, 35 anos, formado há 14 anos:

“Antes do PSF trabalhei na Marinha, durante dois anos. Em Curitiba, atuei em consultório particular e na rede municipal de saúde, por dez anos, como chefe da unidade de saúde e coordenador de distrito. Estou no PSF há três anos. Antes, não havia uma atuação abrangente em termos de saúde. Não encarávamos o indivíduo dentro do ambiente de sua família, de sua situação social”.

“Com o PSF o trabalho é mais gratificante. Como profissional e como cidadão. Hoje tenho uma leitura diferente da população que atendo. Consigo perceber e mensurar a evolução do meu trabalho e como ele influencia na saúde da população. Antes a referência era o número de atendimentos. Agora tratamos da saúde da família e da comunidade. Com isso temos maior respeito das pessoas e mais auto-estima”.

“Agora conseguimos planejar melhor as ações, com foco nas famílias, e não só no indivíduo. Integrar a saúde bucal à parte médica e de enfermagem, com ações multidisciplinares, é a receita para o sucesso nas ações de saúde como um todo. Por exemplo, agora sabemos quando uma idosa é hipertensa ou com que médico tal gestante está fazendo o pré-natal. Isso aumenta as chances de conseguirmos resultados positivos”.

“A visão do nosso exercício profissional muda. Não pensamos mais somente em termos da boca. Estando presentes nas casas das pessoas, podemos atuar na área da educação em saúde e também orientar quanto a questões sociais outras, como registro civil, desemprego. Somos grandes amigos da comunidade onde atuamos”.

Minha visão de saúde mudou

Com a palavra a cirurgiã-dentista Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos, 39 anos, formada há 18 anos:

“Antes do PSF eu trabalhava na Prefeitura, como chefe de setor e como dentista em unidade básica. Atuei também em consultório particular. Eu sentia a necessidade de desenvolver ações mais abrangentes na comunidade. A unidade básica fica limitada a dar apoio clínico. Com o Programa Saúde da Família, os profissionais têm a oportunidade de realizar ações diferenciadas”.

“Minha visão de saúde mudou, pois o PSF me deu a oportunidade de fazer algo mais. Melhorei como profissional, adquiri experiência. Passei a ver mais o lado humano das pessoas. Elas têm muitas dificuldades e eu posso ajudá-las. Usando os princípios do PSF podemos com certeza melhorar a qualidade de vida das pessoas. Acho que o PSF está caminhando. Já aprendemos muito, mas temos muito para aprender. Os profissionais que exercem cargo de chefia precisam de preparação e formação, talvez um curso introdutório, para entenderem a filosofia do PSF”.

Nas equipes do Programa de Saúde da Família, o auxiliar de enfermagem prepara os usuários para consultas, exames, tratamentos, zela pela limpeza dos equipamentos, participa da busca ativa dos casos de tuberculose, hanseníase e outras doenças.

Auxiliar para salvar

Fazer o curativo, trocar o curativo, aplicar a injeção, dar o banho, tirar os pontos — a atividade do auxiliar de enfermagem é múltipla e fundamental nas equipes do Programa de saúde da Família. Em estreita ligação com o médico, a enfermeira e o Agente Comunitário de Saúde, os auxiliares de enfermagem também conhecem pelo nome as pessoas da comunidade que ajudam a atender.

Contamos aqui o trabalho de dois auxiliares de enfermagem: Amália Rosane, de Florianópolis e Veliton Geraldo, de Brumadinho, perto de Belo Horizonte.

A enfermagem está nas veias

Enquanto caminha pelas estreitas vielas do bairro Monte Cristo, um dos mais carentes da cidade, localizado na parte continental de Florianópolis, a técnica em enfermagem Amália Rosane Oliveira da Silveira, 35 anos, vai alternando cumprimentos aos moradores com

o relato de sua paixão pelo trabalho: “A enfermagem está nas veias. Quando criança, em minha cidade natal (Jaguarão-RS), meus pais já praticavam a enfermagem, aplicando injeções, fazendo curativos ou atendendo alguém picado por cobra. Só que sem a base teórica e científica que pude ter. Mas essa visão comunitária sempre me acompanhou”.

Amália ingressou no PSF em 1996. Gosta tanto da atividade externa que estabeleceu um esquema com as três colegas da área de enfermagem, que atuam nas duas equipes de PSF do bairro, cabendo a ela fazer os atendimentos domiciliares: “Prefiro estar na rua. Se tiver que ficar trancada no posto de saúde, enlouqueço”.

Enquanto as colegas se encarregam da triagem, da aplicação de vacinas e dos curativos, na unidade de saúde, Amélia circula entre as 3.500 famílias do bairro, num total de cerca de 16 mil pessoas. Ainda encontra vitalidade para a jornada dupla, uma vez que, à noite, trabalha na Maternidade Carmela Dutra, como funcionária da Secretaria Estadual de Saúde.

Ela se sensibiliza com as situações que encontra, como a de dona Maria Cardoso Vargas, 56 anos, e o filho Evaldo, de 27. Fazendo bicos como carregador de caminhões, Evaldo ficava num trevo da BR-101, onde acabou sendo atropelado. Sofreu traumatismo crânio-encefálico e, após um ano e três meses de internação hospitalar, recebeu alta, mas não podia andar, falar nem se alimentar direito. É Amália quem ajuda dona Maria a cuidar do filho, que aos poucos se recupera.

Descobri que esta é a minha profissão

Longas trancinhas soltas sobre a roupa branca, Veliton Geraldo Lopes, 30 anos, é auxiliar de enfermagem da equipe do PSF no bairro Progresso, região urbana de Brumadinho-MG. Contratado para uma jornada de 8 horas, ele conta que normalmente vai além, chegando a 10 ou mesmo 12 horas.

Antes, Veliton era cabeleireiro e trabalhava menos: “Hoje trabalho o dobro, mas em compensação ganho melhor e, principalmente, estou mais satisfeito. Descobri que esta é a minha profissão”.

Formado em auxiliar de enfermagem pelo curso oferecido pela Secretaria de Saúde em Brumadinho, Veliton é responsável pelos curativos nos pacientes, no posto de saúde. Também costuma atendê-los em casa. Num caso e noutro, é atencioso, dedicado: “Me sinto como se tivesse na minha casa. As pessoas me tratam como membro da família e isso é muito bom”.

Segundo Veliton, o contato com as famílias torna o profissional mais humano: “O mais importante do PSF é que a equipe acompanha integralmente o paciente e não só sua dor de cabeça. No modelo antigo de atendimento, as pessoas ficavam distantes”.





Ocupação plena e qualificada

Os enfermeiros acompanham e promovem a capacitação dos agentes e auxiliares, são co-responsáveis pela administração da unidade, e ainda acham tempo para atuar na assistência.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental nas ESF, pois cabe a eles o acompanhamento e supervisão do trabalho, a promoção das capacitações e educação continuada dos ACS e auxiliares de enfermagem, além de atuarem na assistência com ênfase na promoção da saúde.

O trabalho deles, no PSF, é mais variado, como se vê pelos casos que mostramos aqui: o da paraibana Vera Lúcia e os das capixabas Arlete Frank Dutra e Márcia Valéria.

Uma reviravolta no sistema de saúde

Formada pela Universidade Federal da Paraíba há nove anos, a enfermeira Vera Lúcia Diniz da Silva, 34 anos, conta que já sentia necessidade de um trabalho em equipe e voltado à prevenção. Com seus professores de faculdade, ela aprendeu que “o enfermeiro sozinho não promove saúde, é preciso o engajamento de toda a equipe”.

Quando começou a atuar no PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em Esperança-PB, Vera Lúcia enfrentou as dificuldades de implantar uma nova filosofia de trabalho e sentia falta de integração da equipe. Trabalhava dez horas por dia, atuando também no centro cirúrgico do Hospital de Esperança, para complementar a renda de três salários mínimos: “Na época, não tínhamos muitos dados para planejar as ações. Tivemos primeiro que diagnosticar a situação da saúde no município, para executar o PACS de forma eficiente”.

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde faziam com que muitos moradores da zona rural deixassem de procurar atendimento: “Quando íamos atender as mulheres no pré-natal, por exemplo, muitas vezes o médico não estava junto e elas não queriam se deslocar até a cidade”.

Vera Lúcia lembra também que não havia muito contato com as famílias. Ela defende que conhecer bem os integrantes e a situação da família é fundamental para identificar a origem dos problemas de saúde. Ao tomar conhecimento do PSF, teve a impressão de que “era o caminho certo para dar uma reviravolta no sistema de saúde”.

Após seleção realizada no município, Vera Lúcia entrou no programa e logo notou mudanças em sua vida: “Passei

a me sentir mais realizada profissionalmente, satisfeita com a resposta das pessoas e a confiança no nosso trabalho”.

Vera Lúcia diz que algumas famílias a procuram até para tratar de problemas particulares. A unidade do PSF a que está ligada fica no distrito de Massabielle, zona rural de Esperança, e tem 560 famílias cadastradas. Vera Lúcia trabalha oito horas por dia. Ela diz que hoje tem mais esperança nos rumos da medicina no país: “Está deixando de preocupar-se apenas com a doenças e o aspecto quantitativo do atendimento”.

O crescimento profissional vem logo

As enfermeiras Arlete Frank Dutra, 38 anos, e Márcia Valéria de Souza, 32 anos, ambas graduadas na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), atuam no PSF de Vitória-ES. Márcia é pós-graduada em administração de serviços de saúde. Arlete é igualmente especialista em saúde pública.

As duas se entusiasmam ao aconselhar os municípios a se integrarem ao PSF, que definem como um programa que, além de realizar o tratamento curativo, valoriza a prevenção de doenças. A enfermeira Arlete destaca que, normalmente, a maioria dos seus colegas tem atividades burocráticas. Ela própria gerenciava uma unidade de saúde, quando foi convidada a coordenar a implantação do PSF em Vitória.

No programa, segundo Arlete, o enfermeiro tem papel decisivo: “É a mola-mestra da equipe. Faz o trabalho administrativo e assistencial e é, ainda, o instrutor e supervisor do Agente Comunitário de Saúde. Também faz consultas de enfermagem, sistematizando a assistência baseada nos protocolos. Todo este trabalho valoriza o papel do profissional, que atua na assistência e cuidados ao paciente, e em educação para a saúde”.

Igualmente entusiasmada, Márcia ressalva que o PSF exige do profissional uma constante busca de conhecimentos: “No primeiro momento a gente fica chocada. Sente necessidade de estudar, e muito. O crescimento profissional vem logo e os resultados animam”.

As duas enfermeiras capixabas dizem, em síntese: “participar do PSF é um desafio para o profissional de enfermagem. Exige qualificação que deve ser buscada diariamente. Mas gratifica pelos resultados”.

Eles cuidam de cada um, Eles cuidam de todos

Os médicos do PSF conhecem
pessoalmente as famílias de
que tratam, sentem-se
responsáveis pela saúde da
comunidade onde atuam.



Na formação de uma Equipe de Saúde da Família, o profissional mais difícil para se contratar é o médico. Muitos são especialistas que não querem mudar para a prática da clínica geral. Outros preferem pular de emprego em emprego, de plantão em plantão, para no fim do mês somar um salário que lhes parece mais vantajoso. Há ainda os que não entendem a grande reviravolta para o bem que o PSF representa.

Apesar de toda a dificuldade, milhares de médicos já aderiram ao programa, no Brasil, e estão satisfeitos com a escolha. Conhecem as pessoas de quem tratam, sabem onde e como elas vivem, sentem-se responsáveis pela preservação da saúde da comunidade onde atuam. Contamos, aqui, o trabalho desenvolvido por quatro médicos: o Dr. Alcides, da periferia de São Paulo; o Dr. Colemar, de Lucas do Rio Verde, interior do Mato Grosso; e o Dr. Moacir, de Brumadinho, perto de Belo Horizonte.

Aqui você se sente mais útil

Com a palavra do médico de família Alcides de Oliveira Jr, 48 anos, formado há 25 anos, com especialização em Anatomia Patológica:

“Todo mundo acha que eu trabalho demais, mas tenho prazer, gosto do que faço. As últimas férias de 30 dias que tirei foi há mais de vinte anos. Agora, tenho férias programadas para o período de 18 de fevereiro a 18 de março de 2002. Vou para Santa Catarina, procurar emprego lá, mas dentro do PSF. Sou suspeito para falar do PSF, pois sou o fã nº 1. É muito motivador”.

“Aqui, enfrentamos as dificuldades normais de uma unidade instalada na periferia. Às vezes, no começo do dia, recebemos um aviso assim: ‘não dá para entrar na área hoje, que a barra tá pesada’”.

“Às vezes é a Polícia que está nas imediações, capturando alguém. São enfim as leis informais que regem a periferia, assim como as que regem o presídio do Carandiru, por exemplo. Não queira invadir o ponto do outro, que você morre. Sabendo respeitar essas leis, dá para conviver. Só quem não conhece a periferia é que tem medo dela. Isso aqui está recheado de gente maravilhosa”.

“Estudei fitoterapia e medicina natural, comecei meu trabalho como médico nessa área mais alternativa. Antes do PSF, eu fazia um trabalho como clínico geral, já gostava de saúde pública. Eu tinha uma noção geral da medicina, porque na Anatomia Patológica você é obrigado a estudar todos os órgãos, todos os sistemas, todas as doenças. Não tenho formação como sanitarista, mas acho que meu negócio é ir para a prática”.

“Sempre tive uma impressão boa do PSF. Li o livro *A Ilha*, do jornalista Fernando Morais, que fala da saúde em Cuba. Quando eu soube que, no Brasil, havia alguma coisa semelhante à medicina de Cuba, me interessei. Fiquei sabendo que abriria um Qualis na Zona Sul de São Paulo, apresentei meu currículo, passei por uma entrevista. Me chamaram, e estou aqui”.

“Foi uma grande transformação em minha vida, a começar pela vinda para a periferia. É só vir para cá que você não precisa mais fazer terapia. Você vê outro sentido na vida. Fora daqui, a maioria das pessoas tem problemas existenciais. Aqui, os problemas são reais.

Tem rato passeando no seu barraco, leptospirose, hepatite, desnutrição, anemia”.

“Aqui você se sente mais útil. Muito mais poderia ser feito. Nossa farmácia, por exemplo, é um pouco fraca. Poderia haver uma quantidade maior de medicação”.

“Hoje sou casado com uma auxiliar de enfermagem. Ela é da área 3, eu sou da 2. Os nossos bairros são vizinhos. Chego em casa e a gente continua conversando sobre o trabalho. Minha vida inteira se resume a isso aqui”.

A qualidade de vida compensa

Não foi apenas a população que se beneficiou com a implantação do PSF em Lucas do Rio Verde. Também os profissionais da saúde passaram a ter melhores condições de trabalho. Segundo o médico-ortopedista Colemar Pereira Vasconcelos, 57 anos, a maior conquista do programa foi evitar a superlotação dos Postos de Saúde, resultando em atendimento com qualidade superior.

Médico há 30 anos, formado na Universidade Federal de Goiás, com especialização em ortopedia e traumatologia e título concedido pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Vasconcelos há dois anos trabalha no PSF. Chegou, portanto, com a experiência de quem viveu 28 anos no modelo de assistência médica tradicional, mais voltada para curar a doença que para evitar que a pessoa adoeca.

Vasconcelos começou a trabalhar em Goiânia, como especialista em ortopedia e traumatologia: “Atuei em minha especialidade, prestei os meus serviços a hospitais particulares e também na saúde pública. Sempre trabalhei de dez a doze horas por dia, além dos plantões que são uma constante na nossa profissão”.

Hoje, como médico do PSF, Vasconcelos trabalha menos: as 40 horas semanais do programa, sem plantão em hospital. Ganha menos?

— Sim. Mas a qualidade de vida que tenho hoje recompensa.

Nos muitos anos em que viveu e trabalhou como especialista, Vasconcelos não tinha conhecimento do PSF: “Meu primeiro contato aconteceu basicamente há dois anos, quando cheguei aqui em Lucas do Rio Verde, contratado para fazer parte de uma equipe de Unidade de Saúde Família”.

Vasconcelos conta que a principal mudança que sentiu foi no estado emocional: “Quem atende casos de emergência vive um desgaste emocional e físico muito grande. Você nunca sabe o que vai atender na hora seguinte, no dia seguinte. No PSF, trabalha-se na assistência com enfoque especial na prevenção, por isso há menos casos de urgência. E você não tem que atender a uma multidão de pessoas diariamente”.

Frente a frente com as doenças

Doença, na roça, quer dizer silêncio, reserva, ninguém fala nela.

Isso é coisa do passado na igreja Santo Antônio, em Inhotim, distrito de Brumadinho-MG, onde todos os meses há uma reunião de todas as pessoas que têm algum tipo de doença e falam disso em voz alta, contam casos, riem, conscientes de que doença é para ser enfrentada, evitada — e não para ser escondida.

A igreja é pequena, limpa, com flores nas jarras e cores nas paredes. As pessoas são idosas, na maioria, vestidas com roupa de domingo e acompanhadas das crianças. O motivo que as leva ali — a doença de cada um — é falado em voz alta e não sussurrado. Como se o problema de um fosse de todos.

“E é”, ressalta o médico Moacir Cerqueira Júnior, ao comentar a importância do Programa Saúde da Família para a comunidade. “Antes, a doença era uma coisa ruim, escondida. Nem a família comentava. Agora, eles discutem entre si o que fazer, e até a família participa mais”.

Na região, a hipertensão predomina entre os adultos. Entre as crianças é a bronquite, provocada pela estrada de terra.

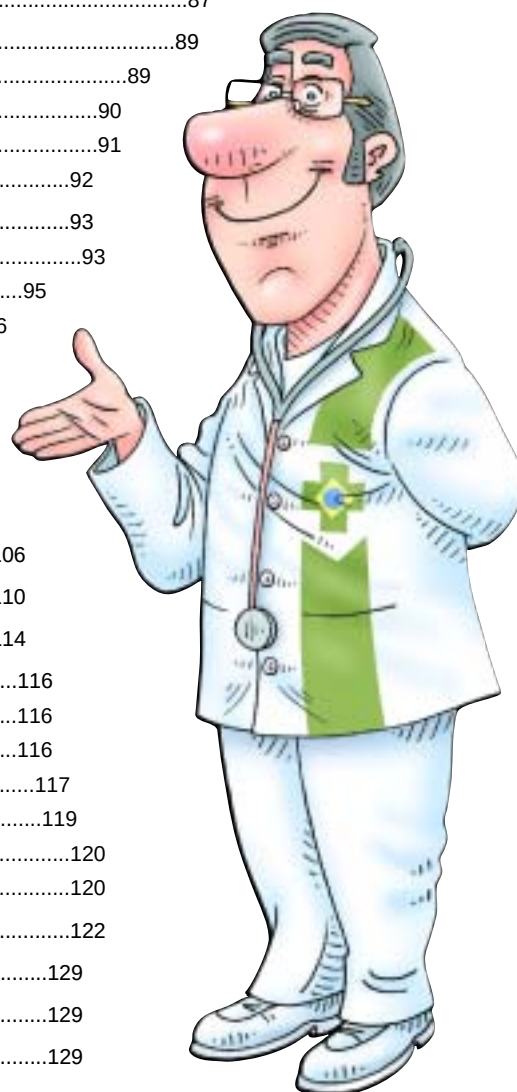
Moacir Cerqueira tem 37 anos, formou-se na UFMG e fez especialização em Saúde da Família. Trabalhou na área rural na primeira fase de implementação do PSF em Brumadinho, em 1994: “Acho importantíssimo este programa. A família fica mais mobilizada; o paciente, mais autônomo e participante”. Segundo ele, após a reunião mensal, se preciso, ele agenda as pessoas para as consultas médicas e orienta os ACS para visitarem os pacientes que não puderam participar do encontro.

Por que a reunião na igreja?

“Pelo espaço disponível e pela religiosidade das pessoas. Aqui elas se sentem melhor”.



Promoção da saúde e vigilância à saúde	73
Trabalho interdisciplinar em equipe	74
Abordagem integral da família	74
Atribuições de cada membro das ESF e das ESB	75
Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes	75
Atribuições específicas do médico	75
Atribuições específicas do enfermeiro	76
Atribuições específicas do auxiliar de enfermagem	76
Atribuições específicas do cirurgião dentista	76
Atribuições específicas do técnico em saúde bucal	77
Atribuições específicas do atendente de consultório dentário	78
Atribuições específicas do agente comunitário de saúde	78
Seleção e capacitação	79
Como selecionar profissionais para cada ESF e ESB?	79
Como age a comissão responsável pela seleção?	79
Como selecionar o ACS?	81
Como contratar os profissionais da ESF?	81
Como se inicia a capacitação das ESF?	81
Qual a metodologia recomendada?	84
Como realizar a educação permanente?	84
Implantação do PSF passo a passo	87
Como elaborar a proposta de implantação	87
Como iniciar o diagnóstico	89
Como fazer a coleta de dados?	89
Estratégias de cadastramento	90
Que dados completam o cadastramento das famílias?	91
Como se faz a análise de dados?	92
Acompanhamento e avaliação das atividades	93
O SIAB e o Cartão Nacional de Saúde	93
Pacto dos indicadores da Atenção Básica	95
Monitoramento da implantação das equipes	96
Responsabilidade de cada nível de governo no PSF	97
Compete ao Ministério da Saúde	97
Compete às Secretarias Estaduais de Saúde	97
Compete às Secretarias Estaduais da Saúde	99
Financiamento e qualificação	101
Incentivo financeiro ao PSF	106
Incentivo financeiro às ações de saúde bucal	110
Sugestão de estrutura física e equipamentos da USF	114
Mais apoio à Atenção Básica ao PSF e aos Municípios	116
Farmácia Popular	116
Uniformes para todas as ESF, ESB e ACS	116
Bolsa – Alimentação	117
Saúde da Mulher – Humanização do pré-natal e nascimento	119
Saúde da Criança	120
Projeto Alvorada	120
Publicações do Ministério da Saúde relacionadas com o PSF e PACS	122
Disque Saúde	129
Central de Atendimento ao PSF	129
Banco de Trabalho do PSF	129





Onde entra a saúde,

a

O único remédio infalível, contra todas as doenças, é não ficar doente. Um caminho seguro para buscar esse objetivo é garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços de atenção básica, como se dá no Programa Saúde da Família (PSF): pela promoção da saúde, assistência básica e prevenção, cada pessoa da comunidade é assistida antes que os problemas se agravem, no surgimento, ou antes mesmo que apareçam.



doença vai embora

A sabedoria popular, que a estratégia da Saúde da Família respeita e considera, afirma: “o que não arde, não cura; o que não aperta, não segura”. Nesse sentido, o PSF é um programa ardido. Dá trabalho para implantar, mas de fato contribui para reorganizar os serviços de saúde de qualquer município, dos menores aos maiores.

O PSF existe em mais de 3.200 municípios brasileiros. Naqueles em que está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrado ao sistema municipal de saúde, o PSF tem condições de dar solução efetiva a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida. A assistência na gravidez, a atenção ao crescimento das crianças, o tratamento e prevenção das doenças mais frequentes — todos esses cuidados são garantidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Essas equipes, formadas por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), onde contam com os equipamentos e

instalações indispensáveis para garantir bom atendimento à comunidade. Sempre que possível, as USF utilizam o mesmo endereço onde antes funcionavam os centros ou postos de saúde.

Mas atenção! A diferença vai muito além da mudança de nome. Enquanto os postos e centros de saúde tradicionais adotam um modelo passivo de atenção, limitados a encaminhar doentes para centros especializados ou para o hospital mais próximo, as Equipes de Saúde da Família (ESF), em atividade na USF, identificam os problemas e necessidades das famílias e da comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento.

Mais ainda, as ESF dispõem de meios e profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde ali mesmo, na USF. Quando necessário, as ESF realizam atendimento no próprio domicílio. Só os casos excepcionais, que representam menos de 15% do total atendido pelas USF bem instaladas, são encaminhados para unidades onde haja profissionais especializados e equipamentos mais sofisticados.



Essa nova maneira de organizar o sistema local de saúde explica por que, nos municípios onde o PSF está bem implantado, com equipes capacitadas e dispondo de estrutura física e equipamentos adequados,

- diminui o número de mortes de crianças por causas evitáveis;
- aumenta a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem-informadas ao parto;
- melhora a qualidade de vida dos idosos;
- melhoram os índices de vacinação;
- os hipertensos e diabéticos são diagnosticados, tratados e acompanhados;
- os casos de tuberculose e hanseníase são localizados e tratados;
- diminuem as filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde.

Na realidade, é interminável a relação dos defeitos dos serviços de saúde para os quais o PSF pode dar conserto seguro. Se é assim — e é assim! —, por que dizer que o PSF é um programa ardido?

Porque implantar o Programa Saúde da Família exige paciência, determinação, teimosia, coragem, dinheiro, tempo, caráter, vontade política e espírito público nos graus mais elevados.

Implantar o PSF significa reorganizar o sistema de saúde em vigor no município — e isso significa substituir as antigas diretrizes, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença, e introduzir novos princípios, com foco na promoção da saúde, na participação da comunidade.

A própria população precisa ser convencida de que desta vez a mudança é a sério — e isso significa uma luta tremenda contra a desconfiança crônica existente entre pessoas que há décadas e décadas vêm sendo mal atendidas e, com grande frequência, iludidas.

Este Guia Prático está dizendo, com todas as letras, que a resistência ao PSF é forte. Mais forte ainda, entretanto, é o apoio que o Ministério da Saúde dá aos municípios que entendem e adotam a Saúde da Família. Em 1994, quando o Programa Saúde da Família foi lançado no Brasil, os primeiros 55 municípios colocaram em ação 328 Equipes de Saúde da Família. Hoje, segundo semestre de 2001, são mais de 12 mil ESF atuando em mais de 4.500 municípios.

Esse crescimento extraordinário é a melhor prova de que, apesar de todos os sacrifícios e dores de cabeça, compensa implantar o PSF. Dá prestígio para os prefeitos que querem ter prestígio. Dá emprego para municípios atormentados pelo desemprego. Dá orgulho para profissionais da área de saúde que trabalhavam sem motivação. Dá, sobretudo, saúde para as crianças, as mulheres, os adultos, os idosos, para as famílias, para a comunidade.



Neste Guia Prático, estamos explicando:

- como o PSF bem implantado está dando resultados em vários municípios;
- que diretrizes e princípios orientam o PSF;
- as diretrizes e princípios para inclusão da saúde bucal no PSF;
- o que os municípios precisam fazer para implantar, expandir e manter o PSF;
- que providências é preciso tomar para receber os incentivos que o Ministério da Saúde fornece para a implantação, expansão e manutenção do PSF;
- como selecionar e capacitar os profissionais para as Equipes de Saúde da Família.

Para 2002, o Ministério da Saúde fixou como meta chegar a 20 mil Equipes de Saúde da Família em ação no Brasil. Será mais um avanço para a consolidação, em definitivo, do PSF.



E a saúde, como vai?

Tá melhorando, tá ficando boa...

Nas cidades onde está implantado o PSF,
as crianças adoecem menos, as gestantes
têm seu pré-natal garantido, os casos de
hipertensão e diabetes são controlados,
os idosos recebem mais atenção.
Dá trabalho, mas ali os serviços públicos
de saúde estão de fato melhorando.



O Programa Saúde da Família impressiona pelos resultados que registra em cidades de todos os portes, de todos os cantos do Brasil. São casos concretos, uma comprovação de que há um avanço verdadeiro na atenção à saúde pública no país. Alguns exemplos:

Em Belém, capital do Pará, o índice de mortalidade infantil por doenças diarreicas caiu para zero nas áreas cobertas pelo PSF. Os dados são de agosto de 2001.

Em Pedras de Fogo, interior da Paraíba, é de 100% o índice de acompanhamento dos casos de hipertensão e diabetes. Na quase totalidade das cidades onde está implantado o PSF, a distribuição gratuita de remédios e a atenção aos hipertensos e diabéticos beneficia mais de 90% das pessoas afetadas.

Em Caruaru, interior de Pernambuco, 93,11% das 3.412 crianças menores de um ano estão vacinadas contra as principais doenças da infância. Na faixa até dois anos, contaram-se 3.702 crianças, 93,65% delas com as vacinas em dia. Os dados são de julho de 2001.

Em Lucas do Rio Verde, interior de Mato Grosso, 96% dos problemas são resolvidos pela Unidade de Saúde da Família, restando 3,7% para serem encaminhados a especialistas e 0,3% para o hospital. Esse resultado foi obtido em menos de três anos: o PSF foi implantado em Lucas em outubro de 1998, e as filas desapareceram desde o começo de 2001.

Em Florianópolis, capital de Santa Catarina, o índice de mortalidade infantil era de 21,6 para cada mil nascidos vivos, em 1996. Atualmente, é de 9 para cada mil nascidos vivos. Florianópolis foi a primeira capital a atingir 100% de cobertura com os Agentes Comunitários de Saúde.



Em Esperança, interior da Paraíba, nasceram 605 crianças no ano 2000 e apenas 8 morreram antes de completar um ano — o que dá um dos mais baixos índices brasileiros de mortalidade infantil, com 13,2 mortes para 1.000 nascidos vivos. Outro dado impressionante de Esperança, em 2000: 93% das gestantes fizeram o pré-natal e não se registrou nenhum caso de morte no parto.

Em Vitória, capital do Espírito Santo, o PSF já atende 45% da população. Onde o programa está implantado, 100% das gestantes recebem orientação para o parto, tomam todas as vacinas, fazem exames de DST/Aids, aprendem a importância do aleitamento materno. Nessas áreas, todas as crianças estão vacinadas e todos os casos de crianças com diarreias são identificados e tratados.

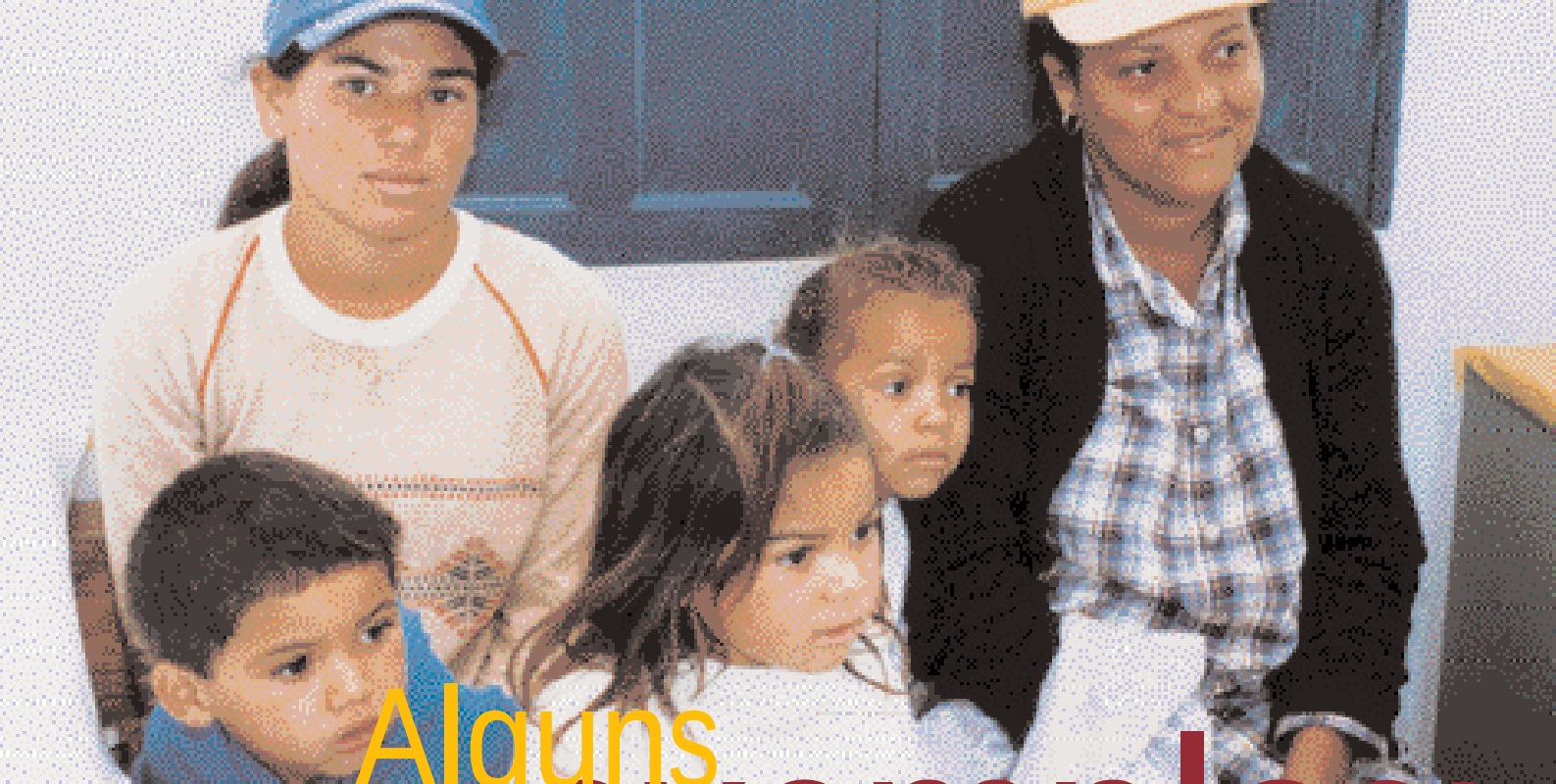
Em Vitória da Conquista, interior da Bahia, todas as gestantes das áreas cobertas pelo PSF fazem o pré-natal, recebem todas as vacinas, fazem exames de DST/Aids. Desde que o programa foi implantado, em 1998, já se detectaram nove casos de mães que tinham o vírus da Aids. Eram soropositivas, como se diz. Mas seus bebês nasceram sem o vírus, porque a Saúde da Família garantiu o atendimento necessário.



Se o PSF produz resultados tão bons,
por que ainda existem prefeitos e municípios
que não implantaram o programa?
Por que o programa não cobre 100% da
população de todos os municípios onde
está implantado?

Porque não é fácil implantar o PSF. Dá trabalho. Exige liderança, perseverança, capacidade de articulação. Não é só estalar os dedos e colher os aplausos. Quem testemunha essa dificuldade são profissionais e autoridades das próprias cidades onde o PSF funciona bem, onde a população atendida está satisfeita.





Alguns exemplos:

“A Saúde da Família é o caminho mais difícil. Requer decisão política. A Saúde da Família dá muito trabalho: contratar, gerenciar, enfrentar as empresas privadas de saúde. E é importante não ficar contra a iniciativa privada e deixar claro, para a iniciativa privada, que o PSF é a favor da saúde pública. Aos poucos a população percebe a diferença, nota que o PSF resolve mesmo os problemas de saúde, e de maneira mais humana”.

Médico Guilherme Menezes,
prefeito de Vitória da Conquista

“Com o PSF cresce a demanda e as necessidades de saúde aumentam. É preciso organizar a parte seguinte, para que o paciente captado pelo programa tenha boas condições de atendimento, garantindo ações de saúde de maneira integral”.

Médico Oscar Capistrano dos Santos,
secretário de Saúde de Caruaru

“Para que o PSF continue avançando, é preciso investir mais em saneamento e na geração de emprego, porque saúde não caminha sozinha”.

Cidadã Ana Lúcia da Silva, 31 anos,
agente comunitária de saúde
do PSF em Pedras de Fogo

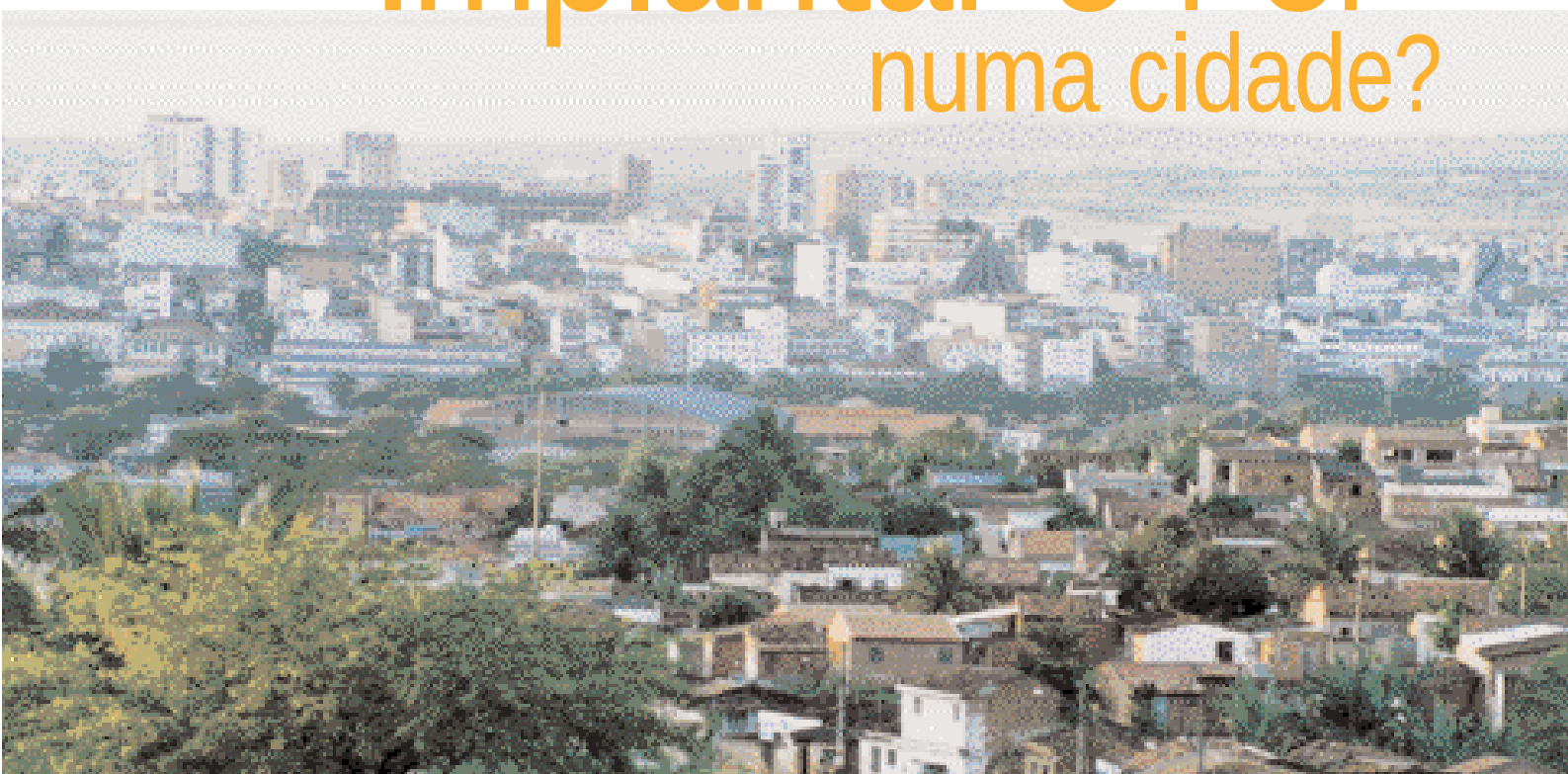
“A maior dificuldade do PSF está na contratação do profissional de saúde. O perfil é diferente. Ele precisa saber trabalhar em equipe. Outro desafio é a criação de estratégia para a manutenção do profissional na equipe”.

Rita de Cássia Costa da Silva,
coordenadora do PSF em Brumadinho,
na região metropolitana de Belo Horizonte

“O PSF torna-se barato no futuro, mas inicialmente custa caro. O pré-natal que não era feito, por exemplo, levava ao parto com risco, mas não representava desembolso. A adoção do pré-natal resulta em melhores índices de saúde e economia, a médio prazo, mas no início representa um desembolso que não existia”.

Médica Ana Tereza da Silva Pereira Camargo,
que até setembro de 2001 foi secretária
de Saúde de São Gonçalo-RJ

Analisados os prós e contras, compensa implantar o PSF numa cidade?



Compensa, sem dúvida.

Os testemunhos que acabamos de apresentar são uma prova disso, pois vêm de pessoas que acreditam no PSF, contornaram obstáculos de todo tipo para implantar o PSF e, de um modo geral, estão vendo que o programa funciona, resolve de fato os problemas mais relevantes dos serviços públicos de saúde. Vamos, agora, focalizar mais detalhadamente esses municípios em que o PSF foi ou está sendo implantado.



Lucas do Rio Verde

O programa resistiu ao
inchaço da população

Fica no médio norte de Mato Grosso, a 330 Km de Cuiabá. Tem 20 mil habitantes. Implantou o PSF em outubro de 1998. Hoje, 96% dos problemas do município são resolvidos pela USF. Garante 100% de cobertura vacinal em todas vacinas, exceto BCG (93%). Entre as mães cadastradas, 100% fazem pré-natal.

A população cresceu demais, e muito rapidamente, em Lucas do Rio Verde. A toda semana chegava mais e mais gente, vinda principalmente do Sul do Brasil. A migração que inquietou Lucas do Rio Verde tem números conhecidos: em 1998, a população do município era de 13.500 habitantes, e no censo de 2000 a contagem do IBGE chegou a 19.932 moradores. O crescimento populacional foi superior a 47%, o que representou ameaça concreta à qualidade dos serviços prestados pelo município, inclusive na área de saúde pública.

Por sorte, o PSF foi implantado em Lucas do Rio Verde no mesmo 1998 em que a migração se intensificava. A primeira unidade de saúde atendeu a 900 famílias de três bairros, na periferia, onde eram mais preocupantes os indicadores sociais: população de baixa renda e deficitária infra-estrutura de saneamento.

No ano seguinte, a Prefeitura fez um levantamento sobre o número de pessoas do local, as condições de vida e os problemas de saúde mais frequentes. Verificou que 48% das famílias tinham renda de um a três salários mínimos; condições insalubres de moradia; baixa cobertura vacinal; hipertensos e diabéticos sem acompanhamento médico; alto índice de crianças menores de seis meses em aleitamento artificial (apenas 32% alimentando-se exclusivamente do peito da mãe); além de uma grande incidência de crianças, menores de dois anos, com doenças diarreicas (163 casos, em 1999).

Em 2000, duas outras unidades foram implantadas em Lucas do Rio Verde, elevando a cobertura para 58% da população. Em 2001 foram criadas mais duas unidades, o que possibilitou o atendimento de todos os moradores da zona urbana de Lucas do Rio Verde.

Atualmente (inclusive naqueles três bairros de situação mais precária em 1999), estão vacinados todos os moradores que precisam de vacina. Ou seja: é de 100%, em Lucas do Rio Verde, a cobertura vacinal referente às doenças que mais afetam a população do município. Só há uma exceção, entre essas vacinas primordiais: a BCG, que atinge 93% da população necessitada dessa vacina.

Hoje, 100% das gestantes cadastradas fazem pré-natal, em Lucas do Rio Verde, o que diminui as complicações pós-parto. Também os pacientes com diabetes e hipertensão são atendidos e acompanhados em 100% dos casos, com garantia de medicamentos e exames laboratoriais.

Belém

Capital do Pará, 1,5 milhão de habitantes, ruas centrais arborizadas com mangueiras. PSF está implantado há dois anos e atende a mais de 100 mil famílias em 40% da área do município. Tem 77 Equipes de Saúde da Família e 42 “casas família”, como são chamadas em Belém as unidades de saúde pertencentes ao programa.



O Programa Saúde da Família está implantado em Belém desde 1999 e atende a mais de 100 mil famílias, distribuídas pelos oito distritos administrativos que formam a cidade. O PSF cobre 40% da área do município, incluindo boa parte da região formada por ilhas.

Iniciado com apenas cinco equipes, o PSF de Belém passou por um grande processo de expansão de setembro de 1999 até agosto de 2000. Hoje, conta com 77 equipes e 42 “casas família”, como são chamadas em Belém as unidades de saúde pertencentes ao programa. Nessas unidades atuam as Equipes de Saúde da Família. Cada equipe é formada por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

As visitas domiciliares do PSF ocorrem com uma frequência mínima de uma vez ao mês. Essa frequência pode ser maior se na família houver uma pessoa que requeira atenção

Agentes a bordo dos barcos “popopô”

especial, como os portadores de diabetes, hipertensão arterial ou outro tipo de doença crônica. O trabalho das equipes não consiste apenas em examinar e medicar o paciente, mas também em orientá-lo sobre como transformar sua moradia em um lugar mais saudável. Em uma cidade como Belém, onde a maior parte das áreas de periferia não possui rede de esgoto, nem água encanada, essa é uma tarefa fundamental.

Entre outros cuidados, os agentes comunitários de saúde ensinam o morador a acondicionar melhor o lixo doméstico e a tratar a água que bebe. Desde que esse trabalho começou a ser feito, diminuíram em 30% as internações por diarreia e desidratação.

Outra consequência do trabalho das equipes é o aumento do índice de aleitamento exclusivo, ou seja, do número de crianças que até os seis meses de idade alimentam-se apenas com o leite materno. Na média geral da cidade, Belém tem 48% de suas crianças nessa situação. Esse índice é ainda maior nas áreas atendidas pelo PSF, chegando a 72% das crianças de até seis meses.

Uma das áreas atendidas é a Ilha do Combu, onde pouco mais de 300 famílias vivem da pesca e da venda do açaí. Usando-se os pequenos barcos da região, os chamados “popopô”, leva-se cerca de 20 minutos da orla de Belém até o Combu. Antes do PSF, os moradores da ilha tinham que ir atrás de assistência no município de Acará. Hoje, além de receber as visitas em suas casas, eles contam com o atendimento de uma Casa Família implantada na ilha.

Um problema: as adolescentes grávidas



Esperança

Fica na região conhecida como brejo, no Planalto da Borborema, a 147 Km da capital, João Pessoa, e a 23 Km de Campina Grande (a segunda maior cidade no estado). Tem 28 mil habitantes. Começou o PSF pela zona rural. Mais de 95% das crianças estão com vacinação em dia. No aleitamento materno, o índice ultrapassa os 60%. Em 2000, não houve mortalidade materna e quase 80% dos partos foram naturais.

Os índices de vacinação no município são surpreendentes, atingindo mais de 95% das crianças. No aleitamento materno exclusivo, o índice ultrapassa os 60%. Entre as doenças mais graves registradas no município estão as DSTs, com notificação de sete casos de Aids.

A incidência de câncer, de vários tipos, também é elevada. Chega-se a cogitar que o problema tenha origem no nível de radiatividade da formação rochosa predominante na região. A população se abastece, em grande parte, dos tanques escavados na rocha.

Esperança foi o segundo município paraibano a implantar o PSF, em 1998, antecedido apenas pelo projeto-piloto de Campina Grande, em 1994. O programa começou pela zona rural, onde havia maior carência de serviços de saúde. “O perfil epidemiológico indicava maior índice de agravos (casos de doença) entre aquela população”, diz a secretária de Saúde Lúcia de Fátima Gonçalves Derks. A maior dificuldade foi levar as pessoas a aceitarem a idéia de fazer consultas e exames na própria Unidade de Saúde da Família:

“Não tinham a cultura de procurar os postos de saúde, iam direto para os hospitais, que eram a porta de entrada do sistema”. Outro problema: para tudo, todos achavam que a única solução era procurar os especialistas em Campina Grande, a metrópole regional mais próxima.

Hoje a população de Esperança, inclusive a da zona rural, já confia no PSF. A cidade está com quatro unidades em atuação e outras duas em implantação. Entre os bons resultados, há os índices de gestantes no pré-natal (93%), com quase 80% de partos naturais.

A saúde local ainda demanda cuidados em relação à prevenção da gravidez na adolescência: 30% das gestantes são jovens entre 10 e 19 anos, especialmente na zona rural. “As mulheres costumam procurar os serviços de saúde, mas voltadas à prevenção ao câncer. É preciso um trabalho anterior, para evitar a gravidez precoce. Devemos implantar um programa de saúde da mulher, para tratar melhor essa questão”, diz a secretária de Saúde.

Capital brasileira com melhor qualidade de vida segundo a ONU, em 1998 (nova avaliação será feita em 2002). Tem mais de 340 mil habitantes. Começou o PSF em 1995, com apenas seis equipes. Hoje tem 35 equipes, que atendem a 50% do município. Até o final de 2001, serão 44 equipes e 70% de cobertura. Foi a primeira capital a garantir cobertura de 100% da população, com seus 600 Agentes Comunitários de Saúde.

A implantação dos programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi fundamental para que, tal qual seu filho mais ilustre — o tenista Guga Kuerten —, a capital catarinense também seja número um. O título, nesse caso, é o de capital brasileira com melhor qualidade de vida, na avaliação elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a cada quatro anos. Campeã em 1998, a cidade demonstra vitalidade para repetir o título na classificação que a ONU volta a apresentar no ano que vem.

O PSF e o PACS têm decisiva participação nos indicadores ostentados pela cidade, como o menor índice de mortalidade infantil entre as capitais nacionais, uma das maiores taxas de aleitamento materno e um dos mais elevados percentuais de vacinação do país.

O secretário de Saúde de Florianópolis, Manoel Américo de Barros Filho, conta que a Prefeitura teve “a preocupação de não desmontar o modelo antigo, mas sim de proporcio-



Florianópolis

Saúde 10, na terra do tenista nº 1

nar a transição”. O formato anterior, baseado no atendimento nos postos de saúde tradicionais, contava com profissionais com cargas horárias de quatro ou seis horas diárias. Pelo novo modelo, os integrantes da equipe de saúde trabalham oito horas por dia e tanto atuam no posto, como, se for preciso, vão às casas das pessoas.

Bem sucedida, a transição representou a ampliação das seis equipes de PSF que existiam em 1995 para as 35 atuais, que abrangem 50% do município. Já os 600 Agentes Comunitários de Saúde em atividade atualmente cobrem a totalidade da cidade. Antes, cada unidade do PSF era apoiada pelo trabalho de dois agentes. Agora, são 10 os agentes que apóiam o trabalho de cada unidade.

“Só não atingimos a meta para 2000, de 70% do município coberto pelo PSF, o que representaria 44 equipes, por causa das restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Mas isso já está superado e em 2001 estamos chegando às 44 equipes”, informa Barros Filho.

O sucesso do programa é ilustrado pelo secretário com números: “Pela capacidade de resposta se percebe o acerto do modelo. Como na questão da mortalidade infantil, que caiu de 21,6 por mil nascidos vivos, em 1996, para os 9 em mil, atuais”.

O índice de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês do bebê é de 40%. Quanto à vacinação, seis diferentes tipos de vacinas oferecidos à população registraram índices acima de 100% de cobertura, em 2000. Isso se explica pelo comparecimento de moradores de cidades vizinhas à vacinação em Florianópolis. O modelo também propiciou o desafogamento do atendimento na rede hospitalar.

A diretora do Departamento de Saúde ressalta que, antes, as estatísticas sobre a saúde municipal apresentavam dois anos de defasagem. Ou seja: a saúde pública trabalhava com informações velhas, colhidas dois anos antes. “Hoje conseguimos o fantástico resultado de ter um acompanhamento mensal da situação”, salienta Margarete.



Campo Grande

A Saúde da Família atende melhor



Capital do Mato Grosso do Sul, mais de 660 mil habitantes, maior pólo de comercialização de bois no Brasil. Implantou o PSF em maio de 1999. Na aplicação de várias vacinas, costuma apresentar índices acima de 100% (por exemplo: BCG, 125%; Sabin, 110%; anti-Sarampo, 122%) porque pessoas de cidades vizinhas aparecem.

Segundo a coordenação do PSF de Campo Grande, a maior dificuldade está na baixa adesão dos médicos e na falta de entendimento de alguns usuários, que desejam o atendimento de urgência, como antigamente.

Não entendem que, com o PSF, a medicina quer dizer saúde, e não doença.

Mas há também, em Campo Grande, o problema oposto: pessoas de fora da área das unidades de Saúde da Família que insistem em ser atendidas, pois, dizem, “o PSF atende melhor”.

Na realidade, em Campo Grande o PSF vem produzindo significativa melhoria em indicadores como: alto número de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre; alto número de crianças de 0 a 6 meses com aleitamento materno exclusivo; baixo número de crianças desnutridas, entre outros.

Fica a 130 quilômetros do Recife. Tem 248 mil habitantes, economia voltada principalmente para o comércio e serviços. Famosa pelo artesanato, a feira livre e os festejos juninos. Começou a implantar o PSF em 1996. Tem 34 ESF atuando, duas em implantação e outras quatro serão criadas até o final do ano. Os índices de vacinação estão acima dos 90% em todas as faixas.

Caruaru

Mais aleitamento, menos desnutrição



Em março de 1996, o PSF começou a ser efetivamente implantado em Caruaru. O programa teve boa aceitação nas comunidades e os resultados logo apareceram em indicadores como redução dos casos de diarreia, infecções respiratórias agudas e outros fatores de mortalidade infantil.

A maior dificuldade foi sensibilizar os médicos e enfermeiras para o trabalho preventivo. “Essa dificuldade permanece até hoje, embora em menor grau”, afirma a atual coordenadora do PSF de Caruaru, Joseneide Barreto Oliveira. Muitos profissionais de saúde ainda procuram o programa pela vantagem financeira. A rotatividade é maior entre os médicos: “Muitos deles, quando atingem certa capacitação no programa, saem em busca de especialização”.

A reação positiva das comunidades é o que mais impulsiona as ações do PSF em Caruaru. Sete das unidades instaladas em 2001 foram solicitadas pela comuni-

dade. “O programa tem credibilidade, há interesse pelo PSF nas áreas onde não foi ainda implantado”, assegura Joseneide. A cidade conta com 34 equipes atuando, duas em implantação e quatro para serem criadas até o final de 2001. Metas de vacinação atingidas, maior procura pelo pré-natal e redução da desnutrição infantil são alguns dos resultados já registrados.

A coordenadora do PSF cita alguns dados como exemplo: em julho de 2001, das 1.179 crianças de zero a quatro meses cadastradas, 697 tinham aleitamento exclusivo (um bom índice de 59,12%), e outras 365 tinham aleitamento misto.

Na pesagem de 3.209 crianças de até um ano, apenas 154 estavam desnutridas (menos de 5%). De um a dois anos, foram pesadas 3.239 crianças e 384 (quase 12%) apresentavam sinais de desnutrição. Esses dados representam melhora em relação aos anos anteriores, mostrando queda dos casos de desnutrição infantil em Caruaru.

Pedras de Fogo



Município de atividade canavieira, 26 mil habitantes, a 56 quilômetros da capital, João Pessoa. Não tem jornais nem emissoras de rádio e televisão. Implantou o PSF em 1998, hoje tem seis Unidades de Saúde da Família — e grande parte dos índices referentes à saúde pública melhoraram.

A população quer mais PSF

O PSF foi implantado em Pedras de Fogo em 1998. “De início, houve dificuldade para conscientizar as comunidades sobre a filosofia do programa. Queriam procurar médico sem encaminhamento e resolver tudo com remédio, desprezando o enfoque preventivo”, recorda a coordenadora do PSF, Maria Mercês Salvador Alves.

Hoje, a dificuldade é atender à demanda com as equipes disponíveis. “Nas áreas onde não há o programa, a população está reivindicando. São necessárias mais unidades”, diz Mercês. Outras dificuldades, segundo a coordenadora, são encontrar médicos com o perfil adequado, e a insuficiência de recursos. O empenho da administração municipal e a aceitação dos moradores, após a fase inicial, são apontados como facilidades na execução do PSF.

O município conta atualmente com seis unidades do programa. Os resultados aparecem na cobertura de crianças imunizadas e de gestantes com pré-natal, na redução dos índices de mortalidade infantil, no acompanhamento de praticamente todos os casos de hipertensos e diabéticos.

Banhada pelo Paranapanema, um dos únicos rios não poluídos do estado de São Paulo. Atrai turistas com suas represas, cachoeiras e vales. Tem 28 mil habitantes. Implantou o PSF em 1995. As oito USF em atividade dão cobertura a 100% da área urbana, onde vive mais de 90% da população.

PSF em Piraju

Inspiração que veio de Cuba

O município de Piraju, 28 mil habitantes, dispõe de 100 leitos hospitalares distribuídos por 1 Hospital Comunitário de Beneficência, 1 Pronto-Socorro Municipal, 1 Centro de Saúde Municipal. A estrutura de atendimento médico conta ainda com 3 clínicas de fisioterapia, 2 laboratórios de análises clínicas, ambulâncias com plantão permanente no hospital e 8 Unidades do Programa Saúde da Família (PSF). Trabalham na cidade 8 médicos do PSF e 15 do serviço público, além dos particulares.

A saúde bucal faz parte do PSF de Piraju, com 13 dentistas: 8 de clínica geral, 2 especialistas e 3 de retaguarda, que atendem no período noturno. Como apoio, esses profissionais têm 1 protético e 2 auxiliares. Foi criado também um laboratório para trabalhos de próteses, tratamento de canal, radiologia, cirurgia e correção de arcadas dentárias.

Na retaguarda do PSF de Piraju, funciona uma equipe formada por psicólogas, assistente social, fonoaudióloga, fisioterapeuta e educadora de saúde. Os usuários contam ainda com o Ambulatório de Especialidades, nas áreas de pediatria, ginecologia, cirurgia, cardiologia, oftalmologia e ortopedia.

O PSF foi implantado em Piraju em 1995, quando o SUDES já existia na cidade, com 4 unidades básicas de saúde. Também facilitou a instalação do PSF o fato de a medicina já estar se descentralizando em Piraju. Os médicos já iam para periferia. Além disso, todo bairro de Piraju tem uma Associação de Amigos, o que ajudou na contratação dos agentes.

Para garantir a implantação e estruturação do programa, o município firmou convênio com o Ministério da Saúde Pública cubano. Na verdade, a inspiração maior para a implantação do PSF em Piraju foi o modelo de medicina existente em Cuba.

Desde o início do PSF na cidade, a notícia do bom atendimento foi passando de boca em boca, gerando um fenômeno cada vez mais freqüente: muitas pessoas de municípios vizinhos falsificam seus endereços para serem atendidas pelas Unidades de Saúde da Família de Piraju.

Desde março de 2000, as 8 equipes do PSF de Piraju dão atenção a 100% da área urbana. Para a zona rural, um ônibus funciona como unidade móvel do PSF, com instalações para consultório médico e odontológico e estrutura para exames de prevenção de câncer de mama e papa nicolau.

A ação do PSF melhorou a qualidade de vida da população em todo o município. Evoluíram os indicadores de saúde, os índices de vacinação. Passou a existir controle das causas principais de doenças, intensificando-se a promoção e proteção da saúde. O PSF possibilitou maior justiça e equidade em saúde, obedecendo aos princípios do SUS. Não há privilégios. Toda a população é tratada da mesma forma e participa espontaneamente de grupos como o dos idosos e o das mulheres, que fazem ginástica orientadas por voluntárias da área de educação física.

São Gonçalo

Levantamento de rua por rua, casa por casa

Começou a implantar o PSF em julho de 2001, com 179 equipes e planos de cobertura de 100% do município. Somando médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, a implantação do PSF representou a criação de mais de 2.000 empregos – e o desemprego é um dos maiores problemas da cidade. Outro problema grave é o tráfico de drogas. Tem mais de 1 milhão de habitantes (embora o Censo 2000 tenha indicado 900 mil).

Um dos mais ambiciosos projetos de Saúde da Família do Brasil foi o lançado em São Gonçalo-RJ, no dia 29 de julho de 2001. Para uma população de cerca de 1 milhão de habitantes, há 179 equipes, cada uma com 1 médico, 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem; só aí são 716 profissionais. Além deles, as equipes de Saúde da Família contam com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, em São Gonçalo, são 1.647 pessoas das próprias comunidades onde atuam.

No total, portanto, foram 2.363 empregos gerados numa cidade em que o desemprego é um problema grave, que se soma a outros até mais preocupantes, como o tráfico de drogas e a ocupação caótica de 100% do território municipal.

Em São Gonçalo, foi preciso esmiuçar o mapa do município, quadra por quadra, para evitar a superposição das áreas de atuação dos agentes comunitários. Usou-se um mapa que já existia, feito por satélite, para produzir a setorização. Cada equipe de PSF pegou seu pedaço de mapa sabendo onde ficam os seus lotes. Em seguida, os agentes saíram colhendo informação rua por rua, casa por casa. A digitação dos dados foi sendo feita pelos surdos-mudos de uma instituição local.

Na setorização, mesmo um local desabitado (campo de futebol, encosta de morro, beira de mangue, barranca de rio, etc.) tem que ser considerado. Porque há muita invasão em São Gonçalo. Determina-se, no mapa, quem é o ACS daquele ponto sem morador, de maneira que mais tarde, quando ocorrer uma invasão ali, já se saiba quem é o agente responsável pela área.

O resultado foi o levantamento mais detalhado que já se obteve no município. As equipes do PSF sabem quan-

tos edifícios, apartamentos, casas ou casebres há em cada canto de São Gonçalo. A informação colhida pelas equipes do PSF vai ser útil também para outras áreas. O pessoal do meio ambiente, por exemplo, está ansioso por saber o que o PSF levantou em torno dos rios, nascentes, valões, etc.

Como esses, a cidade tem muitos pontos específicos, sem igual no resto do país. Um deles é o Jardim Catarina, o maior loteamento plano da América Latina, cercado de mangues, estrada de ferro, rodovias. Ali vão funcionar 20 equipes do PSF.

A descentralização será fundamental para quando o diagnóstico detalhado da saúde em São Gonçalo, com dados levantados pela primeira vez, tomar a forma da “epidemia” preconizada pela ex-secretária de Saúde, Ana Tereza da Silva Pereira Camargo. Os doentes e as doenças existem, mas só agora começarão a ser notificados, gerando assim a impressão de um surto epidêmico que surgiu de um momento para outro. Para as situações previsivelmente mais complicadas, estarão sendo usados dois pólos equipados para os casos de Hansen, mais dois para os casos de tuberculose.

Outra providência inicial, em São Gonçalo, foi a adaptação de postos e de pessoal que já existiam no serviço de saúde local. Fizeram-se também cursos para capacitação de 50 médicos e 50 enfermeiras. Foi preciso usar gente de todos os pólos de capacitação do Rio de Janeiro.

A adoção do Programa Saúde da Família era indispensável, em São Gonçalo, porque a rede municipal de saúde estava desestruturada. Era preciso reordenar a Atenção Básica, era preciso organizar outros níveis de atenção. A implantação do PSF num município tão populoso e tão problemático já representa uma grande conquista, em si. É uma experiência a ser acompanhada e amparada com atenção especial.

Atenção
completa,
consultas
sem filas



Vitória

A capital do Espírito Santo é um arquipélago costeiro, com 24 ilhas e 81 quilômetros quadrados, onde vive uma população de 266 mil habitantes. Implantou o PSF em 1998. Atualmente, 31 equipes, distribuídas em 11 USF, atendem a 45% da população. Na área coberta, 100% das crianças estão com as vacinas em dia, 100% das gestantes recebem orientação para o parto, vacinas e fazem exames de DST/Aids. A previsão é de cobertura de 100% da cidade até 2004.

No município de Vitória, o PSF foi implantado em fevereiro de 1998, como uma estratégia para consolidar e aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente são 31 equipes distribuídas em 11 unidades de saúde, atendendo a uma população de 140.901 moradores (45% do total). A meta da Secretaria Municipal de Saúde é atender a toda a população até 2004.

Em Vitória, os eixos do PSF são a saúde da criança, da mulher, do idoso, prevenção de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, ações de saúde mental e bucal. Os resultados apurados mostram uma cobertura de 100% das gestantes onde o PSF foi implantado: todas recebem orientação para o parto, vacinas, fazem exames de DST/Aids, aprendem a importância do aleitamento materno.

O programa identifica todos os casos de crianças com diarreias, imuniza 100% das crianças nas áreas atendidas, cadastra os diabéticos, previne e trata a hipertensão e outras doenças que podem causar problemas no coração, derrames.

Cada família cadastrada recebe pelo menos uma visita mensal do Agente Comunitário de Saúde. Os demais profissionais são acionados na medida das necessidades: enfermeiros e médicos visitam os pacientes acamados e os demais em situação de risco. Além da atenção na unidade de saúde, é assegurado o atendimento de especialistas, quando necessário. E nada daquelas filas das noites e madrugadas, que não garantem vagas: as consultas são previamente agendadas.



O médico aparece todo dia
e fica o dia todo

Vitória da Conquista

Davi Capistrano, ex-prefeito de Santos-SP, foi um conselheiro importante para a implantação do PSF em Vitória da Conquista. Outra pessoa decisiva foi o secretário de Saúde, Jorge Solla.

Vitória da Conquista é um bom modelo de implantação, manutenção e expansão do Programa Saúde da Família, no Brasil. Em Conquista, como dizem os da cidade, o PSF está de fato integrado na estrutura de saúde local. Laboratórios, hospitais, profissionais especializados — em toda a rede de saúde de Vitória da Conquista, a Saúde da Família é hoje o núcleo principal.

A população (pobres e ricos) conta com equipamentos de saúde modernos. O computador constitui presença natural, rotineira na Saúde da Família em Vitória da Conquista.

Do centro da cidade à área rural mais remota, a informação sobre qualquer problema de saúde de qualquer cidadão chega rapidamente a um banco de dados informatizado. Chega por rádio, no caso das localidades mais afastadas. Chega por telefone (inclusive orelhão), naqueles pontos onde já existe telefonia instalada. Chega pela internet, onde funcionam computadores.

Nesse banco de dados informatizado, estão armazenadas — e atualizadas, graças ao trabalho permanente dos Agentes Comunitários de Saúde — informações sobre a situação de saúde de todos os moradores daquelas áreas cobertas pelo PSF. Quando atende a um desses moradores, o médico o conhece pelo nome, possivelmente já esteve na casa dele, e vê na ficha todas as informações a respeito do paciente.

O atendimento do PSF tem como prioridade, em Conquista, a periferia, onde não existe nenhum serviço de saúde. Um exemplo é o distrito de José Gonçalves, onde antes o médico aparecia a cada dois ou três meses. Ficava só na parte da manhã, no posto mal equipado e atendia a umas 60 pessoas, demorando 2 ou 3 minutos com cada uma.

Com o PSF, inicialmente o médico aparecia uma vez por semana, em José Gonçalves, ficando o dia todo. Depois, passou a ir duas vezes por semana e acompanhado da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e tendo seu trabalho precedido pelas visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS) às casas dos moradores.

Hoje, os 25 mil moradores do distrito de José Gonçalves contam com a presença do médico todo dia, o dia inteiro, de segunda a sexta. Há duas equipes do PSF que se revezam em José Gonçalves. São equipes completas, com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, quatro ACS cada.

Como no restante do município, a hipertensão é a doença que mais aparece em José Gonçalves. Os remédios para hipertensos chegam a representar 50% do material distribuído à comunidade. Antes, a maioria das pessoas nem sabiam que sofria de hipertensão. Dormiam mal, sentiam indisposição para todo tipo de trabalho, queixavam-se de dor de cabeça constante — e achavam que isso era normal. A partir do momento em que passaram a receber o atendimento e os medicamentos constantes para a hipertensão, descobriram o que é de fato uma vida normal.

Na sala de espera, na unidade de José Gonçalves, a TV passa filmes sobre hipertensão, vacinação, cuidados com higiene, o que fazer com o lixo. Ali, na Unidade de Saúde da Família, fica sempre um profissional de nível superior, de segunda a sexta, o dia inteiro: se a enfermeira sai para ver um paciente em casa, o médico fica na unidade. Se ele sai, ela fica.

A Equipe de Saúde Bucal, em José Gonçalves, se divide entre as duas equipes de saúde. Fica dez dias com a equipe 1, depois dez dias com a equipe 2. Os agentes comunitários também participam da atenção à saúde bucal. Por falta de sala-gabinete dentário, dentistas fazem trabalho preventivo, de orientação. Em 2000, a prefeitura de Conquista comprou mais de 100 mil escovas de dentes.

Com mais de 300 mil habitantes, a 520 quilômetros de Salvador, tem mais de 900 metros de altitude e inverno rigoroso, com temperaturas abaixo dos 10º C. Implantou o PSF em 1998. É hoje um dos municípios com melhor estrutura de Saúde da Família, no Brasil, incluindo atenção à saúde bucal (em 2000, o município comprou 100 mil escovas de dentes). Antes do PSF, a mortalidade infantil registrava taxa de 44 mortos por 1.000 nascidos vivos. Atualmente, a proporção está em 23 mortos por 1.000 nascidos vivos. Hipertensão é a doença que mais aparece. Remédios para hipertensos chegam a ser 50% dos medicamentos distribuídos.



Daqui
tudo vai ser

Veja como aderir ao Programa Saúde
da Família (PSF), uma realidade que
já está transformando o sistema de
atenção à saúde pública no Brasil

pra frente diferente



por favor, responda sinceramente:

- os serviços públicos de saúde de seu município merecem confiança?
- você deixaria seu filho ser atendido em uma unidade básica de saúde de seu município?



Até aqui, neste Guia Prático do PSF,

demos exemplos de cidades brasileiras onde os prefeitos começam a ter condições de responder sim a essas perguntas. São municípios em que o Programa Saúde da Família está adequadamente implantado. Em vários deles, o PSF dá cobertura a toda a população. Em outros, a cobertura está aumentando e há planos de se chegar aos 100% do município o mais rápido possível. Em todos eles, a implantação do programa nasceu de uma decisão política firme, voltada para o bem da comunidade. É a decisão de reorganizar o sistema de saúde do município.

Reorganizar por quê?

Porque o sistema anterior não deu resultados satisfatórios. Por razões históricas, que entram pelo território da economia e passam pelas práticas políticas e costumes culturais, o modelo de saúde predominante no Brasil criou grande distância entre as equipes de saúde e a população. Por esse modelo, a especialização teve destaque absoluto, praticamente apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em trabalhar com a prevenção das doenças, a promoção de hábitos saudáveis.

Por esse modelo, os serviços básicos de saúde não têm profissionais nem equipamentos capazes de dar solução para os problemas mais comuns da população. Não se criam, de fato, vínculos entre a população e os serviços de saúde. Não há, igualmente, articulação entre a rede básica e os demais setores ligados à saúde, o que impede um diagnóstico preciso para se traçar o combate efetivo às causas dos problemas.

Como resultado, ainda convivemos em nosso país com crianças desnutridas; gestantes sem garantia de pré-natal adequado, chegando despreparadas à hora do parto; idosos desassistidos; falta de atendimento e de acompanhamento permanente aos casos de hipertensão e diabetes; baixa capacidade de diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose e hanseníase; insuficiência no cuidado com a saúde bucal da população, entre tantas outras falhas.

Reorganizar para quê?

Para que passe a existir, entre a comunidade e os profissionais da saúde, uma nova relação — de confiança, de atenção, de respeito. Essa nova relação é um dos principais pontos de apoio dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Para que eles possam desempenhar bem o seu papel é necessário garantir os medicamentos, os exames complementares, os locais apropriados para os atendimentos, para os partos, para as internações hospitalares, para as urgências e emergências.

É preciso entender bem qual é a idéia de Saúde da Família. Em primeiro lugar, esse conceito prevê a participação de toda a comunidade — em parceria com a ESF — na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho feito. Sem privilégio para ninguém, sem discriminação de ninguém, é fundamental a atuação dos conselhos locais, igrejas e templos dos mais diferentes credos, associações, os vários tipos de organizações não-governamentais (ONGs), clubes, entidades de todos os gêneros.

Em harmonia com as leis e normas que regulamentam a saúde, no Brasil, o Programa Saúde da Família pressupõe que os municípios estejam preparados para atuar de forma regionalizada e hierarquizada. Cada município deverá dar solução aos problemas mais comuns e mais frequentes na saúde da sua população e definir para onde encaminhar os casos que exigem atendimento especializado. É um erro, portanto, imaginar o PSF como um serviço paralelo, isolado. Pelo contrário, o PSF se integra ao serviço de saúde do município e da região, enriquecendo-o, organizando-o e caracterizando-se como a porta de entrada do sistema municipal de saúde.

A organização da atenção básica, propiciada pelo PSF, trata as pessoas, controla as doenças crônicas (como hipertensão, diabetes), diminui a solicitação de exames desnecessários, racionaliza os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, reduz a procura direta aos atendimentos de urgência e hospitalares.

Outro erro é pensar que as ESF são responsáveis apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção a doenças, enfermidades, patologias em geral, enquanto a assistência curativa continua sob responsabilidade de outros profissionais do modelo anterior, tradicional. Essa é uma grave distorção, que põe por terra pontos básicos do PSF, que são a Integralidade e a Resolutividade: nos territórios onde estejam implantadas, as Unidades de Saúde da Família são as responsáveis por toda atenção básica das comunidades, sem que haja paralelismo na assistência prestada.

Mais um erro de entendimento que leva a distorção grave: achar que os recursos financeiros encaminhados pelo Governo Federal, como incentivo, representam todo o dinheiro necessário para implantar e manter o Programa Saúde da Família.

Nunca é demais lembrar, a propósito, que a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio, para sua consolidação, os investimentos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Outro princípio básico do SUS é a descentralização. Isso quer dizer que, em toda estratégia de atenção à saúde adotada, o município é responsável pela organização e operacionalização dos serviços, pela forma de contratação e pagamento dos recursos humanos, pelo acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.

Nunca é demais lembrar, igualmente, que o Programa Saúde da Família faz parte de um contexto muito maior, que é o SUS. Os profissionais do PSF não têm a pretensão de solucionar todos os problemas de saúde. Mas devem estar conscientes de que uma atenção básica de qualidade é parte fundamental desse objetivo, de acordo com as responsabilidades definidas na NOAS – 2001.

Principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas ESF e ESB nas áreas prioritárias da Atenção Básica à Saúde - NOAS 2001:



I. Ações de Saúde da Criança

Responsabilidades	Atividades
Vigilância Nutricional	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Promoção do aleitamento materno Realização ou referência para exames laboratoriais Combate às carências nutricionais Implantação e alimentação regular do SISVAN
Imunização	Realização do Esquema Vacinal Básico de Rotina Busca de faltosos Realização de Campanhas e intensificações Alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação Assistência às IRA em menores de 5 anos
Assistência às doenças prevalentes na infância	Assistência às doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos Assistência a outras doenças prevalentes Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças Garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário, de forma programada e negociada com mecanismos de regulação Realização ou referência para exames laboratoriais
Assistência e prevenção às patologias bucais na infância	Realização de ações de prevenção e cura das patologias bucais, buscando o restabelecimento das funções da boca, com foco no desenvolvimento neuro-linguístico e no processo de socialização da criança Garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (fonoaudiologia, ortodontia preventiva, etc.), de forma programada e negociada com mecanismos de regulação

O que é a NOAS – 2001?

É a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, editada por Portaria do Ministério da Saúde, em 26 de janeiro de 2001. É um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS; atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios.

Como reorganizar a Atenção Básica por meio do PSF?

Os primeiros passos, quando a Prefeitura decide implantar o PSF, são os seguintes:

– analisar com especial cuidado a estrutura dos serviços municipais de saúde. É preciso ver com exatidão quantos médicos há no município, quantos enfermeiros, quantos auxiliares de enfermagem, quantos dentistas, atendentes de consultório dentário e técnicos de saúde bucal (ou técnicos de higiene dental), anotando onde eles atuam e — importantíssimo — procurando saber quantos e quais, entre eles, podem e desejam mudar seu estilo de trabalho para se enquadrar nos conceitos de Saúde da Família;

II. Ações de Saúde da Mulher

Responsabilidades

Pré-Natal

Atividades

Diagnóstico de gravidez
Cadastramento de gestantes no 1º trimestre
Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta
Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso
Acompanhamento de pré-natal de baixo risco
Vacinação anti-tetânica
Avaliação do puerpério
Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina
Alimentação e análise de sistemas de informação
Atividades Educativas para promoção da saúde

Prevenção de câncer de colo de útero

Rastreamento de câncer de colo de útero
Coleta de material para exame de citopatologia
Realização ou referência para exame citopatológico
Alimentação dos sistemas de informação
Consulta médica e de enfermagem

Planejamento familiar

Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais
Realização ou referência para exames laboratoriais

Prevenção dos problemas odontológicos em gestantes

Levantamentos de atividade de doenças bucais, especialmente cárie e doença gengival
Evidenciação de placa bacteriana
Escovação supervisionada
Bochechos com flúor
Educação em saúde bucal a acesso aos meios de prevenção (escova, pasta e fio dental), evidenciando seu fundamental papel familiar com relação às questões gerais de saúde, visando proporcionar condições para o auto-cuidado
Estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade
Educação em saúde, aconselhamento e acesso a meios para prevenção de patologias ortodônticas, com ênfase sobre os hábitos bucais nocivos (uso de chupetas, sucção de dedo, etc.).
Educação em saúde bucal e acesso aos meios de prevenção (gaze ou simulador) com ênfase na prevenção da "cárie de mamadeira"



– avaliar o que faz hoje a rede básica de saúde do município. A partir dessa avaliação, planejar em todos os detalhes o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, considerando as responsabilidades da Atenção Básica;

– inserir o financiamento do PSF no âmbito do financiamento da atenção básica;

– estudar a maneira pela qual a Saúde da Família será introduzida no atual sistema municipal de saúde. Pelo menos seis providências são indispensáveis para isso:

1) definir os territórios onde começará a ser implantado o PSF;

2) definir as estruturas físicas das USF (centros ou postos tradicionais que serão convertidos para o modelo do PSF, ou novas áreas físicas que precisarão ser providenciadas);

3) definir o processo de gerenciamento das unidades de saúde;

4) definir como os pacientes serão encaminhados para atendimentos de maior complexidade e como, em seu retorno, será feito o acompanhamento deles pela Equipe de Saúde da Família (os fluxos de referência e contra-referência);

5) definir como os pacientes serão encaminhados aos serviços de apoio diagnóstico, como os exames de laboratório, por exemplo;

6) acordar com as ESF suas responsabilidades em relação às ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal, ao controle da tuberculose, da hipertensão e da diabetes, e à eliminação da hanseníase, de acordo com as prioridades definidas para a atenção básica e as outras prioridades levantadas pelo diagnóstico da realidade local (endêmias, por exemplo).

– na área de recursos humanos, preparar a contratação dos profissionais que vão compor as ESF, com atenção redobrada aos seguintes itens:

III. Controle da Hipertensão

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	Medição de P. A. de usuários Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Fornecimento de medicamentos Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares Realização ou referência para ECG Realização ou referência para RX de tórax Realização de exame clínico odontológico
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações Acompanhamento domiciliar Fornecimento de medicamentos
Atendimento à Saúde Bucal	Ações para diagnóstico, reabilitação e controle das patologias bucais, visando à prevenção dos quadros de agravamento e complicações decorrentes da hipertensão
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações Ações educativas e de controle das patologias bucais, buscando proporcionar condições para o autocuidado

A) capacitação, ou seja, os treinamentos necessários para que sejam reorientadas as ações e práticas de acordo com as áreas prioritárias da atenção básica e o diagnóstico da realidade local;

B) supervisão e acompanhamento permanente nos aspectos técnicos e gerenciais para garantir o suporte necessário para superar os problemas que forem surgindo no desenvolvimento dos trabalhos.

IV. Controle da Diabetes Mellitus

Responsabilidades	Atividades
Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação
Busca ativa de casos	Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Educação terapêutica em diabetes Fornecimento de medicamentos Curativos
Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações Realização ou referência para ECG
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências Acompanhamento domiciliar
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento do atendimento
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária) Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias) Ações educativas para auto-aplicação de insulina Ações educativas e de controle das patologias bucais buscando proporcionar condições para o autocuidado

V. Controle da Tuberculose

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR)
Notificação de casos	
Diagnóstico clínico de casos	Exame clínico de SR e comunicantes
Acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico	Realização ou referência para baciloscopia Realização ou referência para exame radiológico em SR com baciloskopias negativas (BK -)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento dos casos BK+ (supervisionado) e BK (auto-administrado)	Tratamento supervisionado dos casos BK+ Tratamento auto-administrado dos casos BK - Fornecimento de medicamentos Atendimentos às intercorrências Busca de faltosos
Medidas preventivas	Vacinação com BCG Pesquisa de comunicantes Quimioprofilaxia Ações educativas



ATENÇÃO! É muito importante, no início dos trabalhos, que as equipes se sintam amparadas e estimuladas pela gestão municipal.



VI. Eliminação da Hanseníase

Responsabilidades	Atividades
Busca ativa de casos	Identificação de sintomáticos dermatológicos entre usuários
Notificação	
Diagnóstico clínico de casos	Exame de sintomáticos dermatológicos e comunicantes de casos Classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento supervisionado dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Avaliação dermato-neurológica Fornecimento de medicamentos Curativos Atendimento de intercorrências
Controle das incapacidades físicas	Avaliação e classificação das incapacidades físicas Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades Atividades educativas
Medidas preventivas	Pesquisa de comunicantes Divulgação de sinais e sintomas da hanseníase Prevenção de incapacidades físicas Atividades educativas

VII. Ações de Saúde Bucal

Responsabilidades

Cadastramento de usuários,
Planejamento, Execução e
Acompanhamento de ações

Atividades

Adequação aos cadastros disponíveis pela ESF e PAC
Alimentação e análise dos sistemas de informação específicos
Análise dos demais bancos de dados disponíveis para planejamento e programação integrada às demais áreas de atenção do PSF
Participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das Unidades de Saúde da Família
Identificação das necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal
Construção de mapas inteligentes buscando visão espacial das famílias, crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, demais situações de agravamento de interesse à saúde bucal, equipamentos sociais governamentais ou não como creches, escolas entre outros
Organização do processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal
Desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal



Unidade de Saúde da Família

Onde antes existia o centro de saúde ou posto de saúde, pode agora estar uma Unidade de Saúde da Família. Mas atenção: a mudança não é só de nome!



No modelo tradicional, a função dos centros de saúde, ou postos de saúde, se caracteriza pela passividade. Sem vínculo efetivo com as pessoas, sem responsabilidade maior com a saúde da comunidade, essas unidades se limitam a abrir suas portas (às vezes só pela manhã, ou só à tarde) e a esperar que cheguem as crianças para serem vacinadas ou pacientes para serem encaminhados a hospitais.

Já a Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

É muito mais que uma simples mudança de nome, em relação aos centros e postos de saúde, ainda que eventualmente o endereço continue o mesmo. Só é indispensável construir uma nova estrutura física quando se implanta o PSF numa área onde até agora não existia nenhum tipo de atendimento.

ATENÇÃO! Se for usado o imóvel antigo, onde até agora funcionou o centro ou posto, é indispensável fazer uma boa vistoria da estrutura física, antes da instalação da USF, com especial cuidado em relação às instalações elétricas e hidráulicas, à ventilação, à iluminação natural, aos espaços para a circulação das pessoas, buscando adequar os fluxos de atendimento às normas de controle de infecção.

ATENÇÃO! Os componentes da Equipe de Saúde da Família (ESF) e os próprios pacientes devem ter muito clara e bem fixada a noção de que a USF não é um local de triagem, que se limita a encaminhar a maior parte dos casos para os serviços especializados. Costuma-se afirmar, em publicações internacionais, que os médicos de família devem ser considerados “médicos 5 estrelas”, porque além de bons clínicos, reúnem atribuições e competências nas áreas de planejamento, programação e epidemiologia, que possibilitam uma atuação voltada para a vigilância da saúde.

Pacientes e ESF têm que estar bem informados de que a Unidade de Saúde da Família é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Isso significa que os profissionais em ação numa USF são capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde daquela população, porque antes cadastraram família por família, casa por casa, rua por rua, fizeram o diagnóstico de saúde da comunidade e prepararam um plano de ação, no qual estabeleceram ações e metas em relação aos principais indicadores de saúde.

Pela experiência vivida nas milhares de localidades onde o PSF está implantado de maneira adequada, a própria USF pode solucionar em torno de 85% dos casos de saúde em sua área. Aliás, uma das maiores mudanças proporcionadas pela Saúde da Família é o esvaziamento dos prontos-socorros e ambulatórios dos hospitais ligados à rede pública de saúde. Por quê? Porque ocorre uma inversão de posições:

- até agora, 85% dos pacientes, aproximadamente, são encaminhados para esses hospitais, e apenas 15% deles são tratados no centro ou posto de saúde
- de agora em diante, cerca de 85% dos pacientes recebem atendimento completo e satisfatório na USF, restando em torno de 15% para aqueles locais onde existam os especialistas e os equipamentos e aparelhos necessários para exames e tratamentos mais sofisticados.

ATENÇÃO! Mesmo naqueles casos excepcionais em que é preciso encaminhar o paciente para especialistas ou hospitais, a ESF continua responsável pelo acompanhamento do caso. Ainda que a pessoa tenha sido levada para outro município, a ESF se mantém informada, alerta. Durante todo o tratamento especializado e após o seu término, a ESF é responsável por todos os cuidados necessários para a recuperação.

Quantas equipes atuam numa USF?

Numa casa de caboclo, como dizem os caipiras, um é pouco, dois é bom, três é demais. No mesmo estilo desatento à gramática, pode-se dizer que, na USF, uma Equipe de Saúde da Família pode ser pouco, duas é bom, três é o máximo recomendável.

Uma equipe, apenas, tem vários inconvenientes: faltam outros profissionais com quem trocar idéias e a quem pedir ajuda, e pode haver baixa utilização da estrutura montada. Com duas equipes, os profissionais se ajudam e se completam, é possível estabelecer um revezamento de maneira que sempre haja pessoal suficiente para os casos que requerem atendimento imediato e potencializa-se a utilização da infra-estrutura da USF. Ou seja: a mesma sala de vacina é utilizada pelas duas equipes, o mesmo acontecendo com a recepção, a sala de reuniões e com alguns equipamentos. A Unidade de Saúde da Família pode funcionar bem com três equipes, desde que exista espaço adequado.

Cabe lembrar que nos casos em que estejam trabalhando, numa mesma USF, mais de uma ESF, é preciso estar atento ao gerenciamento. Deve-se possibilitar um bom desempenho das equipes, garantindo a relação de responsabilidade com o território e a população adscrita de cada equipe.

Na verdade, o número ideal de equipes numa USF varia de acordo com a população a ser atendida. Num bairro urbano ou vila de periferia onde resida muita gente, é o caso de funcionarem duas ou três equipes. Desde que o imóvel utilizado tenha espaço para todas. Se não houver espaço suficiente, a melhor solução é providenciar outra USF que possa abrigar outras ESF.

Nas regiões rurais distantes da cidade, por outro lado, muitas vezes não é possível instalar a ESF numa Unidade de Saúde tradicional, e é necessário criar espaços alternativos para o atendimento da pessoas que vivem nessas regiões. Nesses casos, aproveita-se, por exemplo, uma escola que tenha salas disponíveis. Em alguns casos (de dispersão de núcleos familiares em áreas rurais), justifica-se até a utilização de unidades móveis equipadas adequadamente. Não é o ideal, mas funciona melhor que uma casa isolada, à qual pouca gente pode chegar.



Os municípios que adotarem as Equipes de Saúde Bucal (ESB) devem ter as mesmas preocupações descritas anteriormente quanto à definição dos espaços físicos adequados. Ressalta-se a importância de se ter ao menos uma clínica instalada na área de abrangência das equipes. Isso significa dizer que, mesmo para as equipes que têm atuação em áreas rurais, onde os equipamentos móveis são de grande valia, faz-se necessária a instalação de uma clínica odontológica que sirva de referência para essa comunidade.

Quantas pessoas são atendidas pelas ESF?

Existem recomendações e critérios para definir a população atendida por uma USF. Por esses critérios, cada Equipe de Saúde da Família é responsável por um número determinado de famílias. É o que se chama de “população adscrita”.

ATENÇÃO! Recomenda-se que cada ESF acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas.

A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. Onde o risco é maior, recomenda-se que a população atendida seja menor, para que a ESF possa se dedicar adequadamente ao seu trabalho.

Quem são os componentes de uma ESF?

A Equipe de Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por 1 médico generalista (com conhecimento de clínica geral), 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde. (Veja, a partir da página 71, informações detalhadas sobre cada integrante de uma ESF).

ATENÇÃO! É condição essencial, para o êxito da Saúde da Família, que todos eles trabalhem 8 horas por dia, o que dá 40 horas por semana.

A jornada diária de 8 horas significa, na prática, dedicação integral à Saúde da Família. Esse é um dos pontos principais do PSF: contar com profissionais que podem se dedicar efetivamente a esse trabalho, todos os dias da semana. Tendo a Saúde da Família como atividade, em regime integral, esses profissionais estabelecem uma ligação efetiva com a comunidade. Conhecem pessoalmente cada paciente, sabem onde fica a casa de cada um, quem são os seus parentes, qual é a sua história de vida, de saúde.

Para conseguir essa integração com a comunidade — que talvez seja o fundamento maior da Saúde da Família —, só mesmo trabalhando 8 horas por dia, em regime de dedicação integral.



A Saúde Bucal faz parte da Saúde da Família?

Do ponto de vista da Saúde da Família, também as ações de saúde bucal devem ser organizadas, para que passe a existir, também nesse campo, uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança, no respeito. Os dentistas e seus assistentes são vistos como profissionais que podem de fato desempenhar um papel decisivo nos bons resultados do Programa Saúde da Família. Naturalmente, com as devidas adaptações.

Devidas adaptações? Sim, porque também na odontologia predomina a cultura da especialização e do trabalho individualizado do dentista. É necessário, portanto, que os profissionais da odontologia conheçam, aceitem e pratiquem os conceitos e princípios da Saúde da Família e desenvolvam habilidades para o trabalho multiprofissional. Só assim eles poderão realizar, numa USF, o trabalho fundamental que deles se espera.

ATENÇÃO! A integração dos profissionais da Saúde Bucal, na USF, inclui a dedicação integral. Também eles têm que trabalhar 8 horas por dia, 40 horas por semana.

ATENÇÃO! Existe um incentivo financeiro para que os municípios possam incluir Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família. (Veja informação mais detalhada na página 106).

O município interessado em organizar as ações de saúde bucal, por meio da estratégia Saúde da Família, deverá obedecer à proporção de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para cada duas Equipes de Saúde da Família. Portanto, se o município tem seis ESF implantadas, poderá habilitar-se a criar três ESB. Mas se tem sete ESF e quer implantar uma quarta ESB, esse município deverá antes criar uma oitava Equipe de Saúde da Família (pela regulamentação vigente até novembro de 2001). A exceção é feita para municípios com até 6.900 habitantes, nos quais essa proporção poderá ser de uma ESB para uma ESF.

Os profissionais que compõem a ESB completa são 1 cirurgião-dentista (CD), 1 atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD). Essa equipe corresponde a uma das duas modalidades de

adesão ao programa. Se no município não há número suficiente de técnicos em higiene dental, possibilita-se a adoção da outra modalidade, com apenas 1 cirurgião-dentista e 1 atendente de consultório. Qualquer que seja a modalidade escolhida, todos os profissionais da ESB deverão cumprir uma jornada de trabalho semanal de 40 (quarenta) horas.

Como deve ser a atuação da ESB numa USF?

Quando uma ESB é implantada, passa a fazer parte de toda a família de profissionais que compõem a USF. Portanto, com eles deve compartilhar conhecimentos e participar ativamente das ações necessárias na atenção básica.

Veja alguns exemplos:

- Participar do processo de planejamento, acompanha-

mento e avaliação das ações desenvolvidas no território adstrito

- Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano municipal de saúde
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde
- Realizar visitas domiciliares de acordo planejamento da USF
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal





A implantação do PSF deve começar pela periferia?

Na maioria das cidades, de fato, a implantação do PSF começa nas áreas de maior risco ou mais carentes de atenção básica à saúde. Essas áreas normalmente ficam na periferia, distantes do centro da cidade. Ali não costumam chegar os serviços de saúde. As pessoas dali costumam ser pouco informadas sobre cuidados básicos com a saúde. Por ali não costuma passar a rede de saneamento básico.

Por razões desse tipo é que a maioria das prefeituras escolhe a periferia para começar a implantação do PSF. Desde as primeiras decisões, é importante analisar bem a situação da área onde vai funcionar cada USF. Com isso, evita-se o problema da superlotação, por exemplo, que afeta diretamente a qualidade do atendimento.

ATENÇÃO! A Unidade de Saúde da Família faz parte da rede municipal de saúde. Não é um serviço paralelo, sepa-

rado do restante. Pelo contrário, a USF integra o sistema local de saúde.

Municípios de médio e grande porte devem tomar o cuidado de não espalhar as equipes de Saúde da Família por várias regiões diferentes, distantes entre si. É melhor que comecem atuando em áreas próximas, num distrito ou numa regional do município, por exemplo. Essa estratégia facilita a reorganização do sistema de saúde do município, tornando viável e efetiva a mudança da atenção básica na região.

As primeiras semanas de implantação do PSF exigem, às vezes, estratégias de transição de um modelo para outro. Normalmente é um período de conflitos, quando entra em jogo uma série de interesses. Nesses casos, é possível manter a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período dentro do município. Mas essa possibilidade deve existir dentro do município em caráter provisório.

A demanda aumenta, no início da implantação?

IMPORTANTE! Não convém manter unidades tradicionais na mesma área das ESF, para evitar a duplicidade de serviços e a concorrência entre profissionais no atendimento a uma mesma população. As situações de duplicidade desorganizam o sistema, não incorporam racionalidade aos serviços e impossibilitam que realmente se estabeleça o vínculo necessário entre ESF e comunidade.

Outro ponto a considerar, nas semanas iniciais de implantação do PSF, é a exposição de problemas que até então eram ignorados ou não eram levados em consideração. São situações em que as pessoas estavam excluídas do serviço municipal de saúde, por diferentes razões: porque o serviço não existia naquela região; porque o serviço não estava organizado de forma a facilitar o acesso das pessoas; porque o serviço não era resolutivo (capaz de resolver os problemas de saúde mais frequentes na comunidade); ou porque o serviço era desatento em relação às reais necessidades da população. Casos de tuberculose e hanseníase, por exemplo, que existiam, mas não eram sequer diagnosticados. Hipertensos e diabéticos que precisavam de hospitalização por falta de tratamento e acompanhamento regulares. A busca ativa, que o Programa Saúde da Família pratica, vai atrás desses casos, descobre, diagnostica — e, em seguida, dá tratamento, acompanha.

Por isso, costuma-se dizer que a implantação do PSF desencadeia várias “epidemias” no município. São casos de hanseníase, tuberculose e tantos outros que até então não apareciam nas estatísticas locais e que despontam, de um mês para outro.

Ao implantar o PSF, portanto, o Prefeito e seu Secretário de Saúde devem estar conscientes de que a demanda por atendimento vai crescer, no princípio.

Essa atitude, que salva vidas, representa uma demanda que não existia, e cria gastos adicionais que não constavam da atenção básica, mas que poderiam estar sobrecarregando os outros níveis do sistema — com exames e encaminhamentos desnecessários; com as pessoas que adoeceram por causas que poderiam ter sido evitadas; com as pessoas que tiveram seus problemas agravados porque não receberam assistência no tempo oportuno, ou porque não tiveram tratamento e acompanhamento regulares.

Na verdade, investir na organização da Atenção Básica significa otimizar gastos em saúde, ou seja, utilizar melhor o recurso disponível e produzir bons resultados para a saúde da população.

IMPORTANTE! Pessoas que nunca tinham recebido atendimento adequado, digno, vão se tornar exigentes, vão querer direitos iguais aos dos outros cidadãos. Dá trabalho, mas é assim que se firma na população o conceito de cidadania.

Passados os primeiros meses, porém, vem a compensação da melhora constante nos indicadores de saúde. Ao mesmo tempo, ocorre também significativa melhora nos cofres municipais, comparando-se o dinheiro que a Prefeitura gasta em três etapas:

1) antes do PSF, determinadas doenças simplesmente não eram tratadas e, por isso, a Prefeitura acreditava não gastar nada com elas, embora gastasse com atendimentos de urgência, internações e óbitos que tais doenças provocavam;

2) nos primeiros meses de implantação do PSF, com a busca ativa realizada pelas Equipes de Saúde da Família, aparecem doenças que até então estavam encobertas, existiam, mas eram ignoradas — como hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase — e isso significa gastos com exames, medicamentos e, em alguns casos, encaminhamento para especialistas;

3) consolidada a implantação do PSF, vem a estabilização. As crianças, vacinadas e acompanhadas em seu crescimento, tornam-se mais saudáveis. As gestantes, com o pré-natal bem feito, chegam preparadas à hora do parto. Pessoas afetadas por hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase passam a receber tratamento adequado e adquirem condição de trabalhar, de produzir.

Que instalações e equipamentos deve ter a USF?

Numa Unidade de Saúde da Família devem existir a tecnologia e os equipamentos que permitam a solução dos problemas de saúde mais comuns numa comunidade. Ou seja, a USF deve estar equipada para garantir atenção básica à população sob sua responsabilidade.

A sala de vacina, a mesa ginecológica e o espéculo para coleta de material para exame, a caixa de sutura para curativos e pequenos procedimentos, o consultório do médico e o da enfermeira, a clínica odontológica — a Unidade de Saúde da Família tem que estar aparelhada para dar o atendimento que a população necessita receber. (Veja, na página 114, quadro com uma sugestão de lista de equipamentos básicos de uma Unidade de Saúde da Família).

Se a área de cobertura da USF for muito extensa, é necessário garantir, também, os meios para o transporte da equipe.

Igualmente importante, numa USF, é a atualização dos conhecimentos por parte da equipe. Todos os integrantes de ESF e ESB devem adotar uma revisão constante dos saberes e práticas relacionados com sua atividade. A capacitação dos profissionais é um dos pontos

básicos numa Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um processo de educação permanente, voltado para a atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, tendo cada indivíduo e cada família da comunidade como bases da abordagem nova que a Saúde da Família pressupõe. (Veja mais sobre capacitação das ESF na página 79).

Além dos equipamentos essenciais à USF, deve-se lembrar que o Agente Comunitário de Saúde (ACS), de acordo com as circunstâncias de cada localidade, costuma usar bicicletas e até barcos e animais como meios de transporte. Nas visitas que faz regularmente às famílias da comunidade, o ACS precisa levar alguns equipamentos básicos, como balança, fita métrica, termômetro. O material de trabalho do ACS contém prancheta, lápis, caneta, caderno, além do uniforme (jaleco, camiseta e boné) para sua identificação na comunidade.



Em sua estrutura mínima, a USF deve ter:

- uma sala de recepção, com espaço adequado para receber e acolher as pessoas e, sempre que possível, um aparelho de TV com videocassete, para transmissão de filmes com informações sobre cuidados com a saúde;
- um local para os arquivos e registros;
- um local para cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros pequenos procedimentos;
- uma sala de vacinação, de acordo com as normas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização;
- um consultório médico;
- um consultório de enfermagem;
- sanitários;
- sempre que possível, um espaço para atividades de grupo (por exemplo, de gestantes, de hipertensos) e para educação permanente da ESF;
- uma clínica odontológica com equipamentos, instrumentais e materiais necessários para o atendimento a saúde bucal, quando incorporado ao Saúde da Família.

Bases das ações da ESF e ESB

Espera-se, dos integrantes da Saúde da Família, que estejam preparados para dar solução aos principais problema de saúde da comunidade, organizando sua atividade em torno de Planejamento de ações, Saúde, Promoção e Vigilância, Trabalho interdisciplinar em equipe e Abordagem integral à família

Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde. Amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades. Além das atividades de assistência desenvolvidas pela ESF, igualmente importantes são as de planejamento como: identificar, conhecer e analisar a realidade local, e propor ações capazes de nela interferir.

A conquista da saúde como direito legítimo de cidadania é um fundamento básico da estratégia Saúde da Família. Os profissionais das ESF e ESB, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas na sua área de abrangência, se observarem o cotidiano dessas pessoas com base nas teorias e conceitos do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais dos profissionais da USF são as seguintes:

I. Planejamento de ações

II. Saúde, Promoção e Vigilância

III. Trabalho interdisciplinar em equipe

IV. Abordagem integral da família

A seguir, falaremos detalhadamente sobre cada uma dessas atribuições.

I. Planejamento das ações

Capacidade para diagnosticar a realidade local. Esse é o primeiro ponto. Nesse diagnóstico, é importante estar atento também aos aspectos positivos da comunidade, ao potencial que as pessoas têm para resolver seus problemas, inclusive os de saúde. Em seguida, é preciso elaborar e avaliar planos de trabalho que produzam o impacto apropriado sobre as condições sanitárias da população, famílias e indivíduos da área abrangida pela USF.

A equipe deve:

- conhecer os fatores determinantes do processo saúde-doença do indivíduo, das famílias e da comunidade;
- estabelecer prioridades entre problemas detectados e traçar estratégias para sua superação;
- conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência;
- garantir estoque regular de todos os insumos para as estratégias e funcionamento da USF;

II. Saúde, Promoção e Vigilância à saúde

É fundamental, nesta atribuição, entender a saúde como produção social, como um processo construtivo que uma coletividade pode conquistar em seu dia-a-dia.

Busca-se, nesta atribuição, compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a sintonia entre os diferentes setores (intersetoria-

lidade) e a participação social. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, são sujeitos (e não apenas pacientes) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto individual como coletivamente.

Os profissionais devem:

- conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adstrita;
- entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade;
- estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações da USF;
- articular, com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população.

III. Trabalho interdisciplinar em equipe

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas.

A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva.

A equipe deve:

- conhecer e analisar o trabalho de toda a equipe, verificando as atribuições específicas e do grupo, na USF, no domicílio e na comunidade;

– compartilhar conhecimentos e informações para o desenvolvimento de trabalho em equipe;

– participar da formação e do treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade.

IV. Abordagem integral da família

Entende-se, por essa atribuição, a abordagem integral da pessoa, vendo-a em seu contexto sócioeconômico e cultural, com ética, compromisso e respeito.

Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento. As ações dos profissionais da USF devem entender a família em seu espaço social, compreendendo-o como rico em ações interligadas (interações) e em conflitos. A construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, com intervenções diretas na saúde de seus membros. Ao profissional de saúde que entra na dinâmica daquela vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma mais participativa e construtiva.

A equipe deve:

- compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;
- identificar a relação da família com a comunidade;
- identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes.

Atribuições de cada membro das ESF e das ESB

As Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Saúde Bucal trabalham unidas, em conjunto, mas existem atribuições específicas para ambas e para os membros de cada uma

Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;
- garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-refêrência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;
- coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;

- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
- auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Atribuições específicas do médico:

- realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita;
- executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio;
- realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001 (ver p.60 deste Guia);
- aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;

- realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências;
- encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência;
- realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- indicar internação hospitalar;
- solicitar exames complementares;
- verificar e atestar óbito.

Atribuições específicas do enfermeiro

- realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001 (ver p.60 deste Guia);
- aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- organizar e coordenar a criação de grupos de patologias

específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;

- supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Atribuições específicas da auxiliar de enfermagem

- realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais;
- realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe;
- preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos na USF;
- zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências da USF, garantindo o controle de infecção;
- realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico;
- no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- realizar ações de educação em saúde aos grupos de patologias específicas e às famílias de risco, conforme planejamento da USF.

Atribuições específicas do cirurgião dentista

- realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita;
- realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS);
- realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adstrita;

- encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
- realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com planejamento local;
- coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;
- programar e supervisionar o fornecimento de insumos

para as ações coletivas;

- capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD;

Atribuições específicas do TSB (Técnico em Saúde Bucal) ou THD (Técnico de Higiene Dental)

- sob a supervisão do cirurgião dentista, realizar procedimentos preventivos, individuais ou coletivos, nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento, bochechos com flúor, entre outros;
- realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista;



– cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

– acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.

Atribuições específicas do ACD (Atendente de Consultório Dentário)

– proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

– sob supervisão do cirurgião dentista ou do THD, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidênciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental;

– preparar e organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho, sonda, etc.) necessários para o trabalho;

– instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos (trabalho a quatro mãos);

– cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

– agendar o paciente e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento;

– acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de Saúde da Família no tocante à saúde bucal.

Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) mora na comunidade e está vinculado à USF que atende a comunidade. Ele faz parte do time da Saúde da Família!

Quem é o agente comunitário? É alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS

funciona como elo entre a equipe e a comunidade.

Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência. As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

– realizar mapeamento de sua área;

– cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;

– identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;

– identificar áreas de risco;

– orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;

– realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica;

– realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;

– estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;

– desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;

– promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;

– traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;

– identificar parceiros e recursos existentes na comunidade de que possam ser potencializados pela equipes.



Seleção e Capacitação

Depois de definida a adesão do município ao PSF, vem outra etapa igualmente importante: o processo de recrutamento, seleção e qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF)

Primero, o município conclui o processo da adesão ao PSF, definindo o número de equipes, suas áreas de abrangência (os locais), o tempo em que serão implantadas, a modalidade de contratação dos profissionais e a respectiva remuneração.

Com base no diagnóstico elaborado, a Prefeitura dispõe de informações sobre as áreas em que a estratégia Saúde da Família deve ser implementada. Vale ressaltar a importância do diagnóstico de recursos humanos já existentes e a possibilidade de incorporação desses profissionais no PSF.

A política salarial definida para o PSF deve ser única, abrangendo tanto os profissionais que já integravam os quadros da rede e que aderiram à estratégia, quanto os novos, submetidos ao processo de seleção.

Esse processo desencadeia uma nova organização do SUS no município. O pessoal existente que não aderir ao PSF, como os médicos especialistas (pediatra, clínico geral, ginecologista obstetra), deverá ser instalado em uma ou mais unidades de referência, para a qual a USF encaminhará os casos que exigem atendimento especializado.

A comunidade, sobretudo, deve ser conscientizada de que os especialistas atendem apenas os casos encaminhados pela ESF.

Vem a seguir a fase de recrutamento e seleção de pessoal.

Como selecionar profissionais para cada ESF e ESB?

O candidato é avaliado por sua aptidão, postura e vivência, mediante situações de problemas da comunidade. O processo seletivo se inicia com o recrutamento e termina com a aprovação dos candidatos.

Recomenda-se, para evitar transtornos político-administrativos, que todos os passos do processo de seleção sejam claramente definidos, não deixando dúvidas quanto à sua lisura. Para facilitar e agilizar esse processo, é importante que município nomeie uma comissão, aprovada no Conselho Municipal de Saúde (CMS), para realizar e acompanhar o processo de seleção. Essa comissão deve ser constituída por profissionais com experiência em organização de serviços básicos de saúde e de seleção de recursos humanos.

Como age a comissão responsável pela seleção?

A comissão inicia seu trabalho a partir da conclusão do processo de adesão do município ao PSF, quando já estão definidos os requisitos para sua implantação. É a comissão quem elabora e/ou aprova as normas e instrumentos (formulários) para recrutamento, inscrição e seleção de candidatos.

Esta primeira etapa deve considerar o número de habitantes do município, a distância da USF em relação aos outros centros e os demais determinantes que facilitam ou que irão dificultar a aplicação das provas, as análises de currículos e/ou as entrevistas.

Nos municípios de pequeno porte, onde possivelmente o número de candidatos é menor, as etapas do processo de seleção poderão estar limitadas às análises de currículos e entrevistas.

Atribuições da comissão no recrutamento e seleção

- ➔ Elaborar e/ou aprovar as normas e instrumentos (formulários) para recrutamento, inscrição e seleção de candidatos.
- ➔ Acompanhar a divulgação do processo de seleção, que deve utilizar, em tempo hábil, os meios de comunicação disponíveis – rádio, TV, jornais, revistas.
- ➔ Acompanhar o processo de inscrição, que será de responsabilidade da coordenação do PSF no município.
- ➔ Selecionar os objetivos e conteúdos para a avaliação dos candidatos.
- ➔ Elaborar o conteúdo programático e a referência bibliográfica dos temas do processo seletivo.
- ➔ Montar a prova escrita.
- ➔ Elaborar as instruções e as respostas-padrão, fazer a revisão final da prova escrita.
- ➔ Garantir o sigilo; providenciar a impressão final da prova e o seu empacotamento.
- ➔ Preparar a lista de presença, que deverá ser assinada pelos participantes.
- ➔ Aplicar a prova escrita (com participação dos fiscais nomeados pelo Conselho Municipal de Saúde) e realizar a correção.
- ➔ Comunicar o resultado da prova escrita.
- ➔ Preparar e realizar, se for o caso, as entrevistas, os exames práticos e as análises dos currículos.
- ➔ Realizar a revisão e análise dos resultados.
- ➔ Elaborar o relatório final do processo de seleção e encaminhá-lo, com a lista dos aprovados, para a homologação das autoridades competentes.
- ➔ Acompanhar a divulgação da relação dos aprovados no município, logo após o processo de seleção.



Como selecionar o ACS?

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é elemento essencial na equipe Saúde da Família, pois, além de pertencer à comunidade onde exerce as suas atividades, é o principal elo integrador entre comunidade e USF.

Os agentes comunitários são pessoas que, independentemente do nível de escolaridade, cumprem os seguintes requisitos formais, que devem ser observados em seu processo de recrutamento e seleção:

- residem na comunidade há pelo menos dois anos;
- têm 18 anos, ou mais;
- sabem ler e escrever;
- têm disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades de ACS.

O processo de seleção e contratação dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser feito segundo uma lógica própria. Ao contrário dos outros, o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Aprovado, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro instrutor/supervisor.

Qualquer pessoa que se enquadre no perfil estabelecido pode inscrever-se e submeter-se ao processo de seleção, que o município executa com acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde (ou de conselhos locais e/ou distritais, nas cidades maiores). O candidato é avaliado por sua aptidão, postura e vivência mediante simulação de situações de problemas da comunidade, seja por meio de provas escritas, seja em entrevistas individuais e/ou coletivas.

Nesse processo de seleção, também são classificados suplentes, caso seja preciso substituir o titular. Há duas situações em que a substituição pode acontecer:

- quando o titular toma a iniciativa de se afastar, por razões pessoais;
- quando o agente é afastado por não estar cumprindo os compromissos e as atribuições assumidas, ou por estar gerando conflitos na comunidade.

ATENÇÃO! A decisão de afastar um agente deve ser avaliada com muito cuidado, com a participação do profissional responsável pelo acompanhamento do ACS (enfermeiro instrutor/supervisor), pelos demais profissionais da equipe de saúde e pela comunidade com a qual ele trabalha. Em qualquer situação, o afastamento do ACS deve ser informado ao Conselho Municipal de Saúde (ou aos conselhos locais e/ou distritais, nas cidades maiores).

Como contratar os profissionais da ESF?

Além da opção de seleção interna (entre pessoas que já trabalham na Prefeitura), normalmente é necessário contratar profissionais de saúde fora dos quadros municipais. Médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene dental devem ser contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa deve ser a via preferida para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de governo, observados os limites de despesas estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A contratação do ACS é diferente. O contrato do ACS deve ter por base a Lei 9.790/99, que prevê todos os direitos trabalhistas, sob regime de Previdência Geral. A recomendação é que o ACS seja contratado por entidade não lucrativa de interesse público, que efetivará Termo de Parceria com o Município.

Como se inicia a capacitação das ESF?

Por exigir uma nova prática em saúde, recomenda-se que toda equipe da estratégia de Saúde da Família, antes de iniciar as atividades em sua área atuação, inicie um processo específico de capacitação (cursos).

A primeira capacitação é o treinamento introdutório, que deve anteceder ao início do trabalho dos profissionais selecionados.

O treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, com a comunidade, a situação



de sua área de abrangência: os aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários (morbidade/mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e o potencial que a cidade tem para resolvê-los. Esse treinamento ajuda os profissionais a compreenderem e aprenderem os indicadores de saúde, em especial os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas.

O treinamento introdutório deve ser o mais descentralizado possível. De preferência, deve ser feito no próprio município ou na regional a que este pertence. A responsabilidade pela capacitação das equipes é compartilhada entre os integrantes do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente, que pode fazê-la diretamente ou em articulação com o setor de Recursos Humanos do município e/ou da Secretaria Estadual de Saúde.

No treinamento introdutório, os futuros integrantes das ESF devem ser informados sobre as características da integração do município no SUS, seu tipo de gestão frente às normas vigentes no funcionamento do SUS. Devem saber, também, os princípios operacionais do PSF, tais como:

- a definição territorial/adstrição da clientela;

- a organização do processo de trabalho para resolução dos problemas identificados no território;
- a noção da família como foco da assistência;
- o trabalho em equipe interdisciplinar;
- os vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e as famílias assistidas;
- a noção de que as ações devem se caracterizar pela integralidade (atendimento a todos, sem distinção), resolutividade (capacidade de dar solução aos problemas de saúde da comunidade) e intersetorialidade (colaboração entre os diferentes setores);
- a importância do estímulo à participação social.

Esse é um trabalho complexo, que exige dos profissionais conhecimentos específicos da sua profissão (método clínico e fundamento de enfermagem), além de conhecimento do método epidemiológico. Exige, igualmente, bom senso para trabalhar as relações interpessoais, ou seja, capacidade para lidar com as várias dimensões do ser humano.

Pólo de Capacitação – o que é e como funciona

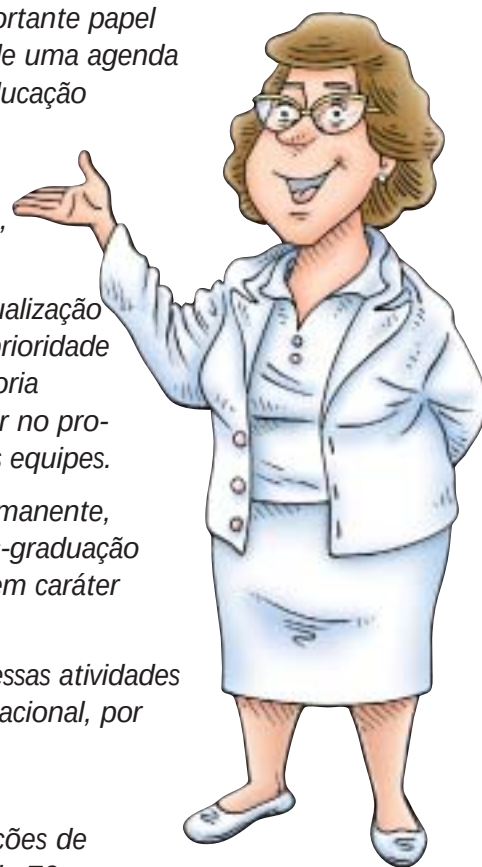
- O Pólo de Capacitação é o espaço de articulação de uma ou mais entidades voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Essas entidades são vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integram com secretarias estaduais e municipais de saúde para implementarem programas de capacitação destinados aos profissionais de Saúde da Família.
- Os Pólos de Capacitação, portanto, formam uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltadas para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de saúde da família, no âmbito o SUS.
- Os Pólos vêm possibilitando, aos profissionais de Saúde da Família, a adequação e o desenvolvimento de habilidades de forma a capacitá-los para a abordagem da atenção, exercida de forma contínua, integral e coordenada.
- Já estão implantados em todos os estados. Essa rede congrega, atualmente, mais de 100 instituições de ensino superior – Universidades, Faculdades e Escolas de Medicina e Enfermagem – e vem exercendo um importante papel junto aos gestores do SUS na formulação e operacionalização de uma agenda de trabalho voltada para orientar a formação, capacitação e educação permanente das Equipes de Saúde da Família.
- Os Pólos oferecem um conjunto de ações, voltadas para curto, médio e longo prazo.

Curto prazo – Ofertar capacitação introdutória, cursos de atualização destinados às abordagens coletiva e clínica individuais (com prioridade nas áreas estratégicas da atenção básica), objetivando a melhoria permanente da resolutividade por parte das equipes. Contribuir no processo de acompanhamento e avaliação do desempenho dessas equipes.

Médio e longo prazo – Implantar programas de educação permanente, promover transformações em nível de graduação, cursos de pós-graduação que envolvem especialização em Saúde da Família e residência em caráter multiprofissional.

Os recursos financeiros alocados pelo Ministério da Saúde para essas atividades são provenientes do orçamento federal e de empréstimo internacional, por intermédio do Projeto Reforsus.

O Ministério da Saúde já assinou contratos com várias instituições de ensino superior, de todo o Brasil, para a realização, em 2002, de 70 cursos de especialização (2.100 profissionais beneficiados) e 24 residências multiprofissionais (480 profissionais beneficiados).





Qual a metodologia recomendada?

Os profissionais de saúde, no dia-a-dia de seu trabalho, mantêm contato direto com a população, vêem de perto a realidade social, econômica e cultural das comunidades inseridas no PSF. Portanto, a metodologia a ser usada para ajudar na compreensão desses problemas deve ter como princípio essa experiência, estimulando a reflexão de meios para a construção das práticas profissionais, buscando novas soluções para as dificuldades encontradas.

Cursos com momentos de concentração e dispersão são sugeridos às equipes de Atenção Básica, uma vez que propiciam momentos de reflexões com foco na realidade vivida pelos profissionais. Recomenda-se que a educação permanente envolva todos os componentes das Equipes da Saúde da Família, o que ajuda a fortalecer o trabalho em equipe e as relações entre as pessoas (veja na página 82 informações mais detalhadas sobre educação permanente).

Os conteúdos específicos de cada categoria profissional devem ser abordados em separado. O conteúdo

poderá ser orientado por módulos, segundo as recomendações do Caderno de Atenção Básica Nº 3 – Educação Permanente.

Para cada módulo e objetivo, sugerimos a utilização de técnicas complementares de ensino que poderão ser utilizadas pelo instrutor (facilitador), tais como: exposição oral, dramatização, estudo de caso, trabalho em grupo, colagens, discussões coletivas, atividades práticas, exibição e discussão de vídeos.

Espera-se que o instrutor tenha:

- conhecimento sobre a evolução das políticas públicas de saúde e a estratégia da Saúde da Família como eixo de reorientação da Atenção Básica;
- experiência em articulação e negociação de interesses e conflitos;
- algum domínio de metodologias pedagógicas problematizadoras (em que se dá forma aos diferentes problemas);
- conhecimento da estrutura e funcionamento do sistema de saúde local.

ATENÇÃO! Caso necessário, os instrutores deverão receber uma capacitação técnico-pedagógica, podendo contar com os Pólos de Capacitação e Educação Permanente para Saúde da Família, existentes em todas as Unidades da Federação.

Como realizar a Educação Permanente?

Após o treinamento introdutório, as equipes são inseridas em um processo de educação permanente, para possibilitar o desenvolvimento constante de suas competências como equipe generalista.

As Equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

- atuar nas áreas já definidas como estratégicas: controle da tuberculose, da hipertensão e da diabetes mellitus, eliminação da hanseníase, ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal;

– prestar atenção integral e contínua a todos os membros das famílias da população adstrita à USF, em cada uma das fases de seu ciclo de vida;

– ter consciência do compromisso de dar atenção integral também aos indivíduos saudáveis da comunidade;

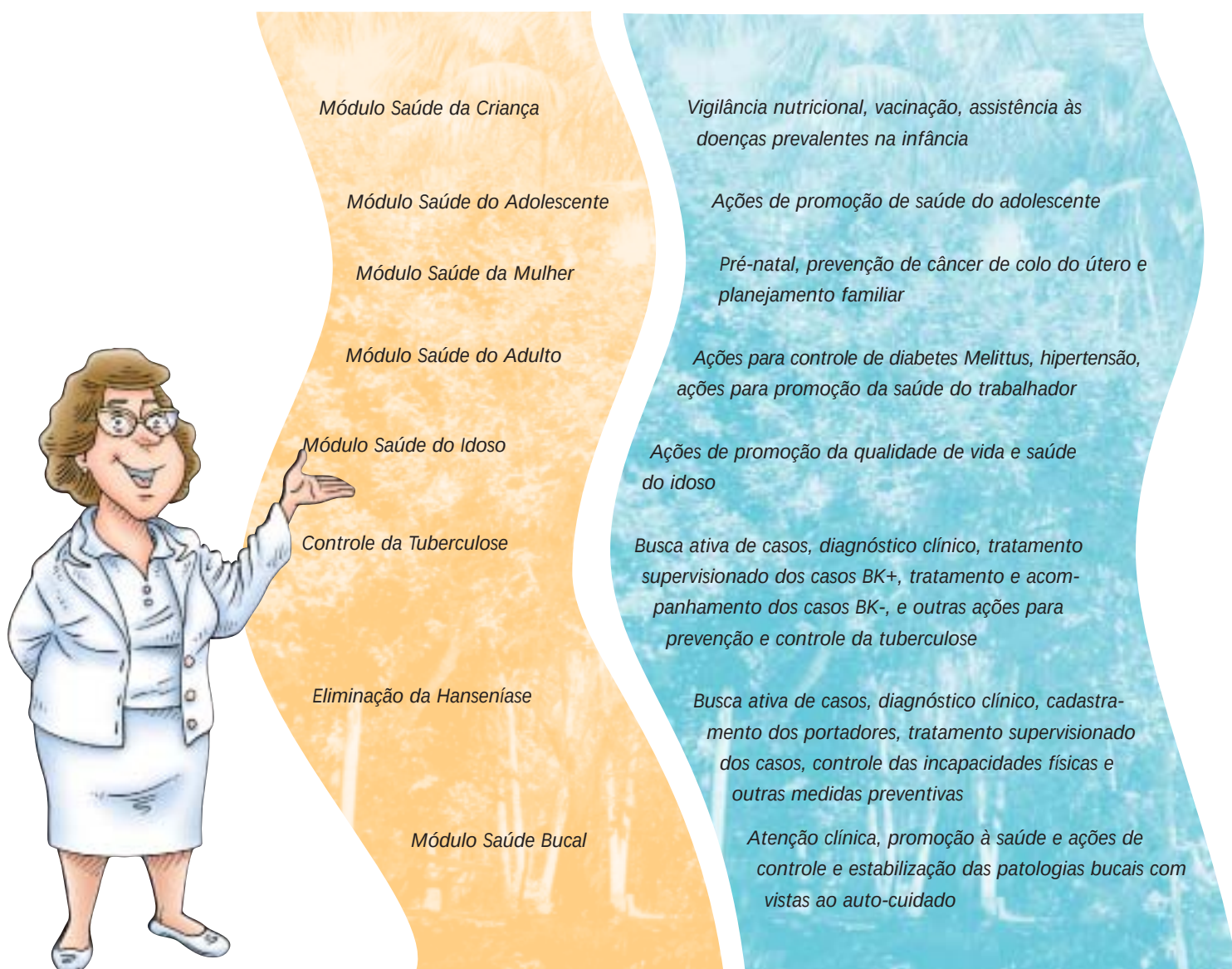
– participar do processo de planejamento das ações de saúde em sua área de abrangência, tendo por base o conhecimento da realidade social, econômica, cultural, e o perfil epidemiológico da população, com enfoque estratégico;

– ter capacidade de agir em sintonia com os demais integrantes da equipe, individualmente e em grupo,

compreendendo o significado do trabalho em equipe, o seu papel e o sentido da complementaridade das ações no trabalho em saúde.

ATENÇÃO! Entre as prioridades das ESF está o desenvolvimento de ações programáticas, de acordo com a fase do ciclo de vida das pessoas, sem perder de vista o seu contexto familiar e social, e garantindo uma abordagem integral da assistência à saúde.

Para a elaboração do projeto de educação permanente na estratégia Saúde da Família, propomos, como conteúdos programáticos, a abordagem de aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, políticos e as fases do ciclo de vida, capacitando as equipes para as ações da Atenção Básica:



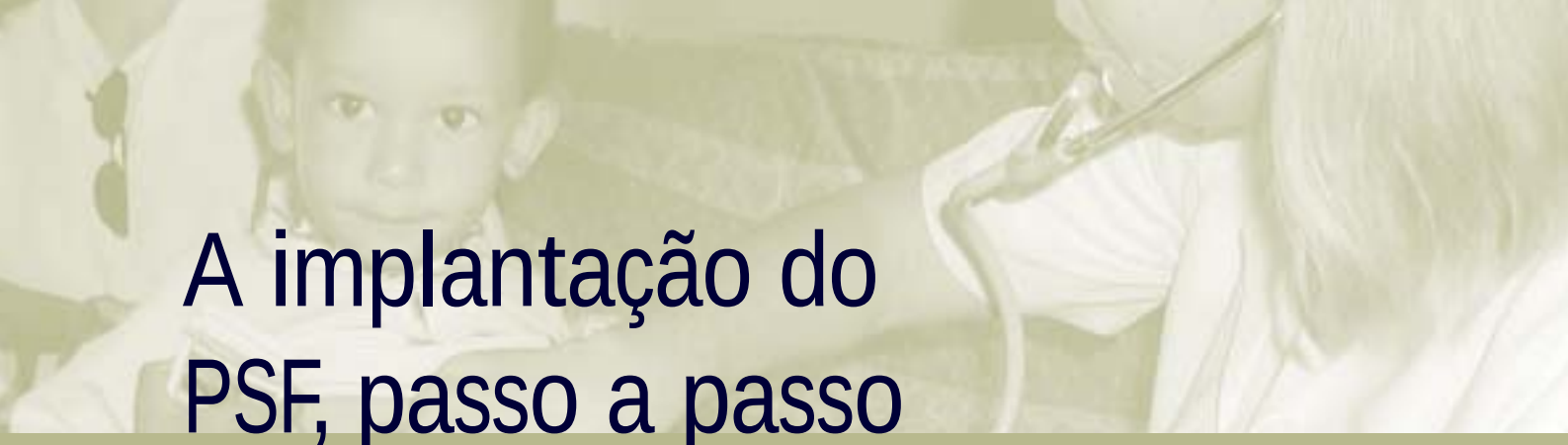
Algumas prioridades da Educação Permanente

Considerando a dinâmica e complexidade do cotidiano de cada município, os programas de educação permanente devem priorizar o controle das endemias — em especial na Região Amazônica —, conforme a situação epidemiológica.

Nos grandes centros urbanos, devem dar atenção especial a conteúdos que façam parte da realidade local. Por exemplo:

- *Violência*
- *Drogas*
- *Prostituição*
- *Crianças em situação de risco*
- *Saúde mental*
- *Saúde bucal*
- *Saúde do trabalhador*
- *Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS*
- *Exclusão social: desemprego, miséria, discriminação*
- *Cidadania, direitos humanos, movimentos sociais e urbanos*
- *Equipamentos sociais coletivos*





A implantação do PSF, passo a passo

Tomada a decisão política de implantar o PSF no município, é preciso debater amplamente com a população para que todos de fato entendam e participem

O primeiro passo para a implantação da estratégia de Saúde da Família é, como já foi dito, a vontade política do prefeito. O prefeito e o secretário municipal de Saúde devem estar firmemente decididos a implantar o PSF. Mais que isso, precisam estar convencidos de que o PSF pode, de fato, contribuir para reorganizar a Atenção Básica com a melhora efetiva do sistema de saúde do município e da qualidade de vida das pessoas.

Ainda como parte do passo inicial desse processo de implantação, é fundamental que gestores, profissionais de saúde, políticos e a população em geral compreendam que o PSF é uma estratégia de organização da Atenção Básica e, conseqüentemente, de todo o SUS. É indispensável a participação de todos os atores envolvidos com o sistema, para se efetivar esse processo de mudança. É uma mudança em profundidade, que exige a participação de todos.

O passo seguinte, para ser bem sucedido, depende do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Além de aprovar formalmente a proposta de implantação do Programa Saúde da Família, o Conselho deve, no exercício da função de controle social, acompanhar o processo de implantação e a operação do Programa. A participação ativa dos Conselhos Municipais, Locais ou Distritais pode contribuir muito para a garantia do cumprimento das diretrizes essenciais que caracterizam o PSF. Nos momentos de transição das administrações municipais, o Conselho Municipal de Saúde deve estar atento, para evitar descontinuidade do programa.

É nessa perspectiva de mudança radical que o PSF deve ser debatido, com a participação de todo o sistema de saúde, a começar pelas unidades básicas ou de pronto atendimento (especialmente aquelas que passarão a ser USF), hospitais, unidades de referência e instituições formadoras de recursos

humanos que atuam no município ou na região.

Esses momentos podem ser oportunos para a divulgação de experiências bem sucedidas do PSF em outros municípios, que ajudem a dar credibilidade e a mostrar como a Saúde da Família funciona na prática.

Como elaborar a proposta de implantação?

A proposta de implantação do PSF deve prever:

- a adequação física;
- os recursos humanos;
- os equipamentos necessários para garantir que a USF possa responder aos problemas de saúde das famílias na área sob sua responsabilidade.

A proposta de implantação do PSF deve apontar:

- referência e contra-referência dos usuários;
- apoio ao diagnóstico laboratorial e de imagem (RX e ultra-som);
- assistência farmacêutica;
- proposta de gerenciamento do trabalho.

Elaborar a proposta de implantação é tarefa do Município que, para isso, deve contar com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde. O processo possui várias etapas, sendo que algumas podem ser simultâneas:

Identificar as áreas prioritárias

O primeiro passo na elaboração da proposta de implantação é a definição das áreas prioritárias a serem cobertas pelo PSF. A prioridade nº 1 é que todos tenham acesso aos serviços de saúde, para garantir o princípio da igualdade dos cidadãos. Daí a necessidade, em alguns municípios, de expandir a rede básica, para assistir periferias urbanas e zonas rurais que estavam desprovidas de oferta de serviços de saúde.

Outro critério fundamental na escolha da área prioritária são os fatores de risco social, como concentração de pobreza e exclusão social. Em locais com essas características, é maior a probabilidade de as pessoas adoecerem e morrerem.

NÃO ESQUEÇA! A implantação de equipes isoladas, que não cobrem 100% das áreas consideradas prioritárias, tende a ter pouca eficácia e baixo impacto.

IMPORTANTE! As áreas de atuação das ESF e ESB devem ser comuns, possibilitando o desenvolvimento de ações conjuntas.

Levantar o número de habitantes

Esse levantamento deve ser feito buscando-se as fontes de dados disponíveis. Às vezes, as áreas escolhidas não correspondem aos setores dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Além do IBGE, outras instituições costumam ter informações sobre o número de habitantes do município. Por exemplo: a Secretaria de Planejamento da Prefeitura, a Secretaria de Ação Social, as associações comunitárias, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a EMATER, entre outros.

Atenção especial deve ser dedicada a esse item nos municípios que trabalham com referenciamento geográfico de informações, para haver compatibilidade com as bases territoriais dos bancos de dados do PSF.

Calcular o número de ACS, ESF e ESB

Cada Equipe de Saúde da Família deve acompanhar de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde a uma população

entre 2.400 e 4.500 pessoas. Cada ACS (recomenda-se de 4 a 6, por equipe) é responsável pelo acompanhamento de uma microárea, onde residem de 400 a 750 pessoas. O ACS, como já foi ressaltado, reside na microárea onde atua.

A definição do número de ESF e de ACS depende do número de famílias ou pessoas que cada um irá acompanhar. Essa definição depende das características do território: a distância das casas, as barreiras de acesso (rios, montanhas, inexistência de transporte adequado), a natureza e a dimensão dos problemas (área de risco social ou ambiental).

Assim, para se calcular o número de ESF e de ACS em uma área, divide-se a população da área ou município pelo número de pessoas que cada ESF ou ACS irá assistir.

ATENÇÃO! O número máximo de Equipes de Saúde da Família financiadas pelo Ministério, nas normas vigentes até novembro de 2001, é calculado dividindo-se o total de habitantes do município por 3.450.

Para a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), a população a ser coberta por cada equipe deverá ser de até 6.900 pessoas, na proporção de uma ESB para cada duas ESF implantadas. Aos municípios com população inferior a 6.900, a relação que se estabelece é de uma ESB para uma ESF. Para que as ESB passem a atuar no município, nos moldes propostos pelo PSF, todas as ações de saúde bucal devem estar sendo debatidas, também, em todos os fóruns propostos.

ATENÇÃO! Receberão o incentivo saúde bucal, que compõe a fração do PAB variável, os municípios que implantarem as ESB na estratégia de Saúde da Família.

Mapear as áreas e microáreas

Definido o número de ESF, ESB e de ACS, é hora de mapear as áreas e microáreas de atuação, tendo por base uma planta atualizada do município. Definem-se ali as áreas consideradas prioritárias para implantação do Programa Saúde da Família.

O próximo passo é dividir as áreas de atuação de cada equipe. Essas áreas, por sua vez, são divididas em microáreas, nas quais os ACS deverão atuar.

Como iniciar o diagnóstico

Para se fazer o diagnóstico adequado da comunidade, é necessário que os dados coletados sejam abrangentes, com informações referentes aos aspectos demográficos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, em especial o saneamento básico.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) devem realizar o cadastramento de todas as famílias, por meio de visitas aos domicílios. Destaca-se, nesse trabalho, a participação do Agente Comunitário de saúde (ACS).

É durante as visitas que são observadas as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, as condições de moradia, saneamento, do meio ambiente, e os possíveis fatores de risco à saúde presentes no local.

O diagnóstico adequado depende também de informações sobre detalhes dos aspectos familiares, como a quantidade de membros da família, escolaridade, situação conjugal, a ocupação de cada um, além de informações sobre os riscos presentes ou riscos potenciais para os integrantes da família.

Essa etapa é o primeiro passo para se criar o vínculo dos membros da USF com a família. É aí que começa a ser desenvolvida uma relação, que será melhor quanto mais aberta e amável possível.

Como fazer a coleta de dados?

O cadastro das famílias era anteriormente registrado nos formulários do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e hoje deve ser registrado nos formulários do Cadastro Nacional de Usuários do Cartão Nacional de Saúde, regulamentado pela Portaria MS/GM 017/2001.

O cadastro Nacional de Usuários é o primeiro passo para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território brasileiro. O cartão é uma importante ferramenta para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a gestão do sistema e contribuindo para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário.

A realização do cadastramento domiciliar de base nacional, aliado à possibilidade de manutenção dessa base cadastral atualizada, pode permitir aos gestores do SUS a construção de políticas sociais integradas e intersetoriais (educação, trabalho, assistência social, tributos etc.) nos diversos níveis de governo.

Nos campos de atendimento aos usuários do SUS e de organização do sistema de saúde, o cadastramento é condição para a implantação do Cartão Nacional de Saúde. O cartão contribui para o desenvolvimento de ações programáticas estratégicas, ações de vigilância epidemiológica, assistência ambulatorial e hospitalar, fortalecimento dos sistemas de referência e contra-referência, controle e avaliação, entre outras.

O cadastramento tem outras vantagens. Representa um esforço de integração entre as informações para a organização da atenção básica e aquelas a ser utilizadas para a emissão de números de identificação necessários na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Para a atenção básica, esse formato de cadastramento tem, como vantagens:

- Fortalecimento do vínculo entre indivíduos e unidade básica de saúde, por meio da oferta organizada de servi-

ços e do acompanhamento, pelos profissionais da rede básica, da trajetória dos indivíduos na rede de serviços.

- Possibilidade de trabalhar com enfoque na vigilância à saúde, por meio do diagnóstico das condições de saúde e do perfil epidemiológico da população adscrita da unidade básica, favorecendo a intervenção sobre os fatores determinantes de saúde e possibilitando o acompanhamento dos grupos de risco.
- Melhoria da qualidade do atendimento, pelo acesso a informações dos usuários.
- Potencialização das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, por meio da localização espacial de casos e contatos domiciliares, dos faltosos aos programas, facilitando a realização de ações de busca ativa, vacinação de bloqueio, acompanhamento domiciliar, tratamento supervisionado, entre outras, de modo ágil e oportuno.
- Melhoria da qualidade dos sistemas de informação cujos dados são gerados nas unidades básicas, pela individualização dos registros e delimitação da população. Possibilita, portanto, a produção de indicadores mais precisos, potencializando a capacidade de avaliação dos resultados da atenção básica.

Estratégias de cadastramento

O cadastramento dos usuários deve ser realizado pelos agentes comunitários, no próprio domicílio, por meio de entrevista durante a visita à família. É fundamental que os dados provenientes do cadastramento tenham a melhor qualidade possível.

Recomenda-se o cadastro a partir das visitas domiciliares, já que essa metodologia permite:

- diminuir a ocorrência de erros e inconsistências
- conseguir a identificação correta do endereçamento, facilitando a distribuição dos cartões, quando de sua emissão
- definir as áreas de abrangência e a adscrição de clientela no mapeamento e territorialização do município, induzindo à organização das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde

- vincular o indivíduo ao domicílio, favorecendo a realização de atividades de âmbito coletivo, como busca ativa de comunicantes de doença infecciosas, bloqueio vacinal etc.

- favorecer o diagnóstico das condições de vida da população residente, permitindo estabelecer correlações entre estas e os determinantes dos problemas de saúde identificados na população.

Mais informações sobre o Cartão Nacional de Saúde podem ser obtidas no endereço eletrônico (e-mail)

www.saude.gov.br/cartao

Os dados do cadastro nacional de usuários e domicílios serão utilizados pelo SIAB, sendo uma das fontes para o diagnóstico da situação de vida da comunidade.

É importante elaborar um roteiro para as entrevistas com as famílias e a coleta dos dados, o que torna mais preciso o diagnóstico a ser feito. As equipes de saúde certamente farão anotações importantes, a partir da observação direta da realidade da família. Esses dados poderão ajudar no diagnóstico, mas as informações indispensáveis são as que compõem o formulário do cadastro. São as seguintes:

a. Dados demográficos:

- Endereço
- Idade (de cada membro da família)
- Sexo (de cada membro da família)
- Origem dos membros da família (onde nasceu cada um, por que cidades e endereços passou até chegar ao atual)

b. Dados sócioeconômicos:

- Condições de trabalho, de ocupação, de estudo de cada integrante da família (cuidado para não confundir desempregado com desocupado. Por exemplo: um adolescente que não estuda nem trabalha não deve ser considerado como desempregado, mas, sim, como desocupado, já que se trata de uma condição diferente de um adulto na mesma situação)



- Condições de moradia (tipo da habitação, número de cômodos ou peças, energia elétrica e saneamento básico, abastecimento, tratamento e armazenamento da água, destino dos dejetos e do lixo)
- Escolaridade (de cada membro da família)

c. Dados socioculturais:

- Estrutura familiar (composição, situação conjugal, papéis, hierarquia etc. É importante ter cuidado ao formular tais questões. Em muitos momentos, é preferível observar a maioria desses aspectos durante a entrevista, evitando fazer perguntas embaraçosas que servirão muito mais para afastar o entrevistado).

Que dados completam o cadastramento das famílias?

As informações que compõem o cadastramento das famílias, devidamente consolidadas e organizadas, são indispensáveis para o trabalho de Saúde da Família. Para melhor identificação da área trabalhada, as equipes de saúde devem utilizar outras fontes de informação, a começar pelos dados oficiais do IBGE, de cartórios e secretarias de Saúde.

Devem também ser valorizadas fontes qualificadas da própria comunidade, como instituições locais e grupos sociais organizados. Essas informações também auxiliam a ESF a elaborar um planejamento factível e adequado às reais necessidades da população local. Atenção aos fatores identificados como prováveis causadores de doenças nos indivíduos, dentro do contexto familiar ou ambiental, e como esses indivíduos reagem a esses fatores.

É muito importante identificar as microáreas de risco. São as áreas que possuem fatores de riscos e/ou barreiras geográficas ou culturais (tudo aquilo que dificulta ou impede a chegada das equipes e o contato da comunidade com o serviço de saúde), ou ainda áreas com indicadores de saúde muito ruins.

A identificação dessas áreas, pessoas ou famílias que precisam de atenção especial é fundamental para que sejam programadas ações específicas e atividades de acompanhamento permanente àquela comunidade. A necessidade de atenção especial pode ser causada por uma situação de desequilíbrio já existente na área, ou porque tal comunidade está sujeita a situações de maior risco de adoecer ou morrer.

ATENÇÃO! Fator de Risco à saúde é algo que favorece o surgimento ou o agravamento de uma doença, qualquer que seja ela: física, mental ou social. O grupo populacional que concentra mais risco à saúde é chamado

de Grupo de Risco e, portanto, merece atenção especial da equipe de saúde.

Como se faz a análise de dados?

Após a coleta dos dados e preenchimento do cadastro, é fundamental que a ESF os consolide e converta em informações a ser analisadas na elaboração do diagnóstico da área, orientando sua programação e o processo permanente de avaliação da realidade local. Recomenda-se que, após a consolidação dos dados, as Equipes de Saúde da Família, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, promovam um seminário para apresentar às demais secretarias as informações colhidas e a realidade encontrada em cada área do município.

Ao final do processo de coleta e consolidação de dados, devem estar disponíveis ao município e ao sistema de saúde:

- a distribuição da população por faixa etária e por sexo, e sua distribuição geográfica

- as condições de moradia, inclusive os aspectos ligados ao saneamento básico

- o grau de escolaridade e o tipo de ocupação dos membros da área

- a identificação das lideranças locais, dos grupos religiosos e das formas de organização social da localidade

Uma vez consolidados os dados sobre as famílias e suas áreas, as informações devem ser apresentadas para os gestores municipais e a população. As Equipes de Saúde da Família poderão, junto com a comunidade de sua área de abrangência, realizar o planejamento de trabalho de cada equipe, dando maior ênfase às áreas de risco e aos aspectos do ciclo de vida.

Cabe ainda à ESF organizar atividades permanentes de promoção da saúde, tanto nos espaços da USF quanto no domicílio e nas demais áreas potenciais disponíveis.

A atenção à saúde das famílias, nas áreas adscritas, deve ser desenvolvida de forma integral, racional e tecnicamente apropriada, estimulando seus membros, sempre que possível, à prática de autocuidados.





Acompanhamento e avaliação das atividades

Como saber se os projetos evoluem como planejado e se as ações estão de fato melhorando as condições de vida e os indicadores de saúde

Todo projeto, programa ou atividade deve ser devidamente acompanhado, para se verificar se está andando como planejado. Deve também ser avaliado, para se observar se as ações estão realmente melhorando as condições de vida e os indicadores de saúde da população coberta.

Com o Saúde da Família não pode ser diferente. Apesar dos conhecidos resultados positivos obtidos com a implantação dessa estratégia pelo país afora, é importante que os gestores, gerentes e equipes acompanhem as atividades realizadas pelas ESF e ESB, verifiquem se estão sendo executadas em quantidade e qualidade desejadas, e se estão levando à melhoria na situação de saúde da população coberta.

O SIAB e o Cartão Nacional de Saúde

Vimos anteriormente que, no início das atividades da equipe, é necessária a realização do cadastro dos usuários e famílias da área. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade daquela população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida.

Essas informações servirão para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para que cumpram seu objetivo de melhorar as condições encontradas. O cadastro destas famílias era anteriormente registrado no SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) e hoje deve ser registrado no Cadastro Nacional de Usuários do Car-

tão Nacional de Saúde. Os dados do Cartão Nacional de Saúde serão aproveitados pelo SIAB.

O SIAB é um método, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que permite o registro de diversas informações de interesse das equipes e do gestor local, relativas à saúde da população coberta e ao andamento das atividades das equipes. Permite ainda que sejam feitas avaliações do trabalho realizado e de seu impacto na organização do sistema e na saúde da população.

O SIAB é, portanto, um sistema de informação. Sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização (uso de computador) e gera relatórios de acompanhamento e avaliação.

A partir da leitura do banco de dados do cadastro dos usuários, é possível obter relatórios que vão mostrar como está a situação de vida e saúde dessa população.

Após o planejamento e o início das atividades das equipes, é possível monitorar o trabalho realizado e saber se estão cumprindo as atividades previstas. Para isto, foram desenvolvidos no SIAB dois módulos: 1) o de registro de atividades, procedimentos e notificações; 2) o de acompanhamento de grupos de risco.

O Módulo de Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações deve ser preenchido por todos os profissionais da equipe, todos os dias. Cada profissional tem uma ficha e, nela, os médicos, enfermeiros, auxiliares e ACS vão registrar todas as atividades e procedimentos que realizaram.

Nela deve ser feito também o registro dos “marcadores”. Esses são algumas doenças ou situações indesejáveis



que, se detectados nos atendimentos e visitas, devem ser registrados. Esses marcadores, pré-determinados pelo SIAB, vão indicar para a equipe se a prevenção e promoção de saúde estão tendo bons resultados. São doenças ou situações, como por exemplo óbitos infantis, hospitalizações, etc., que, se, encontrados em um grande número podem indicar que a equipe precisa reorganizar sua forma de trabalho, garantindo maior acesso da população ao serviço de saúde, e também intensificar as ações preventivas.

No final do mês, essas fichas são consolidadas pela equipe e enviadas para a digitação (quando esta não é feita na própria unidade de saúde). Então é possível obter relatórios que vão mostrar tudo o que a equipe realizou no último mês. Essas informações devem ser analisadas pela equipe, pelo gestor municipal e por todos os interessados.

É importante lembrar que o acompanhamento das atividades deve ser rotineiro, seja pela própria equipe que as executa, seja pelo gerente de unidade ou gestor municí-

pal. Só assim é possível detectar distorções e realizar a correção de rumos.

Para exemplificar: é de pouca utilidade a verificação de que se elevou o número de diarreias em crianças, que existem crianças sem estarem vacinadas, ou que aumentou a taxa de abandono dos tratamentos de tuberculose, um ano depois de o problema ter acontecido.

A informação deve estar disponível em tempo oportuno, permitindo a tomada de decisões para o enfrentamento imediato dos problemas identificados. A correção de trajetória deve se dar o mais breve possível, para a obtenção de resultados positivos com a estratégia.

Outro módulo de monitoramento é o de Acompanhamento de Grupos de Risco. Por meio dele, os Agentes Comunitários de Saúde realizam o cadastro e acompanhamento de usuários de risco. Hoje o sistema possui fichas e prevê o acompanhamento de diabéticos, hipertensos, portadores

de hanseníase e tuberculose, gestantes e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças.

No diagnóstico da comunidade pode ter surgido outra situação, caracterizada como de importante risco para o adoecimento e morte na população. É claro que, em casos assim, o município poderá desenvolver um método de registro específico e realizar o monitoramento.

Também as fichas de Acompanhamento de Grupos de Risco são consolidadas ao final do mês, sempre com a supervisão do enfermeiro instrutor/supervisor, e algumas informações são digitadas no SIAB. A partir daí, é possível monitorar, também, como anda o acompanhamento dos grupos de risco pelas equipes de saúde da família. A consolidação desses dados permite ainda o cálculo de indicadores de saúde e seu acompanhamento ao longo do tempo.

ATENÇÃO! Como pode ser observado, o SIAB é uma ferramenta de planejamento e acompanhamento, principalmente no âmbito local.

CUIDADO! Ao iniciar as atividades de uma equipe, a Secretaria Municipal de Saúde deve cadastrar todos os profissionais no SIAB e atualizar os dados sempre que houver troca desses profissionais. É a partir dessa informação que o Ministério da Saúde faz o pagamento, aos municípios, dos incentivos do PACS e PSF.

Os municípios devem preencher o sistema com o código, nome completo, endereço completo, registro profissional e CPF do médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dental (estes dois últimos se houver ESB na USF).

No caso dos auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório dentário, devem ser registrados o código, nome completo, endereço completo e CPF desses profissionais.

No cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde, devem ser registrados o código, nome completo, endereço completo, identidade, idade, sexo e grau de escolaridade.

Todo mês o município deve enviar, para o Regional de Saúde ou Secretaria Estadual, os dados registrados no SIAB – no caso de estados que não têm regionais. Os estados enviam os dados para o DATASUS e, após um primeiro processamento, as bases de dados são enviadas para o Ministério da Saúde.

IMPORTANTE! Se o município deixa de informar o SIAB durante dois meses seguidos ou três alternados, o pagamento dos incentivos é automaticamente bloqueado.

ATENÇÃO! Muitos municípios acham que o SIAB não tem nenhuma utilidade. Só digitam os dados dos relatórios para que sejam enviados para a secretaria estadual e o ministério para gerar pagamento de incentivos. Por todo o exposto acima, podemos ver que o SIAB é sim uma ferramenta para as gestões estaduais e federal, mas sua maior importância e potencial de utilização estão no âmbito da gestão municipal e local.

Pacto dos Indicadores da Atenção Básica

O Ministério da Saúde, após discussão com os representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde (CONASS e CONASEMS), vem utilizando, desde 1999, uma outra forma de analisar o desempenho dos municípios na execução das ações básicas de saúde. Essa nova forma de avaliação é o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

ATENÇÃO! Indicador é um número que utiliza dados de saúde e populacionais para o seu cálculo. Permite medir a mudança na situação de saúde de uma população, para melhor ou para pior.

Os três níveis de gestão selecionaram, para o ano de 2001, 17 indicadores para os municípios e 19 para os estados. Nesse processo de avaliação, todos os municípios devem se comprometer e firmar um PACTO com os estados, dizendo o quanto irão modificar os indicadores de saúde naquele ano. Os estados, por sua vez, devem firmar um PACTO com o Ministério da Saúde, dizendo também o quanto deverá haver de melhoria nas condições de vida e saúde da população. Tudo isto traduzido e quantificado pelos indicadores.

Recomenda-se que as metas do município sejam debatidas e pactuadas com os profissionais de saúde e comunidade. Cada ESF deve combinar as suas metas, de forma que o conjunto de suas ações se reflita nos indicadores de saúde do município.

Os indicadores selecionados para 2001 trazem grande influência da Agenda Nacional de Saúde, estabelecida pelo Ministério da Saúde, e abordam as áreas estratégicas da Atenção Básica.

Monitoramento da implantação das equipes

Preocupados com a qualidade da implantação das equipes de Saúde da Família nos inúmeros municípios e estados que fizeram a opção por esta estratégia, o Ministério da Saúde vem adotando, juntamente com as secretarias estaduais, uma sistemática de visita e entrevista às equipes.

São verificados diversos aspectos relacionados à implantação do programa e à adequação aos princípios propostos, como o de territorialização e adscrição de clientela. Outro ponto importante é a situação de infra-estrutura das unidades de saúde onde as equipes realizam seu trabalho. É imprescindível que as equipes tenham insumos e equipamentos suficientes para que possam realizar uma assistência à saúde resolutive.

São verificados pontos relativos ao processo de traba-

lho das equipes, como os diversos profissionais se articulam e quais atividades a equipe realiza. O objetivo é verificar se a equipe vem prestando assistência integral à população sob a sua responsabilidade. A equipe deve informar, ainda, se a população vem tendo acesso a serviços de maior complexidade, como internações e exames especializados, quando os mesmos são necessários.

O monitoramento também quer verificar a composição das equipes, qual a jornada de trabalho, o vínculo dos profissionais com o empregador e as capacitações já realizadas.

Com esta metodologia de verificação do estágio de implantação e funcionamento das equipes, os níveis federal e estadual passam a contar com informações importantes e necessárias para realizar o acompanhamento da implantação da estratégia Saúde da Família nos municípios, o que permite em tempo oportuno corrigir distorções que podem interferir na qualidade das ações de saúde e dos resultados esperados.





Responsabilidades de cada nível de governo no Programa Saúde da Família

Para que o PSF possa ser implantado e funcione adequadamente, é preciso que todos participem: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Compete ao Ministério da Saúde

- Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde.
- Definir e rever normas e diretrizes para implantação do PSF, na medida em que forem se acumulando experiências que apontem essa necessidade.
- Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do programa.
- Definir mecanismos e prioridades de alocação de recursos federais para implantação e manutenção do programa, de acordo com os princípios de SUS.
- Regulamentar os mecanismos de cadastramento, inclusão e exclusão das equipes e profissionais para fins de pagamento de incentivos federais.
- Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, os requisitos específicos para implantação/ampliação do programa, bem como os fluxos para qualificação das equipes e dos agentes comunitários de saúde.
- Prestar assessoria técnica aos Estados e Municípios no processo de implantação e expansão do programa.
- Disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais das equipes.
- Disponibilizar e assessorar Estados e Municípios na

implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

- Consolidar e analisar dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informações, divulgando os resultados obtidos.
- Articular e promover o intercâmbio de experiências, buscando o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica.
- Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da estratégia de Saúde da Família no país.

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde

- Definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação dos programas e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional.
- Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde, por meio do estímulo à adoção da estratégia do Programa Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde.
- Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e as diretrizes complementares do programa.
- Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.

- Definir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa.
- Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, os requisitos específicos para implantação/ampliação do programa, bem como os fluxos para qualificação do PSF no Estado.
- Prestar assessoria técnica aos Municípios em todo o processo de implantação/ampliação, monitoramento e gerenciamento do programa.
- Disponibilizar aos Municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos ACS.
- Capacitar e garantir processo de educação permanente aos profissionais de saúde membros das ESF, por meio dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, articulando demandas e participando da coordenação de propostas.
- Assessorar os Municípios para implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelo PSF.

Tipos de Incentivos ao PSF promovidos pelos Estados

Muitos estados já definiram, em seus orçamentos, incentivos para apoiar a implantação do Programa Saúde da Família. Exemplos de linhas de incentivos criadas:

- ➔ *Incentivo financeiro mensal para manutenção de equipes de saúde da família e de saúde bucal*
- ➔ *Bônus financeiro para implantação de equipes de saúde bucal*
- ➔ *Cessão de profissionais para atuar nas equipes*
- ➔ *Doação de equipamentos para as Unidades de Saúde da Família*
- ➔ *Doação de meios de transporte e meios de comunicação*
- ➔ *Apoio à construção e reforma de Unidades de Saúde da Família*
- ➔ *Apoio financeiro à capacitação dos profissionais em atuação nas equipes*



- Consolidar e analisar os dados de interesse estadual, gerados pelo sistema de informação, e divulgar os resultados obtidos.
- Controlar o cumprimento, pelos Municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação, retornando as informações para os mesmos.
- Acompanhar todas as etapas da implantação e desenvolvimento do PSF nos Municípios, por meio de indicadores de estrutura, processo e resultados previamente pactuados.
- Oferecer supervisão técnica e metodológica de forma oportuna.
- Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados das ações do PSF no âmbito do Estado.
- Promover o intercâmbio de experiência entre os diversos Municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.
- Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento do programa no âmbito do Estado.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde

- Executar e gerenciar o PSF visando à organização da Atenção Básica em saúde.
- Inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde.
- Organizar fluxo de usuários, garantindo as referências de primeiro nível definidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001).
- Garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais e equipamentos suficientes para o conjunto de ações propostas.
- Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais.
- Assegurar o cumprimento de horário integral das equipes atuantes nas Unidades de Saúde da Família.
- Alimentar os bancos de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema municipal de saúde.
- Consolidar e analisar os dados de interesse do Município gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos.
- Acompanhar e avaliar o trabalho das ESF, divulgando as informações e os indicadores alcançados pela programa.
- Estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais das equipes.
- Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento do programa no âmbito do Município.

Financiamento e Qualificação

Veja aqui como o seu município se qualifica para receber os financiamentos que o Ministério da Saúde oferece para implantar o PSF e as ESB

O financiamento ao Programa Saúde da Família é de responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Da parte do governo federal, esse financiamento é feito pelo Ministério da Saúde, que criou em 1998 o Piso de Atenção Básica (PAB). Esse piso marca uma profunda transformação no modelo de financiamento da Atenção Básica. É uma das principais medidas tomadas pelo Ministério da Saúde para viabilizar a organização das ações de saúde nos municípios brasileiros.

O PAB se constitui num montante de recursos financeiros destinado exclusivamente para ações básicas de saúde, independentemente de sua natureza – de prevenção, promoção ou recuperação. Esses recursos podem ser utilizados tanto para o custeio de despesas correntes, como para aquisição de materiais permanentes ou para a realização de obras de construção ou reforma de unidades de saúde.

Os recursos do PAB se dividem em duas partes:

fixa

corresponde a um valor per capita (R\$ 10,00 por habitante)

variável

formada de incentivos financeiros para ações consideradas estratégicas para a organização da Atenção Básica.

Quais são essas ações estratégicas? São as seguintes:

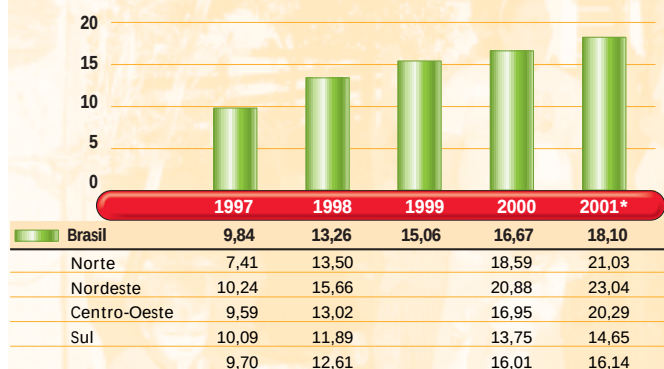
- Vigilância Sanitária
- Assistência Farmacêutica Básica
- Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Combate a Carências Nutricionais
- Programa Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde

Existe ainda um incentivo direcionado à implantação de equipes de saúde capacitadas para atuar junto aos povos indígenas.

Todos esses recursos são transferidos para os Fundos Municipais de Saúde, mensalmente, pelo Fundo Nacional de Saúde.

Evolução dos valores per capita da Atenção Básica à Saúde

Brasil 1997 - 2001, em R\$

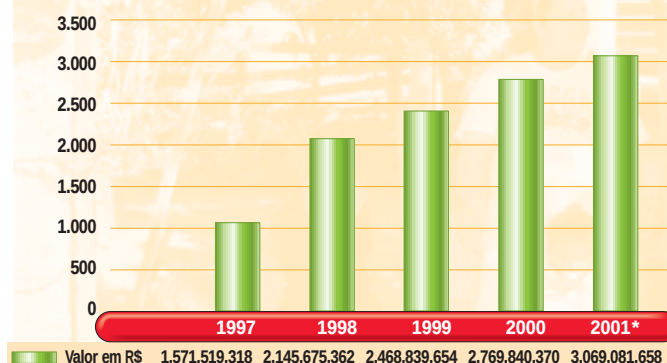


Fonte: SE/MS

*2001 dados sujeitos a revisão

Evolução dos recursos orçamentários da Atenção Básica à Saúde

Brasil 1997 - 2001, em R\$ milhões

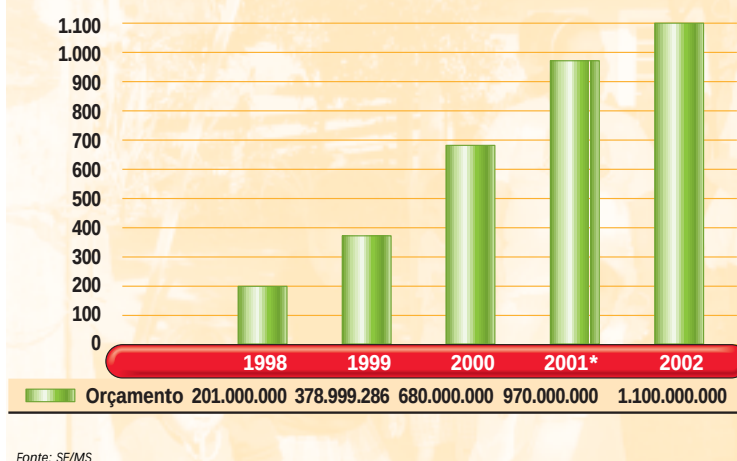


Fonte: SE/MS

*2001 dados sujeitos a revisão

Evolução do orçamento do incentivo federal do PACS/PSF

Brasil 1998 - 2002, em R\$ milhões



A implantação do PAB teve um caráter redistributivo dos recursos para a saúde. Antes da sua implantação, 1.943 municípios faturavam até R\$ 5,00 por habitante/ano, com média de R\$ 3,33; enquanto que 269 municípios faturavam uma média de R\$ 22,00 por habitante/ano. Em 10 estados brasileiros, mais da metade de seus municípios faturava menos de R\$ 5,00 per capita – 5 da região Norte e outros 5 da região Nordeste.

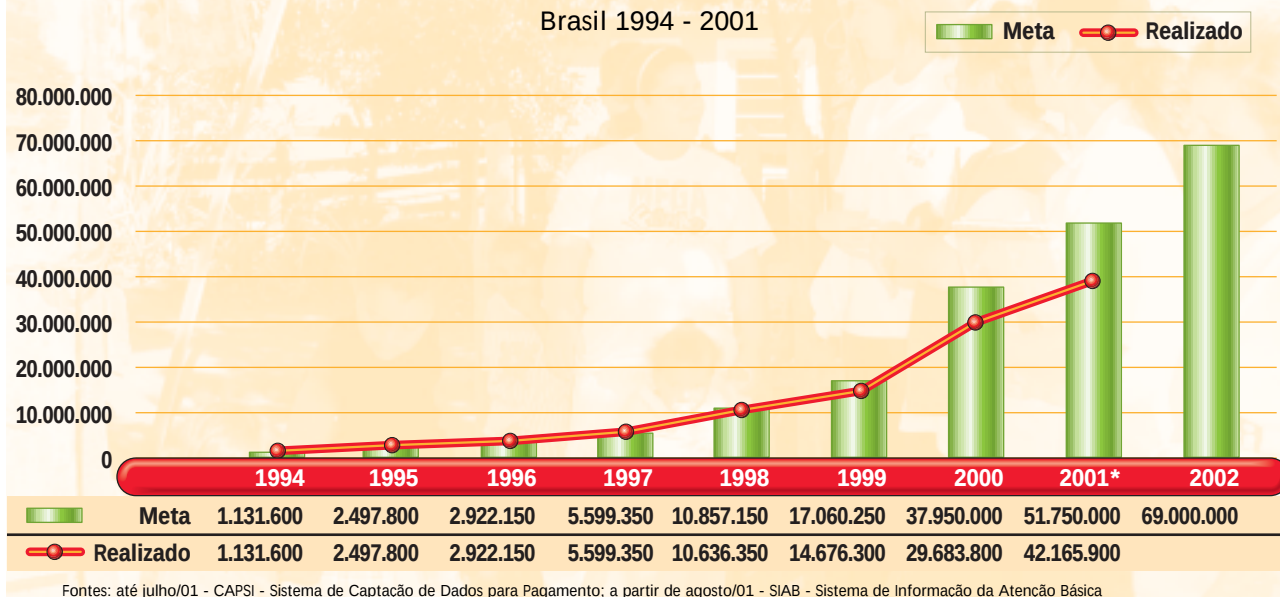
A partir da implantação dessa nova sistemática de dis-

tribuição de recursos, a relação entre o maior e o menor valor per capita caiu de 133% para 25%. Atualmente, nenhum município recebe menos de R\$ 10,00/ano, por habitante, para prestar ações de serviços básicos de saúde.

Quanto ao Programa Saúde da Família, o incentivo financeiro possui dois componentes, ambos calculados em função do número de equipes de saúde da família implantadas e cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas

Brasil 1994 - 2001



Primeiro,

o incentivo adicional para implantação, cujo valor é de R\$ 10.000,00, repassados em duas parcelas de R\$ 5.000,00, sempre que uma nova equipe é implantada. Destina-se ao financiamento da adequação da unidade de saúde onde estará atuando essa nova equipe. Se a equipe for desativada num período de 12 meses após sua implantação, o Ministério da Saúde estornará o valor creditado.

Segundo,

destina-se à manutenção das equipes de saúde da família e seu valor varia de acordo com a cobertura do PSF no município, conforme quadro abaixo:

Classificação das faixas de cobertura populacional em %	Faixas de cobertura populacional em %	VALOR do incentivo equip/ano (R\$ 1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

A esses incentivos é agregado, ainda, o valor de R\$ 2.200,00 / ano por agente comunitário de saúde em atuação no município e cadastrado no SIAB.

Vinculado ao PSF, foi instituído pelo Ministério da Saúde, em 2000, o incentivo às Ações de Saúde Bucal. De acordo com a Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, também esse incentivo possui dois componentes:

Um

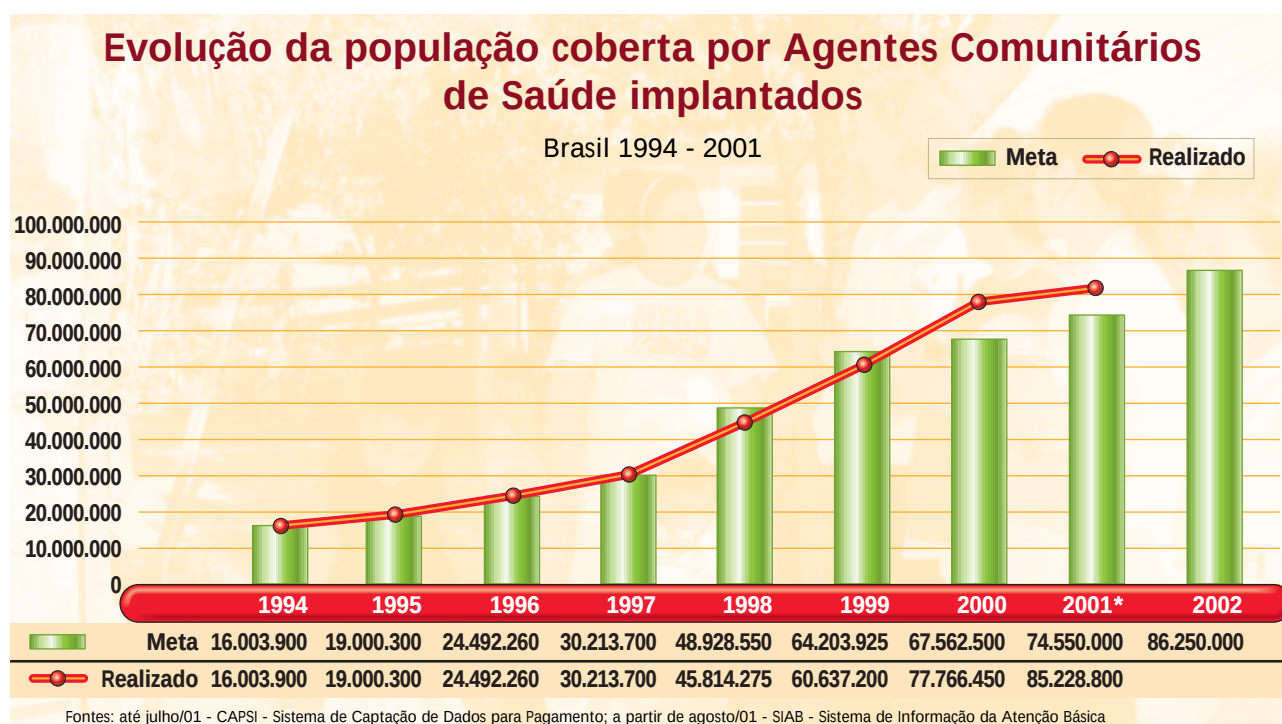
para implantação, no valor de R\$ 5.000,00, transferido em uma parcela, sempre que uma equipe nova começar atuar.

Outro

destinado ao custeio mensal da equipe. Este componente tem seu valor diferenciado por duas modalidades de composição da Equipe de Saúde Bucal, da seguinte forma:

Modalidade I – R\$ 13.000,00 ano para equipe composta por odontólogo e auxiliar de consultório dental (ACD).

Modalidade II – R\$ 16.000,00 ano para equipe composta por odontólogo, técnico em higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dental (ACD).



Os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde representam entre 40% e 60 % dos gastos com implantação e manutenção do PSF no município, dependendo da organização da gestão municipal do SUS.

A importância dada pelo governo federal ao Programa de Saúde da Família se materializa na alocação de recursos financeiros e na inclusão do programa nas prioridades do plano plurianual / Avança, Brasil.

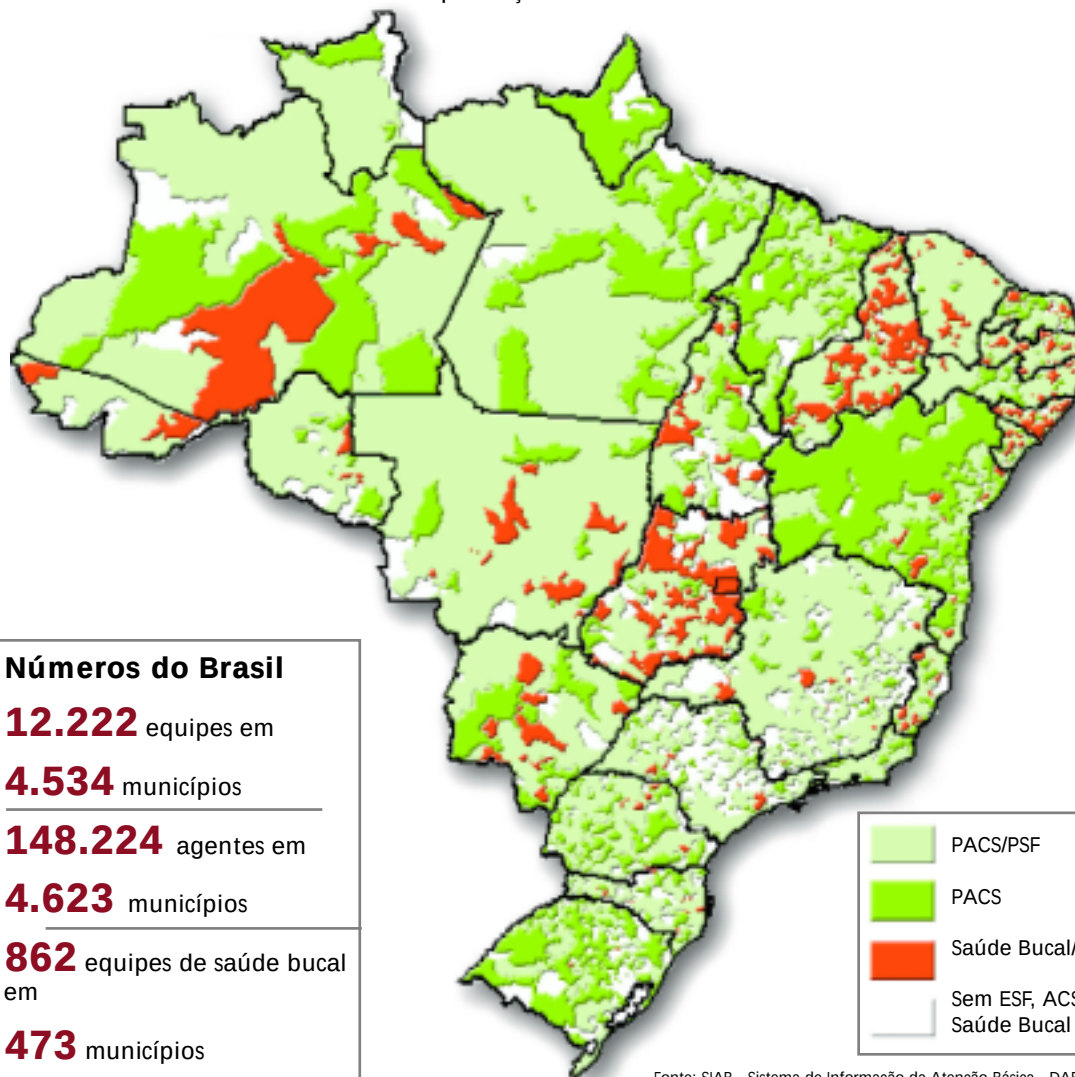
Distribuição Estimada do Percentual dos Gastos com o PSF no Município

Componentes do Custo da ESF	Participação % Estimada
Salários e encargos	50%
Despesas administrativas e gerais	15%
Despesas com medicamentos	12%
Despesas com transporte	10%
Despesas com material de enfermagem	3%
Outras despesas	10%



Municípios com Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde

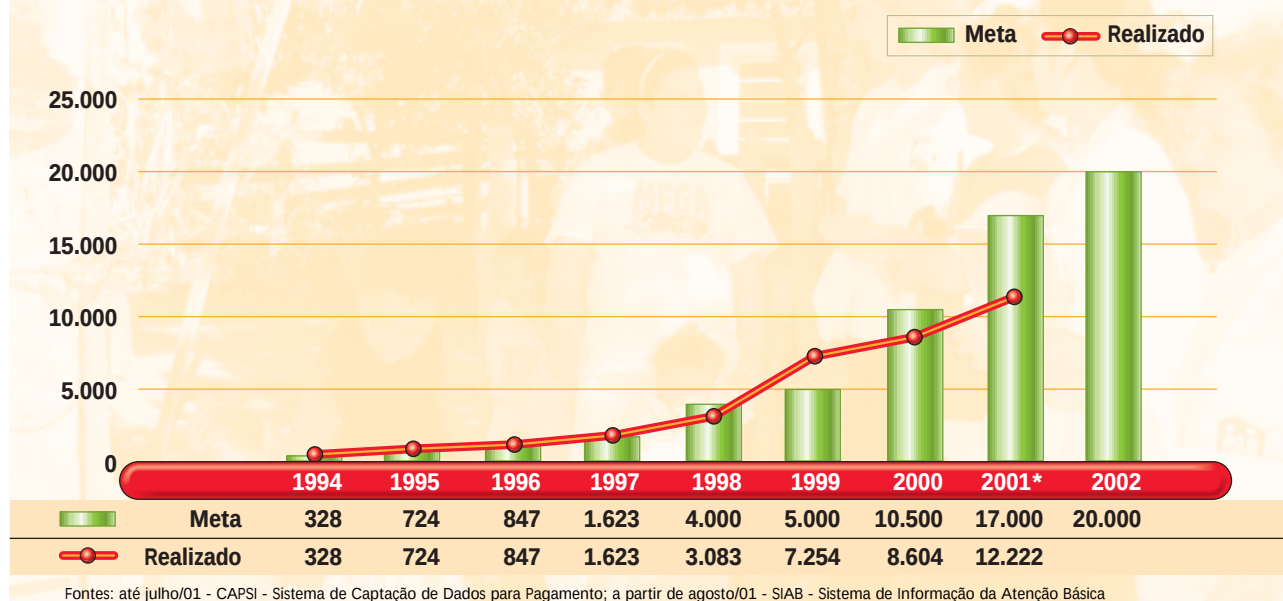
Implantação - outubro de 2001



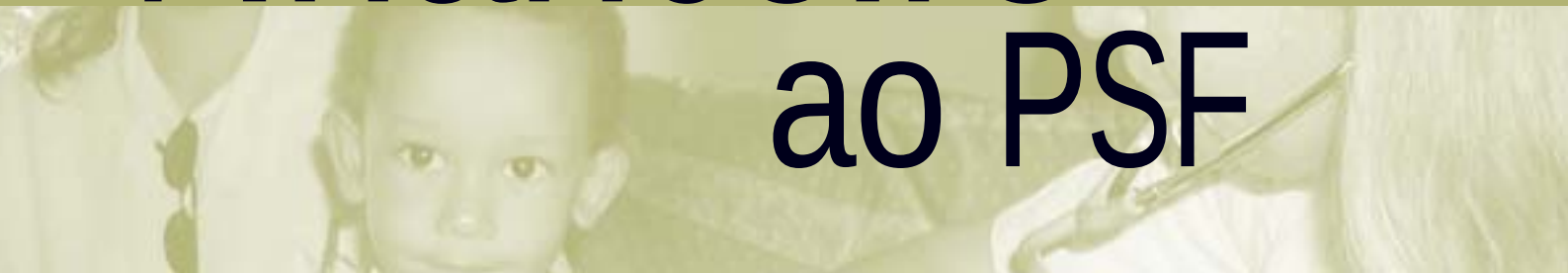
Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica - DAB/SPS/MS

Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas

Brasil 1994 - 2001



Incentivo Financeiro ao PSF



Veja como receber,
passo a passo

**Os municípios que vão
iniciar a implantação do PSF,
ou vão ampliar o número
de equipes devem percorrer
os seguintes passos:**



PRIMEIRA ETAPA

Para qualificar as equipes e agentes comunitários:

I. O MUNICÍPIO ELABORA A PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO OU EXPANSÃO DO PSF

A PROPOSTA DEVE EXPLICITAR, NO MÍNIMO, AS SEGUINTE INFORMações:

- área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente e definição do número de Equipes de Saúde da Família que deverão atuar;
- descrição da estrutura mínima (área física, equipamentos e materiais) das unidades de saúde onde atuarão as ESF, estabelecendo a vinculação entre o número de unidades e o número de equipes;
- definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas ESF, no âmbito das áreas estratégicas da Atenção Básica dispostas na NOAS/2001;
- proposta de fluxo dos usuários para garantia da referência aos serviços assistenciais do primeiro nível de complexidade ambulatorial, definidos na NOAS/2001;
- descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família;
- descrição do processo de implantação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e dos recursos humanos e materiais para operá-lo;
- definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação.

OBS: AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE ESTÃO PREPARADAS PARA ASSESSORAR OS MUNICÍPIOS NA ELABORAÇÃO DE SUAS PROPOSTAS.



II. O MUNICÍPIO SUBMETE A PROPOSTA (de implantação) PARA APROVAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



III. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ENVIA A PROPOSTA (de implantação ou de expansão) PARA ANÁLISE DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Toda secretaria estadual tem uma área técnica (departamento de atenção básica; coordenação de atenção básica ou coordenação do PACS/PSF) responsável pela assessoria aos municípios na implantação ou expansão do PSF. Normalmente é essa área que recebe os projetos dos municípios.



IV. A SECRETARIA ESTADUAL, APÓS ANÁLISE E APROVAÇÃO TÉCNICA DA PROPOSTA, SUBMETE-O À APRECIÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE-CIB

- A CIB delibera a pactuação do número de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde que deverão atuar no município.
- Essa pactuação é registrada no formulário “Declaração de Incentivo”, assinado pelo gestor municipal e pelo Coordenador da CIB.

V. A CIB ENVIA A DECLARAÇÃO DE INCENTIVO PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE

– A declaração de incentivo é enviada por meio magnético ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde.

VI. O MINISTÉRIO DA SAÚDE PUBLICA A QUALIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

– A publicação no DOU explicita o número de equipes do PSF e número de agentes comunitários pactuados para cada município.

SEGUNDA ETAPA

Depois de publicada a qualificação do município no Diário Oficial, o município estará apto a receber recursos de incentivo federal.

Para receber os incentivos, o município deve:

I. CADASTRAR AS EQUIPES EM ATUAÇÃO NO MUNICÍPIO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB

– O cadastro dos profissionais no SIAB é a fonte de dados utilizada para o crédito dos incentivos. Portanto, o município não receberá seus incentivos se não mantiver a informação do cadastro dos profissionais.

– O município deverá manter atualizado o cadastro dos estabelecimentos de saúde, seguindo as orientações da portaria nº 511/00-MS

II. ALIMENTAR MENSALMENTE OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA EVITAR O BLOQUEIO DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS QUE COMPÕEM O PAB – PARTE FIXA E INCENTIVOS

– Os municípios que deixarem de alimentar o banco de dados dos sistemas de informação (SAI/SUS, SINAM, SINASC, SIAB) por um período de dois meses seguidos, ou três meses alternados, durante o ano, terão seus incentivos e o recurso do PAB bloqueados.

Incentivo Financeiro às ações da

Veja como receber,
passo a passo

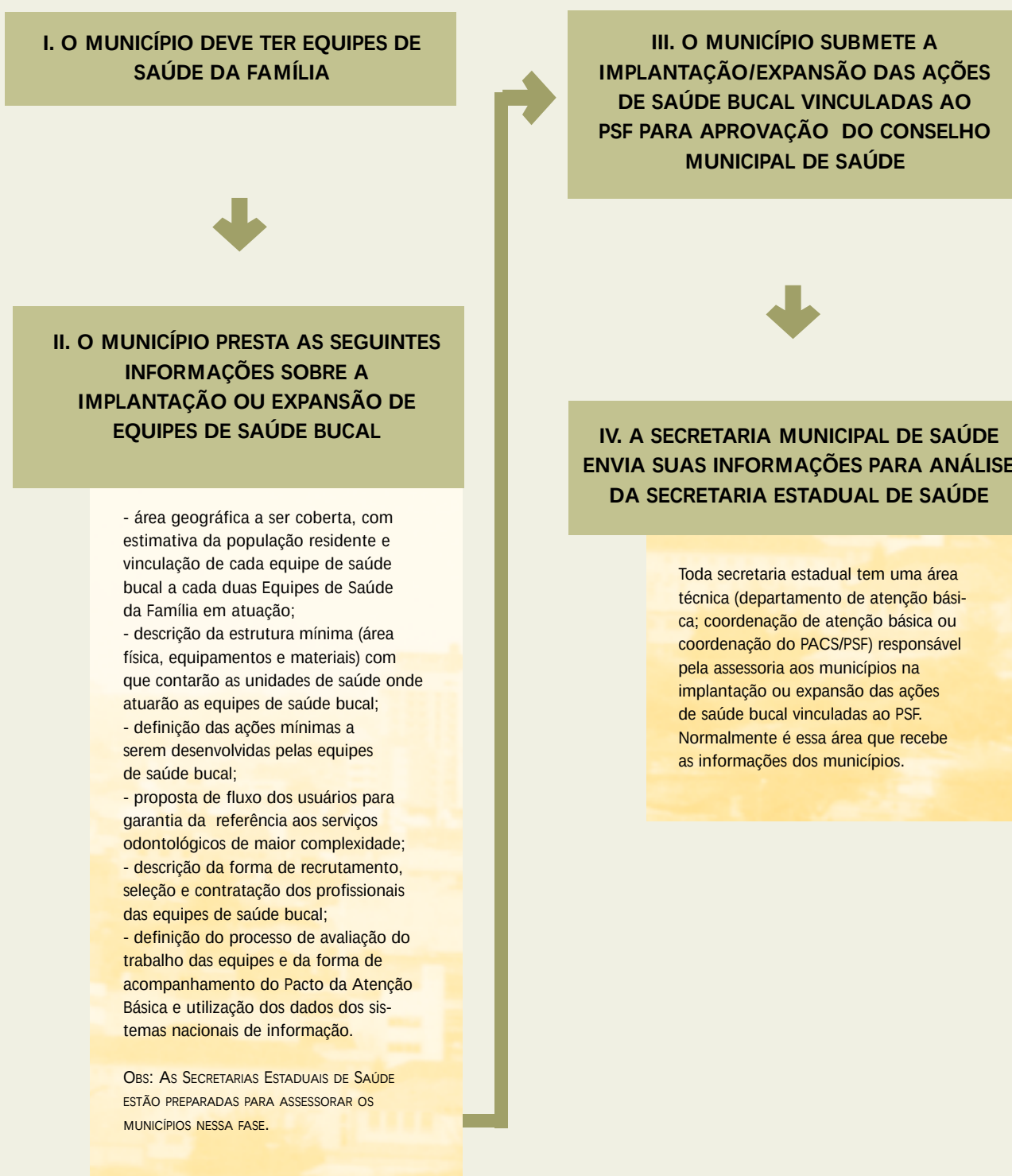
**Os municípios que vão
iniciar a implantação ou
ampliação das ações de
saúde bucal vinculadas ao
PSF devem percorrer os
seguintes passos:**

Saúde Bucal vinculadas ao PSF



PRIMEIRA ETAPA

Para qualificação das equipes de Saúde Bucal:





V. A SECRETARIA ESTADUAL, APÓS ANÁLISE E APROVAÇÃO TÉCNICA DAS INFORMAÇÕES, SUBMETE O PLEITO DO MUNICÍPIO À APRECIACÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE-CIB

- A CIB delibera a pactuação do número de equipes de saúde bucal que deverão atuar no município.
- Essa pactuação é registrada numa planilha, assinada pelo Coordenador da CIB.



VI. A CIB ENVIA A PLANILHA PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Essa planilha é enviada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde.



VII. O MINISTÉRIO DA SAÚDE PUBLICA A QUALIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO EM DIÁRIO OFICIAL

A publicação no DOU explicita o número de equipes de saúde bucal vinculadas ao PSF pactuado para cada município.

SEGUNDA ETAPA

Depois de publicada a qualificação do município no Diário Oficial, o município estará apto a receber recursos de incentivo federal.

Para receber os incentivos, o município deve:

I. CADASTRAR AS EQUIPES EM ATUAÇÃO NO MUNICÍPIO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB

- O cadastro dos profissionais no SIAB é a fonte de dados utilizada para o crédito dos incentivos. Portanto, o município não receberá seus incentivos se não mantiver a informação do cadastro dos profissionais.
- o município deverá manter atualizado o cadastro dos estabelecimentos de saúde seguindo as orientações da portaria nº 511/00-MS



II. ALIMENTAR MENSALMENTE OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA EVITAR O BLOQUEIO DA TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS QUE COMPÕEM O PAB – PARTE FIXA E INCENTIVOS

- Os municípios que deixarem de alimentar o banco de dados dos sistemas de informação (SAI/SUS, SINAM, SINASC, SIAB) por um período de dois meses seguidos ou três meses alternados, durante o ano, terão seus incentivos e o recurso do PAB bloqueados.

Sugestão para estrutura física e equipamentos das Unidades de Saúde da Família

ELEMENTO E EQUIPAMENTOS	ÁREA E DESTINAÇÃO
RECEPÇÃO 1 mesa tipo escritório 4 arquivos de aço p/ pasta suspensa 4 cadeiras 2 bancos 0,40x2m 1 quadro p/ murais 1 bebedouro c/ filtro	30m ² Ambiente destinado a recepção, serviço de Arquivos e reuniões educativas
SALA DE CUIDADOS BÁSICOS 1 mesa p/ exame/ tratamento (maca) 1 escada de dois degraus 1 suporte para soro 1 braçadeira 1 armário vitrine 4 cadeiras 2 baldes cilíndricos porta-detrito c/ pedal 1 carrinho de curativo 1 esfigmomanômetro c/ estetoscópio adulto 1 balança antropométrica adulto 1 balança antropométrica infantil 1 central de nebulização c/ 5 saídas 1 foco c/ haste flexível 1 Glicosímetro INSTRUMENTAIS: 1 tesoura SIMS reta 1 tesoura MAYO reta 14cm 2 portas agulha HEGAR 6 pinças de dissecação (anatômica) 15cm 6 pinças de dissecação dente de rato 14cm 8 pinças BACKHAUS 10CM 8 pinças BACKHAUS 13CM 6 pinças HALSTEAD (mosquito) 6 pinças KELLY reta 6 pinças pean 6 pinças KOCHER reta 6 pinças KOCHER curva 6 pinças FOERSCHE (coração) 6 cubas rim 6 cubas redondas 6 cubas retangulares 2 tambores médios	16m ² Ambiente destinado à ações básicas de enfermagem (injeções, curativos, retirada de pontos etc.), atendimento de pequenas emergências, infusões venosas e manutenção de usuário em período de observações.
CONSULTÓRIO c/ sanitário anexo 1 mesa tipo escritório 2 cadeiras 1 mesa ginecológica 1 escada c/ dois degraus 1 biombo duplo 1 banqueta giratória cromada 1 balde c/ pedal 1 foco c/ haste flexível 1 armário vitrine 1 esfigmomanômetro adulto 1 esfigmomanômetro infantil 1 estetoscópio 1 estetoscópio de pinar 1 buzina de Kobo 1 detector ultrassônico (fetal) 1 lanterna clínica para exame 1 negatoscópio 1 oftalmoscópio c/ otoscópio INSTRUMENTAIS: 10 Espéculos Collin pequeno 15 Espéculos Collin médio 5 Espéculos Collin grande 6 Pinças de dissecação 15cm 6 Pinças de dissecação c/ dente 15 cm 20 Pinças cheron, 25cm 10 Pinças de Pozzi ou Museaux 25cm 1 Fita métrica flexível inelástica 1 Cuba retangular c/ tampa	9m ² Ambiente destinado à consultas médica ou de enfermagem.
SALA DE VACINAÇÃO 1 refrigerador 260 litros 4 cadeiras 1 mesa tipo escritório com gavetas	6m ² Ambiente destinado ao serviço de imunizações (esquema básico e vacinas especiais como anti-rábica e outras)



ELEMENTO E EQUIPAMENTOS

ÁREA E DESTINAÇÃO

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Amalgamador

Aparelho Fotopolimerizador

Cadeira odontológica

Compressor

Equipo odontológico com pontas

Estufa ou autoclave

Mocho

Refletor

Unidade auxiliar

INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS:

Alveolótomo

Alavanca inox adulto

Alavanca inox infantil

Alavanca Seldim adulto

Aplicador para cimento (duplo)

Aplicador para hidróxido de cálcio

Bandeja de aço

Brunidor

Cabo para bisturi

Cabo para espelho

Caixa inoxidável com tampa

Condensador Hollemback 01 e 02

Condensador Eames

Condensador Clev-dent

Corrente para prender guardanapo

Cureta alveolar

Cureta de periodontia Gracey (vários nºs)

Escavador de dentina nº 05 e nº 11,5

Escavador para pulpotomia

Esculpidor Hollemback 3s

Espátula de cera nº 7

Espátula de cimento nº 24

Espelho bucal

Espelho de mão e de parede

Extrator de tártaro 1/10

Fôrceps infantis e adultos (vários nºs)

Frasco de Dappen

Gengivótomo de Kirkland

Gengivótomo de Orban

Lamparina

Limpador de brocas

Maco escova

Macro modelo

Estojos de inox (tipo marmitta)

Óculos de proteção

Lima óssea

Pinça Clínica

Pinça Halstead (mosquito) curva e reta

Pinça para algodão

Placa de vidro

Porta agulha

Porta amálgama

Porta matriz

Removedor de brocas

Seringa Carpule

Sindesmótomo

Sonda exploradora

Sonda periodontal milimetrada

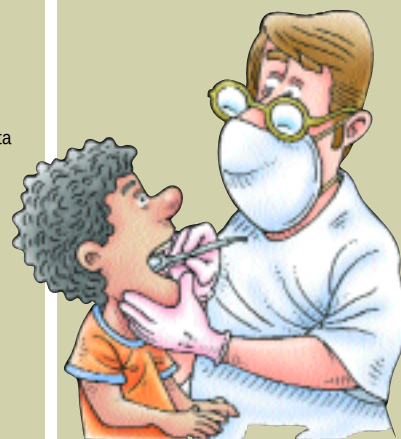
Tesoura cirúrgica reta e curva

Tesoura íris

Tesoura standart

16m²

Ambiente destinado ao serviço de odontologia



GUARDA DE MATERIAL E INSUMOS

12 prateleiras (tipo pranchas)

1m²

Ambiente destinado a guarda dos insumos (medicamentos, gases, seringas de uso diário da equipe).

SALA DE MULTI-USO com local para escovação

1 mesa para exame clínico

4 bancos 0,40x2m

6 cadeiras

1 quadro p/ mural 1x2m

1 armário tipo guarda roupa

1 biombo

1 espelho de parede



25m²

Ambiente destinado a várias atividades, como consultas individuais e de grupo e ações educativas.

SALA PARA PREPARO DE MATERIAL E UTILIDADES

1 Auto - clave vertical cap. 12 l.

1 Mesa ou bancada para preparo de material

1 Armário tipo guarda roupa

2 cadeiras

8m²

Ambiente destinado a preparo, esterilização e guarda de material.

COPA

1 mesa de copa c/ 4 cadeiras

1 refrigerador cap. 260 litros

1 fogão

1 armário tipo guarda roupa

6m²

Ambiente destinado à preparação de soro reidratante, chás e outros alimentos para a equipe e ou usuário do serviço.

SALA PARA MATERIAL DE LIMPEZA

1 armário

1 hamper (suporte)

5m²

Ambiente com tanque de expurgo e outro destinado a limpeza e guarda de instrumentos (pinças, tesoura e etc.).

SANITÁRIOS c/ chuveiros

(observar adequação a necessidades dos portadores de deficiência física)

10m²

Dois sanitários (M e F) para uso da equipe e dos usuários.



Mais apoio à Atenção Básica, ao PSF e aos Municípios

O Ministério da Saúde conta com vários programas e ações que apóiam a Atenção Básica, potencializam os resultados do PSF, elevam o repasse de incentivos financeiros federais para os Municípios interessados em melhorar qualidade de vida de seus habitantes.

Procure saber mais sobre os seguintes:

Farmácia Popular

É um programa do Ministério da Saúde, para distribuição de medicamentos à população de todos os municípios que tenham equipes do Programa Saúde da Família implantadas e em funcionamento. Cada equipe do Programa Saúde da Família recebe de três em três meses, do Ministério, um conjunto com 31 medicamentos, que compreendem:

- sais para reidratação oral
- antibióticos
- antiinflamatórios
- diuréticos
- antitérmicos
- analgésicos
- antibacterianos
- medicamentos de combate a asma, diabetes, hipertensão, dermatoses, úlcera gástrica e anemia.

Este programa existe graças à luta do Ministério da Saúde para reduzir os preços dos medicamentos que adquire. A redução dos preços permitiu a compra e a distribuição trimestral de mais medicamentos, que estão garantindo qualidade de vida e saúde a milhões de brasileiros, nas localidades mais carentes do País.

Para mais informações, entre em contato com:

Farmácia Popular - Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G/sala 352
CEP 70.058.900 – Brasília – DF
Telefones: (61) 315.2649 e 315.2047
Fax: (61) 226.9737
E-mail: assfarm@saude.gov.br

Uniformes para todas as ESF, ESB e Agentes Comunitários da Saúde

A distribuição de uniformes completos é mais um importante incentivo do Ministério da Saúde à implantação, manutenção e expansão do Programa Saúde da Família.

São uniformes para todas as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e para os Agentes Comunitários de Saúde. Em 2001, o Ministério da Saúde distribuiu:

- 320 mil camisetas (duas para cada ACS)
- 160 mil conjuntos de coletes, mochilas e bonés (um conjunto para cada ACS)
- 30 mil conjuntos de casacos e jaquetas (um para cada ACS das regiões Sul e estado de São Paulo)
- 176 mil jaquetas (duas para cada médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e profissionais de saúde bucal).

Todos os municípios com equipes implantadas até junho de 2001, receberam este kit. A entrega foi feita diretamente nos municípios.

Mais informações podem ser obtidas na Central de Atendimento:

Telefones: (61) 315 2542 ou 315 2562

Fax: (61) 325 20 94

E-mail: psf@saude.gov.br

Bolsa-Alimentação

O Programa Bolsa-Alimentação, criado pelo Governo Federal em agosto de 2001, destina-se às famílias de baixa renda, em risco nutricional, para que suas crianças possam se alimentar. A adesão ao programa é uma decisão do gestor municipal que é agente central desta ação. Para aderir os municípios deverão comprometer-se a prover os serviços e ações básicas de saúde que fazem parte da agenda de compromissos das mães.

O programa prevê apoio financeiro mensal de R\$ 15,00 a R\$ 45,00, de acordo com o tamanho da família, além de muita informação sobre saúde e alimentação. Esse

dinheiro vai diretamente para a mãe. Ela (ou outra pessoa responsável) recebe um cartão magnético para retirar o dinheiro todo mês, em agência ou posto autorizado da Caixa Econômica Federal.

Para receber o benefício, as mães têm que:

- fazer as consultas do pré-natal, se for gestante
- participar das reuniões e atividades educativas realizadas pela unidade de saúde onde é atendida

Especificamente para a mãe com crianças de zero a 6 anos, o programa exige que:

- apresente registro de nascimento do filho ou filha
- garanta a amamentação da criança, pesando-a periodicamente
- mantenha a vacinação da criança em dia

Especificamente para os Municípios, existe também o Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), que garante recursos para as Prefeituras distribuírem leite e óleo de soja para crianças desnutridas de 6 meses a 2 anos de idade.



Os municípios que recebem esses recursos podem optar, se quiserem, pelo Programa Bolsa-Alimentação. Garantem, assim, atendimento às crianças até os 6 anos, além de gestantes e mães que estejam amamentando.

Para que as famílias carentes de uma cidade recebam o dinheiro do Bolsa-Alimentação, o prefeito precisa tomar as seguintes providências:

- solicitar à Secretaria Estadual de Saúde os formulários e outras informações para adesão ao Programa Bolsa-Alimentação e dar início ao cadastramento das famílias.
- assinar carta de adesão ao Programa Bolsa-Alimentação.
- fazer relatório de avaliação dos resultados do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), se já participa deste programa.
- aprovar, no Conselho Municipal de Saúde, a adesão ao Programa Bolsa-Alimentação.
- enviar, à Secretaria Estadual da Saúde, a carta de adesão aprovada pelo Conselho Municipal da Saúde e o relatório de avaliação dos resultados do ICCN.

• aprovar, na Comissão Intergestores Bipartite, a adesão ao Programa Bolsa-Alimentação.

• aguardar a qualificação do município pelo Ministério da Saúde, em portaria publicada no Diário Oficial.

• cadastrar corretamente as famílias e acompanhá-las no cumprimento da agenda de compromissos com a sua saúde.

É muito importante, neste programa, a participação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porque conhecem as famílias e mantêm sempre atualizado o cadastro de cada pessoa da comunidade. Assim, as ESF e os ACS podem identificar rapidamente as crianças e mulheres que deverão ser beneficiadas pelo Bolsa-Alimentação.

A participação dos agentes e equipes é fundamental, também, na orientação alimentar das crianças e mulheres beneficiadas. O Ministério da Saúde está preparando uma série de materiais instrutivos para instrumentalizar os agentes e equipes neste trabalho.

A incorporação de renda na família, por meio do Bolsa-Alimentação, vai possibilitar a melhoria da qualidade





de da alimentação. Essa medida potencializa, portanto, todo o trabalho das Equipes de Saúde e dos Agentes Comunitários, que lutam o tempo todo para o acesso das pessoas às condições necessárias para terem mais saúde.

Para mais informações, procure a Secretaria de Saúde de seu Estado ou entre em contato com o Programa Bolsa-Alimentação, em Brasília, no Ministério da Saúde.

Telefones: (61) 448-8237 e 448-8238
Fax: (61) 448-8228 e 448-8239
Endereço: SEPN 511 – Bloco C – Edifício Biltar IV, 4º andar
CEP 70750-543 – Brasília-DF

Quem tem internet pode usar o endereço eletrônico (e-mail): bolsaalimentacao@saude.gov.br

Saúde da Mulher – Humanização do Pré-Natal e Nascimento

O objetivo Nº 1 do Programa Saúde da Mulher — Humanização do Pré-Natal e Nascimento é reduzir o número de mortes de mulheres por causa da gravidez.

É garantir que a gestante seja bem assistida, que o parto ocorra em condições normais, seguras. É proteger a saúde das mulheres e das crianças que vão nascer.

As equipes de Saúde da Família representam uma contribuição importante para garantir essas ações, pois faz parte de suas atribuições o atendimento à saúde da mulher, com ênfase para a garantia de um pré-natal de qualidade.

Os Agentes Comunitários de Saúde, em sua rotina de visitas domiciliares, devem identificar precocemente as gestantes e encaminhá-las às Unidades de Saúde da Família, para que imediatamente iniciem seu acompanhamento pré-natal. A Equipe de Saúde da Família precisa ter a garantia de referência ao parto seguro e humanizado das mulheres que estão sob sua responsabilidade.

Este programa do Ministério da Saúde tem recursos para o município cadastrar as gestantes, garantir os exames do pré-natal completo e dar assistência médica no parto.

O município precisa aderir ao Programa Saúde da Mulher — Humanização do Pré-Natal e Nascimento. A adesão é feita em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Prefeituras que desejarem aderir devem procurar as secretarias de Saúde de seus Estados.

Podem também telefonar diretamente para o Ministério da Saúde. Os números são: (61) 315 3092 ou 0800.61.1997. Fax: (61) 315 3091.

O endereço é: Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sala 648, CEP 70058-900, Brasília-DF.

Para quem tiver internet, o endereço eletrônico (e-mail) é: prenatal@saude.gov.br

Para mais informações, existe na internet a página do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Programas e Projetos – Saúde da Mulher

Saúde da Criança

São várias as ações do Ministério da Saúde voltadas para a saúde das crianças. Algumas delas:

Aleitamento materno

Por iniciativa do Ministério da Saúde, são credenciados Hospitais Amigos da Criança, os que cumprem os 10 passos para promoção do Aleitamento Materno, tornando-se referência na atenção humanizada ao recém-nascido.

Carteiro amigo

Em parceria com os Correios e Telégrafos, secretarias estaduais e municipais de Saúde, o Ministério da Saúde distribui, por intermédio dos carteiros, informações e material educativo sobre aleitamento materno. A distribuição desse material é feita para todo o território nacional e destina-se a gestantes e crianças de até um ano de idade.

Atenção às doenças mais comuns na infância

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma ação que visa melhorar a qualidade da assistência prestada pelos municípios à saúde das crianças. Garante recursos para combater doenças como a diarreia, a pneumonia, a desnutrição e outras, que afetam as crianças — principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio das Equipes de Saúde da Família. Esses recursos também ajudam na promoção da amamentação, no crescimento e desenvolvimento das crianças.

O Ministério da Saúde está preparando material instrutivo para que todos os Agentes Comunitários de Saúde sejam capacitados também na estratégia da AIDPI.

Para mais informações sobre estes e outros programas e ações destinadas às crianças, entre em contato com:

Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno – Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G/636
Telefones: (61) 315.2866, 315.2407, 224.4561
Fax: (61) 315.2038
E-mail: comin@saude.gov.br

Projeto Alvorada

O Projeto Alvorada, criado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso com base em alguns programas novos e em outros que já existiam, dispõe de recursos para municípios com problemas sociais a resolver. O objetivo do Projeto Alvorada é diminuir, no Brasil, a desigualdade social, que se caracteriza pela existência de cidades muito ricas e cidades muito pobres, Estados muito ricos e Estados muito pobres.

Para diminuir a desigualdade, para melhorar a condição de vida dos brasileiros mais necessitados, o Projeto Alvorada reserva recursos para as regiões mais necessitadas dentro dos Estados mais necessitados.

Entre os Estados, foram selecionados 2.313 municípios com baixo índice de desenvolvimento humano, que é a medida da pobreza, da miséria, da necessidade. O Projeto Alvorada tem verbas e programas para elevar esse índice, nas regiões menos desenvolvidas do Brasil, com ações de saúde, educação, assistência social, justiça, trabalho, agricultura.

Os recursos do Projeto Alvorada existem. Mas muitas vezes não basta dinheiro, na área da saúde, se não houver o engajamento dos profissionais da saúde e dos parceiros nos estados e nos municípios. É essencial que os governos estaduais participem e façam a sua parte. É essencial que os prefeitos se empenhem.

Um exemplo: as centenas de cidades brasileiras que precisam implantar sistema de esgoto e água tratada. Muitas delas já fizeram seu projeto e assinaram convênio

para receber verba do Ministério da Saúde-Projeto Alvorada. Mas é muito grande, ainda, o número dos municípios cujos prefeitos não se habilitaram. Qual o resultado disso? As Prefeituras que assinaram convênio estão tendo condições para resolver os seus problemas de saneamento básico. Quem ainda não fez o levantamento de suas necessidades e não elaborou seu projeto, não está pronto para assinar o convênio e assim vai continuar marcando passo, sem as melhorias a que tem direito.

Para informações sobre verbas do Projeto Alvorada na área da saúde, ligue para:

Projeto Alvorada Saúde: (61) 315 3373.

Para mais informações, procure a:

Coordenação Nacional do Projeto Alvorada
Secretaria de Assistência Social.

Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 1º andar
CEP 70054-900 – Brasília-DF

Telefones: (61) 315-1739 / 315-1392 / 315-1545

Fax: (61) 225-2496

E-mail: www.presidencia.gov.br/projetoalvorada



Publicações

do Ministério da Saúde

relacionadas com o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

As publicações apresentadas poderão ser solicitadas para a Central de Atendimento do Departamento de Atenção Básica (DAB) MS.

Telefones: (61) 315 2542 ou 315 2562

Fax: (61) 325 20 94

E-mail: psf@saude.gov.br

Informe da Atenção Básica

São treze folhetos, até agora, divulgando informações de interesse para a Atenção Básica, utilizando como fonte o SIAB e outros sistemas de informação. Lançados periodicamente, têm o objetivo de contribuir para o uso da informação como ferramenta do planejamento e gestão das ações e serviços de saúde.

Estas publicações podem ser encontradas no endereço :

[http://www.saude.gov.br/psf/index.htm\(publicações\)](http://www.saude.gov.br/psf/index.htm(publicações))



Cadernos de Atenção Básica

Esta série complementa o trabalho dos Pólos de Capacitação, intensificando o processo de qualificação em serviço dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. Cada caderno reúne conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das ESF, sob os enfoques operacionais, gerenciais e conceituais.

Títulos disponíveis:

- caderno 1 – Implantação do PSF
- caderno 2 – Treinamento Introdutório
- caderno 3 – Educação Permanente
- caderno 4 – Atenção à Saúde do Idoso (Instabilidade Postural e Queda)
- caderno 7 – Hipertensão / Diabetes

Os outros números estão em fase de edição.



Informe Agentes em Ação

Sempre com o título iniciado pela frase Em tempos de, são boletins dirigidos aos Agentes Comunitários de Saúde, sobre temas de relevância no aspecto da prevenção de doenças e da promoção da saúde. Fazem parte de uma série de publicações especiais, produzidas e distribuídas de acordo com necessidades específicas.

Títulos disponíveis:

- Em tempos de seca
- Em tempos de prevenção de câncer de colo de útero
- Em tempos de prevenção de anemia ferropriva
- Saúde do Idoso
- A Saúde contra a seca
- Em tempos de prevenção das DST/AIDS

Revista Brasileira de Saúde da Família

Já foram editados três números. O quarto está em fase final de elaboração.

Voltada para os gestores, o meio acadêmico, o pessoal de serviço e a comunidade envolvida na estratégia Saúde da Família, a revista tem o propósito de estabelecer pontes entre as experiências em curso em todo Brasil, ampliando conhecimentos e conceitos no campo da saúde pública.



Prevenção e Controle das DST/AIDS na Comunidade – Manual do Agente Comunitário de Saúde

Tem por finalidade contribuir para instrução, consulta e apoio permanente ao trabalho do ACS. (última edição em 2001)

Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis – Livro da Família

Material educativo elaborado a partir das principais dúvidas da comunidade sobre as DST, servindo de apoio ao trabalho já desenvolvido pelo ACS (Publicado em 1999)

O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Manual dirigido aos ACS, teve sua última edição publicada em 2000. Elaborado como instrumento para capacitação introdutória, das ações a ser desenvolvidas no primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o grau de responsabilidade da função exercida pelo agente.



A Saúde Contra a Seca

Cartilha produzida especificamente para ressaltar a importância do trabalho dos ACS nas regiões atingida pela seca. Conscientiza os agentes sobre o perigo que a falta d'água representa para a saúde das comunidades onde eles vivem e ajudam a dar assistência à saúde.

Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar – Informações para ACS

Publicação resultante do Protocolo de Cooperação firmado ente os Ministérios da Saúde e da Justiça. Trata-se de uma cartilha que busca responder à necessidade de abordar esse tema tão conflitante e rotineiramente verificado pelos ACS, em suas visitas domiciliares.



SIAB — Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica

Este manual teve sua primeira edição em 1998, foi reeditado em 2000 e no momento está em fase de revisão, para nova reedição. Foi desenvolvido para orientar o processo de alimentação do Siab, cujos relatórios permitem conhecimento mais profundo da realidade sócio-sanitária da população acompanhada, constituindo-se em importante instrumento de apoio para as ações do Programa Saúde da Família.

Manual de Condutas para ACS (AIDPI)

Contém informações sobre a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Dirige-se aos ACS, com o objetivo de capacitá-los a identificar sinais, fatores e situações de risco, que necessitam de cuidados específicos e ações de promoção, prevenção e acompanhamento.

Esta publicação estará disponível a partir de janeiro de 2002.



A Saúde de Adolescentes e Jovens

Metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde (Módulos Básico e Avançado). Destina-se aos médicos e enfermeiros do PSF, com estudo de casos que auxiliem nas ações de educação em saúde, prevenção de doenças e agravos que mais afligem adolescentes e jovens brasileiros, como gravidez não desejada, uso de drogas, DST/AIDS, acidentes e violência.



Parto, Aborto e Puerpério - Assistência à Humanização da Mulher

Série de três publicações tendo como objetivo principal capacitar os profissionais de saúde em conhecimentos, práticas e atitudes que visem à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal, visando a uma assistência mais humanizada à mulher.



Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempo de AIDS

Esta publicação foi distribuída a todos os odontólogos registrados do Conselho Federal de Odontologia. Para as escolas, foi produzido o cartaz "Boca e Sorriso saudáveis são para sempre", material educativo produzido em parceria com a Coordenação de Promoção de Saúde e Editora Abril.



Tuberculose: informações para Agentes Comunitários de Saúde

Contém orientações sobre medidas de identificação, encaminhamento e acompanhamento, para o controle da tuberculose (última edição publicada em 2001).



Espaço do leitor

Preenchendo esta carta-resposta, você estará contribuindo para que o Programa Saúde da Família fique cada vez melhor. O envio de sugestões e relatos de experiências poderá servir para elaboração de artigos, para as próximas edições.

GUIA PRÁTICO DO PSF

1- O que achou deste guia?

() Bom () Regular () Insatisfatório

2- Este Guia?

Recebeu no próprio serviço ()

Recebeu em eventos ()

Recebeu direto do MS ()

Outros

3- Qual sua área de atuação?

Profissional do PSF: médico () enfermeiro(a) () ACS () ACD ()

auxiliar de enfermagem () Odontólogo () THD () Professor universitário ()

Secretário da saúde () Prefeito () Outros

4- O que você achou do conteúdo deste guia?

Bom () Regular () Insatisfatório ()

5- O conteúdo deste guia satisfaz as suas necessidades de conhecimento acerca do PSF?

Sim () Não () Parcial ()

Por quê?

6- Que outros assuntos poderiam ser contemplados em próximas publicações?

Diagrama de rede mostrando a conexão entre o PRT 108/98 e o RPT 108/98 via o RPT 108/98.

O diagrama ilustra a topologia de rede. No topo, há um bloco amarelo rotulado "PRT 108/98". Abaixo dele, há um bloco amarelo rotulado "RPT 108/98". À esquerda, há um bloco amarelo rotulado "RPT 108/98". No canto inferior esquerdo, há um bloco amarelo rotulado "RPT 108/98". No canto inferior direito, há um bloco amarelo rotulado "RPT 108/98".

As conexões são as seguintes:

- O "PRT 108/98" está conectado ao "RPT 108/98" (central) por uma linha tracejada.
- O "RPT 108/98" (central) está conectado ao "RPT 108/98" (esquerda) por uma linha tracejada.
- O "RPT 108/98" (central) está conectado ao "RPT 108/98" (inferior esquerdo) por uma linha tracejada.
- O "RPT 108/98" (central) está conectado ao "RPT 108/98" (inferior direito) por uma linha tracejada.

DR/Bsb

CARTÃO RESPOSTA
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O selo será pago por
Ministério da Saúde

70.730-980 Brasília - DF Dobre aqui

$$\square\square\square - \square\square\square\square\square\square\square$$

Enunciado:

Remetente: _____

Endereço: _____

Informações úteis

Disque Saúde

O Ministério da Saúde mantém, à disposição dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço Disque Saúde. O telefone é o seguinte:

0800 - 61 19 97

A página do Ministério da Saúde na internet (www.saude.gov.br) contém uma entrada para informações relacionadas ao Programa Saúde da Família.

Central de Atendimento do Programa Saúde da Família

Outro ponto de contato do Ministério da Saúde com a população, com gestores, com instituições de ensino e outros interessados, é a Central de Atendimento. Mantida pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde, tem como objetivo principal fornecer informações e orientações na área da Atenção Básica / Programa Saúde da família. Os telefones são os seguintes:

(61) 315 2542 ou 315 2562

Fax: (61) 325 20 94

E-mail: psf@saude.gov.br

A Central de Atendimento é também um espaço para sugestões, denúncias, reclamações.

OPINIÕES E CRÍTICAS A RESPEITO DESTA
GUIA PRÁTICO DO PSF PODERÃO SER
ENCAMINHADAS POR MEIO DO
CARTÃO RESPOSTA ANEXO.
A PRÓXIMA EDIÇÃO PODERÁ SER
MELHOR, COM A SUA CONTRIBUIÇÃO!

Banco de Trabalho do Programa Saúde da Família

Este sistema foi criado para promover o encontro entre Municípios e profissionais, tendo como foco o Programa Saúde da Família.

Seu município procura médicos, enfermeiros, dentistas para formar Equipes de Saúde da Família?

Médicos, enfermeiros, dentistas procuram Município onde trabalhar numa Equipe de Saúde da Família?

Um caminho seguro, em ambos os casos, é o Banco de Trabalho do Programa Saúde da Família.

É para esse sistema que profissionais e municípios devem encaminhar seus nomes e endereços. Será nesse sistema, em consequência, que municípios e profissionais vão encontrar os endereços que procuram.

Só têm acesso ao banco de dados os municípios, com suas devidas senhas (enviadas pela Secretaria de Políticas de Saúde), e os profissionais interessados que se cadastrarem.

O sistema informa quais candidatos preenchem os requisitos exigidos para cada vaga e vice-versa, ou seja, que vagas atendem ao que o candidato procura.

O acesso é feito pela internet, no seguinte endereço eletrônico (e-mail) do Ministério da Saúde:

www.saude.gov.br

Aberta a página, no computador, é só clicar em:

Banco de Trabalho – Programa Saúde da Família.



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL