

Espaço da Gestão

Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública

Tema

Apoio ao Programa Saúde da Família

Consultor

Luis Fernando Rolim Sampaio



BIREME • OPAS • OMS

BIREME/OPAS/OMS

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
Biblioteca Virtual em Saúde / Saúde Pública Brasil

BIREME/OPAS/OMS

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

Biblioteca Virtual em Saúde / Saúde Pública Brasil

Projeto: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública – ITD

APOIO AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Luis Fernando Rolim Sampaio

Pedro Gilberto Alves de Lima

Apoio:

FIOCRUZ Comitê Consultivo BVS Saúde Pública Brasil:Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz – / ABRASCO / Faculdade de Saúde Pública – USP / BIREME / OPAS / OMS

Instituições do Grupo Focal: Ministério da Saúde / OPAS/Brasil / CONASEMS / CONASS / data ABRASCO / Faculdade de Saúde Pública – USP / Secretaria de Saúde de Belo Horizonte / Secretaria de Saúde de Marília / Secretaria de Saúde de Porto Alegre / Secretaria de Saúde de Recife / Secretaria de Saúde de Sobral / BIREME

São Paulo
Dezembro de 2002

Sampaio, Luis Fernando Rolim

Apoio ao Programa de Saúde da Família /. Luis Fernando Rolim
Sampaio, Pedro Gilberto Alves de Lima. São Paulo:
BIREME/OPAS/OMS, 2002.

75 p.

1. Programa de Saúde da Família. I. Lima , Pedro Gilberto Alves de
II.Luis Patrício Ortiz.III. Título.

CDU
CDD

SUMÁRIO

SOBRE O PROJETO ITD	3
1 DESCRIÇÃO INTRODUTÓRIA AO TEMA	4
PERGUNTAS MAIS FREQUENTES.....	12
2.1 Histórico	12
2.2 A Atenção Básica e a Saúde da Família	21
2.3 As Funções de Cada Nível de Governo	24
2.4 O PSF e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS- SUS 01/02)	26
2.5 A Operacionalização do PSF	26
2.5.1 Territorialização	26
2.5.2 Estrutura necessária	29
2.5.3 O processo de trabalho – o que muda com o PSF?	31
2.5.4 A inserção do PSF na rede de serviços.....	34
2.5.5 Os recursos humanos	38
2.5.6 Financiamento	42
2.5.7 Acompanhamento e avaliação	47
3 GLOSSÁRIO	51
3 ENTREVISTAS	78

SOBRE O PROJETO ITD

O espaço dedicado à gestão na Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil visa facilitar a operação de fontes de informação organizadas segundo temas de interesse e seleção de especialistas.

Por tratar-se de iniciativa pioneira no Brasil, seja por seu objetivo e concepção, seja pela metodologia empregada no seu desenvolvimento, o espaço está operando através de um site na BVS SP denominado Informação para Tomadores de Decisão que tem implementação dinâmica e progressiva.

Mais um passo no âmbito da cooperação técnica para o fortalecimento da gestão em saúde pública, se alinha aos esforços de uma rede de instituições nacionais e internacionais para ampliar o acesso à informação e ao conhecimento, recurso estratégico no mundo contemporâneo.

Os gestores, dirigentes e profissionais da saúde, nas mais diferentes e distantes localidades do país, são o público alvo do site ITD o qual se projeta como uma ferramenta útil para seu trabalho cotidiano e esperamos que se juntem à rede de cooperação, enriquecendo esse espaço com suas experiências e sugestões.

A participação de todos é essencial e as contribuições serão sempre muito bem-vindas.

Abel L. Packer, Diretor BIREME/OPAS/OMS
Dayse S. de Aguiar, Coordenadora do Projeto ITD,
BIREME/OPAS/OMS

1 DESCRIÇÃO INTRODUTÓRIA AO TEMA

Visto isoladamente, o Programa Saúde da Família poderia facilmente confundir-se com outros programas de saúde pública ao longo da história recente do Brasil. Como ocorre com outras propostas de âmbito nacional, a implementação do PSF, desde sua concepção no nível federal, até chegar à chamada “ponta” do sistema de saúde, tem sido bastante diversificada, o que gera uma multiplicidade de experiências possíveis, sob a mesma denominação, “Saúde da Família”.

Apesar dessa multiplicidade de formas existentes, o PSF foi concebido como uma estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, para efetivar os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a equidade.

Formulado pelo Ministério da Saúde em 1994 como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde, o PSF tem ampliado as suas possibilidades de se tornar uma proposta exitosa, em especial pela capacidade criativa dos municípios, ganhando contornos que extrapolam o conceito habitual de “programa”. Dessa forma, apesar de conter diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos, sua implantação, quando adequada, traz resultados que extrapolam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica e o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

No contexto do Sistema Único de Saúde, o PSF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na “Vigilância da Saúde”, que incluem o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias como a

promoção da saúde.

Em conseqüência, o PSF tem sido um amplificador do necessário debate em torno da tão propalada crise do setor saúde, servindo como indutor de discussões tanto no que diz respeito à produção de conhecimento no campo da saúde coletiva como no das tecnologias ou práticas assistenciais, em particular das práticas médicas.

Fazer um histórico do PSF, enquanto um “programa” brasileiro, nos faz retornar ao início da década de 90.

Nesse período, experiências começaram a surgir em vários municípios brasileiros, catalisando mudanças que viriam a ser reconhecidas como as estratégias de fortalecimento da política nacional de saúde, conforme preconizado na Constituição brasileira e na Lei Orgânica da Saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, por exemplo, iniciou-se em 1990, com repercussão significativa, principalmente na região nordeste, sendo uma das bases, em 1994, para a concepção do PSF.

Foi, então, no contexto nacional de experiências pioneiras que vinham sendo desenvolvidas em municípios brasileiros que foram elaboradas as diretrizes nacionais para implantação do Programa Saúde da Família. No contexto internacional, a consolidação de sistemas nacionais baseados em Atenção Primária à Saúde (APS) em países como Canadá, Cuba e Reino Unido, entre outros, serviam de estímulo ao avanço da discussão.

Após nove anos de formulação, o PSF vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do SUS, importante para a transformação de uma estrutura de serviços de saúde repleta de distorções, ganhando legitimidade através dos fóruns e organismos colegiados de gestão, que tem se refletido, inclusive, no campo da formação de recursos humanos para a saúde.

Por diversos motivos, entende-se que o Programa Saúde da Família representa uma

transformação do modelo de atenção à saúde do município, senão vejamos: primeiro, por criar novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer; segundo, por estabelecer uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, sua família e seu ambiente, estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem as pessoas e de quais são suas necessidades; terceiro, por traduzir, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária, criando espaços de construção de cidadania; quarto, por articular-se à rede de saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade e, finalmente, por promover o estabelecimento de relações intersetoriais que possam atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, através de políticas públicas mais integradas.

O PSF parte de uma proposta de ação que envolve necessariamente as três esferas de governo, cabendo a cada uma funções ora distintas, ora complementares. Assim, aos três níveis compete contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, visando a organização dos sistemas municipais de saúde; a avaliação e acompanhamento de seu desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos.

Ao Ministério da Saúde compete, mais especificamente, a formulação geral do programa e a sua coordenação nacional, revendo permanentemente as suas diretrizes e renegociando pactos na Comissão Intergestores Tripartite, na medida em que forem se acumulando experiências que apontem essa necessidade. Além disso, também deve garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do programa; regulamentar os mecanismos de cadastramento, inclusão e exclusão das equipes e profissionais para fins de pagamento de incentivos federais; prestar assessoria técnica aos estados e municípios no processo de implantação e expansão do programa; articular instituições, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde membros das Equipes de Saúde da Família e promover o

intercâmbio de experiências, buscando o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Primária.

Às Secretarias Estaduais de Saúde compete estabelecer, em conjunto com o Ministério da Saúde, as normas e as diretrizes complementares do programa; prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação/ampliação e monitoramento do programa; disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria da Atenção Básica ou Primária, além de participar do financiamento, quer seja através da participação dos estados no financiamento global da saúde, conforme preconiza a lei, quer seja através de incentivos estaduais para a Saúde da Família.

Às Secretarias Municipais de Saúde compete a operacionalização do PSF, inserindo o mesmo em sua rede de serviços, visando a organização descentralizada do Sistema Único de Saúde. Também compete aos municípios garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelo Programa e selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme legislação vigente. Enfim, o “jeito de fazer” deve ser próprio em cada município e adaptado à sua realidade local, desde que observadas e mantidas as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde.

A questão do financiamento é uma preocupação constante dos gestores. No início do PSF os repasses eram feitos por convênio, sem financiamento perene. A partir da edição da Norma Operacional Básica SUS 01/96 modificaram-se os critérios de alocação de recursos para a atenção básica de saúde, como a transferência fundo a fundo e automática aos municípios habilitados. Há um valor *per capita* referente ao Piso de Atenção Básica de Saúde (PAB) com uma parte fixa e outra variável, de acordo com a adesão dos municípios à implantação de equipes de saúde da família.

Atualmente os repasses vêm sendo feitos por cobertura populacional dos municípios

A operacionalização do programa tem várias etapas, que apesar de distintas, exigem constantes revisões e readequações. A territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas, quase sempre, é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. Para tanto, é realizado um levantamento de informações a partir do cadastramento de cada família e seus componentes.

Esses dados permitem que as equipes de saúde da família identifiquem a situação de saúde das comunidades e planejem o trabalho a ser feito, em consultório ou no domicílio, visando resolução precisa e oportuna dos problemas, bem como um contato estreito que permita a compreensão das reais necessidades de saúde da população e a busca das alternativas mais adequadas para a superação dos problemas e promoção da saúde.

O plano de trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais, de tal forma que possam acolher a população e resolver, na própria Unidade de Saúde da Família (USF), as questões e os problemas mais freqüentes relacionados à saúde daquela coletividade a qual está vinculada. A resolutividade das equipes é um dos fatores determinantes para o novo desenho do sistema municipal de saúde.

Ao contrário de uma Unidade de Saúde convencional, em que a maior parte do atendimento às demandas se faz a partir da procura dos usuários aos serviços, na USF, pretende-se uma relação diferenciada, buscando reorganizar a demanda, isto é, a busca das pessoas pelos serviços e ter uma postura pró ativa da equipe, a partir, sobretudo, do diagnóstico de situação elaborado ainda na fase de

implantação.

A identificação dos indivíduos, de forma personalizada, proporciona as bases epidemiológicas para a programação das futuras atividades, prevendo o acompanhamento de situações em que exista maior vulnerabilidade, tais como: crianças menores de cinco anos de idade, mulheres em idade fértil, gestantes, pessoas portadores de doenças crônicas, infecciosas ou degenerativas, portadores de seqüelas, entre outras condições que podem variar, de acordo com a ocorrência de determinado problema em cada território.

Assim, distribuindo o tempo de trabalho entre ações na própria Unidade e de visitação, de forma coordenada, os integrantes da equipe podem estabelecer um programa de trabalho em equipe que inclua consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; atendimentos domiciliares a situações diversas, contidas num plano de prioridades acordado entre os técnicos e, preferencialmente, entre estes e a comunidade; grupos específicos com abordagem terapêutica e de educação em saúde; reuniões comunitárias para discussão de temas relacionados à saúde e qualidade de vida.

Dentro de seu campo de conhecimento e responsabilidades profissionais, cada integrante da equipe contribui para o alcance de metas estabelecidas, incentivando a participação popular e buscando, sempre que necessário, a articulação intersetorial para o encaminhamento de soluções dos problemas relacionados à saúde, mas que estejam fora da competência estrita do setor.

As Unidades e Equipes de Saúde da Família se posicionam na base de organização dos sistemas locais de saúde. Isto quer dizer que, considerando seu potencial de resolução dos problemas mais freqüentes e de identificação das situações que requerem intervenções diagnósticas e terapêuticas mais sofisticadas, em termos de recursos humanos e materiais, acabam por atuar como importante orientador de demandas mais complexas.

Em vários municípios brasileiros já foi possível verificar que as equipes implantadas não apenas diminuem as ocorrências de casos urgentes, devido a sua intervenção precoce em situações de maior risco, como, por estarem situadas próximas à população, atuam como ‘porta de entrada’ principal dos casos mais graves – que, em situações adversas, lotariam serviços de pronto atendimento, pronto-socorros ou serviços especializados, de forma desordenada.

Assim, a partir das USF, estabelece-se uma hierarquia entre as demais unidades e serviços, por níveis de complexidade, que contribui para um planejamento das ações de saúde e dos investimentos necessários para contemplar as necessidades e prioridades de cada município e de cada estado, numa lógica ascendente, ou seja, em perspectiva municipal e regional mais abrangente.

Parece fundamental, no entanto, que às equipes de Saúde da Família seja incorporada uma lógica de organização na qual as atribuições e responsabilidades estejam bem definidas, a fim de evitar a perda de confiança por parte da população – na medida em que não encontra cobertura para solução das questões mais aflitivas – ou relegá-las ao mero papel de triagem – quando não encontram condições de exercer seu pleno potencial resolutivo.

Da mesma forma, devem ser pensados os serviços de urgência que, via de regra, devem voltar a desempenhar o seu papel em uma rede de serviços de saúde, quer dizer, devem estar preparados para a recepção de situações urgentes de fato e não como paliativos da falta de organização da atenção primária.

Para finalizar é importante que se ressalte a questão do acompanhamento e avaliação das equipes, da atenção básica e do sistema de saúde. O gestor, desde o início da implantação, deve estar atento ao registro e acompanhamento dos sistemas de informação pois serão deles os dados gerados para avaliação da situação de saúde e do desempenho dos serviços. A produção das informações para o planejamento e a gestão, para o controle, avaliação e regulação do sistema só será possível na medida em que os bancos de dados sejam fidedignos.

Infelizmente , a cultura da informação ainda é incipiente no Brasil, mas temos grande potencial para a mudança dessa situação, contando especialmente com o comprometimento dos gestores nesse processo.

Neste sentido, todos podem e devem tomar parte na construção e atualização da Biblioteca, como espaço de busca e troca de informação, de experiências, de sugestões para um SUS mais eficiente, ético e solidário.

2 PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

2.1 Histórico

Claunara Schilling Mendonça

Ernesto Gomes Azevedo

- **Quando se iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil?**

A origem do PSF no Brasil remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor saúde, instalado desde a Constituição de 1988, com clara intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Saúde da Família como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional da assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas. O período de 1994 a 1999 foi caracterizado ,principalmente, pela expansão e consolidação do programa, sendo o maior incremento percebido após 1997.

Em 2000 a população atendida alcança o percentual de 20% da população brasileira. A população coberta pelo PSF era em torno de 1 milhão em 1994, e em 2002 ultrapassa os 50 milhões de pessoas. Ressalta-se que não pode ser negado o papel fundamental dos gestores municipais nesse processo de expansão. A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde tem focado suas ações na avaliação do programa e na melhoria da qualidade do processo de trabalho e atenção oferecida.

- **Quais as portarias que normatizam o PSF?**

Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Regulamenta a Atenção à Saúde Bucal vinculada ao PSF

Portaria GM/MS n.º 347 de 27 de março de 2003. Dispoe sobre as normas do Proesf

Portaria n.º 384/GM Em 4 de abril de 2003. Altera o Capítulo III - Critérios de habilitação e desabilitação de Municípios e Estados, da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2002, aprovada por meio da Portaria/GM/MS 373 de 27 de fevereiro de 2002.

Portaria n.º 385/GM Em 4 de abril de 2003. Altera o Capítulo V - Regulamentação Complementar, da NOAS SUS 01/2002 aprovada por meio da Portaria/GM/MS 373 de 27 de fevereiro de 2002, no que se refere à Instrução Normativa - IN 01/2002.

Portaria n.º 392/GM Em 4 de abril de 2003. Atualiza os valores do Piso da Atenção Básica - PAB Fixo e do Piso da Atenção Básica Ampliado - PAB-A, conforme descrito nos Anexos desta Portaria, utilizando a população da Resolução nº 4 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, publicada no Diário Oficial da União em 30 de agosto de 2002, que trata da estimativa da população para estados e municípios para o ano de 2002.

Portaria n.º 396/GM Em 04 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Fixa em vinte por cento (20%) o reajuste nos atuais valores dos incentivos financeiros ao custeio dos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, com vigência a partir da competência maio de 2003.

Portaria n.º 397/GM Em 04 de abril de 2003. Redefine critérios de avaliação, para

habilitação de Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A e Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/02 e regulamentação complementar.

Portaria n.º 398/GM Em 04 de abril de 2003. Define que o Piso de Atenção Básica Ampliado - PAB-A consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao financiamento do conjunto de procedimentos da atenção básica à saúde constante do Anexo desta Portaria.

Portaria n.º 456/GM Em 16 de abril de 2003. Aprova a relação de indicadores da atenção básica a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde constante do Anexo I desta Portaria.

Portaria n.º 465/GM Em 16 de abril de 2003. Da nova redação ao art. 3o da Portaria GM/MS n.º 347 de 27 de março de 2003 que passa a ter a seguinte redação: Estabelecer que a aprovação dos Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família e a habilitação dos Municípios são condições indispensáveis ao financiamento para a implementação dos referidos projetos.

Portaria n.º 514/GM Em 28 de abril de 2003. Atualiza os valores do Incentivo para Assistência farmacêutica Básica, utilizando a população da Resolução n.º 4 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, publicada no Diário Oficial da União em 30 de Agosto de 2002, que trata da estimativa da população para Estados e Municípios para o ano de 2002.

Portaria n.º 515/GM Em 28 de abril de 2003. Atualiza os valores do Incentivo para Vigilância Sanitária Básica, utilizando a população da Resolução n.º 4 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, publicada no Diário Oficial da União em 30 de Agosto de 2002, que trata da estimativa da população para Estados e Municípios para o ano de 2002.

Portaria n.º 517/GM Em 30 de abril de 2003. considerando a necessidade de atualização dos Municípios habilitados a receber os kits de medicamentos do

Programa Saúde da Família/Programa Farmácia Popular em razão do disposto nas Portarias GM nº 1.069/2001, nº 343/2001 e nº 786/2002, resolve determinar que o Anexo I da Portaria nº 1.069, de 18 de julho de 2001, que relaciona os Municípios do PITS beneficiados pela concessão do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao Programa Saúde da Família, de que trata a Portaria nº 343, de 21 de março de 2001, alterada pela Portaria nº 786, de 19 de abril de 2002, passe a vigorar na forma do Anexo I a esta Portaria. Determina o pagamento de um incentivo adicional, nos termos do artigo 2º e § 1º e 2º da Portaria nº 1.069, de 18 de julho de 2001, aos Municípios constantes no Anexo II a esta Portaria.

Portaria nº 673/GM Em 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. Estabelece que poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica.

Portaria nº 674/GM Em 3 de junho de 2003. Estabelece dois tipos de incentivo financeiro vinculado à atuação de Agentes Comunitários de Saúde, integrantes de equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde ou do Programa de Saúde da Família.

Portaria nº 675/GM Em 3 de junho de 2003. Estabelece como critério para a definição do valor do incentivo financeiro para o custeio do Programa de Saúde da Família, a cobertura populacional do Programa num determinado Município.

Portaria nº 1100/GM Em 11 de julho de 2003. Aprova, na forma do Anexo I desta Portaria, a Convocatória Pública nº 02/2003, incentivando os Municípios que atendam aos critérios de elegibilidade a apresentarem Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família no âmbito do PROESF.

Portaria nº 1670/GM Em 29 de agosto de 2003. Estabelece os valores a serem transferidos aos Municípios habilitados à implementação dos Planos Municipais de Expansão do Programa de Saúde da Família.

Portaria 1884 GM/MS de 18 de dezembro de 1997. Institui o PAB Fixo de, no mínimo R\$ 10,00, e no máximo R\$18,00 .

Portaria nº 1.886 GM/MS, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família;

Portaria nº 157 GM/MS, de 19 de fevereiro de 1998. Estabelece critérios de distribuição e requisitos para qualificação aos incentivos PACS/PSF

Portaria nº 3.122 GM/MS de 2 de junho de 1998 Estabelece valores incentivo PACS/PSF sendo o repasse mensal por ACS de R\$2.200,00/ano

Portaria nº 3.925 GM/MS de 13 de novembro de 1998. Institui o Manual da Atenção Básica regulamentando a aplicação dos recursos do PAB

Portaria nº 1.329 GM/MS de 12 de novembro de 1999. Estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica – PAB por faixas populacionais de cobertura.

Portarias nº 144 de 28 de dezembro de 2000 e nº 267 de 06 de março 2001. Regulamentam a inserção de equipes de saúde bucal no PSF.
<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/>

Portaria nº 1.013 GM/MS, de 08 de setembro de 2000. Operacionaliza a alimentação do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), de acordo com as portarias anteriores.

Portaria nº 227 GM/MS, de 16 de fevereiro de 2001. Aprova as orientações, normas

e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

Portaria nº 868 GM/MS, de 07 de maio de 2002. Fixa em R\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais) o valor do incentivo para cada Agente Comunitário de Saúde por ano.

Portaria nº 1.350 GM/MS, de 24 de julho de 2002. Institui o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências.

- **Quantas equipes existem e em quais unidades federadas e municípios?**

As Equipes de Saúde da Família (ESF) estão implantadas em todas as unidades federadas e em mais de 4 mil municípios conforme pode ser visualizado nas tabelas e gráficos a seguir:

Tabela I: SÉRIE HISTÓRICA DA COBERTURA POPULACIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – 1994 - 2003

Região/UF	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Rondônia	0.00	0.00	0.00	0.00	5.14	22.61	26.97	25.73	26.59	25.19
Acre	0.00	3.79	3.57	3.45	15.44	23.53	42.02	42.65	46.25	49.69
Amazonas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.68	5.08	8.23	22.48	33.47	37.03
Roraima	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.76	17.68	65.47	70.17	71.22
Pará	0.45	0.44	0.44	0.43	2.33	6.21	11.03	15.40	19.66	19.62
Amapá	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.57	12.78	17.99	19.37	23.38
Tocantins	0.00	0.00	0.00	0.00	25.54	42.26	35.03	51.25	65.87	70.50
Região Norte	0.22	0.37	0.37	0.36	4.88	11.71	15.94	23.81	29.98	31.34
Maranhão	0.67	0.66	0.66	0.65	0.64	2.36	8.06	17.64	32.41	41.47
Piauí	0.00	0.00	0.00	2.43	7.62	24.98	52.88	67.97	76.46	79.79
Ceará	5.10	11.61	13.73	13.56	28.24	32.96	37.81	50.37	54.65	55.23
Rio Grande do Norte	2.44	2.40	2.43	2.39	4.47	11.83	22.62	48.65	51.39	63.20
Paraíba	0.52	0.52	0.73	0.72	4.01	7.05	33.00	64.55	67.56	81.88
Pernambuco	1.36	3.48	3.50	4.48	11.01	16.02	34.42	44.46	49.32	52.85
Alagoas	2.61	4.24	4.32	12.18	23.36	30.26	56.82	62.32	64.70	64.22
Sergipe	0.22	6.23	6.16	6.04	12.29	18.73	42.02	62.08	69.73	70.60
Bahia	0.00	0.00	0.03	0.03	1.02	2.18	8.35	15.59	21.75	27.24
Região Nordeste	1.41	3.04	3.42	4.16	9.32	13.71	26.43	39.11	45.33	50.51
Mato Grosso do Sul	0.00	0.00	0.00	1.40	1.73	3.92	13.25	23.53	35.46	39.07
Mato Grosso	0.00	0.00	0.15	0.00	3.11	5.23	20.96	38.26	44.43	48.05
Goiás	0.41	0.40	0.38	0.37	0.73	8.97	25.84	46.86	50.96	52.50

Distrito Federal	0.00	0.00	0.00	24.08	49.69	21.19	10.27	9.87	6.58	0.00
Região Centro-Oeste	0.17	0.17	0.20	4.61	9.98	9.41	19.80	34.34	38.96	39.85
Espírito Santo	0.00	0.00	0.00	0.48	3.10	4.23	19.33	29.63	31.33	33.10
Minas Gerais	0.89	0.21	1.74	11.18	15.41	16.28	22.80	29.63	38.45	47.62
Rio de Janeiro	0.26	0.26	1.06	1.04	1.49	3.67	9.93	16.75	18.63	19.48
São Paulo	0.08	0.98	1.03	1.01	1.54	2.32	7.93	10.78	15.76	18.46
Região Sudeste	0.32	0.85	1.17	3.52	5.04	6.12	12.48	17.43	22.59	26.48
Paraná	0.16	1.74	1.69	3.74	6.89	7.69	23.41	32.74	36.33	38.86
Santa Catarina	5.14	6.49	7.22	7.10	7.00	11.10	25.43	41.66	51.70	56.89
Rio Grande do Sul	0.00	0.43	0.43	0.85	2.31	2.91	7.05	10.14	14.39	18.69
Região Sul	1.13	2.19	2.32	3.25	5.04	6.45	17.17	25.50	30.73	34.57
TOTAL	0.74	1.60	1.86	3.51	6.57	8.95	17.87	26.35	31.87	35.69

Fonte: Ministério da Saúde SAS/DAB

Região/UF	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Região Norte	0.22	0.37	0.37	0.36	4.88	11.71	15.94	23.81	29.98	31.34
Região Nordeste	1.41	3.04	3.42	4.16	9.32	13.71	26.43	39.11	45.33	50.51
Região Centro-Oeste	0.17	0.17	0.20	4.61	9.98	9.41	19.80	34.34	38.96	39.85
Região Sudeste	0.32	0.85	1.17	3.52	5.04	6.12	12.48	17.43	22.59	26.48
Região Sul	1.13	2.19	2.32	3.25	5.04	6.45	17.17	25.50	30.73	34.57
TOTAL	0.74	1.60	1.86	3.51	6.57	8.95	17.87	26.35	31.87	35.69

Fonte: Ministério da Saúde SAS/DAB

Gráfico I: Evolução da proporção de habitantes cobertos pela estratégia Saúde da Família por região - Brasil - 1994 a 2003

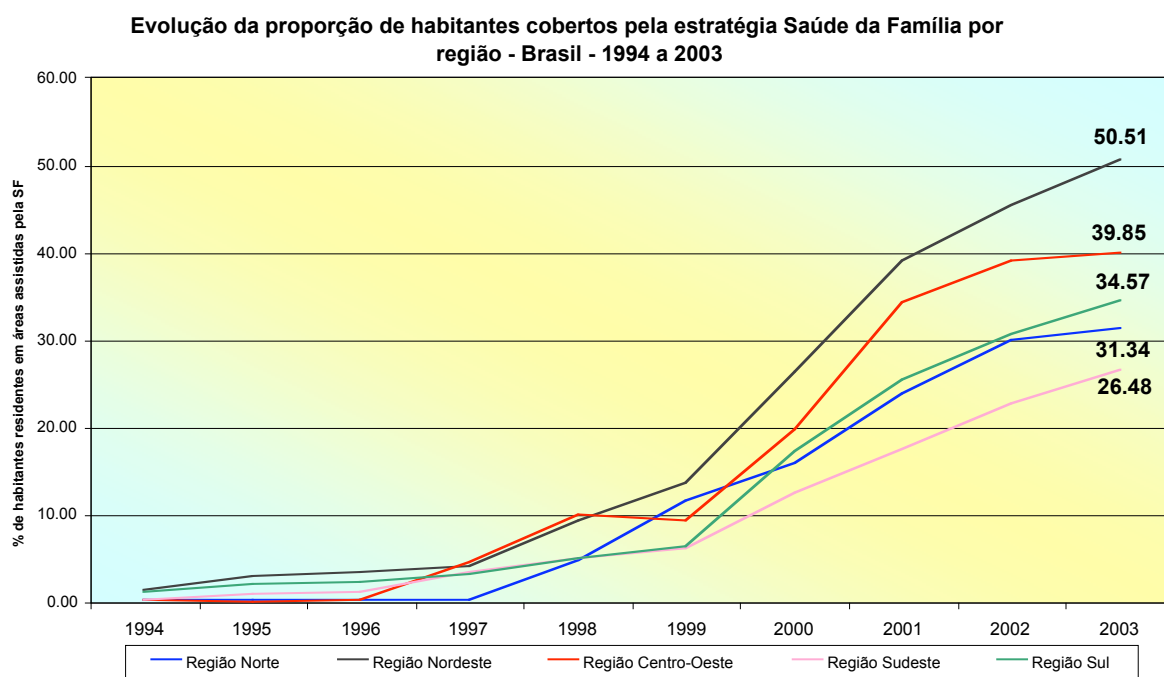


Gráfico II: Evolução da proporção de habitantes cobertos pela estratégia Saúde da Família por região - Brasil - 1994 a 2003.

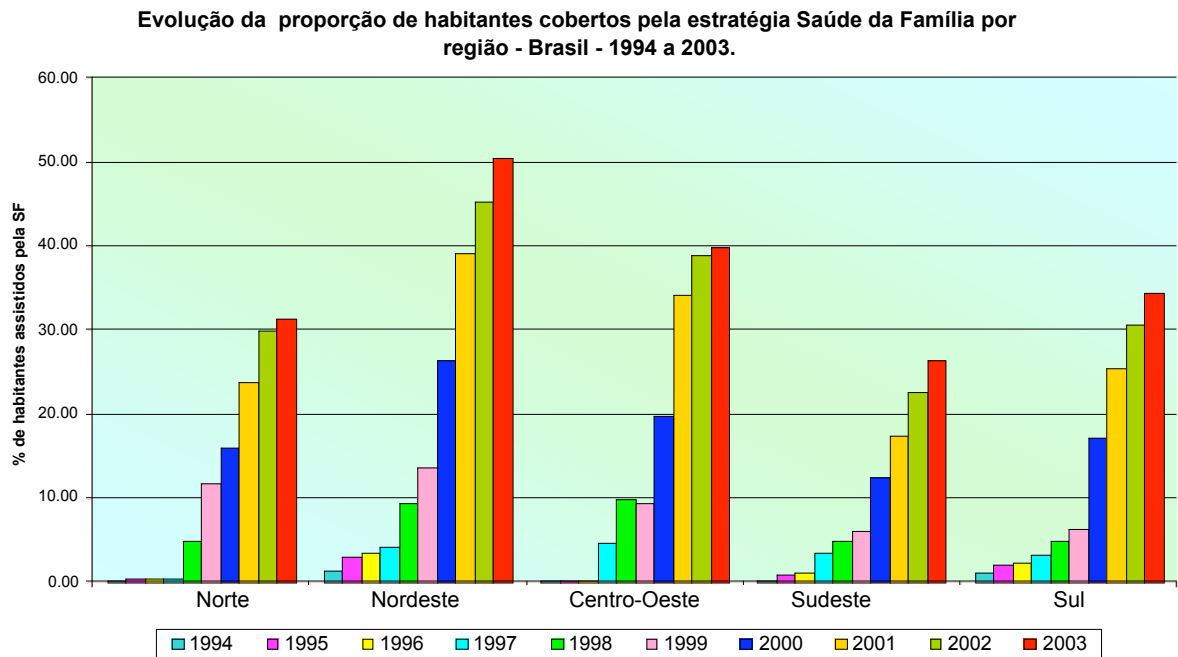


Gráfico III: Distribuição do percentual de cobertura populacional da SF por Estado - Brasil - 2003

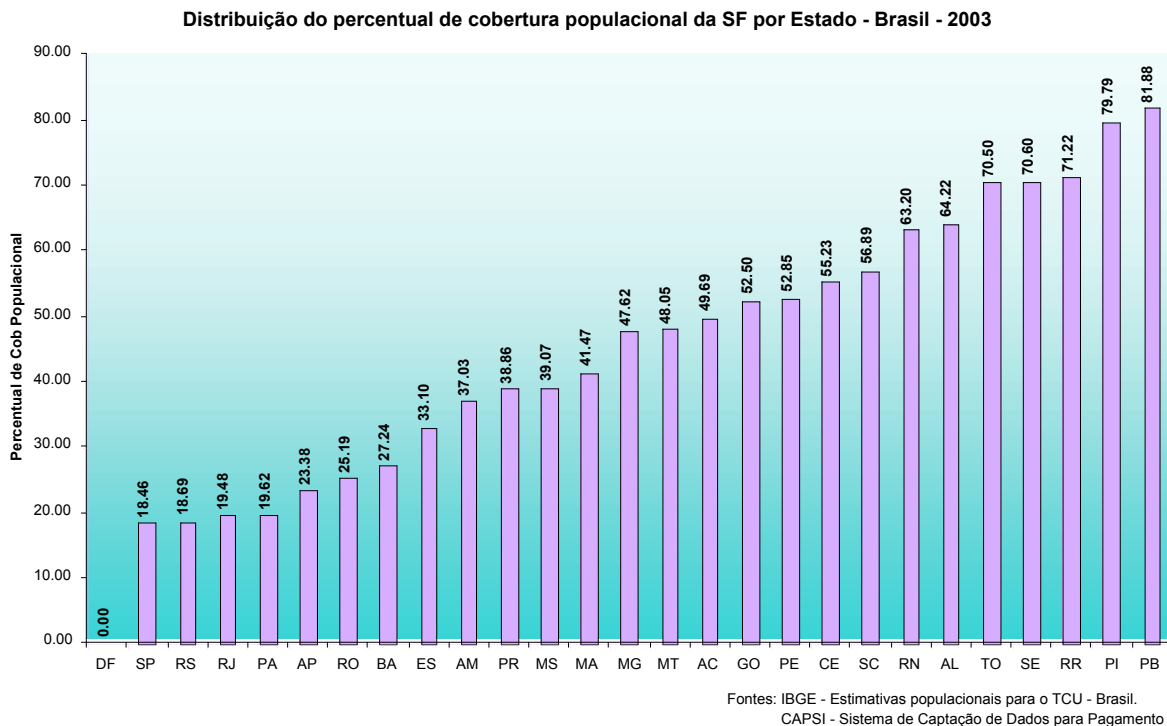
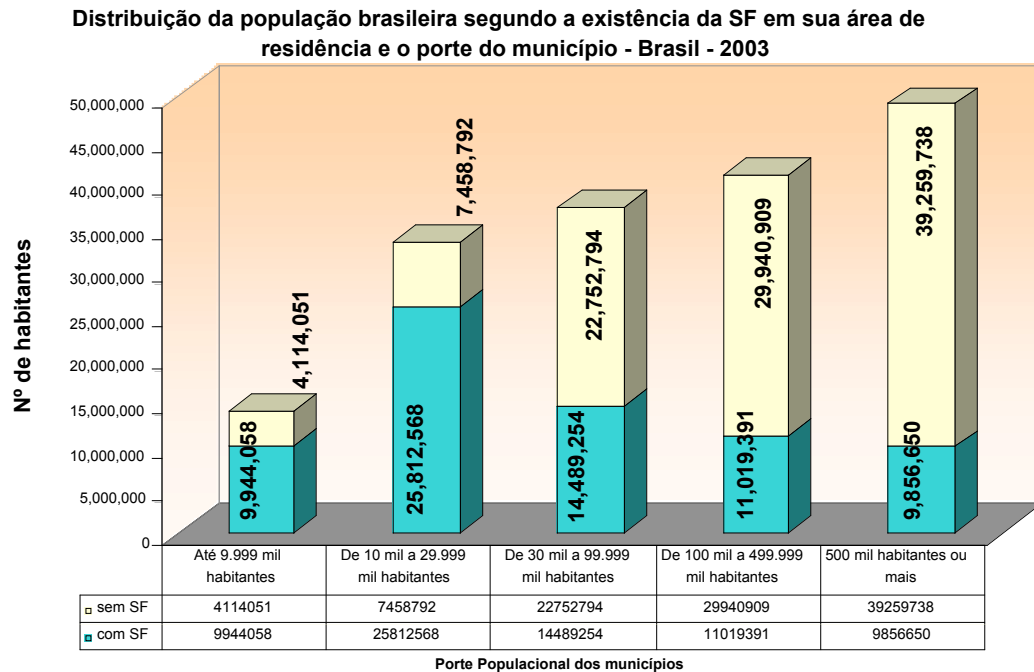


Gráfico IV: Distribuição da população brasileira segundo a existência da SF em sua área de residência e o porte do município - Brasil – 2003



Fontes: IBGE - Estimativas populacionais para o TCU - Brasil.
CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento

- **O PSF foi “importado” de outro país ?**

A reforma da atenção primária é uma realidade em todo o mundo. De modo geral, todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento social ou econômico, vêm discutindo mudanças no setor saúde a partir da (re-)estruturação e/ou investimento na atenção básica. Com maiores ou menores diferenças nas propostas, o médico generalista ou de família, a abordagem multi-profissional e/ou interdisciplinaridade, e a valorização da prevenção, da promoção da saúde da intersetorialidade são aspectos comuns. No entanto, a estratégia brasileira guarda suas particularidades como a busca da universalidade do acesso, a delimitação de território e a adscrição de clientela, a composição das equipes e o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, a descentralização da gestão e a política de incentivo e suporte do Ministério da Saúde e das Secretarias de

Estado da Saúde, o que em encontros internacionais tem despertado interesse dos participantes e autoridades estrangeiras, sendo reconhecido como o “modelo brasileiro” de atenção primária.

2.2 A Atenção Básica e a Saúde da Família

- **Quais são os “princípios” do PSF?**

As bases normativas do PSF evoluíram desde o início de sua implantação. O Guia Prático do PSF publicado pelo Ministério da Saúde em 2001 aponta os seguintes princípios:

- Ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos na atenção básica, com território adscrito, permitindo o planejamento e a programação descentralizada;
 - Integrar as ações de saúde, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, de forma interdisciplinar;
 - Responsabilizar e vincular as equipes com a população adscrita;
 - Qualificar o processo organizacional da Atenção Básica com caráter substitutivo das práticas atualmente vigentes nesse nível de atenção;
 - Avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados;
 - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação e ;
 - Estimular a participação popular e o controle social.
-
- **O PSF segue os princípios da Atenção Primária à Saúde?**

Utilizando os princípios da APS em uma concepção ampliada (Starfield, 1998) , relacionamos seus pontos em comum, bem como as especificidades do PSF:

- **Primeiro Contato/Acesso**

O serviço representa um local para prover atenção à saúde, de fácil alcance, que serve como “porta de entrada” ao sistema de saúde. Sempre que um usuário apresentar um problema recorrente ou um novo problema de saúde deve utilizar esse serviço de saúde.

- **Longitudinalidade**

Fonte regular de atenção à saúde e sua utilização ao longo do tempo. Ultrapassa a continuidade das ações. Pressupõe a presença de relação pessoal, independente da existência ou não de doença.

- **Integralidade**

Implica a oferta de uma variedade de serviços e o reconhecimento das necessidades dos usuários, de forma a melhor atender e/ou orientar a sua resolução.

- **Coordenação**

Sua essência é a disponibilização de informações sobre os problemas e serviços de saúde, o reconhecimento e a utilização de tais informações para suportar as decisões quanto às intervenções a serem tomadas na atenção à saúde, sejam elas individuais ou coletivas. É o elemento integrador dos princípios e fundamental para a articulação do sistema de referência e contra-referência.

- **Resolutividade**

O elemento é determinante e determinado dos demais. É a capacidade de resolução e encaminhamento dos problemas e demandas, individuais e/ou coletivas,

alcançada pelo sistema de saúde.

Além dos princípios citados, à proposta de Saúde da Família avança para:

- **Territorialização**

Trata-se de um princípio estruturante do entendimento e da organização do processo de trabalho em Saúde da Família (SF). Diz respeito à apreensão do espaço de atuação dos profissionais de saúde da família, bem como da dinâmica social e sanitária apresentada nesse território.

- **Trabalho em Equipe**

A proposta de Saúde da Família pressupõe a organização do processo de trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar. A composição das equipes de saúde da família (ESF) deve ser orientada para a obtenção da melhor resolubilidade possível dentro do seu território de atuação, considerando sempre as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde da família e aquelas apontadas pela comunidade da área onde atua a ESF.

Processo de trabalho continuamente crítico, centrado nas necessidades da comunidade e dos usuários.

Os profissionais de saúde da família devem desenvolver suas ações de forma crítica, o que implica planejamento e avaliação de suas atividades tendo como referência precípua o território onde atuam e as demandas geradas pela comunidade e usuários.

- **Existe diferença entre Atenção Básica, Atenção Primária e PSF ?**

A APS é um termo aceito internacionalmente e que engloba todas as iniciativas que

se baseiam nos quatro princípios descritos anteriormente: primeiro contato/acesso ; longitudinalidade ; integridade e cooperação, ainda que agreguem novos elementos a esses.

Há críticas à forma como a APS tem sido historicamente implantada em alguns países, de forma conservadora e com enfoque nas doenças e em grupos populacionais específicos.

Isto, provavelmente, influenciou o Ministério da Saúde ao criar a expressão Atenção Básica, para definir uma forma própria de organização dessa estratégia de atenção à saúde, incorporando novos princípios e aprofundando aqueles definidos na Conferência de *Alma Ata*, em 1978, com a adoção do enfoque promocional da saúde. O PSF com seus princípios estabelecidos e reconhecidos é entendido como o formato operacional dado à implementação da atenção básica, nomenclatura brasileira atual para a atenção primária.

Ambas as definições, na atualidade, defendem os mesmos princípios, entretanto, a prática tem demonstrado que não é a nomenclatura adotada que define a forma de atuação e os resultados alcançados.

2.3 As Funções de Cada Nível de Governo

- **Qual o papel do Ministério da Saúde no PSF?**

O Programa de Saúde da Família é a política de atenção básica definida, defendida e incentivada pelo Ministério da Saúde. Este órgão define as exigências mínimas para que uma determinada iniciativa seja aceita como Saúde da Família e esteja habilitada a receber os incentivos definidos para o programa. Além disso, o MS trabalha no desenvolvimento e implementações de ações que colaborem na efetivação do impacto da estratégia Saúde da Família conforme concebida. É ainda de sua responsabilidade o acompanhamento e avaliação do PSF enquanto

estratégia de atenção à saúde em nível nacional.

- **As Secretarias Estaduais são executoras do PSF?**

Não, pois a execução do PSF está a cargo das Secretarias Municipais de Saúde. Às Secretarias de Estado da Saúde cabem o incentivo e apoio à implantação, o acompanhamento e avaliação do PSF em nível estadual. Além disso, é de fundamental importância a participação das SES na articulação entre os municípios, para alcançar a adequada regionalização da atenção à saúde no Estado.

- **A supervisão dos municípios é feita pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou pelo Ministério da Saúde?**

As Secretarias Estaduais tem o papel de prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação do PSF, assim como supervisioná-lo nos municípios, avaliando e divulgando os resultados alcançados. Cabe a SES, submetendo à CIB, a análise da implantação das equipes com vistas ao recebimento dos recursos, bem como a deliberação sobre eventuais irregularidades.

A SES deve estabelecer mecanismos de controle e avaliação das ações do PSF no âmbito estadual, propondo condições de correções necessárias caso os objetivos não estejam sendo alcançados. Neste sentido, são atribuições da SES a capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde membros das ESF.

Ao MS cabe prestar assessoria técnica aos estados e municípios no processo de implantação e expansão do programa, estabelecendo mecanismos de controle e avaliação das ações do PSF, no âmbito federal, sendo capaz de redefinir normas e diretrizes para implantação do PSF, na medida em que forem se acumulando experiências que apontem essa necessidade.

- **A responsabilidade pela execução é só do município?**

Como em todo o processo de construção do SUS, a responsabilidade pela atenção à saúde deve ser dividida nos três níveis de governo, cabendo ao Ministério da Saúde a formulação de políticas de saúde, neste caso, reorientando a organização da atenção básica por meio da Saúde da Família, ao Estado a assessoria técnica e a supervisão aos municípios na implantação e seguimento do PSF, e aos municípios a execução e gestão da Saúde da Família.

2.4 O PSF e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02)

- **Qual o papel do PSF no processo de regionalização?**

A Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS 01/2001, prioriza a atenção básica dentro do Sistema de Saúde, responsabilizando os três níveis de governo pela sua organização. No processo de Regionalização, principal eixo operacional da NOAS, a atenção básica, com um conjunto de ações consideradas essenciais para serem oferecidas por todos os municípios do país, articula-se com toda a rede de serviços dos municípios e de fora deles, numa perspectiva de garantia de acesso da população aos níveis mais complexos do sistema. Assim, a estratégia do Saúde da Família, enquanto primeiro nível de atenção, aponta, nos outros eixos operacionais da NOAS, como a Programação Pactuada e Integrada e o Plano Diretor de Investimentos, onde a população terá garantido o suporte de exames complementares e referências para os outros níveis de assistência, explicitando as responsabilidades entre os gestores, por meio de pactos de garantia de acesso.

- **O PSF é obrigatório para que o município se qualifique na NOAS/2002 e receba o Piso de Atenção Básica (PAB) Ampliado?**

Não, os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão

aptos a receber o PAB-Ampliado, após avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

2.5 A operacionalização do PSF

2.5.1 Territorialização

- **O que é território?**

É o espaço geográfico sob a responsabilidade de uma ESF. Configura-se, entretanto, em muito mais do que um simples espaço físico delimitado por fronteiras geográficas onde se desenvolverão as atividades da ESF. Todo território traz consigo, além dos acidentes geográficos, outras fronteiras delimitadas pelas características culturais, socioeconômicas, ambientais e de vida da população que nele vive.

Conhecer determinada realidade sanitária a partir da compreensão de um “território-processo” (Santos, 1994), é o que chamamos *territorialização*. Esse processo deve servir de base para o desenvolvimento da atenção à saúde dessa população.

A base conceitual para o trabalho em saúde a partir do Território foi trazido por Unglert (1987), reforçada pela compreensão de território-processo abordada por Milton Santos a partir de 1994 que propõe a apropriação do território como estratégia de transformação das práticas sociais trazendo uma ordem social mais humana.

Mendes (1993) reforça o conceito do território como um espaço-processo nos distritos sanitários e Paim (1993) defende a apropriação do território como transformação das práticas de saúde .

- **Como pode ser definido o conceito de Microárea de Risco?**

Na perspectiva das condições de vida serem dinâmicas e compostas por múltiplas variáveis, individuais e coletivas, que interagem entre si, resultando melhor ou pior qualidade de vida, o serviço de saúde deve ser seletivo desenvolvendo atividades para grupos que apresentam maior vulnerabilidade para apresentarem problemas de saúde. Como essas condições são dependentes do contexto social, a microlocalização de moradores com características semelhantes, dentro do processo de territorialização, permite a divisão do território em microáreas, que transformam-se em unidades específicas para desenvolvimento das atividades de atenção à saúde.

- **O que significa adscrição da clientela?**

“Adscrição da clientela “ significa responsabilizar a equipe da unidade de saúde (US) pelos sujeitos que vivem na área geográfica definida para essa US, no processo de territorialização , permitindo o efetivo acesso e vínculo dessa população ao serviço, princípios de atenção à saúde.

A partir desse conceito de responsabilização, devemos adscriver uma população a uma equipe de saúde, uma unidade ou um serviço, numa lógica numérica que permita que a oferta de serviço seja adequada às necessidades da população.

- **Qual a população que deve ser adscrita a uma unidade de SF? E para uma equipe do PSF?**

Cada ESF é responsável pelo acompanhamento de 600 a 1000 famílias ou 2400 a 4500 pessoas. O MS recomenda não alocar mais do que três ESF por unidade de saúde, o que significa algo em torno de 10000 pessoas adscritas para cada USF.

Tendo em vista as experiências em curso, verifica-se que a organização e o

processo de trabalho das equipes tem melhores resultados quando a população adscrita está mais próxima aos limites inferiores preconizados.

- **Porque a adscrição da clientela é necessária?**

Porque uma ESF tem capacidade limitada para a oferta de serviços de forma adequada às necessidades de uma população. É claro que quanto maior for a população sob a responsabilidade de uma ESF, menor será sua capacidade de responder à todos de forma adequada e com qualidade. A adscrição da clientela procura vincular uma determinada população a uma ESF, tendo como princípio o seu local de residência, de forma a facilitar o acesso ao serviço de saúde e, sobretudo, estimular a longitudinalidade das ações da ESF.

2.5.2 Estrutura necessária

- **Existe uma definição do que seja uma unidade de saúde da família ideal?**

O estabelecimento a ser utilizado como Unidade de Saúde da Família representa um elemento importante no desempenho das equipes e na relação destas com a comunidade. O espaço físico deve considerar as particularidades locais, servindo de *cenário* para as transformações pretendidas na dinâmica dos serviços e, conseqüentemente, na qualidade da atenção.

Considerando as recomendações normatizadas atualmente, em que uma equipe de Saúde da Família é responsável por aproximadamente 800 famílias, a estrutura física da unidade deve contar, minimamente, com uma sala de espera adequada para essa população, consultórios clínicos para os profissionais de nível superior, sala de vacinas, sala de pequenos procedimentos e curativos e sanitários, observando a legislação vigente.

Conforme orientação do município em relação a política de dispensação dos

medicamentos, a unidade deverá contar com local adequado para armazenar medicamentos. Em relação a higienização de material, se não for centralizada, deve possuir sala para limpeza e esterilização de materiais.

Alguns municípios têm avaliado positivamente o acréscimo de uma sala para atendimentos coletivos, atividades de educação em saúde e para reuniões com a comunidade em suas unidades.

- **Quantas equipes devem trabalhar em uma unidade?**

A questão não é só numérica e sim que, em um processo de mudança na lógica da atenção, se consiga facilitar ao máximo a possibilidade de acesso, vínculo e responsabilização das equipes com sua população adscrita.

Em primeiro lugar é necessário garantir o acesso. Espera-se que o ambiente dessa unidade seja acolhedor e facilitador do vínculo. Certamente, não o será, se na sala de espera da US estiverem 100 ou 200 pessoas, diariamente, aguardando atendimento. O limite nesse caso não é preciso, mas deve-se atentar para que todos os componentes da estrutura que facilitem o vínculo e a responsabilização, estejam disponíveis.

O Ministério da saúde recomenda o máximo de três ESF por unidade, com uma população adscrita não superior a 10 mil pessoas.

2.5.3 O processo de trabalho – o que muda com o PSF?

- **O trabalho multidisciplinar e integral é possível?**

Sim. É difícil, mas possível. Implica esforço e depende, sobretudo, do entendimento

e do compromisso dos profissionais de saúde da família com o modelo proposto.

Se o espectro de problemas de saúde em atenção primária é maior do que em qualquer outro ponto do sistema, os profissionais devem reconhecer e responder adequadamente a necessidades de todos os tipos, o que requer amplos recursos assistenciais. Portanto, o conceito de “Integralidade” que se propõe extrapola o princípio contemplado na Lei 8.080: “...um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso...” , e passa a ser a integralidade, também, na articulação dos saberes e responsabilidades específicos de cada profissional (Campos, 1994) que garantam uma assistência mais integral. Isso refere-se a um novo processo de trabalho, baseado no trabalho em equipe .

O trabalho realizado por equipe multidisciplinar significa a atuação conjunta de várias categorias profissionais, com seus saberes e responsabilidades específicas. Porém, a competência de cada profissional isolada é insuficiente para dar conta da complexidade das necessidades dos usuários que os serviços de atenção primária dispõem, devido a sua grande abrangência. Isso requer que os profissionais desse nível de atenção sejam especialistas naquilo que é comum, necessidades ou problemas simples e complexos, mas freqüentes. Para lidar com essa complexidade, faz-se necessário a integração dessas várias disciplinas e áreas de conhecimento, criando outra área com produção específica de conhecimento que é a Interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade provoca uma flexibilidade nos limites das competências e exige um esforço contínuo de cada grupo profissional no sentido de permitir a complementaridade a partir do seu núcleo de competência. A particularidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um novo agente e trabalhador da saúde representa bem essa constante pactuação que deve haver entre os integrantes da equipe de saúde e seus usuários, num esforço que se dá basicamente pelo compromisso entre esses sujeitos/trabalhadores no cotidiano do

trabalho.

- **Quem é responsável pela promoção da saúde na equipe?**

Todos os profissionais de saúde são direta e efetivamente responsáveis pela promoção da saúde na Saúde da Família. Na proposta de Saúde da Família todo contato configura-se como uma oportunidade para a promoção da saúde. A promoção da saúde, muito mais do que ações e procedimentos a serem realizados pelos profissionais das ESF, é uma estratégia que orienta o modo de ofertar atenção à saúde. Esse enfoque possibilita “proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma”. Para tanto, foram sugeridas orientações, tais como a participação dos profissionais como *mediadores* entre os interesses distintos a favor da saúde, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais indispensáveis à vida, através de informação e educação em saúde (Carta de Ottawa, 1986)

- **Qual o “espaço” de atuação da equipe?**

Não existe um espaço único para o desenvolvimento das ações no PSF, pelo contrário, a multiplicidade dos espaços de atuação é uma das características do Saúde da Família. Se a USF é o ambiente a ser privilegiado para a assistência direta ao usuário no que se refere à realização de consultas e outros procedimentos técnicos e específicos, a comunidade é o espaço principal para o desenvolvimento das ações de educação e promoção da saúde, bem como para o trabalho dos ACS. Isso não implica, entretanto, que o médico, por exemplo, deva ficar somente na USF realizando consultas, e que, por outro lado os ACS devam estar apenas desenvolvendo visitas domiciliares, sem nunca comparecer a USF. Tanto os médicos, enfermeiros e odontólogos devem participar de modo regular e planejado de visitas e/ou consultas domiciliares, como os auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e ACS, podem e devem ter responsabilidades no

planejamento, organização e avaliação das ações da ESF na USF. Da mesma forma, nada impede aos membros da ESF acompanhar, ou mesmo assistir aos usuários da sua área de abrangência em outras unidades de saúde da rede, mesmo em nível hospitalar.

- **Quais são os pontos comuns de atuação das diferentes categorias profissionais na ESF?**

A equipe de saúde da família deve ter, a partir das competências de cada categoria profissional, um campo de atuação que é comum a todos. Na construção conjunta desses pontos comuns, ou campos de competência, a equipe deve buscar a ampliação de sua atuação em direção à qualidade de vida e a promoção da saúde da população sob sua responsabilidade.

Esses pontos comuns são: o conhecimento das áreas onde vão atuar, a territorialização; a concepção de saúde e o entendimento do processo saúde-doença tendo a *“saúde como um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente”* (Minayo,1992); a organização do processo de trabalho numa lógica do acolhimento , vínculo e responsabilização pelo usuário; a equidade a partir do enfoque em grupos, famílias e usuários de risco; o planejamento das ações a partir da realidade local, a avaliação sistemática das atividades e o estímulo à participação dos usuários e do controle social.

- **A atuação intersetorial é responsabilidade do gestor?**

A intersectorialidade pode ser viabilizada pelo gestor , mas também pela equipe. Os pré-requisitos para uma concepção de saúde que alcance o objetivo “Saúde para Todos”, são: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Pressupõe-se claro que o setor saúde não consegue *per se* proporcionar essas condições, e que “a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os implicados: governos, setores sanitários, e outros setores

sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação” (Carta de Ottawa, 1986)

Assim, é responsabilidade primeira do gestor, ainda que, iniciativas intersetoriais possam ser propostas e são amplamente realizadas diretamente pelos profissionais de saúde da família.

- **Quais são as áreas estratégicas de atuação da atenção básica no Brasil?**

Existem sete áreas estratégicas mínimas a serem desenvolvidas em todos os municípios, definidas pela NOAS, consonantes às diretrizes da política nacional de saúde e aprovadas pela CIT e CNS: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle do Diabetes Mellitus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da Criança e Ações de Saúde da Mulher.

Não há qualquer restrição, e ao contrário, considera-se louvável, o esforço dos municípios em agregar outras áreas estratégicas de atuação, tendo por base, o perfil demográfico e epidemiológico das suas populações.

2.5.4 A inserção do PSF na rede de serviços

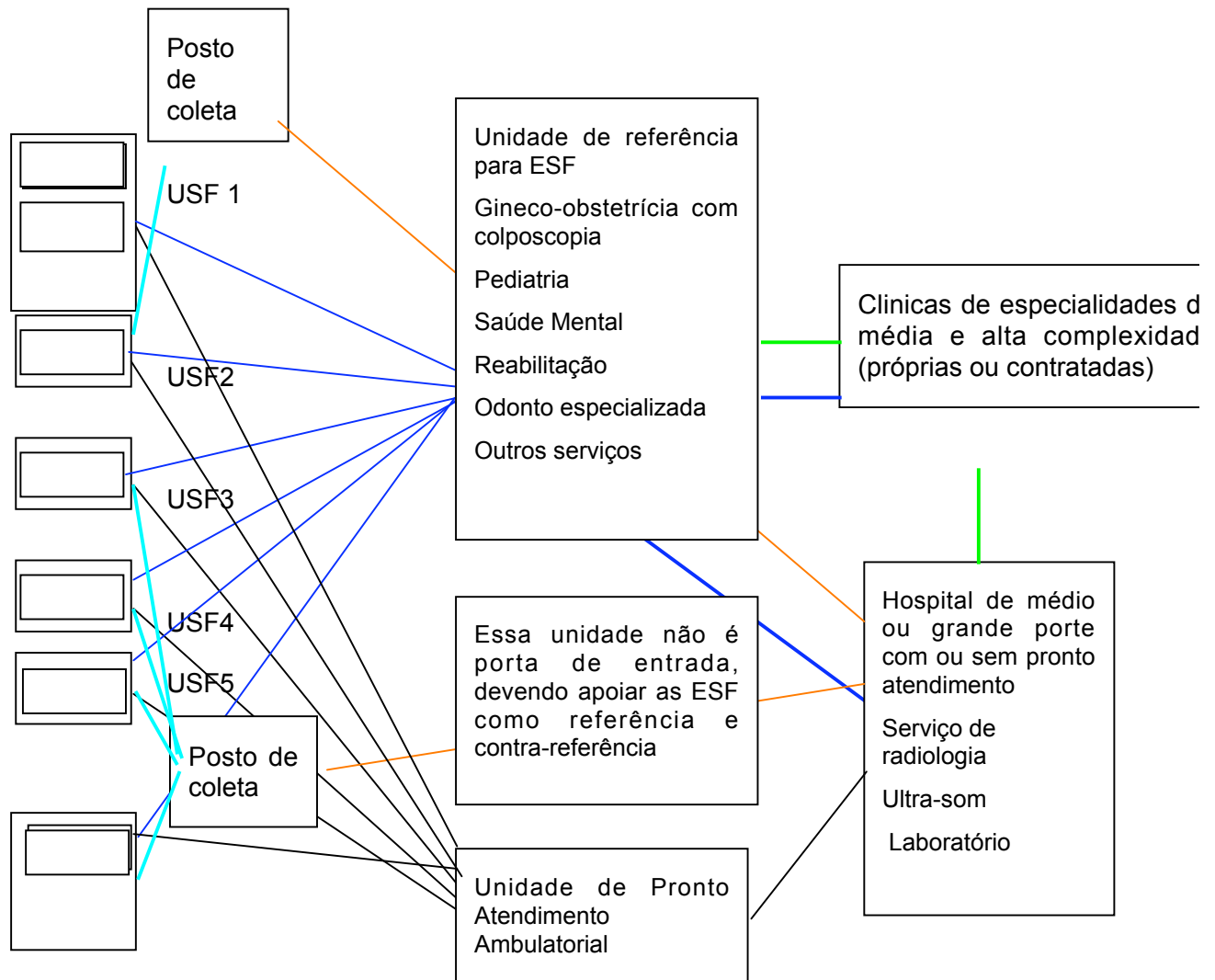
- **O PSF deve estar inserido na rede de serviços?**

As mudanças nas práticas de saúde determinam outra estruturação nos sistemas de saúde, a partir de uma atenção básica integrada, qualificada e resolutive, numa lógica muito mais centrada na “ produção do cuidado” (Campos, 1997) do que na de procedimentos. A oferta dos serviços de saúde deve ser orientada às necessidades da população adscrita, nos vários pontos do sistema.






A inserção do Saúde da Família, como porta de entrada da população ao sistema de saúde, assumindo a coordenação do fluxo de usuários para os demais níveis é a

proposta para um sistema de atenção à saúde baseado na atenção primária.

A seguir apresenta-se um desenho hipotético da inserção das equipes de saúde da família na rede de serviços em um município. Trata-se de um desenho explicativo e não deve ser considerado como modelo, pois não leva em consideração a realidade local:



As unidades de saúde da família poderão possuir uma ou mais equipes de saúde da família (ESF) de acordo com a população adscrita a cada uma delas. Os postos de coletas e a farmácia básica poderão estar ou não vinculados a uma unidade de saúde da família.

-  USF para posto de coleta
-  USF para referência de Pronto atendimento
-  USF para referência da Média complexidade (M1/NOAS), e outros serviços especializados, hospital ou exames de imagem
-  Posto de coleta para laboratório
-  Referência de Média Complexidade para outros serviços especializados e hospitalares , e apoio ao diagnóstico

- **Como garantir a integração na rede, a referência e contra referência?**

A definição da rede da assistência à saúde integrada é papel fundamental do gestor local, que deve desenvolver planos de ação, protocolos para referência e contra-referência, estimulando todos os atores envolvidos a cumprirem os planos propostos. As Centrais de Marcação de consultas especializadas, de internações , de apoio diagnóstico e terapêutico são exemplos da garantia dessa integração. A referência de maternidades às gestantes adscritas a determinadas regiões, a disponibilidade de estrutura física e de materiais, de forma contínua para as equipes e a capacitação dos profissionais, com avaliação de desempenho referente aos percentuais de encaminhamentos às especialidades e/ou a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, são essenciais para garantia da resolubilidade da atenção básica.

- **A fragmentação do sistema de saúde não inviabiliza o trabalho das equipes?**

A fragmentação do SUS tem levantado questões que merecem aprofundamento. Como exemplo podemos utilizar o estudo de Mendes (2001), referindo-se às internações do SUS no ano de 1998 que mostrou que o percentual médio das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial foi de 36,2%. Isso significou um gasto de mais de 800 milhões de reais/ano , e um gasto per capita /ano de aproximadamente 5 reais/ano. Em outro estudo, demonstrou-se que um quarto dos óbitos dos estadunidenses deve-se à utilização inadequada de tecnologia médica, conseqüente do acesso direto às especialidades (Starfield *apud* Mendes,

2001).

Essa fragmentação poderia prejudicar o trabalho das equipes do Saúde da Família, se as famílias/usuários não utilizarem esse serviço como porta de entrada, acessando diretamente outros pontos do sistema, bem como por propiciar barreiras para os outros níveis da atenção, impedindo ou retardando o acesso à consultas especializadas, exames, internações e outros tratamentos, sobrecarregados com demandas inadequadas.

- **Qual o papel das unidades de urgência/emergência em relação ao PSF?**

As unidades do PSF devem ser a porta de entrada à população adscrita, neste sentido, devem estar preparadas às situações mais freqüentes de urgência/emergência que esse nível de atenção abrange e, sendo capacitadas e estimuladas a exercerem seu papel na manutenção da vida, objetivo de qualquer nível de atenção à saúde. Por outro lado, é papel fundamental da gestão local, por meio de mecanismos de regulação, garantir a continuidade desse cuidado para não romper a proposta da integralidade vertical do sistema de saúde.

A definição de que um serviço de atenção básica é responsável por determinadas situações de urgência e emergência orienta sua estrutura física, os equipamentos e a capacitação de recursos humanos necessários para garantir bons resultados nesses eventos.

2.5.5 Os recursos humanos

- **Quais as opções para contratação do pessoal do PSF?**

Como qualquer outro servidor de saúde dos municípios, os trabalhadores do PSF deverão ser contratados pelo gestor municipal, conforme modalidades clássicas de contratação, dando preferência a vínculos estáveis, que garantam seus direitos

trabalhistas, bem como sua perenidade no trabalho. Portanto, conforme a realidade local, pela possibilidade da Administração Pública firmar vínculo de cooperação com entidades qualificadas pelo poder público, via contrato de gestão, termo de parceria, convênios e contratos de direito público, esses trabalhadores podem ser estatutários ou terem vínculos com Organizações Não Governamentais, Organizações Sociais da Sociedade Civil de Caráter Público e convênios ou contratos com associações e cooperativas.

- **Quem faz a seleção das equipes?**

É competência dos municípios definir seleção, contratação, remuneração, distribuição da jornada de trabalho e organização do processo de trabalho frente às particularidades de cada região do país. Os Estados podem ser parceiros, assessorando os municípios nos processos seletivos.

- **Como uma equipe pode se capacitar para o trabalho?**

Uma equipe de atenção básica deve estar orientada para as necessidades da população, portanto a atenção prestada deve responder a essas necessidades, enfocando a saúde, e não as doenças específicas.

Os profissionais das equipes devem ser competentes para responder às ações as quais são demandados, quer sejam de promoção, prevenção, assistência ou recuperação da saúde da população sob sua responsabilidade. É essa classificação das ações que definem as competências esperadas de cada categoria profissional. As capacitações devem englobar saberes cognitivos, habilidades, atitudes e capacidades de transformações desses profissionais.

Uma forma fundamental para as equipes acompanharem seu desempenho deve ser por avaliações sistemáticas, por pessoal/instituições autorizadas que avaliem padrões assistenciais e resultados práticos das ações prestadas.

- **O que são os Pólos de Capacitação?**

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal de Saúde da Família, foram criados como articuladores junto aos serviços e as instituições acadêmicas voltadas para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde, para implementarem processos de capacitação, formação e educação permanentes, direcionados à estratégia de Saúde da Família. Seus objetivos são desenvolver, apoiar e traçar diretrizes para a qualificação de recursos humanos em Atenção Básica.

- **Existe garantia de educação continuada para o PSF?**

O MS tem tentado encontrar respostas para essa demanda, tão fundamental para a qualidade do Saúde da Família. Os Pólos não tem sido suficientes para a demanda crescente de trabalhadores que estão atuando no PSF. Uma das formas é a descentralização dos recursos, para Pólos Regionais e grandes municípios. De qualquer forma, a garantia de educação continuada deve estar no compromisso dos gestores cuja gestão de recursos humanos deva prever essa estratégia.

- **O que é o PROMED?**

O PROMED - Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina. iniciou-se em 2002, visando mudança mais profunda na formação de recursos humanos.

A expectativa de um projeto como o PROMED é de desenvolver um processo formativo centrado nas necessidades sociais, enfatizando a idéia de integralidade e da promoção da saúde, buscando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Isso porque as mudanças econômicas e sociais, bem como no perfil epidemiológico, e a incorporação de novas tecnológicas, trazem novas demandas aos serviços. Conseqüentemente a formação do médico deverá sofrer adaptações

buscando articular conhecimentos de diversos campos de saber. Torna-se necessário ampliar as abordagens multidisciplinares, superando-se a simples agregação de disciplinas.

Assim, as mudanças na formação dos médicos, segundo o PROMED, deverão atender aos seguintes aspectos: currículos visando contribuir na formação de médicos gerais e de família; orientação do ensino levando em conta o desenvolvimento regional das áreas mais carentes de médicos e demais profissionais de saúde; incorporação de novas abordagens para a formação ética e humanística dos médicos.

- **Mas tem cidades que não tem médico ou enfermeiro?**

Realmente, outro problema enfrentado pelos gestores é a ausência ou insuficiência, e a dificuldade de fixação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, em alguns municípios brasileiros, particularmente aqueles de pequeno porte e mais distantes dos grandes centros urbanos. Essa realidade é confirmada pelos números relativos a proporção de médicos por unidade da federação. No Maranhão e Amapá a relação médico/habitante é de 0,66/1000 e 0,78/1000 habitantes, respectivamente, enquanto no Distrito Federal esta relação é de 5,51/1000. Também a relação entre o número de médicos por habitante nas capitais é, na média nacional, 6 vezes maior que nas cidades do interior (BRASIL, 2002).

- **O que é o PITS?**

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS – criado por Decreto Presidencial e regulamentado por meio de Portarias Ministeriais visa atender às populações de municípios desprovidos ou com precários serviços de Atenção à Saúde. Através de incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes pretende-se induzir a formação de equipes de saúde, segundo

princípios e diretrizes do Programa de Saúde da Família.

Para incentivar a adesão de médicos e enfermeiros buscou-se estabelecer uma série de benefícios aos profissionais participantes, como tutoria e supervisão continuadas, participação em cursos, material instrucional e bibliográfico; curso de especialização em saúde da família, com carga horária de 360 horas, de forma presencial e a distância; condições adequadas ao desempenho de suas atividades, tais como instalações, equipamentos e insumos; bolsa mensal, a título de incentivo e ajuda de custo, variando de R\$ 4.000,00 a R\$ 4.500,00, para médicos, e de R\$ 2.800,00 a R\$ 3.150,00, para enfermeiros, de acordo com critérios de distância do município de atuação à capital e vias de acesso, seguro obrigatório de vida e acidentes pessoais correspondente ao período de participação no Programa; moradia, alimentação e transporte para o desenvolvimento de suas atividades.

Na escolha dos municípios foram estabelecidos critérios de elegibilidade, como população de até 50 mil habitantes; taxa de mortalidade infantil acima de 80 por mil nascidos vivos; e serem considerados prioritários no controle da malária e/ou da hanseníase e tuberculose.

Em um ano de implementação a proposta foi desenvolvida em 142 municípios, distribuídos em 16 estados das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, além do norte de Minas Gerais, envolvendo 408 médicos e enfermeiros.

Em 2002, com a ampliação do programa, novos municípios foram contemplados, estendendo-se para 20 o número de estados beneficiados, num total de 216 municípios envolvidos.

O processo de avaliação do Programa em 2001, apontou, entre outros resultados: grande receptividade ao programa por parte da comunidade; melhoria da qualidade de assistência à saúde; contribuições na organização dos serviços locais de saúde; contribuição na reativação dos Conselhos Municipais de saúde; melhora na cobertura vacinal, puericultura, assistência pré-natal, prevenção do câncer

ginecológico e no controle da hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis entre outros.

Entre as fragilidades apontadas está o desconhecimento, por parte de alguns gestores municipais, dos princípios do PITS e da Estratégia de Saúde da Família, o que pode comprometer o bom desempenho de ambos os programas naquelas localidades; o descumprimento da contra-partida municipal pelos gestores, levando ao não atendimento das condições especificadas no PITS e as dificuldades em estabelecer um sistema de atendimento à população de referência especializada e contra-referência.

É importante salientar a necessidade de somar-se a essa, outras iniciativas que possam avançar no sentido de uma maior equidade na distribuição dos recursos humanos do SUS em todo o país, visando o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde.

2.5.6 Financiamento

- **Qual é o valor anual do incentivo do MS ?**

O Incentivo para as equipes de Saúde da Família seguem as Portarias nº 1329/GM, de 12 de novembro de 1999, nº 396/GM, de 04 de abril de 2003 e n.º 675/GM de junho de 2003 aumentando de acordo com que se amplia a cobertura total da população do município pelo PSF:

INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PSF - Municípios Abaixo de 100 mil habitantes
--

Faixas de Cobertura	VALOR INCENTIVO/ESF/ ANO	Valor Incentivo/ESF/ mês
0 a 4,9	33.612	2.801,00
5 a 9,9	36.828	3.069,00
10 a 19,9	40.032	3.336,00
20 a 29,9	46.224	3.852,00
30 a 39,9	49.464	4.122,00
40 a 49,9	52.920	4.410,00
50 a 59,9	56.592	4.716,00
60 a 69,9	60.576	5.048,00
70 e mais	64.800	5.400,00
PSF - Municípios Acima de 100 mil habitantes		
0 a 4,9	33.612	2.801,00
5 a 9,9	36.828	3.069,00
10 a 19,9	46.224	3.852,00
20 a 29,9	52.920	4.410,00
30 a 39,9	56.592	4.716,00
40 a 49,9	60.576	5.048,00
50 e mais	64.800	5.400,00

	Valor do Incentivo de Custeio/ACS/Ano (R\$ 1,00)	Valor do Incentivo de Custeio/ACS/Mês (R\$ 1,00)

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	2.880,00	240,00
--------------------------------------	----------	--------

	Valor do Incentivo de Custeio/Equipe/Ano (R\$ 1,00)	Valor do Incentivo de Custeio/Equipe/Mês (R\$ 1,00)
SAÚDE BUCAL MODALIDADE 1	15.600,00	1.300,00
Saúde Bucal Modalidade 2	19.200,00	1.600,00

- **Os Estados tem incentivo próprio?**

Compete às secretarias estaduais de saúde “ definir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do PSF” segundo a Portaria 1.886. Alguns estados já implantaram incentivos próprios para o PSF, como Mato Grosso, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Bahia, com formas diferenciada e critérios próprios de repasse, já outros compram veículos e constroem unidades, como Mato Grosso do Sul, ou pagam funcionários, como Ceará (ACS) e Tocantins (técnicos de nível superior).

- **Existe algum estudo do custo de uma equipe do PSF?**

Estudo realizado em equipes de Saúde da Família no ano de 1998, obteve um custo médio anual de 150 mil reais, assim divididos: 60% em folha de pagamento, 20% em material de consumo (material de enfermagem e de expediente, formulários impressos, material de limpeza, medicamentos, alimentação, medicamentos eventuais e controlados e material odontológico), 10 % em custos indiretos (custos sem identificação, tendo sido rateados pelas unidades), 5% com centro administrativo, 3% com exames e diagnósticos, 2% outros serviços e encargos e 1% com depreciação (Dornelles, 2000). Esse valor significou, no ano de 1998, um custo

per capita anual de R\$ 55,82.

A Fundação Getúlio Vargas –FGV/EPOS realizou estudo de custos em 60 municípios brasileiros , no final do ano 2000, cuja composição de custos nas equipes ficou assim distribuída: 46,62% com salários e encargos; 15% com despesas administrativas, serviços diversos e despesas gerais, 12,55% com medicamentos; 9,43% com transporte; 6,32% com exames realizados, 4,11% outras despesas com encargos e salários; 2,84% com material de enfermagem; 1,95% com depreciação e 1,18% com vacinas. Esses resultados discordam da maior parte de estudos de gastos com RH, que giram em torno de 60 a 70% dos custos em serviços de saúde, podendo ter um viés metodológico.

- **O que é o PROESF?**

O projeto de Implantação e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem por objetivos expandir e qualificar o PSF em municípios com população superior a 100 mil habitantes, ampliar a capacitação de profissionais para a saúde da família e aprimorar sistemas de avaliação e monitoramento para todos os municípios brasileiros.

Com o apoio do Banco Mundial, o projeto prevê um volume total de recursos de US\$550 milhões, sendo 50% desses recursos oriundos de empréstimo do Banco e 50% de contrapartida do governo federal. O prazo de execução do projeto é de 7 anos, com término previsto para 2008.

O acordo de empréstimo foi assinado em Washington pelo Ministro da Fazenda, autorizando o repasse de US\$68 milhões ao governo brasileiro para a realização da primeira fase do projeto.

As linhas de ação previstas encontram-se distribuídas nos seguintes Componentes:

Componente 1 - Apoio à Conversão do Modelo Assistencial para a Estratégia de

Saúde da Família nos municípios com população acima de 100 mil habitantes. As linhas de investimento incluem modernização institucional; adequação da rede de serviços; fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação e desenvolvimento de recursos humanos (treinamentos e supervisões).

Componente 2 - Desenvolvimento de Recursos Humanos, incluindo: capacitação e educação permanente de recursos humanos; formação de recursos humanos em Saúde da Família e apoio e monitoramento das atividades de desenvolvimento de recursos humanos.

Componente 3 - Monitoramento e Avaliação, incluindo: adequação e consolidação do sistema de monitoramento da atenção básica; avaliação da implementação do PSF e dos Pólos de Capacitação de Recursos Humanos; qualificação das unidades básicas de saúde e instituições formadoras de recursos humanos e projetos de pesquisa e Fundo de Pesquisa em Saúde;

O Projeto contempla duas vertentes no que diz respeito aos municípios brasileiros. A primeira delas refere-se à *conversão* do modelo tradicional de organização dos serviços de atenção básica pela Estratégia do Saúde da Família, tendo como objeto potencial os 226 municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes. Desse conjunto de municípios pretende-se financiar municípios selecionados mediante avaliação das propostas apresentadas, com base em critérios objetivos. Como o Projeto pretende, ao final dos 7 anos, alcançar uma cobertura populacional de cerca de 60% nos municípios selecionados, um dos critérios iniciais de adesão é a previsão de uma meta de cobertura de 70% da população nos municípios que têm entre 100 e 500 mil habitantes, 50% nos municípios entre 500 mil e 2 milhões de habitantes, e 40% naqueles que têm mais de 2 milhões de pessoas.

Na perspectiva da reorganização dos serviços, a proposta de *conversão* traduz-se em investimentos para efetivar as Unidades/Equipes de Saúde da Família como porta-de-entrada do Sistema e assegurar a assistência integral à saúde da população. Para isso, prevêem-se estratégias e recursos tanto para (re)estruturação

de serviços nos diversos níveis de complexidade, quanto para orientar a sua organização em redes integradas, com sistemas de referência e contra-referência.

2.5.7 Acompanhamento e avaliação

- **Existem indicadores para acompanhamento de resultados?**

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, é um processo novo no país, com grande potencial de êxito, a partir do envolvimento dos gestores municipais e estaduais no acompanhamento desses indicadores pactuados para reconhecimento de suas realidades.

- **Já existem resultados do PSF?**

Buscou-se levantar alguns dados e estudos sobre o PSF, buscando correlacioná-los a alguns resultados esperados para a atenção básica, como descritos a seguir:

Não há dúvida que o PSF ampliou o acesso a um terço da população brasileira, cujo perfil é de extrema vulnerabilidade, contribuindo à inclusão social. Estudos devem acompanhar essa primeira característica, tanto pelo elemento *estrutural* como pela *utilização* dos serviços pela população. O monitoramento das equipes do PSF, no ano de 2002, demonstrou que 98% das equipes tem sala de recepção ou espera, 97,5% tem consultório médico, 64,3% tem consultório de enfermagem, 86% tem sala de procedimentos e 61,2% tem sala de vacinas. Por outro lado evidencia que a estrutura piora, conforme cresce o número de equipes por unidade de saúde. Entretanto, na opinião dos trabalhadores, a adequação da estrutura física foi considerada adequada somente entre 9,6 e 40,6 dos mesmos nos municípios avaliados (Ministério da Saúde, 2002).

As atividades de demanda espontânea, realizadas pelos profissionais de nível

superior, nos municípios avaliados, variaram desde 58 a 100% da garantia de acesso a esse tipo de atendimento (Ministério da Saúde, 2002).

A identificação por parte dos usuários da unidade do PSF como sua primeira referência de atenção, demonstra algum grau de vinculação da população às equipes. Estudos de caso realizados em 10 municípios brasileiros evidenciaram que a procura ao PSF pelas famílias em cada episódio de doença variou desde 31% a 59% entre os municípios estudados.

Entre 51,1 e 69,2% ds usuários referiram que depois da implantação do PSF, nos municípios avaliados, procuraram menos os serviços de urgência (Ministério da Saúde, 2002).

Os usuários conhecem seus ACS entre 97,5 a 100% dos casos, e avaliam suas atividades como ótimas e boas entre 81,4 a 89,8%.

O acesso aos profissionais do PSF variou, entre as famílias estudadas, em média, 79% aos ACS , 36,32% à consulta médica, 22% à consulta da enfermeira, 21% ao auxiliar de enfermagem, e 8,78% ao odontólogo (Ministério da Saúde, 2002).

Das famílias que tiveram acesso às consultas médicas, as reclamações variaram entre 1,9 e 10,4 % nos municípios avaliados (Ministério da Saúde, 2002).

Sabe-se, da literatura internacional, que as vantagens da vinculação e responsabilização na execução da atenção básica traz maior satisfação da população, há maior probabilidade da população receber ações de prevenção, como maior chance de ser vacinado, menos chance de contrair doenças preveníveis, menos chance de baixo peso ao nascer , o atendimento prestado é mais precoce e mais adequado, o usuário tem maior chance de comparecer às consultas de seguimento, ocorrem menos hospitalizações, e quando ocorrem são por tempo reduzido. Os custos no atendimento também podem ser reduzidos em até 25% (Starfield, 1998).

Estudo realizado pela Secretaria de Políticas de Saúde (Ministério da Saúde, 2002) demonstrou que nos municípios com cobertura de PSF igual ou superior a 50% da população, houve uma redução da média de coeficiente de internações, em todas as regiões do país, para diarreia em menores de 5 anos, desnutrição em menores de 1 ano e infecção respiratória aguda em menores de 1 ano.

Outro ponto a ser destacado é o tempo, a permanência e a constância dos profissionais. O PSF tem apresentado problemas na fixação dos profissionais, principalmente médicos, nas comunidades. Os motivos variam desde questões de inadequada formação para atuarem como “ provedores de atenção primária ” , bem como a fragilidade de vínculos empregatícios que dificultam a adesão desses profissionais. A pesquisa do monitoramento de 2002 mostra que apesar de 65% das equipes estarem funcionando há mais de 12 meses, 39% dos médicos e 37% das enfermeiras estavam nas equipes há menos de 06 meses.

Em relação à cobertura das ações, estudos específicos demonstram que a priorização das ações materno-infantis, tem efeitos sobre pré-natal com início precoce e sobre a melhora da cobertura do aleitamento materno exclusivo e das imunizações, porém, o acesso dos usuários com doenças crônicas, que em estudos populacionais são auto-referidos em 60% dos domicílios, merecem um reforço por parte dos profissionais do PSF.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais têm demonstrado também mudanças nas práticas dos profissionais: os médicos realizam, concomitantemente, em 79,5% das equipes, atendimentos nas quatro áreas básicas. As enfermeiras em 52% das equipes. As atividades educativas em grupo são realizadas por 65% dos médicos, 77,8% das enfermeiras, 63% dos auxiliares e 70,6% dos ACS. Reuniões com a comunidade são realizadas por 39,6% dos médicos, 48% dos enfermeiros, 40,4% dos auxiliares e 50,3% dos ACS. Em relação às atividades educativas em grupo, 65% dos médicos, 77,8% das enfermeiras , 63% dos auxiliares e 70,6% dos ACS as realizam.

Os profissionais acreditam que a intersectorialidade é fundamental para resolução dos problemas da comunidade , mas no máximo 39% deles acham a articulação satisfatória nas suas equipas. A resolutividade das equipas variou entre 78,8% a 91,2% nas equipas avaliadas (Ministério da Saúde, 2002).

Não há dúvidas que, quanto maior o vínculo das equipas com os usuários, melhor o planeamento das ações, por isso, as inúmeras actividades realizadas pelas equipas no país, como o envolvimento em processos de regularização fundiária, de saneamento básico, de habitação, da conquista por áreas de lazer, do enfrentamento do analfabetismo em adultos ou do monitoramento da evasão escolar.

Em relação ao controle social , 36% das equipas tem algum de seus membros participando de instâncias de Controle Social (Conselho Municipal de Saúde, Conselho Local de Saúde). Em estudos de casos realizados em 2002, essa participação variou entre os municípios avaliados de Zero a 84% para o nível superior, e de 16,7 para 80% entre os ACS. Nos mesmos locais , a participação das famílias estudadas variou entre zero e 25,9% (Ministério da Saúde, 2002)

3 GLOSSÁRIO

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Abordagem Multiprofissional: a atenção *integral* à saúde, por se pretender ampla e completa, não pode ser prerrogativa de um único profissional, pois não há uma profissão que trabalhe, sozinha, todos os aspectos da saúde do homem. A Atenção Básica, ao se comprometer com uma atenção integral e de qualidade, tenta constituir-se em um espaço de *articulação* entre as profissões de saúde, no qual cada uma cumpre o seu papel como uma etapa para se alcançar o objetivo comum a

todos os profissionais de saúde: o bem-estar físico, mental e social que caracteriza o conceito atual de saúde, e não meramente o reparo de agravos ou a ausência deles

Referência Bibliográfica:

TREZZA, E. *Atenção de primeira linha no final do século XX: o desafio da resolutividade*. In. *Divulgação em saúde para debate*. Ago/1994. n. 9.

Acesso: significa o alcance a um certo nível de saúde necessitado pelo usuário. É condição imprescindível à eficiência de um serviço em saúde (ver também acessibilidade). Para saber mais:

http://www.saudepublica.bvs.br/P/pdf/saudcid/vol1_05.pdf

Acessibilidade: medida do acesso a um serviço de saúde. É diretamente proporcional à oferta e à eficácia dos serviços – bem como a uma satisfatória articulação entre os níveis do sistema de saúde - e inversamente proporcional à demanda e à ineficiência dos mesmos. (ver também acesso). Para saber mais:

http://www.saudepublica.bvs.br/P/pdf/saudcid/vol1_05.pdf

Acolhimento: Conceito que preconiza o ... “acesso imediato ao serviço de saúde e aos recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida...” (1). O *acolhimento* é operacionalizado mantendo-se “...portas abertas para os diferentes tipos de demandas” a partir da disponibilidade absoluta de ações e serviços na rede. A *humanização do atendimento* seria feita, portanto, através da priorização da demanda espontânea, entendida como “...matéria-prima fundamental para adesão e atendimento da população no serviço”(1). Veja também Triagem.

Referência Bibliográfica:

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL. Alguns fundamentos, pressupostos e conceitos. In:Protocolo das ações básicas de saúde, p. 21-36, 2000.

Acompanhamento: Ato de prover seguimento ao cuidado à saúde através de monitoração contínua das condições de um usuário ou de parte da comunidade. Tal monitoração será possível caso todos os membros da equipe envolvidos no caso obtenham informações sobre o mesmo através de suas atividades habituais e a compartilhem com toda a equipe (Ver também [vínculo](#)).

Agente Comunitário de Saúde (ACS): Profissional responsável pela interlocução entre os usuários e o sistema de saúde. Membro da equipe de saúde da família e, ao mesmo tempo, da comunidade em que atua, ele tem sob sua responsabilidade uma área de atuação previamente delimitada, e deve estar preparado para orientar os indivíduos e toda a comunidade ali presente sobre sua saúde. Deve também realizar o cadastramento das famílias sob sua responsabilidade, zelar pela manutenção e atualização das informações obtidas, manter a equipe informada sobre pacientes sob risco de agravos, encaminhar os usuários ao Centro de Saúde quando necessário, acompanhá-los durante a evolução natural de agravos, identificar micro-áreas de risco em sua área e monitorar os riscos individuais e coletivos presentes nas mesmas. O ACS é também um ator social importante, uma vez que ele tem o papel de incentivar o exercício da cidadania, desencadeando mudanças. (Para saber mais):

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde* (Manual). Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em:

http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_funciona.asp

<http://www.saude.gov.br/psf/publicacoes/abertura.asp> (Clicar em “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”).

Agravos à saúde: Problemas que agem sobre o estado de saúde das pessoas, sejam eles doenças, acidentes, estados mentais ou quaisquer outras condições

desfavoráveis. Prefere-se o uso do termo *agravo* em detrimento do termo *doença*, por ser o primeiro mais amplo.

Área de Abrangência: Área sob a responsabilidade de um determinado serviço de saúde ou equipe de PSF, que deverão trabalhar em prol da *resolutividade* dos agravos à saúde que acometem os membros daquele território, bem como da prevenção dos agravos e da promoção da saúde naquele espaço (Ver também População Adscrita).

http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_funciona.asp

Atenção Básica: Nome dado à *Atenção Primária à Saúde (APS)* no Brasil. Sendo a *APS* um conceito internacional, no Brasil a mesma se adaptou às diretrizes máximas do Sistema Único de Saúde e passou a adotar esse nome. Ao contrário de alguns países, no Brasil a Atenção Primária – ou Atenção Básica - não se destina somente à parcela mais pobre da população e também não resume a atenção à saúde dessas pessoas unicamente a esse tipo de assistência; funciona, sobretudo, como uma tentativa de se buscar a universalidade, a equidade e a integralidade dos serviços de saúde através do *vínculo*, da *responsabilização*, da racionalidade gerencial e do planejamento. Para saber mais:

http://www.saudepublica.bvs.br/P/pdf/saudcid/vol1_05.pdf

Atenção Integral: É a atenção à saúde que baseada na visão holística do ser humano a partir de seus componentes biológicos, psíquicos e sociais, de forma a ir além da cura aos danos físicos causados ao homem. Deve preocupar-se com todos os aspectos das condições de vida do usuário e da sociedade na qual ele vive, e garantir a assistência à saúde em todos os níveis do sistema de saúde, seja através da cura, prevenção, promoção ou reabilitação (ver também integralidade)

Referência Bibliográfica:

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. *Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios*. In. CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; JÚNIOR, M.O. (Organizadores). *Caderno de Textos de Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Editora COOPMED. 1997

Atenção Primária à Saúde: Conceito consolidado durante a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, URSS, em setembro de 1978 (1). Esse evento reafirmou o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e propôs diretrizes para o alcance dessa meta, como o desenvolvimento sócio-econômico, a participação social das comunidades em questões relativas à sua saúde e ao seu desenvolvimento, a interdisciplinaridade no trabalho em saúde e a intersetorialidade entre os principais atores potencialmente promotores do bem-estar humano. Também foi proposta a todos os governos do mundo a execução de medidas como a melhoria das condições sanitárias e do provimento adequado de água e alimentos, medidas educativas visando o entendimento de doenças prevalentes e riscos à saúde, cuidados básicos de saúde materna e infantil, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de endemias locais, tratamento adequado dos agravos mais comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

(1) World Health Organization. *Declaration of Alma Ata*. Alma-Ata, USSR, 1978.

Avaliação: Julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de tomar decisões (1). Esse processo pode conduzir a melhorias da ação avaliada caso seja viável técnica e politicamente o ajustamento da mesma a fim de se corrigir os problemas levantados.

Referência Bibliográfica:

(1): Hartz, Z.M.A (org). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.

Cadastramento: Atribuição básica dos agentes comunitários de saúde de uma

equipe de saúde da família. O trabalho de cadastrar as famílias de uma área visa o levantamento do número de pessoas de uma determinada área, a estrutura etária, escolarização, condições de moradia e história pregressa da saúde das mesmas. Essa atividade é a base para o trabalho de uma equipe de PSF, feito sob planejamento a partir das informações obtidas pelo levantamento cadastral e pela manutenção desse pelos ACS's, entre outras. Para saber mais:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde* (Manual). Departamento de Atenção Básica, 2000. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/psf/publicacoes/abertura.asp> (Clicar em “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”).

Capacitação: Processo destinado a *tornar alguém capaz (ou mais capaz) de algo*: Em saúde costuma-se denominar assim cursos e treinamentos específicos com o objetivo de proporcionar melhorias no processo de trabalho, através da aquisição de saberes, habilidades, atitudes e compreensão acerca da mudança daquele processo. Para saber mais:

<http://www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>

Caráter Substitutivo: Desde a conversão do Programa de Saúde da Família em estratégia para reorganização dos serviços de saúde, em 1997, a ele passou a ser atribuída a substituição do antigo modelo assistencial. Isso ocorreria não pela sobreposição de serviços ou ações, mas pela real troca da antiga estrutura por aquela inerente ao novo modelo assistencial.

Referência Bibliográfica:

SILVEIRA, M.M. *Inovação e Descentralização: impasses da estratégia saúde família em Belo Horizonte* (Dissertação de mestrado). Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte. 2000

http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_funciona.asp

Cobertura Populacional: Extensão dos serviços de saúde a uma determinada população, garantindo-lhe a oferta adequada dos mesmos e, no caso da Saúde da Família, vínculo através de monitoramento das condições de saúde. Veja também:

http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_01/04.html

Competência: conjunto de saberes, habilidades e atitudes relacionadas a uma função, ocupação ou profissão. Para saber mais:

Referência Bibliográfica:

LAZZAROTTO, E.M. *Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis, UFSC, 2001. Disponível em:<<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/9108.pdf> >

Condições de vida: Entende-se por *condições de vida* um apanhado de situações que retratam o bem-estar físico, mental e social de um indivíduo, família ou comunidade e que podem fornecer indicativos das chances de se adoecer ou morrer, bem como do potencial de conservação e promoção da saúde naquele âmbito. Para saber mais:

<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/ceae/ibge/indicadoresmetodologia.htm#topo>

Controle Social: Uma das grandes conquistas da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde brasileiro. Diz respeito à vigilância e a aprovação dos gastos em saúde por parte da sociedade, e no âmbito municipal é realizada através do conselho municipal de saúde, que integra representantes dos usuários, dos gestores e dos serviços de saúde. A existência de um conselho municipal atuante é pré-requisito para a habilitação da gestão de um município e para o recebimento de auxílios ao PSF e a programas nacionais. Para saber mais:

http://www.campinas.sp.gov.br/saude/controle_social.html

Convênio: Instrumento de acordo entre instituições governamentais ou não-governamentais, com ou sem fins lucrativos, visando a realização de objetivos de interesses comuns e que resultem ... “em benefícios de interesse público ou lucrativo” (1). Diferencia-se de um *contrato* porque não há transferência de lucros de uma parte para a outra. Um convênio é sempre voluntário, não cabendo em sua celebração cláusulas de permanência obrigatória dos conveniados. Para saber mais: consulte a referência (1): site justributário (http://www.justributario.com.br/admuni_cbf.htm)

Demanda: A procura de atenção à saúde pelos usuários (ou a sua necessidade, constatada pelos profissionais de saúde) exerce uma pressão sobre os serviços, conhecida como demanda. Pode ser classificada em três categorias: a *demanda espontânea*, decorrente da procura aos serviços de saúde a partir da constatação, pelo próprio paciente, da existência de um agravo; a *demanda reprimida*, que pode ocorrer após um trabalho concentrado de diagnóstico situacional por parte dos profissionais de saúde em uma área antes desprovida desse tipo de atenção; e a *demanda organizada ou direcionada*, que ocorre em uma área permanentemente monitorada por uma equipe ou serviço de saúde capazes de diagnosticar a existência de um agravo com antecedência e oferecer ao usuário uma solução para o mesmo. Para saber mais:

<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/Planejamento.htm>

<http://www.iesam.com.br/paginas/cursos/si/2ano/aulas/03/Unid.%20Micro%20III%20,%20Macro%20IV%20e%20%20Monet.%20V.doc>

Educação Permanente: Processo de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento constante de recursos humanos e a adaptação dos mesmos às condições de trabalho e agravos encontrados nos serviços. Esse conceito é mais amplo do que o de “Educação Continuada”, uma vez que trabalha com conteúdos relacionados à necessidade real do trabalhador, voltando-se para a melhoria do processo de trabalho. Para saber mais:

<http://www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>

Eqüidade: Esse conceito é uma das diretrizes fundamentais do SUS. Diferentemente do conceito de igualdade, ele pressupõe a existência de uma grande diversidade de condições de vida e de estados de saúde em nossa população. Por isso assume, como premissa, o *alcance de uma mesma meta de saúde para todos os cidadãos*. Isso ocorrerá tratando-se “*desigualmente os desiguais*”, que necessitam de mais atenção, a fim de se equiparar com a população em melhores condições de saúde.

Referência Bibliográfica:

SCOREL, S. *Os Dilemas da Eqüidade em Saúde: Aspectos Conceituais*. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>

Estratégia: A palavra “Estratégia” vem do grego “Strategos”, ou *a arte do general*. Designa um conjunto de planos e atos (técnicos e/ou políticos), destinado a alcançar uma meta previamente traçada.

Referência Bibliográfica:

OLIVEIRA, A.R. *Estratégia em Ambiente de Mudança: Estudo de Caso de um Laboratório de Análises Clínicas do Rio de Janeiro* (Tese de doutorado). UFRJ. Rio de Janeiro, 2002

Família: O conceito de família em PSF, por ser operacional, é mais amplo. Trata-se de um sistema de indivíduos que mantém consigo alguma relação de vínculo e compromissos necessários à sobrevivência, como alimentação, abrigo, proteção, afeto e socialização, no todo ou em parte, sendo parentes consangüíneos ou não. Pessoas pertencentes a esse sistema vivendo sob tetos diferentes não excluem a classificação de *família* caso sejam observados os vínculos mencionados

anteriormente.

Referência Bibliográfica::

http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema1/texto2_definicao.asp

Incentivos Federais: Recursos financeiros repassados aos municípios ou outras instituições pelo governo federal, caso estejam inscritos(as) em determinados programas nacionais. Representam formas encontradas pelo Ministério de executar planos de alcance nacional, e podem ser repassados diretamente ou através do Piso da Atenção Básica variável, ou PAB variável (Ver também Programas Verticais).

<http://www.saude.gov.br/psf/faq/faq.asp>

Indivíduo: Pode ser conceituado, operacionalmente, como uma unidade social indivisível, alvo de processos biológicos, mentais e sociais, que se integra aos seus semelhantes para constituir núcleos como famílias, equipes, grupos, instituições, comunidades e nações. As relações entre os indivíduos, bem como entre os mesmos e os núcleos sociais citados, são determinantes de saúde, uma vez que o bem-estar social está associado a esse conceito.

Integralidade: Esse conceito, tal como o de equidade, é uma diretriz máxima do SUS. O cuidado ao ser humano deve ser integral, usando-se para esse fim todos os níveis de atenção e tecnologias necessários. Além disso, deve-se abordar o homem como um ser não meramente biológico, mas também portador de necessidades psicológicas e sociais, integrando-se, assim, os diversos aspectos humanos. A dimensão de cuidado do homem não mais se limita à assistência médica, expandindo-se ao ambiente em que ele vive.

Referência Bibliográfica:

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. *Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios*. In: CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; JÚNIOR, M.O. (Organizadores). *Caderno de Textos*

de Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte. Editora COOPMED. 1997

Interdisciplinaridade: Multiplicidade de conhecimentos e experiências e suas articulações visando o alcance de um objetivo amplo e comum. Não é a pura soma de atividades profissionais fragmentadas, e sim uma real articulação entre elas, de forma a se obter a percepção do objetivo comum de forma integral. Para saber mais:

<http://www.paulofreire.org/proj/pec6inte.htm>

Longitudinalidade: Espera-se que a equipe de saúde da família perceba os agravos à saúde como *processos*, isto é, como transformações que não ocorrem de uma hora para outra. Ao trabalhar com essa visão, a equipe passa a entender a importância do *vínculo* e do *acompanhamento* permanente e ativo dos indivíduos e famílias - ou seja, da longitudinalidade da atenção - pois é assim que se conseguirá o entendimento de toda a história natural e social de um agravo e se aumentará a *resolutividade* da equipe. Para saber mais:

http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/enf_1.html#Cuidados%20Continuados%20-%20um%20modelo%20urgente

Médico Especialista: Profissional médico com treinamento direcionado a alguma área do conhecimento médico, a qual passa a conhecer mais profundamente e a exercer com certo grau de exclusividade. Para saber mais:

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. *A Especialidade Médica no campo da Saúde Coletiva* (Relatório final do Seminário Nacional de Residência Médica). FCM – UNICAMP. Campinas. 1999. Disponível em.

<<http://www.datasus.gov.br/cns/documentos/relatorio.pdf>>

Médico Generalista: Médico treinado para a execução de diagnóstico situacional e planejamento de ações preventivas e promotivas dirigidas à coletividade na qual

trabalha, bem como para o atendimento dos agravos à saúde mais comuns de homens, mulheres, crianças e idosos em geral. Esse médico é um especialista em seu trabalho, uma vez que tais atividades requerem uma importante base de conhecimentos, habilidades motoras, treinamento na interpretação de dados e experiência na abordagem de uma coletividade. Para saber mais:

WONCA EUROPE. *The European definition of General Practice/ Family Medicine*.

Barcelona, 2002. Disponível em:

<<http://www.globalfamilydoctor.com/publications/woncapub.htm>> .

Micro-áreas/Micro-áreas de risco : São divisões do território-área de uma Equipe de Saúde da Família (no qual está sua população adscrita). Define-se como micro-área a menor porção do território-área de uma equipe que seja homogênea em relação às condições de vida de seus moradores, ou seja, que possua uma certa uniformidade em relação aos riscos à saúde. Para saber mais:

http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_01/04.html

Modelo Assistencial: Pode ser caracterizado como uma forma de produção e distribuição de bens e serviços em saúde, que ocorrem em um tempo, um espaço e uma população determinados (1). A Estratégia de Saúde da Família, por ser considerada reorganizadora dos serviços de saúde e parte indissociável do sistema de saúde, pode ser vista como uma tentativa de mudança de modelo assistencial.

(1) Para maiores informações, consulte o texto “O Conceito de Modelo Assistencial na Construção dos Distritos Sanitários” , da coleção “Saúde e Cidadania”, disponível em:

http://www.saudepublica.bvs.br/P/pdf/saudcid/vol1_05.pdf

Modelo de Atenção: Ver [Modelo Assistencial](#)

Modelo de Gestão: A descentralização do SUS vem sendo feita através do oferecimento de modalidades de gestão municipal do sistema. Quanto mais avançada for a modalidade de gestão, maior será o repasse federal de recursos e maior será também a responsabilidade do município frente à saúde de sua população. A NOB 01/93 determinou três modalidades de gestão para os municípios: *incipiente*, *parcial* e *semiplena*. As duas primeiras mantiveram a lógica de repasse por produção de serviços, enquanto a última deslocava a responsabilidade do pagamento aos prestadores para o município, que recebia um teto orçamentário. A NOB 01/96 substituiu essas formas de habilitação por outras duas: *Gestão Plena do sistema* e *Gestão Plena da Atenção Básica*. Na primeira, o município é autônomo, recebe recursos federais e paga diretamente aos prestadores de serviços. Na segunda, o município recebe repasses de recursos para a atenção básica fundo a fundo, mas os serviços não pertencentes à atenção básica são pagos pelo Ministério da Saúde. A NOAS 01/2001 acrescentou a *Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada* – na qual os municípios devem realizar uma agenda mínima, de acordo com diretrizes da política nacional de saúde, como por exemplo o controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase e outros - e determinou também duas modalidades de gestão estaduais: a *Gestão Avançada do Sistema Estadual* e a *Gestão Plena do Sistema Estadual*.

Referências Bibliográficas:

1) CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. *Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios*. In: CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; JÚNIOR, M.O. (Organizadores). *Caderno de Textos de Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte. Editora COOPMED. 1997

2) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997. 34p.

Modelo Hegemônico: É o Modelo assistencial que predomina em uma sociedade, ainda que não seja o único vigente.

Necessidades em saúde: partindo-se de um conceito reducionista de saúde, as *necessidades em saúde* denotariam demanda por atenção médica a lesões e agravos já existentes. Em contrapartida, se adotarmos uma concepção mais ampla do termo *saúde*, as necessidades de uma população não se limitam a esses agravos, mas abrangem também minimização de deficiências econômicas e sociais (sanitárias, educacionais, habitacionais, de convivência e lazer), bem como uma contínua prevenção, monitoramento e controle de alguns danos prevalentes em uma comunidade. Uma ampla mobilização intersetorial passa a ser crucial para a resolução das necessidades em saúde de uma sociedade (Veja também demandas).

Referência Bibliográfica:

MERHY, E.E. *E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS (Réplica)* In. BELISÁRIO, S.A.; CAMPOS, F.E. *O Programa de Saúde da Família e os Desafios Para a Formação Profissional e Educação Continuada*. In. Interface. v.5 n.9 . 2001.

NOAS 01/2001: O principal objetivo da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 é o de promover uma “...maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Para isso ele tenta operacionalizar o processo de regionalização da saúde, dando instrumental às secretarias estaduais e municipais para fortalecer a sua capacidade de planejamento e organização, bem como sua aumentar a capacidade gestora em suas funções de contratação, regulação, controle, auditoria, avaliação de serviços, monitoramento e avaliação dos resultados do sistema de saúde. A NOAS 2001 veio para reforçar o processo de descentralização do SUS e concluir o alcance de 100% de habilitação municipal nas modalidades descentralizadas de gestão do sistema. As modalidades de gestão municipal passam a ser, segundo essa norma, a *Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA*; e a *Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)*. Para saber mais, leia o manual da NOAS/ 01 em:

<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/manuais/noas01.htm>

NOAS 01/2002: Lançada em fevereiro de 2002, a NOAS 01/2002 mantém as

diretrizes organizativas da NOAS 01/2001, procurando oferecer, contudo, alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses da operacionalização dessa NOAS. A NOAS 01/2002 institui, dentre outras coisas, a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAb) como condição de gestão dos sistemas municipais de saúde. Leia a NOAS 01/2002 aqui:

<http://www.hgni.saude.gov.br/portarias/portaria%20373.htm>

NOB 01/96: A Norma Operativa Básica 01/96 constituiu-se em um marco do SUS. Ela definiu o papel de cada esfera do governo e iniciou um processo de redução progressiva da lógica de pagamento por serviços - e ampliação das transferências de caráter global - bem como a mudança da prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS - superando os mecanismos tradicionais centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade (1). Essa norma também visou aumentar o vínculo entre o sistema de saúde e os usuários, além de iniciar a substituição do papel exclusivo de prestadores de serviços de municípios e estados por uma atuação de fato gestora do SUS.

Referência Bibliográfica:

(1) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997. 34p.

Oferta: Medida da disponibilidade de serviços de saúde ao público em geral. A razão da oferta pela demanda nos dá a noção da acessibilidade dos serviços (veja também esses dois últimos itens). Veja também:

http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_01/04.html

PACS: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciou-se no Brasil em junho de 1991, quando equipes de agentes comunitários de saúde foram implantadas em alguns municípios com indicadores de saúde em níveis críticos (alta mortalidade materna e infantil, baixos índices nutricionais, alta prevalência de

diarréia e de parasitoses, entre outros). Seu sucesso deveu-se à rápida melhora de alguns indicadores através de procedimentos básicos de higiene e prevenção. Em 1994, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde foi ampliada a partir da constituição de Equipes de Saúde da Família, constituídas no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Enfermagem. Para saber mais:

http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=168

Piso de Atenção Básica de Saúde (PAB): consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao financiamento do conjunto de procedimentos da atenção básica à saúde. É calculado de acordo com o valor vigente do *Valor per Capita Nacional Único*, atualmente no valor de dez reais e cinquenta centavos /habitante /ano. Existem três modalidades de PAB: *PAB Fixo*, acertado previamente para cada cidade em função do *Valor per Capita* e das condições de gestão; O *PAB variável*, repassado de acordo com necessidades variáveis de combate a problemas e também como forma de estimular certos programas e estratégias importantes da atenção básica, como a farmácia básica, a vigilância sanitária, o atendimento a carências nutricionais, o PSF e o PACS, entre outros; e o *PAB ampliado*, que representa um acréscimo no montante repassado aos municípios que se comprometeram com as metas da agenda mínima de ações necessárias para a habilitação na *Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada* (ver Modelo de Gestão)

Referência Bibliográfica:

SOUZA, M. F. et al. *Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades*. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro. 2000.

Planejamento na Atenção Básica: Planejar é analisar uma situação e traçar planos e estratégias para implementar um processo de mudança, coletando-se substrato para se avaliarem as ações posteriormente. O planejamento tem uma importância fundamental na atenção básica: cada comunidade ou micro-área difere das demais e requer, portanto, planejamento diferenciado, ao contrário do nível central de

gestão. É necessário levar-se em conta os recursos disponíveis (técnicos, humanos e financeiros), a dinamicidade dos problemas e das circunstâncias que envolvem o planejamento, as competências dos membros das equipes e dos serviços e a qualidade dos dados obtidos sobre uma determinada área. Para maiores informações, consulte o seguinte site:

http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_02/index.html

Plano Diretor de Investimentos (PDI): Levantamento das necessidades para a organização da assistência, elaborado a partir do *Plano Diretor de Regionalização - PDR* (parte integrante do Plano Regional de Saúde) que por sua vez organiza espacialmente a assistência e suas referências regionais, mapeando os municípios e as micro-regiões. O *PDI* procura, portanto, dimensionar as necessidades de investimentos a partir dos déficits de assistência identificados conforme o *PDR*. Para saber mais:

<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/manuais/noas01.htm>

Política de incentivo e Suporte: Instrumento governamental exercido através de subsídios financeiros ou facilidades operacionais com o propósito de fomentar determinados programas públicos.

<http://www.saude.gov.br/psf/faq/faq.asp>

População Adscrita: É a população residente na área de atuação de uma Equipe de Saúde da Família ou serviço de saúde. Estando adscrita às áreas, cabe à equipe ou ao serviço a constituição de um vínculo entre o sistema e essa população, de forma a permitir o cultivo da responsabilização dessa por parte dos profissionais de saúde (Ver também Área de Abrangência).

http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_funciona.asp

Porta de Entrada: As *Unidades Básicas de Saúde (UBS)* são responsáveis pela *atenção primária* à população de sua área de abrangência. Por oferecerem serviços básicos de atenção à saúde do adulto, da mulher, da criança e do idoso, são consideradas *portas de entrada* do sistema de saúde na medida em que conduzem a outros níveis de atenção mais complexos, dependendo das necessidades de saúde de cada usuário. Para saber mais:

http://www.saudepublica.bvs.br/P/pdf/saudcid/vol1_05.pdf

Postura Pró-Ativa: É a postura preconizada aos profissionais de saúde que pretendam, com o seu trabalho, contribuir para o alcance das diretrizes do SUS. Significa trabalhar sem reagir somente aos problemas e à demanda espontânea, e sim planejar ativamente o trabalho visando a prevenção e a promoção de saúde, organizando-se assim o serviço e aumentando a acessibilidade dos serviços. Veja também:

http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/enf_1.html#Cuidados%20Continuados%20-%20um%20modelo%20urgente

Prevenção/Promoção: são dois conceitos próximos, porém diferentes em seu significado. *Prevenção* diz respeito ao estabelecimento de ações que visem evitar o aparecimento de agravos à saúde, ou seja, tem como objetivo a não-manifestação de *danos, agravos ou doenças*. Já a *promoção à saúde* trabalha de forma mais ampla, tendo como objeto de atuação a própria saúde, e não os seus agravos. Propõe o estabelecimento de ações que estimulem níveis desejáveis de saúde em uma sociedade e sua conservação. Tais ações não são estritamente médicas ou sanitárias: tratam da possibilidade de se estreitar laços de convivência, do entendimento da comunidade como um organismo atuante e reivindicador de sua cidadania e do desenvolvimento humano de forma sustentada, tomando-se como base a educação, a justiça e a equidade social. Pressupõem também o entendimento do cidadão como um ser ativo na construção de sua própria saúde, e não como um sujeito receptor de práticas terapêuticas passivas.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília, 2001

http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema1/texto3_definicao.asp

Problema: Segundo Matus – um importante pensador do planejamento em saúde – um *problema* pode ser definido como uma “situação insatisfatória acumulada”, seguindo uma tendência de persistência ou acúmulo caso não se tome decisões no sentido de saná-lo (1). Tal conceito, por ser um juízo de valor, é subjetivo e depende da realidade e do tempo no qual se situa, ou mesmo do contexto que se compara. Podem ser classificados em: *a) Intermediários*, referentes a organização e funcionamento do conjunto dos recursos de saúde; e *b) Terminais*, aqueles referentes às necessidades e demandas de saúde-doença dos indivíduos que constituem a população. Para mais informações, consulte a referência bibliográfica indicada abaixo:

(1) ALMEIDA, E.S. CASTRO, C.G.J. LISBOA, C.A. *Silos/Distrito Sanitário*. In. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*. Disponível em :

<http://www.saudepublica.bvs.br/P/pdf/saudcid/vol1_06.pdf >

Programa: Sistematização de ações e recursos, visando-se o alcance de um objetivo definido.

Programa Vertical: Programa usualmente planejado no âmbito da administração central (Ministério da Saúde). Visa promover ações ou combater problemas detectados nesse nível e, por ser central, acaba perdendo algum grau de flexibilidade, ainda que se tente minimizar essa perda. O PSF rompeu com a idéia de um programa vertical ao ser transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em 1995(1).

(1) DAL POZ, M. VIANA, A.L.D. *PSF: Um Instrumento da Reforma Do Sus?*

Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/Revista/saudemovimento/indice.htm>>

Programação Pactuada e Integrada (PPI): Documento que traz as próprias propostas de ações do Plano Regional de Saúde de forma mais detalhada e aprofundada. Ela parte da avaliação de necessidades da população, e é feita a partir de negociações acerca das referências e dos recursos financeiros (daí o nome “*pactuada e integrada*”). Existem dois tipos de *PPI*: a da *Assistência* e a da *Epidemiologia e Controle de Doenças*, baseadas na mesma lógica de pactuação. Para saber mais:

<http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/manuais/noas01.htm>

Rede: é a organização gerencial que se caracteriza pela horizontalidade hierárquica entre os atores componentes e a livre circulação de informações. Não costuma possuir um núcleo de poder. As competências e objetivos entre os membros podem ser determinados de maneira informal.

Referência Bibliográfica:

TAKEDA, J. *Conceito de Rede*. In. _____. *Modelagens de Redes de Cooperação: Abordagem Metodológica de sistemas Complexos e Aplicação no Modelo de Gerenciamento de projetos cooperativos no Instituto de Tecnologia do Paraná*. (Tese de Mestrado). Instituto de Tecnologia do Paraná. Curitiba, 2001

Referência / contra-Referência: Ato de se encaminhar pacientes já atendidos para outras instâncias do sistema de saúde a fim de se garantir a integralidade da atenção. O encaminhamento de pacientes do nível primário para níveis mais especializados é denominado *referência*, e o encaminhamento desses níveis aos primeiros é denominado *contra-referência*. Ambos os procedimentos requerem uma articulação mínima eficaz entre as diversas instâncias dos serviços de saúde, seja na mesma instituição, seja entre serviços de bairros ou municípios diferentes.

Referência Bibliográfica:

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. *Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios*. In. CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; JÚNIOR, M.O. (Organizadores). *Caderno de Textos de Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte. Editora COOPMED. 1997

Regionalização: Estratégia de hierarquização dos serviços de saúde que busca maior equidade na cobertura dos serviços. Prevê a “conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (Ministério da Saúde, 2001). Para saber mais:

<http://www.hgni.saude.gov.br/portarias/portaria%20373.htm>

Reorganização da Demanda: esse termo se refere à alteração do perfil da demanda de um serviço através da mudança do modelo assistencial e do processo de trabalho. Tais alterações permitem uma maior eficiência ao se diminuir e sistematizar a demanda espontânea pelo acompanhamento constante da população pelos profissionais de saúde.

Resolutividade: É a conjugação de efetividade de uma ação em saúde com o grau de satisfação do paciente. Entende-se aqui que a simples resolução médica de um agravo não é suficientemente resolutiva se uma recidiva (reaparecimento do problema) ocorrer ou se o paciente não for contemplado em algum aspecto (seja ele biológico, psicológico ou social), estando assim predisposto a voltar ao centro de saúde. Ex: o paciente que recebe uma receita ininteligível ou inviável do ponto de vista de suas condições financeiras.

Referência:

CAMPOS, F.E. *Resolutividade: Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos*

Serviços de Saúde (Tese de doutorado). ENSP, Rio de Janeiro, 1988.

Responsabilidade Sanitária: A divisão de funções de gestão em saúde entre as três esferas do poder público – federal, estadual e municipal – foi oficializada na Norma Operativa Básica 01/96 (NOB 01/96) e delegou a cada uma sua responsabilidade sanitária, explicitando assim um novo pacto federativo para a saúde no qual o município se tornaria o gestor de fato do sistema de saúde, tendo o estado e a união como co-partícipes e executores de um papel redistributivo, garantidor da equidade do sistema.

Referência Bibliográfica:

(1) MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997. 34p.

Responsabilização: É o principal aspecto da atenção à saúde que deve existir para que se alcance a *resolutividade*. Ele deve permear o processo de trabalho em saúde de forma a estimular toda a equipe a trabalhar pela real resolução dos verdadeiros problemas de saúde das pessoas adscritas à sua área, mediante uma *atenção integral*. Assim o objetivo do trabalho passa a ser a melhoria real da vida dessas pessoas, e não a produção de atos e procedimentos a se contabilizar, independentemente do resultado.

http://www.campinas.sp.gov.br/saude/sus_campinas.htm

Risco: As pessoas e as comunidades têm diferentes probabilidades de adoecer e morrer para cada problema de saúde conhecido. Essa diversidade de chances se deve à distribuição heterogênea dos *riscos* à saúde, que são fatores facilitadores do desencadeamento de tais processos. Podem ter diversas naturezas: o *Risco Constitucional* diz respeito à constituição genética do sujeito e as chances, herdadas naturalmente, de se adoecer e morrer. O *Risco Individual* se refere ao estilo de vida de cada indivíduo (atividades físicas, alimentação, tabagismo, alcoolismo, drogadicção). É importante lembrar que esses fatores podem ser mais ou menos

prevalentes em certas sociedades, uma vez que o estilo de vida não é uma condição exclusivamente individual. Os *Riscos Ambientais* se referem aos fatores presentes na comunidade em que vive ou trabalha o sujeito e que podem agir sobre sua saúde, como, por exemplo, a poluição atmosférica, as condições de trabalho e a infra-estrutura sanitária da comunidade. Os *Riscos Sociais* são aqueles decorrentes das condições familiares financeiras e afetivas, bem como os referentes à inserção social do indivíduo na sociedade e o reconhecimento do seu valor. Vale lembrar que essa divisão é, por muitas vezes, meramente didática, uma vez que. Por exemplo, alguns riscos ambientais (como a falta de uma rede de esgoto) são conseqüências de questões sociais. Para saber mais:

http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_07/04.html

Saúde Coletiva: o termo *saúde coletiva*, existente somente no Brasil, agrupa várias correntes de pensamento em saúde, como a *medicina integral*, *medicina familiar*, a *medicina preventiva*, a *medicina comunitária* e outros. A arena de discussão surgida desse encontro possibilitou a crescente articulação entre essas correntes e o início de discussões em torno da *reforma sanitária* na década de 80.

Referência Bibliográfica:

BELISÁRIO, S.A. *Associativismo em saúde coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO* (Tese de doutorado). Unicamp, Campinas, 2002

Sistemas de Informação: Pode ser entendido como “um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêm informações de suporte à organização” (1). Sua função é processar dados de forma a suprir necessidades de informação nos vários âmbitos do sistema de saúde, bem como torná-la transparente à comunidade e facilitar a recuperação dos dados obtidos pela equipe de saúde Para maiores informações, consulte a referência

(1): CARVALHO A. O.; EDUARDO, M. B.P. *Sistema de Informação em Saúde para Municípios*. Disponível em :

<http://www.saudepublica.bvs.br/P/pdf/saudcid/Volume06.pdf>

Sistemas Locais de Saúde: A organização de *Sistemas Locais de Saúde* (SILOS) foi preconizada pela Organização Pan-americana de Saúde e acabou dando origem a diversas modalidades de organizações sanitárias locais. Podem ser entendidos como um ... “conjunto de recursos de saúde interrelacionados e organizados mediante um critério geográfico-populacional, desenhados a partir das necessidades da população”. No Brasil, os *distritos sanitários* são as instâncias correspondentes a esse conceito.

Referências Bibliográficas:

SILVA JÚNIOR, A.G. Modelos Tecnoassistenciais em saúde – O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo, Ed. Hucitec, 1998.

http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_01/04.html

Sistemas Municipais de Saúde: Pode ser conceituado como “*a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, voltadas ao atendimento integral de sua população, desenvolvidas em um conjunto de estabelecimentos com seus serviços de saúde, inserido de forma indissociável no SUS e, organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada*” (1). O processo de descentralização da saúde no Brasil foi planejado de forma a se vincular toda a rede de unidades prestadoras de serviços ambulatoriais e hospitalares ao âmbito municipal, bem como os serviços de epidemiologia, vigilância sanitária, controle de endemias ações de saúde em geral. Com esse processo gradual de descentralização, a interface geradora de cuidados passa a ser o município, e o gestor municipal passa a ser o responsável pela maioria das ações de saúde nele desenvolvidas.

(1) Referência Bibliográfica:

<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html>

Situação de Saúde: É levantada a partir de um trabalho de diagnóstico situacional pela equipe de saúde. Corresponde ao retrato das condições de saúde da

comunidade em um determinado instante, tendo-se como norte a definição de Saúde de Carlos Matus, como “...a explicação da realidade que é feita em função da atuação e interação das forças sociais vigentes em seu ambiente”. Esse trabalho norteará as decisões e ações daquela equipe. Por ser dinâmico, tal retrato pressupõe uma avaliação contínua (pois a situação pode alterar-se a qualquer momento), com o objetivo de reajustar o rumo do trabalho através da correção das ações e dos objetivos. Deve-se construir indicadores que possibilitem tanto o entendimento do contexto atual (situação) como a avaliação da mudança do mesmo após as ações realizadas. Para saber mais:

<http://www.datasus.gov.br/rnis/saladesituacao.htm>

Tecnologias Pedagógicas: Recursos físicos ou cognitivos associados à melhoria do aprendizado e do treinamento para o processo de trabalho. Dada a necessidade de constante aprimoramento e aperfeiçoamento profissional, métodos de ensino à distância e educação permanente são cada vez mais usados como ferramentas para o alcance desses objetivos. O ideal não é que o profissional receba informações passivamente, e sim que saiba selecioná-las e construir seu próprio aprendizado.

Territorialização: Processo de definição das áreas de abrangência dos serviços de saúde locais. Deve levar em conta o mapa do município, mapas censitários (IBGE), condições culturais, econômicas e sociais da população local, meios de transporte, dinâmica demográfica da área e homogeneidade de riscos. A *territorialização* deve ser flexível, passível de revisão de acordo com as mudanças de aspectos locais (ver também área de abrangência e micro-área).

http://www.osaude.gov.br/psg/programa/como_gunciona.asp

Território adscrito: ver *Área de Abrangência*

Trabalho em equipe: Processo de trabalho preconizado pela Atenção Primária à

Saúde como necessário à oferta de uma atenção integral e de qualidade. Requer a estreita articulação entre os diversos profissionais da saúde durante a atenção à saúde, de forma a somar esforços e conhecimentos a fim de se obter resolutividade nas ações da equipe.

Referência bibliográfica:

SANTANA, J.P. (Organizador). *Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe em Saúde da Família*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000.

Triagem: Ato pelo qual se realiza uma separação, seleção ou escolha entre objetos ou sujeitos. Em saúde, trata-se do ato destinado a colher dados preliminares e selecionar, entre pacientes que procuram um serviço médico, os que têm prioridade ao atendimento e os que devem ser encaminhados a outro serviço ou mesmo para o domicílio, mediante condutas e orientações da equipe responsável. Veja também acolhimento.

Universalidade: Esse conceito é, ao lado de equidade e integralidade, uma das diretrizes fundamentais do SUS, e nesse caso significa que o direito ao atendimento e às ações de saúde é inerente a qualquer ser humano dentro do território brasileiro. Vale lembrar que, na história do nosso país, cada vez mais categorias profissionais foram incluídas no sistema previdenciário ao longo do tempo. A Constituição de 1988 determinou, com o princípio da universalidade, a inclusão de todas as pessoas (inclusive indigentes e não-contribuintes previdenciários).

Referência Bibliográfica:

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. *Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios*. In. CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; JÚNIOR, M.O. (Organizadores). *Caderno de Textos de Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte. Editora COOPMED. 1997

Vínculo: Em saúde, significa a manutenção ativa do cuidado através de ações que objetivem a monitoração constante das condições de saúde de um usuário ou família. Desenvolve-se a partir do contato inicial com o agente comunitário ou outro membro da equipe, e aperfeiçoa-se a cada contato, à medida que a equipe se

informa mais sobre as condições de vida dos usuários.

http://www.campinas.sp.gov.br/saude/sus_campinas.htm

Vulnerabilidade: é a capacidade operacional de se reduzir um agravo de saúde na comunidade, mediante a disponibilidade de tecnologia e recursos adequados. Ex: a *Poliomelite* é uma doença de maior vulnerabilidade em relação a *Aids*, por ser controlável ou erradicável por vacinação. Esse conceito deve ser levado em conta ao se planejar ações em saúde, uma vez que ele nos ajuda a definir prioridades (se a mesma quantia financeira pode ser aplicada no combate de dois agravos, haverá um melhor resultado em termos quantitativos se escolhermos aquele mais vulnerável à nossa ação, considerando-se apenas esse conceito).

http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema6/texto34_1.asp

4 ENTREVISTAS

Jose Enio Servilha Duarte

Secretário Municipal de Saúde de Marília - SP - Vice Presidente Sudeste do CONASEMS

Entrevista realizada em outubro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Na verdade a proposta do SF não é uma novidade. Que eu saiba, vem desde Alma-Ata. Outro dia participei de uma palestra e uma pessoa fez referência a um documento anterior a Alma-Ata, da década de 30.

Os princípios básicos do PSF que são a Unidade de Saúde, o vínculo com a população, a resolutividade com tecnologia adequada à realidade local, a proximidade da comunidade, compõem o escopo de uma proposta antiga. Em São Paulo, desde 1983, existia a proposta das Unidades Básicas de Saúde. Eu estava no nível regional, e começamos um programa que, na época, chamava-se Programa de Municípios Carentes – que visava alocar recursos do estado em municípios com mais dificuldades. O programa começou no Vale do Ribeira que era nossa região mais problemática na época, e foi estendido para todos os municípios do estado.

Era um programa de nível local, que incentivava a Atenção Básica via município. Até então, a atenção básica era responsabilidade dos estados, sendo feita em São Paulo através dos Centros de Saúde. Esse projeto data de 1983, quando não se tinham Unidades Básicas de Saúde, exceto em alguns municípios como Campinas e São Paulo. Esse projeto visava a organização de uma Rede Básica, de acordo com as idéias propostas em Alma-Ata. Uma avaliação realizada na década de 90, verificou que, apesar de ter se criado uma rede ampla, não se conseguia atingir

alguns princípios e diretrizes que estavam na proposta inicial: vínculo com a população, efetividade, entre outros. Algumas dessas unidades trabalhavam de forma muito burocrática, e o modelo começou a se especializar, já que contava com as especialidades básicas, o ginecologista, o pediatra, o clínico, sem ter um trabalho de equipe. O médico, por sua vez, não estava vinculado aos demais membros da equipe da unidade. Acho que foi uma grande contribuição a criação dessa rede no estado de São Paulo, mas ela teve um limite no avanço, e foi quando começou a proposta da Saúde da Família.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

Um pouco porque foi uma proposta de cunho nacional do Ministério, e isso motivou os municípios a aderirem à proposta.

Mas havia também uma insatisfação com o modelo vigente, e eu vou colocar minha experiência. A gente tinha uma preocupação com a rede de unidades básicas, porque era uma rede grande, contando com mais de 20 unidades, com uma boa cobertura, mas que não dava conta, realmente, de atingir os objetivos propostos. Por exemplo, não tínhamos o trabalho de equipe, o relacionamento com a comunidade era precário, a população não sentia a unidade acessível, existiam dificuldades de se criar os conselhos locais e não se trabalhava com os mesmos, tínhamos dificuldades com as gerências das unidades, entre outras. Então havia uma insatisfação, e eu, particularmente, estava insatisfeito com aquele modelo que eu havia ajudado a criar, porque não atingia aquilo que a gente imaginava.

Então, foi aí que em 1997, assumi a Secretaria Municipal de Saúde. Foi interessante porque o prefeito queria aumentar o número de unidades básicas de saúde, já que tinha compromissos em expandir para aquelas áreas mais periféricas. Eu propus a ele que ao invés de unidades básicas de saúde, nós iríamos aderir ao novo modelo de Saúde da Família, que o objetivo era o mesmo, mas com a diferença que ele conseguiria atingir uma região maior, da população, atingir os objetivos que não conseguíamos atingir através das unidades básicas. Aí começamos a mudança. Definimos por montar duas equipes em unidades básicas de saúde da família na

zona rural, e duas unidades em regiões de periferia , que não tinham unidade básica. Começamos com essas quatro unidades. E a experiência foi fantástica. Eu voltei a acreditar na Atenção Básica. A adesão da população, a maneira de trabalhar, aquilo que não conseguíamos na unidade básica, o trabalho de equipe, realmente o médico, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem em um trabalho articulado. Uma outra coisa muito interessante foi o agente comunitário saúde. Na minha avaliação esse foi o trabalho que mais teve impacto, porque foi um pessoal novo. Porque médicos já tínhamos, mas esse trabalho conjunto apresentou resultados. Aí começamos a expandir, lentamente, que foi a nossa opção.

Como nós tínhamos uma rede de unidades básicas, decidimos que as unidades que estavam bem localizadas, e que atendiam em torno de mil famílias, também seriam transformadas em saúde da família. Mudar o modelo de uma unidade básica em unidade de saúde da família não foi tranquilo. Não é fácil, dá mais problema. A população acostumada com aquele modelo de pediatra, ginecologista; é difícil explicar para ela que um médico de família dará cobertura na unidade com muito mais eficácia, fazendo um trabalho em equipe. Então, nós começamos a trabalhar em áreas em que não havia UBS, e como nós tínhamos uma rede grande de UBS, tivemos que começar mais lentamente no modelo de saúde da família – hoje estamos com 13 unidades. Mas colocamos os ACS em todas as unidades básicas, ou seja, eu expandi mais rápido o PACS. Temos, hoje, praticamente, com as quatro equipes do PSF mais os ACS em torno de 90% da população coberta: 20% da população com PSF e 70% com ACS e unidades tradicionais.

3. Quais as principais dificuldades que os municípios vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

A experiência é muito boa mas o problema de ampliar o PSF não é só a falta de recursos financeiros. Porque é caro, naturalmente. Não é caro se voce avalia na perspectiva de custo x benefício. O resultado é muito bom. Mas é caro porque o município tem uma rede básica que não pode ser desmontada. Então, nós precisamos implantar, aumentar o PSF de maneira mais lenta, de maneira a compatibilizar UBS e USF; sabemos de experiências de municípios que pegaram

unidades básicas maiores e colocaram duas, três equipes. Eu não acredito muito nisso não. Na nossa experiência, eu acho que você não consegue fazer saúde da família com a mesma eficácia como se faz em uma unidade específica. Mas esse pode ser um caminho também, se não tiver outro.

Nossa proposta é de transformar a unidade básica em policlínica de referência. A idéia é manter o generalista e aproveitar os especialistas existentes como referência. Aonde eu comecei esse modelo, eu desloquei esses profissionais para outra unidade básica de saúde, então eu aumentei meu quadro, coloquei pediatras em outras unidades básicas. Agora, se eu tiver que crescer mais, e entrar em áreas de UBS, vamos ter que discutir, utilizar, por exemplo, o modelo de Campinas. Enfim, existem outras experiências, mas cada local tem sua realidade, sua história. Mas esse modelo de Policlínica dando cobertura a uma rede de básica de saúde da família tem mais resultado.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

Para você desencadear um processo de mudança no Brasil como um todo, a norma tem um papel importante. Mas tem que haver a norma e o recurso. Em um município pequeno, por exemplo, com o PAB de R\$ 10,00, que com o PSF crescerá para R\$ 15,00, como mudar o modelo? O município acaba assumindo muito o financiamento. É papel do estado, mostrar para ele que é uma mudança de modelo, uma substituição e não uma duplicação. Um município de 5.000 habitantes que coloca uma estrutura de PSF e mantém o modelo anterior vai ter dificuldades e vai ficar muito caro.

É importante para desencadear esse grande processo o papel normatizador do Ministério. Mas é um papel do Estado estar discutindo com os municípios, para eles entenderem a proposta e não ficarem uma coisa que vem de cima e se faz sem entender muito bem. Com o tempo, o município vai começar a ganhar experiência e vai mudar. E o Ministério terá que entender que aquilo que era muito rígido, numa certa fase, vai ter que se adaptar, em função das realidades locais. Mas o processo

é esse mesmo. Daqui a pouco eu adquiro experiência e digo que tem que ser diferente. Não diferente porque eu não quero cumprir os objetivos, mas porque minha realidade é diferente; acho que vamos entrar numa fase dessa agora com um governo em que vai ser mais fácil a discussão. Sair daquela rigidez que foi no início, pois está na hora de repensar isso, em cima das realidades locais.

Algumas coisas, pelo menos na minha experiência, são fatores que garantem o sucesso do programa: o médico tem que ter o compromisso naquele período, de trabalhar o dia todo naquela unidade. Não acredito que tenha que haver dois médicos, um de manhã e um à tarde, e isso pra mim não pode acontecer, pois ele perde o vínculo com a equipe. O médico tem uma inserção muito frágil, então é uma coisa que não se pode abrir mão. O médico tem que assumir o compromisso com aquela comunidade, porque se não tiver isso, vínculo, estaremos repetindo o modelo anterior de unidade básica, que avançou, mas depois, foi até um limite, não conseguiu o que se pretendia. O ACS tem que estar ligado à comunidade. São alguns princípios básicos do PSF que não se pode abrir mão. Os nossos indicadores, comparados às áreas onde existe USF, são muito melhores. Por causa desse vínculo que se faz com a população.

Agora tem questões de outros profissionais, que acho que dá para repensar, mudar o sistema de financiamento. Outra questão é que municípios maiores tem que ter um incentivo maior.

5. Como é a inserção do PSF na estrutura da SMS?

No início, tínhamos uma coordenação específica do PSF, mas rapidamente eu percebi que era bobagem. Hoje temos uma Coordenação de Assistência Básica, que articula os dois modelos e busca fazer uma maior integração da rede. Mas temos problemas ainda, sempre que se evidencia os melhores resultados nas áreas de SF.

No começo, o pessoal achava que eu privilegiava o PSF. Os chefes, as gerências das unidades básicas, praticamente todas enfermeiras, falavam que eu dava mais apoio ao PSF. Mas a questão é que o PSF é o que você faz de mais simples, articulado, para cuidar de mil famílias. Numa UBS, com vários médicos, com uma

equipe maior para dar conta de 10 ou 15 mil habitantes, não se consegue fazer isso; não é questão de competência, mas de modelo mesmo.

6. Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas no município?

O PSF foi implantado nas áreas periféricas onde temos mais demanda. No mapa pode-se visualizar que ele ocupa mais as regiões periféricas, apesar de eu defender que o PSF não é um programa para pobre, e sim para toda a população. Mas priorizamos áreas que tem mais necessidades, porque o programa tem mais impacto aí, onde o acesso é mais difícil, a vida é mais difícil também. Nós temos algumas áreas com nível sócio – econômico melhor, renda maior, cobertas. Nessas áreas existem famílias que tem plano de saúde. Eles tem um plano para uma emergência porque estamos mais precários, mas na Atenção Básica, o PSF tem tudo, oferece muito mais acesso, e eu sempre digo, a qualidade de uma ação de pré-natal na área de SF é melhor que no plano de saúde e até em clínica particular. Eu tenho segurança quanto a isso.

7. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais no município?

O nosso programa é feito em parceria com um hospital filantrópico, desde a seleção, que tem um edital aberto, bem transparente. Nós fizemos, na primeira fase, uma prova, não tradicional, de português e matemática, incluindo uma redação sobre a comunidade. Então, numa segunda fase, nós fazemos uma entrevista que procura identificar o perfil daquela pessoa, se trabalha no interior, se tem experiência. Graças a este processo nós erramos muito pouco até agora. Conseguimos profissionais, tanto médicos, enfermeiros, quanto auxiliares, com perfil para o trabalho com a comunidade. São pessoas que gostam do trabalho.

Você não consegue isso na área pública pela rigidez das normas. Precisa de uma prova, e você não pode fazer entrevista. Voce faz uma prova e seleciona pessoas que não tem perfil pra trabalhar na unidade básica, tem dificuldades em trabalhar na

equipe. Na entrevista você percebe quem tem perfil, aptidão pra isso.

Se apesar da seleção alguém é contratado e não tem perfil, após muito conversa e muito estudo do caso, nós desligamos o profissional, garantindo todos os direitos trabalhistas. Mas em geral o pessoal trabalha com muita dedicação. Às vezes surpreende a gente, o que eles fazem com a comunidade. A gente fica mais animado, porque mesmo quem estava meio decepcionado com o trabalho da unidade básica, passou a acreditar naquela proposta de Alma-Ata.

8. Como o município utiliza os Bancos de Dados Nacionais para acompanhamento/avaliação do PSF?

Trabalhamos com todos os indicadores por área: mortalidade infantil, cobertura vacinal, cobertura de preventivos ginecológicos. Tenho duas áreas de UBS e uma de PSF, e em todas nós fazemos, por exemplo, o controle da hipertensão, com o HIPERDIA. Então você compara e vê que o PSF acaba se saindo melhor.

9. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

Quando tínhamos as UBS havia dificuldade em se implantar o conselho local, mas agora estamos começando essa implantação. Nas áreas do PSF não precisa de um conselho local de saúde. O PSF tem uma articulação tão próxima, que se o usuário demanda reunião, o pessoal vai à noite reunir com a comunidade, É tão próximo que o controle social pode ser feito de maneira mais permanente, diária, sem precisar ter um conselho local de saúde.

Então estamos colocando representantes, usuários da área do PSF, no conselho local da região da UBS em que ele está implantado. Isso fortalece a integração da rede, porque alguns encaminhamentos são feitos para essa unidade de referência. Pediatria ou ginecologia, por exemplo. Então nós estamos mobilizando o pessoal do PSF para participar do conselho local da Unidade Básica da região.

10. As equipes foram ou estão sendo capacitadas?

Nós temos uma vantagem muito grande em relação a outros municípios, porque temos uma Faculdade de Medicina que tem uma relação com a rede, de décadas. Nós não tivemos muita dificuldade em recrutar pessoal para o PSF.

11. Qual o papel das universidades nesse processo?

Marília é um pólo de capacitação. Temos uma experiência muito antiga e uma satisfação muito grande em ser pólo. A pessoa que coordena o programa no município participa do pólo, desde a elaboração da proposta de capacitação. Temos uma relação muito forte com a faculdade. Mas a faculdade não é homogênea em relação ao PSF. Tem professor que critica o programa, critica o médico da família. Mas é interessante porque a gente começa a trabalhar dentro da faculdade, com o aluno, e tanto médicos como enfermeiros do PSF têm um título de professor colaborador.

A Faculdade de Medicina fez uma mudança de curriculum, um ensino baseado em problemas, PBL, e temos vários médicos do PSF que são instrutores.

Por enquanto eles não recebem por isso, pois eles um contrato com uma entidade filantrópica, e ainda não foi possível viabilizar isso.

Mas eles estão levando para dentro da faculdade as dieias do PSF e vão quebrando a resistência de alguns setores da faculdade. Começa-se a perceber que o médico do PSF não é aquele médico que não deu certo em outra atividade, e sim, que é uma pessoa interessada que estuda, tem compromisso. Como ele participa, não só com o aluno, mas em seminários da faculdade, ele começa a mostrar que é um bom médico; eu, até para provocar alguns professores da faculdade, dizia assim: “*médico pra mim é o médico do PSF, os outros são técnicos*”.

A Residência de Saúde da Família que está começando, envolvendo a área da enfermagem, vai ajudar nesse processo. O relacionamento com a faculdade é muito bom, e estamos fazendo muitos projetos; acho que nós ajudamos a criar também, é uma dupla-mão nisso aí.

12. O que você acha que poderia facilitar o processo de capacitação /educação continuada das equipes?

Nós temos um Curso de Especialização em Saúde da Família, na faculdade, e muitos médicos de família e outros profissionais fazem o curso. Psicólogos estão participando, e alguns médicos participam como docentes.

13. Os recursos federais/estaduais e municipais são suficientes para implantação e manutenção do programa?

Acho que para o município esse é um programa caro; no estado de São Paulo, todo pessoal é CLT, e nós estamos pagando na média dos salários de mercado, Alguns pagam mais, outros menos, mas é um programa caro. Agora, é um programa interessante, porque tem resultados. É importante que o Ministério coloque mais recursos e tem a questão do Estado, que tem que dar mais, também.

Em São Paulo, o estado tem um incentivo, chamado QUALIS, voltado para alguns municípios, em regiões mais carentes, com problemas sócios – econômicos: no Vale do Ribeira, Litoral Norte, no Pontal do Paranapanema, onde existem assentamentos. Em algumas dessas regiões, o município faz um projeto e o estado repassa o recurso. O problema é, primeiro, que privilegiaram algumas regiões, e segundo, que o repasse é feito através de convênios. Não é fundo-a-fundo, e isso é complicado para município. De qualquer forma é um avanço. A proposta, com relação ao estado, discutido com o próximo governo, é que ele estenda esse projeto, para mais municípios, e faça fundo-a-fundo, como o Ministério faz, para motivar os municípios a aumentarem a cobertura, colocarem mais equipes porque é um programa que vale a pena.

O programa que tem muito apelo político, e que facilita rediscutir o modelo, e colocar mais dinheiro, tanto do governo federal como do estadual e do município, também.

14. Você acha que valeu a pena a implantação? Porque?

O programa qualificou a Assistência Básica, o que é fundamental no sistema de saúde. No estado de São Paulo existem uma porção de relatos de impacto por exemplo de redução de internação. É a porta de entrada com resolutividade. Temos que ter um sistema de referência secundária e terciária, mas não como porta de entrada, e sim como referência. E o PSF consegue isso. Precisamos de uma assistência básica forte, que atenda a maior parte da população e encaminhe aquilo que precisa ser encaminhado. Começamos a inverter esse modelo, e já demos um grande passo.

15. A informação disponível sobre PSF tem sido suficiente para orientar as decisões do gestor?

Nessa fase inicial, acho que a necessidade de informação é tão grosseira que elas existem para começar o processo. Agora, para você avançar e avaliar melhor, vai ter que ter começar a pensar num sistema de informação melhor. Temos vários sistemas de informação, e dar uma articulada nos sistemas é crucial. Não só no programa de saúde da família. Parece que está começando a acontecer, existe a proposta do SIAB plus. Mas uma coisa é a proposta, que eu vi uma apresentação e é boa. Agora, eu quero que isso aconteça, que realmente chegue na maior parte dos municípios, porque uma proposta boa que não se consegue viabilizar é igual a proposta da Atenção Básica, que não se conseguia fazer acontecer. O PSF começou a mostrar para nós que pode acontecer, que a gente tem que expandir para ter impacto, realmente.

16. Que tipo de informação é mais utilizado para implantar e desenvolver a estratégia de saúde da família?

Acho que é um importante papel do Ministério ter um sistema de informações de fácil acesso. Outra questão são os encontros dos secretários municipais de saúde. São fundamentais. Tem que ser um trabalho de várias frentes: internet, avaliações, troca de experiências, manual, o pólo, etc.

Adeliana Dal Ponte

Secretária Municipal de Saúde de São José - SC - Vice Presidente Sul do CONASEMS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1) Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Eu acho que essa sustentabilidade se dá, basicamente, pelos municípios mesmo, porque se o programa deu certo, não há prefeito municipal, não há gestor municipal que o acabe. A gente usa um pouco, eu particularmente às vezes uso essa deficiência pra saber se vai continuar como uma política de saúde do governo federal, passa pelo subsídio, mas também porque a gente tem algum receio na hora de contratação de pessoal. Sendo um pouco mais clara a respeito disso: o que o Ministério Público se utiliza muito os setores da necessidade de se fazer concurso público para os diversos cargos; eu tenho sérias dificuldades em entender como se fazer um concurso público para o SF ... porque, hoje a gente trabalha, é claro que o servidor tem que ter direitos, em São José a gente brigou muito para que os direitos fossem garantidos, mas a gente optou por termos uma forma de contratação dos ACS, por exemplo, todos são CLTistas da prefeitura municipal. Isso custa muito caro, mas dá garantias; e, também, a gente tem liberdade, a começar pelo agente comunitário, são pessoas com pouca formação, salário muito baixo, por mais que se queira os salários são muito

baixos, então, por si só, vc já não seleciona muito bem, as pessoas tem que morar no bairro, as pessoas que não tem muita formação, elas não tem casa própria, elas mudam muito de bairro, elas saem de um lugar para o outro, então, como concursar essas pessoas ? Acho que essas pessoas não podem ser simplesmente a escolha de um concurso sem se prever o perfil do envolvido. Na questão dos médicos, nós temos sérias dificuldades, eu vi muito, dos órgãos assim: “é proibido médico trabalhar 40 horas, porque o Conselho não permite e há uma resolução federal que assim o diga.” Então no momento em que se concursa o gestor tem essa preocupação que no dia seguinte todas as instituições estão entrando contra a prefeitura municipal pedindo para que esse médico concursado faça 20 ou 30 horas. Então, acho que pela diferença com que se trabalha o SF o servidor tem que ser escolhido pelo seu perfil e eu ainda não encontrei, num concurso público, algo que o facilite, algo que o afere. Então eu vejo essa dificuldade.

Mas se o programa vingou mesmo eu acho que acaba sendo uma rotina consolidada.

Meu medo maior, e eu falo por um município que é viável financeiramente, talvez porque até há oito anos atrás, ele não tinha serviço nenhum em área nenhuma, então ele não tinha máquina inchada de servidores, a arrecadação é extremamente boa porque a máquina é enxuta, então faz com que a gente tenha possibilidade de crescer. Nesses oito anos foi só crescimento. Na área da saúde, em 94, em São José ninguém sabia o que era Fundo Municipal, ninguém sabia o que era municipalização, não existiam unidades de saúde, pequenas unidades, e os antigos administradores achavam que Florianópolis tinha a obrigação de estar aceitando os moradores de São José para atenção à saúde, o que era uma coisa muito normal, uma rotina. Então nós fizéssemos o município todo crescer, porque não tinha serviço, não tinha a máquina inchada, tinha essa folga, mas o grande problema é que muitos municípios desse país, e são em um número muito grande, são de pequenos municípios, muito antigos e a máquina já vem trazendo um número de servidores maior do que comportaria.

Acho que se a população tivesse bom envolvimento, entendesse a mudança do

modelo, que a mudança de modelo e quanto ela se beneficiaria (?), talvez ela ajudasse a pressionar, mas ao governo municipal, ela não consegue vislumbrar um governo nacional, para a questão.

Eu tenho, pela experiência que tenho passado nesse ano de implantação do SF, tenho muita dificuldade em achar que a população faria essa pressão; porque agora é que a gente está começando a colher alguns frutos, até agora, a população, além de tudo, com a implantação de 39 equipes que estão em funcionamento, dá, na população do IBGE do ano de 2001, 84% da população, um município com quase 177 mil habitantes, a população só reclamou do PSF, porque antes ela tinha a opção de escolher o Doutor João e eu dei pra ela a Dra. Maria ... então isso demorou um período bastante grande para as pessoas entenderem, a tal ponto que a gente fez, eu, particularmente, fiz reuniões com a comunidade pra mostrar, em cada região, o que era o SF e se eles me davam a chance de implantá-lo, se eles me davam essa oportunidade, nesses termos, e a gente consegue com isso, quando se chama pra uma reunião de bairro, atender parte da população, porque é uma parte pequena da população que vai numa reunião, por mais que se tenha vontade de chamar. Hoje, depois de um ano, a gente já tem uma outra expectativa da comunidade, em alguns lugares, tudo na mesma cidade, um município pequeno com 118 km², bastante pequeno, mas com uma densidade demográfica das mais altas do estado, quase 1.500 pessoas por km²; então isso me fez demorar a implantar o programa, porque não adiantava implantar 01, 05 equipes, porque numa rua, em um bairro, eu tenho 15 mil pessoas e o bairro não tem limite um com o outro, cidade muito condensada, isso me fez demorar bastante pra implantar o SF, e só o implantei quando tive possibilidade de implantar 40.

2) Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

A decisão de São José foi assim, porque a gente tem uma história bem interessante nessa construção do Sistema Único de Saúde, imagine vc chegar num município de quase 200 mil habitantes e perguntar pra o prefeito assim – porque a gente passou, em 94, por um processo após o prefeito ter sido cassado

e o vice assumir, até ter campanhas municipais pra se, dizia-se assim: “quem somos nós ? quem é São José ? é só uma cidade dormitório ? o que nós queremos pra nossa cidade ?”; então, algo de resgate da sua cidadania, uma série de questões bastante interessantes aconteceu no município. Aí, a gente pode ir criando, e com o prefeito entre 94/96 dando todo o apoio, porque por mais que ele construísse as coisas, arrumasse a cidade, a população não estava satisfeita porque faltava algo essencial ... e isso era a saúde. A gente via possibilidade de implantar qualquer coisa: “precisa de um pediatra ? ... bota um pediatra; precisa de um médico ? ... bota um médico”.

Chegou num ponto que todo mundo precisava de mais, mas os índices, os indicadores não tinham grande melhoria; a decisão pelo SF era por mudar algumas coisas dos indicadores da população mesmo. Havia, primeiro, uma questão financeira, porque a gente estava gastando muito sem ter resolutividade acentuada, porque “seu João” ia hoje num posto, amanhã noutra posto, depois em outro, o primeiro médico pedia um exame, o segundo pedia o mesmo exame e daí por diante ... então, foi uma forma de tentar utilizar esses recursos e ... sentir da população também um grau de satisfação – isso eu tinha vontade, porque vc chegava num lugar e ouvia: “precisa de mais um médico, doutora ... precisa de mais ...” e a gente não estava medindo nem o que já estava contabilizando, contratava cinco profissionais e não tinha parâmetro se aquilo era pouco ou bom; o SF também te dá um parâmetro, mais ou menos, de um número de habitantes por equipes para funcionar. Isso fazia com que o serviço tivesse um pouco de normatização. Isso me levou principalmente a fazer, e o grau de satisfação da comunidade mesmo.

Eu já trabalhei, não chamava SF, mas em 85, quando eu fui secretária de saúde em Araranguá, a gente implantou um modelo em que os médicos trabalhavam 8 horas, tinha enfermeira no centro de saúde, quer dizer, não era saúde da família, mas o resultado daquilo foi muito bacana; agora, a gente aproveitou o programa do Ministério e implantou.

3) Quais as principais dificuldades que os municípios vem enfrentando no

processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Dificuldades em implantar, além da vinculação e contratos, e dos recursos, mencionados acima.

A contratação é uma coisa extremamente séria, porque a gente tem trabalhado com o Ministério Público, trazendo muitas dificuldades, porque a maioria dos prefeitos tem termos condutas de ajuste pra cumprir, não ter mais contrato temporário e isso causa muito transtorno, eu acho que é a mais grave.

Uma segunda dificuldade é a disponibilidade de profissionais. Pra São José, cidade litorânea, ao lado da capital, a gente tem dificuldade de encontrar médicos que tenham o propósito, queiram cumprir, se dedicar ao PSF; às vezes eu acho que nem se a gente oferecesse o dobro do salário, porque o que vale é o perfil do servidor, mas o salário também conta. O MS também participa com parte desses recursos e quando a gente fala que são poucos, se diz que “é... mas é só uma participação...” , mas aí , como não há a participação financeira dos estados, pelo menos não do estado de SC, para o município fica extremamente pesado, pois os incentivos do MS servem para até metade dos gastos, a outra metade fica a cargo dos municípios. Acaba sendo difícil ...O nosso município acaba tendo uma folga para trabalhar, mas essa não é a realidade dos demais. Acho que a dificuldade de se encontrar os servidores , a rotatividade é muito grande , principalmente os médicos, enfermeiro não é um problema para nós no sul, mas médicos sim, acabamos importando de outros estados e também fica guerreando de um gestor pro outro “ você me roubou um médico” , porque se abre um processo seletivo em um município e os profissionais vão fazer...

4) Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

Na prática não ... ela só te dá um parâmetro, mas assim, por exemplo, o Ministério diz que vc tem que fazer 440 consultas, eu chamo os profissionais: “olha aqui, a gente está fazendo 350” ... “pô ! mas a senhora quer qualidade ou quer número ?” (risos)

Então, eu acho que norteia, mas não pode ser tão rígida assim, porque se a gente tem uma relação assim, quando a gente conversa com os servidores, e tem gente bastante séria envolvida nesse trabalho, há um número de reclamação muito acentuado dos servidores aos números a serem cumpridos, consultas médicas, isso não chega a ajudar muito não.

Para o gestor municipal ter uma linha, porque tem gestores com muita formação e tem gestores com formação deficitária, acaba dando uma linha interessante, eu só não acho justo que o não cumprimento de um parâmetro desse acabe penalizando o município.

Por exemplo, São José foi penalizado outro dia, numa situação bastante difícil, pois tivemos um problema de digitação no SIAB e simplesmente ficamos sem dinheiro durante dois meses. Isso pode inviabilizar qualquer serviço que tenha o intuito de ser sério.

5) Como é a inserção do PSF na estrutura da SMS?

Tem uma coordenação do programa de saúde da família. Foi aprovada pela câmara, junto com a implantação programa, temos 4 enfermeiras, uma na coordenação .

6) Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas no município?

Foi um aprendizado, quando o gestor, no meu caso, quando a equipe decidiu a implantação, foram feitas discussões no CMS, havia uma pressão pra que a gente implantasse, mas eu tinha uma clareza da necessidade do momento para se implantar , a tal ponto que um ano antes se trabalhou no município com 100% de cobertura do PACS, até para se conhecer melhor o município. Nós estávamos num processo de imigração muito forte e era necessário conhecer um pouco mais da população. Esse ano que se trabalhou com o PACS, se viu a dificuldade grande do ACS entrar nas casas dos moradores, mesmo sendo uma pessoa moradora do bairro. A dificuldade para o cidadão entregar um documento, para tirar o número, foi

de uma dificuldade desastrosa, nós tivemos que fazer campanha no rádio para que as pessoas fossem recebidas.

Como, então como o gestor tava dando importância necessária ao programa, as outras áreas ficaram meio melindradas, eu sinto isso hoje.

Na secretaria foi melhor do que no centro de saúde. No CS foi ainda maior essa divergência. A tal ponto que quando tinha um servidor nove, e que se perguntava quem é você, por exemplo, eu sou do SF. Não, se dizia, você é servidora da secretaria municipal de saúde. Então, essa dificuldade, dos antigos, de abrirem suas portas para receber o programa.

Seleção das regiões a ter o PSF implantado

Conforme eu falei no início, eu demorei porque só poderia fazer com um número bastante grande de equipes, então não houve muita seleção, a gente implantou simultâneo e na totalidade do município. Faltou, por uma questão social mesmo, o bairro mais populoso e que tem na sua maioria da população classe média, não tinha como escolher, a gente pensou em fazer primeiro num lugar que a gente conseguia delimitar o bairro, fazer daquilo um piloto, uma idéia que eu acabei abandonando pela possibilidade de fazer simultâneo, não houve escolha de regiões; de certa forma a classe social influenciou, porque como nós tínhamos dez equipes para o primeiro mês, começamos nos dois limites que se faz com outros municípios, numa ponta, norte, divisa com Biguaçu (?), uma região extremamente carente, e na outra, ao sul, divisa com o município da Palhoça (?), das duas pontas do município para o meio, até porque é um município pequeno em extensão e tirando essa região, de classe média, os outros praticamente se equivalem. Está faltando bem o meio, na região de Areias, por falta de espaço físico no Centro de Saúde para completar cinco equipes, e na região de Barreto também.

Então, o que eu acho importante do MS, eu falo só que eu cumpro as regras na íntegra, se é para tê-las, eu to sempre pronta pra colaborar, então, deixo de fazer coisas minhas porque o MS assim o determina. Procuro seguir porque eu acho que é preciso dar uma linha geral. Mas as questões que eu fiquei abalada com o MS é que foram fazer uma “ radiografia” do PSF, e depois não recebi relatório nenhum

disso, e fiquei sabendo que eu tinha faltas gravíssimas no programa, e o que a moça, enfim, a pessoa achou que era falta gravíssima era o SF estar atendendo, estar trabalhando dentro do CS. Eu acho que não dá pra fazer no sul do Brasil um modelo igualzinho ao sertão do Nordeste. Eu não tenho condições de deixar minha equipe do SF andando porta a porta, todos os dias, isso pra nós não existe, nem é o objetivo do programa. Acho que a pessoa já saiu do lugar equivocada, eu já fiz minhas reclamações ao Dr. Cláudio. Não é possível, imagine, um ACS vai 5 vezes numa casa para conseguir fazer uma visita. Imagina um médico batendo na porta para perguntar se tem gente em casa. Acho que não é assim que funciona. Nós não estaríamos otimizando os recursos, e ela descontou todas as horas que a minha equipe estava dentro do CS com o Saúde da Família. Se a população é a mesma. Eu não entendi direito, mas, como eu não recebi o relatório, só recebi depois, em público, eu gostaria de entender melhor isso.

7) Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes pela SMS?

Primeiro, a pessoa que mais reclama do trabalho sou eu, por meu senso crítico acentuado, e depois porque eu sou uma pessoa muito presente, eu vou ao CS, eu pergunto ao cidadão como está o serviço, e a gente acaba sentindo as deficiências.

Supervisão e avaliação das equipes

Bom, eu sou a pessoa que mais reclama do trabalho, primeiro porque já tenho o senso crítico acentuado e, depois, porque eu sou uma pessoa muito presente, eu vou ao Centro de Saúde, eu pergunto ao cidadão como está o serviço, e a gente acaba sentindo as deficiências.

Então, elas têm conduzido assim, neste momento, agora, depois de algumas mudanças, já houve mudanças de conduta da coordenação por várias vezes, agora tem ido já com um relatório, enfim, um roteiro pré-estabelecido do que fazer, então elas olham desde o preenchimento do SIAB, orientam a equipe em como trabalhar, em algumas situações, reunião conjunta pra equipe se moldar, também, ultimamente, estamos implantando o sistema de avaliação, então tem uma que vai olhando inclusive o prontuário, a gente tem dificuldade do registro dos profissionais,

que não estavam acostumados e a gente tem que explicar que tem que botar no prontuário do paciente tudo o que acontece, enfim, neste momento, agora, a gente está passando por um sistema de avaliação próprio, fazendo com que a coordenação vá, fique em cada Centro de Saúde por um período, ver se o que está na produção é exatamente o que aconteceu, se o sistema de avaliação está bem, cruzamento de informações; até fazendo avaliação mesmo, por equipe, porque em fevereiro tem pessoas que vem se encontrar, fazendo essa avaliação de equipe, então, puxa produção, puxa prontuário, faz esse cruzamento de informações.

8) Como o estado utiliza os Bancos de Dados Nacionais para acompanhamento/avaliação do PSF?

Uso dos Bancos Nacionais de Informação

Eu acho que usam somente o SIAB, vou até dar uma olhada com mais atenção... A gente começou juntar a Coordenação do SF, o Planejamento da Secretaria e alguns Programas de atenção, à Saúde da Criança, por exemplo, e de Saúde da Mulher, a gente tem feito alguns cruzamentos. Mas isso não é feito pela Coordenação do Programa; a Secretaria provoca isso pra que a Coordenação se eleve.

A gente tem feito avaliação com os dados da vacina, da imunização, os dados de um programa municipal de atenção à criança, chamado Criança XXI – e como a criança é visitada na maternidade, e esses dados têm que fechar com o SINASC, então a gente tem usado isso para o SF, até porque a gente consegue saber onde nasceu a criança e se ela está sendo atendida, porque tem uma contínua avaliação, e a criança tem em seu registro o encaminhamento nos primeiros sete dias ao médico de família, depois à enfermeira, depois ao pediatra, enfim, tem uma rotina pré-estabelecida.

E também com o de Saúde da Mulher, o de Pré-Natal.

9) Na sua opinião o PSF tem contribuído para a mudança o modelo de atenção a saúde do país? Porque?

O PSF tem ajudado a mudar o modelo de atenção no país?

Acho que tem ajudado bastante, a gente só tem dificuldade de estar com esse material escrito; eu acho que o grande problema nosso é que a gente tem muitos avanços, tem coisas muito bacanas acontecendo e a gente não tira o devido tempo para escrever isso, para registrar isso; como eu disse anteriormente, eu sou uma pessoa que, na minha condição de secretária, consigo reconhecer meus servidores pelo nome, e gosto muito de ver, na ponta, o que está acontecendo, aí, ultimamente, a gente tem ouvido algumas histórias que começam a não ser mais isoladas: a pessoa tinha câncer e não conseguia se tratar, por vergonha, quem conseguiu levar essa pessoa foi o ACS; aí outra que a vovó estava com maus tratos e quem conseguiu entrar na casa foi o ACS; muitos problemas de maus tratos de criança e quem descobre é o ACS, a enfermeira do Saúde da Família, é o médico; então isso tem trazido, pra mim principalmente, que pelo fato de estar muito tempo no mesmo lugar, e estando o gestor municipal com uma carga muito grande, porque a nossa rotina está indescritível, acaba perdendo um pouco aquela paixão, e essas histórias te reacendem a paixão de trabalhar pelo SUS.

10) Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

Contribuição do PSF ao controle social e a participação da comunidade

Não tenho muita clareza que tenha sido o PSF. A gente já estava com um processo, nesses oitos, vai ser nossa IV Conferência Municipal agora. Como já se tinha um trabalho, de reuniões de rotina, acho que estava meio despertando.

Talvez o PSF tenha acentuado nas equipes, principalmente porque todas as equipes se envolvem com a comunidade, talvez nas reuniões como os grupos de diabetes, enfim, acaba trazendo mais a população pra conversa, pra participar.

Nessa vez, agora, eu não sei se tem a ver, só que nesse ano a gente está fazendo pré-conferências de saúde, a nossa conferência vai ser em março e a gente fez pré-conferências ... não sei se foi o envolvimento, a gente se mistura muito com o SF, a implantação da Secretaria, então eu não tenho essa clareza; deve ter ajudado

porque hoje são mais comum os tratamentos coletivos da população, os encontros coletivos, e isso pode ser despertado.

11)Qual o papel das universidades nesse processo?

Papel das Universidades

É fundamental, mas está muito acanhado. Nós começamos em julho de 2001, e aí, nós que fizemos o curso; a Secretaria chamou os profissionais 3 ou 4 dias antes de começar, explicou como funcionava, que adiantou muito pouco porque não era um processo aprofundado, era mostrar os programas da Secretaria, o que era o SF, uma coisa superficial.

E todo esse tempo a gente não tinha conseguido, porque a Universidade nas vezes em que eu fui à reunião do Pólo de Capacitação, São José como era novo o Programa ia ficar pra 2002. Acho que tiveram muitos problemas, eu acho que a Universidade tem o papel, primeiro de formação dos profissionais que está colocando no mercado, tem a responsabilidade em formar os profissionais que dêem saúde integral e continua formando profissionais que tratam o ser humano por partes. Esta mudança na Universidade é importante e nas questões dos cursos de capacitação poderiam ter desenvolvido.

Este ano a gente teve a primeira oportunidade de alguns servidores irem para cursos na Universidade, poucos, foram poucos. Claro que a gente precisa de um primeiro trabalho, para sensibilizar, e depois entrar no curso, não quer dizer que ele precise passar por essas coisas antes de entrar, como a gente tentou, fazer um panorama que não surtiu grandes efeitos, talvez até precisasse trabalhar um tempo mais, se bem que se a gente não conseguiu despertar no servidor o que é o SIAB e qual a importância dele, vai ocorrer que as informações não chegam, então acho que precisa ter um envolvimento.

12)Você acha que valeu a pena a implantação? Porque?

Valeu a pena?

Ah valeu. Valeu muito sim; eu gostaria de poder estar medindo isso com números... mensurar mesmo essas coisas, mas eu acho que eu consigo saber que valeu a pena por essa questão de ouvir dos próprios usuários. Já pensou você ouvir que o Programa te salvou? Uma coisa extremamente emotiva, a sensação que eu tenho assim, mas é algo emotivo, não é algo que se meça, através de relatórios, números... Claro que hoje a gente olha no quadro e vê que 86 grupos estão funcionando, de diabéticos, pré-natal, isso te anima bastante, mas não consegue ainda medir na forma de indicadores. Porque se você for olhar os indicadores, talvez até tenham piorado. Eu tive no ano de 2001 uma queda na mortalidade estrondosa, tem a ver com o PACS, que era implantado, e com o Programa Criança XXI, que a gente implantou, a gente reduziu de 14,8 para 8,2 – é muito grande. Neste ano de 2002 vai subir um pouco, e olha que eu tenho equipes do PSF por todos os cantos do município. Mas o que é importante também, que a gente sente, além dessa parte emotiva de perceber o quanto tem melhorado; a gente tem trazido pra Rede pessoas que não utilizavam os serviços de saúde e precisavam dele, ampliou o acesso em muito; mesmo sendo um município extremamente urbano a gente não tinha idéia do quanto tinha pessoas fora do sistema, como estou te dizendo, não consigo medi-lo de uma forma científica, mas é visível as coisas novas que tem aparecido.

Isso é uma coisa, outra coisa que trouxe também, claro que a gente melhorou muito a rede física, mas a gente trouxe pro serviço a classe, por uma dificuldade financeira, mas a gente trouxe a classe média também. Pela melhoria da rede, na melhoria do atendimento, pode ser pela falta de dinheiro para ter um plano, mas é muito forte a ida da classe média para o serviço público.

13)A informação disponível sobre PSF tem sido suficiente para orientar as decisões do gestor?

Material de interesse

O maior problema do gestor é informação mesmo. Existe disponibilidade de informações importantes, mas o gestor, e eu falo isso, nem só por mim, mas pela maioria dos municípios, principalmente os catarinenses com menos de 10 mil

habitantes; então, as pessoas não tem disponibilidade nem pessoas pra ficar na internet, desde a necessidade do que está acontecendo no programa, necessidade da informação da rotina, é importante que chegue ao município, além de parâmetros, de experiências inovadoras que é importante pra gente se espelhar, desde a portaria que lançou até o andar das coisas é importante, porque se você ficar um mês sem participar de uma reunião colegiada parece que mudou tudo na outra que você aparece.

“Experiências inovadoras” seriam boas porque anima as pessoas, em como fazer as coisas, a gente fica emprestando portarias a semana inteira para os vizinhos que perguntam: como fez isso?

Fontes que sirvam de parâmetros, subsídios para comparar índices, média Brasil, etc; além das portarias de rotina.

14) Espaço para outros comentários

Considerações finais

Espero ter conseguido traduzir o que a gente verdadeiramente sente, acho um bom programa, acho que tem que avançar, melhorando os recursos financeiros pra ele, porque é impressionante o aumento dos gastos com insumos, porque a gente traz pra rede pessoas que não usavam; os ACS fazendo as visitas e “vendendo” o programa, que é isso que basicamente ele tem feito ainda nesse primeiro ano, faz com que as pessoas venham, ou pra conhecer, e acaba criando um consumo elevado de insumos. Eu fico satisfeita pela forma com que a população vem buscar o serviço, isso eu acho que é o maior prêmio pra o gestor, mas considerando recursos financeiros, a Secretaria de Saúde do município passou dificuldades para vencer o ano, do planejamento que ela tinha do ano passado pra cá, porque o número de procedimentos ultrapassou qualquer expectativa. O gestor, com a Lei de Responsabilidade Fiscal e o Ministério Público muito próximo – eu tenho falado bastante em MP porque eu acho que ele ajuda – e eu quero fazer uma referência ao Ministério da Saúde, por ter proporcionado um curso aos promotores públicos que vai facilitar a nossa relação, porque eu acho que o MP tem seu objetivo, mas ele

precisa conhecer as regras do SUS, aí fica fácil trabalhar e a população é beneficiada.

Eu espero ter traduzido isso.

Obrigado

Beatriz Figueiredo Dobashi

Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande - MS - Vice Presidente Centro-Oeste do CONASEMS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

A sustentabilidade se relaciona com a Saúde da Família deixar de ser um programa, e também que não se tenha a convivência dupla de modelos. Passa ainda por agregar à atenção básica uma visão do cuidado, da família, aproximar-se da família a ponto de saber o que está levando aquelas pessoas a adoecerem ou a ter tal desequilíbrio com o meio.

A conformação do atual cenário nacional se relaciona à forma com que o gestor implanta o PSF. A estratégia foi pensada como uma forma de mudar o modelo, levando os profissionais de saúde para a comunidade. Isso porque, na verdade, a estratégia de unidades básicas de saúde, tentada anteriormente, fracassou. Não

atingiu o objetivo de levar atenção básica para toda a população. Permaneceu dentro dos muros da unidade, cada um fazendo a sua tarefa. O grande desafio de montar uma equipe de atenção básica a gente não conseguiu com a estratégia das unidades básicas de saúde. As equipes da atenção básica evoluíram bastante, com entrosamento entre o farmacêutico, o enfermeiro, o psicólogo, mas os médicos, com algumas exceções, trabalham ainda isolados.

Começamos a discutir a estratégia da saúde da família de forma que pessoas pudessem analisar o processo saúde-doença fora do contexto exclusivo da consulta, mas a partir da convivência com a família, com os vizinhos e a partir do conhecimento das condições de vida das famílias.

É um movimento mais ou menos uniforme quando a gente conversa. Já aconteceram eventos de avaliação e de discussão só das capitais ou de um estado como um todo.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

É claro que o processo é diferente para um município mais populoso, ou para um pequeno. No meu estado temos de um lado a capital com 40% da população, e do outro 60% da população em 76 municípios. Desses 76 municípios, 2 tem mais de 100 mil habitantes. A adoção da estratégia da saúde da família, em um município de 5 mil habitantes que implanta direitinho muda completamente a atenção básica. Isso poderia acontecer em 100% das cidades. É isto que está acontecendo na minha cidade, no meu estado. Um problema é que as pequenas cidades não têm médico residente com perfil para fazer isso e se tem muita dificuldade em fixar o médico. Isso gera uma alta rotatividade que acaba descaracterizando a equipe. Mas eles conseguem fixar enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e dentista.

3. Quais as principais dificuldades que os municípios vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

A dificuldade maior é o recurso humano, principalmente o médico. O perfil do médico que se quer para a promoção da saúde, e obviamente para saúde da família, tem que ser formado pelas Universidades. O PROMED, a partir do financiamento, faz

com que as universidades rediscutam o profissional que estão entregando ao mercado.

Temos essa experiência, com uma faculdade particular, já que a nossa federal não aderiu ao PROMED. A iniciação do médico na saúde da família se dá acompanhando visita de agente comunitário, participando da consulta de enfermagem, cadastrando famílias, discutindo e aprendendo atenção básica. Não é médico vendo consulta de médico .

A Colômbia está fazendo um programa semelhante ao PROMED envolvendo todas as profissões de saúde, como fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo. Acho que é um caminho. O nosso aparelho formador precisa adotar estratégias como a promoção da saúde para superarmos a visão do médico individualista, que é uma grande dificuldade na equipe.

Você começa a ter uma boa qualidade nas equipes, mas em poucas equipes porque poucos profissionais, médicos principalmente, aderem, deixando de realizar as consultas tradicionais para trabalhar em equipe.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

O Ministério tem um papel importante na coordenação e condução desse processo. Ao criar um subsídio, que é um fator atrativo; ao propor uma avaliação que deixe de ser pontual e numérica o ministério tem seu mérito.

Contudo, quando você faz normas dizendo que o modelo só pode ser A ou B isso engessa o sistema, restringe as alternativas e os avanços que poderiam acontecer em cada município, deixando de lado as transformações necessárias nas próprias famílias.

A normatização do ministério contribui muito para que ele seja um programa. Poucos municípios estão conseguindo superar esse formato; é claro que o tempo vai passando e as equipes mais articuladas, desenvolvendo outras ações, começam a fazer o caminho inverso, isto é, cria-se um programa que vem trazendo isso para

dentro da Atenção Básica até acabar se descaracterizando como programa, que é o desejo de todo mundo; mas a normatização ajuda a manter como programa.

5. Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas no município/estado/país?

A implantação do Saúde da Família já tinha sido determinada, quando começou a discussão dos locais. Havia um bairro sem nenhum serviço de saúde e a comunidade apresentando demandas para implantação. Então nós decidimos fazer uma experiência: mesmo sem ter uma unidade predial, foram alocadas quatro equipes numa área com aproximadamente 4 mil famílias, e as equipes foram para campo realizar o cadastramento, conversar, conhecer e levantar os problemas, usando como referência a unidade básica mais próxima. Esta iniciativa foi replicada em outras duas ou três localidades da cidade.

Desta forma, o Programa Saúde da Família começou a levantar questões, algumas já apontadas pelo PACS – o município tem 100% da área urbana coberta por agentes comunitários - como criança fora da escola, gravidez na adolescência, usuário de drogas, família desabrigada, desemprego, falta de acesso a serviços, urbanização, entre outras. Essas informações foram sendo sistematizadas, e mapeamos as áreas de risco. Foram 32 áreas de risco e determinamos que elas seriam prioritárias para a estratégia da saúde da família. Algumas unidades eram novas. Outras eram unidades básicas que existiam no local. Foi um processo misto.

6. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais no município?

Os profissionais do município são concursados. É o único município do Estado que contratou assim. Muitos municípios tem contratos temporários, o que considero um grande complicador.

Muitos até sem carteira de trabalho, e isso contribui para uma rotatividade enorme porque o prefeito faz um contrato de 5 mil a 6 mil reais de salário mas não consegue

manter o profissional, que fica mudando de município. O vínculo que você espera que o profissional crie com a comunidade se perde. Resolvemos a questão do agente comunitário, com a lei federal que criou a profissão, mantendo a necessidade dele morar na área. Nós criamos uma agência ligada à secretaria de saúde, uma autarquia, que pode contratar via CLT. Criamos o cargo de agente comunitário de saúde no plano de cargos da prefeitura. Estamos regulamentando, com a associação dos agentes e o fórum dos trabalhadores, a mesa de negociação, e vamos chamar o concurso em março, de modo que eles possam a ser servidores municipais regidos pelo regime celetista. Então, o edital vai dizer que ele precisa morar na área, as micro-áreas vão ser todas publicadas junto com o edital e a seleção vai ser feita por micro-área. Ele tem que morar pelo menos 2 anos naquela área para fazer a seleção e se ele mudar da área ele é demitido na legislação da CLT, que permite isso.

Para os médicos e dentistas concursados, dobra-se o salário contratual, de 20 horas, mais produtividade por não terem carro institucional, e usarem os próprios para as visitas às áreas. O enfermeiro já tinha contrato de 40 horas, só recebendo gratificação. Os auxiliares de enfermagem também já tinham contrato de 40 horas.

7. Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes pela SMS?

Às sextas-feiras à tarde as unidades estão fechadas para o público. Existe uma coordenadora nas equipes responsável por essas reuniões semanais. Os médicos fazem reuniões clínicas para discussão de caso, ou discutem-se questões ligadas às referências, como os laboratórios ou o sistema de referência para os outros níveis. Também ocorrem reuniões de avaliação.

8. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no município?

Uma vez por ano a gente faz um seminário com uma mostra municipal dos trabalhos das equipes, uma exposição, e se publica uma revista que objetiva a troca de experiências entre as equipes. Os enfermeiros tem um sistema de avaliação junto

aos agentes que estão sob sua supervisão.

Usamos relatórios gerenciais, a partir das informações do SIAB, para avaliar impacto em relação ao atendimento às gestantes, cobertura vacinal, atendimento à hipertensão, etc. Isso é realizado pela coordenação geral do PACS e PSF, e é um mecanismo de avaliação contínua do município.

9. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

No município temos conselhos gestores em todas as unidades de saúde, sejam básicas ou especializadas, e em todos os hospitais conveniados com o SUS. Nos distritos, temos conselhos distritais, mais administrativos e temos o conselho municipal com participação do fórum de usuários e fórum de trabalhadores. São movimentos fortes, anteriores ao PSF, mas o que vejo é que os conselhos podem incorporar os problemas dos outros setores além da saúde. Não ser somente uma discussão de vigilância e de assistência, mas da intersectorialidade. Isso sim, veio para dentro dos conselhos por conta da atuação das equipes do PSF.

10. As equipes foram ou estão sendo capacitadas?

O estado tem uma escola de saúde pública, um centro formador (núcleo de capacitação), que é o Pólo. Mas estamos batalhando para entrar naquele esquema de descentralização para municípios acima de 100 mil e ter o nosso próprio pólo, no futuro, recebendo recursos e montando nossa própria estrutura, nosso pólo.

11. Qual o papel das universidades nesse processo?

A formação do médico não leva em conta as discussões do SUS. A universidade fica isolada, e o campo de estágio que a gente queria que fosse diferente, não acontece. Propuseram um centro de saúde-escola, lá dentro do Campus Universitário. Isso é um equívoco. O estudante de medicina tem que ir para dentro da rede, tem que ver todos os erros e acertos do sistema porque esse será o

principal campo de trabalho dele no futuro.

12. O que você acha que poderia facilitar o processo de capacitação /educação continuada das equipes?

Descentralizar para municípios que tenham condições de realizar os treinamentos. Quanto mais o estado estimula o aumento do número de equipes, mais ele apresenta dificuldades para treinar. Então tem que se descentralizar para os municípios que possam assumir essa tarefa.

13. Os recursos federais/estaduais e municipais são suficientes para implantação e manutenção do programa? Mato Grosso do Sul tem recursos para o incentivo estadual ?

Em relação aos recursos federais, fiz um levantamento para o relatório de gestão, e 60% do financiamento das equipes é realizado pelo município e 40% pelo repasse federal.

O incentivo estadual é só no papel. O estado é citado como exemplo para o Brasil porque criou o incentivo. A Diretora do Departamento de Atenção Básica, Heloiza Machado esteve aqui no lançamento do incentivo, elogiou muito a proposta, só que não pagam. Com a lei de responsabilidade fiscal, as contas têm que ser fechadas. O Conselho Municipal de Saúde do meu município e a associação dos municípios entraram com uma ação no ministério público. O secretário da Fazenda disse que como isso é opcional, não teria obrigação de pagar. O incentivo para o agente comunitário é pago mais ou menos em dia, podendo atrasar um mês, dois meses. Mas os incentivos que foram criados por equipe de saúde bucal não estão sendo repassados. Para meu município, por exemplo, são 700 mil reais que não foram repassados.

14. Você acha que está valendo a pena a implantação?

Sim, especialmente se conseguirmos fazer com que essa estratégia seja assumida

por toda a atenção básica, que não exista diferença entre onde tem PSF e onde não tem. Queria ver a rede toda trabalhando na mesma ótica.

15. Que tipo de informação gostaria de encontrar em uma Biblioteca de apoio à gestão em saúde?

Eu gostaria de ter mais coisas para construção de indicadores. Quais são os indicadores que realmente avaliam o impacto. Já trabalhamos com os mais conhecidos: se aumentou a captação precoce da gestante ao pré-natal, se melhorou a cobertura vacinal, o percentual de hipertensos e diabetes atendidos, se diminuiu aquela demanda reprimida das pessoas que vão desesperadamente à unidade. Mas sinto como uma lacuna a construção de indicadores e o uso das informações .

Nome - Gilson Cantarino O’Dwyer

Membro da Equipe Técnica do CONASS - Representante do CONASS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Está posta no reconhecimento de seu grande potencial de transformação do modelo assistencial, na medida que trabalha com população cadastrada e adscrita, que tem uma proposta de articulação do sistema como um todo buscando a integralidade, e pelo seu enorme potencial de promover intersectorialidade com outras áreas do próprio município. E acho que hoje temos uma agenda política construída em torno do PSF, até pela tomada de decisão do Ministério, em sucessivas gestões, de

priorizar a saúde da família, enquanto transformação do modelo assistencial brasileiro.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

Primeiro porque ele está na agenda política, do Ministério e das Secretarias de Estado. Ele compõem um nível de discussão entre o gestor estadual e os prefeitos, e entre o próprio secretário municipal de saúde e o prefeito.

Em segundo, porque ele traz evidente retorno político à gestão que o implanta, na medida em que o PSF tem o reconhecimento de satisfação da população. É comum, em entrevistas que são feitas pelos meios de comunicação, colher depoimentos favoráveis daquelas pessoas que são assistidas por esse modelo que são extremamente importantes para o PSF. Especialmente se comparamos aqueles que são assistidos por um modelo tradicional de unidade de saúde, ou os que ficam à mercê da busca de urgência e emergência.

Acho que começa-se a ter, também, um paradigma técnico, de reconhecimento da melhoria da qualidade e isso tudo leva a uma decisão do município.

Financeiro nem tanto. Porque há uma queixa dos municípios e dos prefeitos de que o modelo fica caro para o município, diferente do PACS. O incentivo do Ministério não cobre a maior parte dos gastos e os estados não tem incentivos estáveis. Quando se faz uma leitura de futuro se reconhece o mesmo como um modelo mais econômico, pela racionalização da organização da rede, organização do fluxo de demanda e, evidentemente, pelo potencial de prevenção. Mas ainda existe uma queixa com relação a isso.

Se eu tivesse que destacar, os aspectos políticos e técnicos são os preponderantes para que os municípios decidam pela implantação.

3. Quais as principais dificuldades que se vem enfrentando no processo de implantação , expansão ou consolidação do PSF?

Uma das maiores dificuldades está dada pela precarização das relações de trabalho,

uma questão que particularmente me preocupa.

É preciso, também, melhorar um pouco a articulação com a corporação médica. Ainda existem resistências por dentro da mesma. Também melhorar nossa relação com a academia, para que a gente possa ter um reconhecimento mais equânime da importância do PSF na medida que ele vem sendo o modelo estratégico do Brasil.

No nível municipal a dificuldade, pela minha experiência como gestor estadual, é a queixa do prefeito em relação ao custo desse modelo; outra dificuldade é, efetivamente, recursos humanos, captar pessoal que possa ser considerado apto a esse modelo; fixar no interior profissional com carga horária de 40 horas.

O Estado tem uma responsabilidade mais voltada para a capacitação, não tendo um envolvimento direto na decisão municipal de implantação e nem do custo financeiro. Em relação ao Ministério é mais difícil ter uma percepção de quais são as dificuldades, na medida em que ele tem um programa a nível nacional, então, é o município que acaba se defrontando no dia-a-dia, com problemas de captação de pessoal adequado, seja pela qualificação, seja pela disposição de ir para o interior, e isso traz problemas na expansão.

Muitas vezes detecta-se desvios do modelo que podem comprometê-lo. Mas essa questão, como está posta hoje, na agenda de prioridades, tem uma base grande de sustentação no país que, eu creio, assegura sua continuidade.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

Os fundamentos, os princípios do Programa, não podem ser desrespeitados. Mas o Ministério trabalha com uma norma muito rígida, com um modelo que tem o perfil de equipe muito definido, que fala tantos agentes comunitários, um enfermeiro, um médico para tantas mil pessoas. Acho que isso traz dificuldades para propostas de modelos que se queiram diferenciar desses, ou modelos que possam trabalhar numa relação menor ou em áreas de grande extensão rural, onde tem comunidades muito pequenas e outros a distâncias de 50, 60 70 km, ou mesmo em áreas urbanas de grande concentração populacional. Então creio que nós tínhamos que buscar o que

seria o respeito ao fundamento do modelo de Medicina Familiar, com flexibilização para a adaptação desse modelo à realidade, desde que todos os princípios da atenção à saúde daquele grupo populacional fossem respeitados.

Acho até que o Ministério pode ter se baseado numa certa rigidez de modelo como garantia de que essa implantação não passasse por um processo excessivo de variáveis e, aí, redundava numa dificuldade de, efetivamente, se implantar um modelo de saúde da família no país. Mas já está na hora de rever isso e avançar para outras possibilidades, sempre respeitando os princípios do modelo de Medicina Familiar.

5. Qual o processo de priorização das áreas a serem cobertas no estado?

Em geral o critério buscado pelo gestor tem sido a priorização de áreas de maior risco social, discutido no âmbito das Secretarias de Estado, a partir da necessidade de uma discriminação positiva, por parte do poder público, em função de baixa renda, de risco social, levando um elenco de ações que favoreçam aquela população

Avalio que o esforço tem que ser para que todos os municípios implantem e se tenha uma reorganização do modelo de atenção a partir da porta de entrada, de maneira uniforme no Estado como um todo.

6. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais?

Esse é o ponto mais vulnerável do Programa. Tem sido difícil buscar formas de seleção pelo princípio constitucional, do ponto de vista público. A seleção, em geral, tem sido por critérios de entrevista para ver o perfil desse profissional para o tipo de trabalho que se propõe. É preciso que ele tenha compromisso com essa metodologia, que ele tenha uma experiência clínica, ou pelo menos um conhecimento clínico que permita a ele realizar esse tipo de atendimento, que ele cumpra a carga horária; que ele resida, no mínimo, no município.

Entretanto, o impasse está posto na medida em que a grande massa de profissionais não tem qualquer tipo de vínculo de trabalho. Não são celetistas, não

são estatutários, e são pagos por prestação de serviços. Evidentemente, isso é um retrocesso do ponto de vista trabalhista. Isso gera insegurança para o profissional e, está posto, para mim, o grande problema do PSF no Brasil como um todo.

Essa conjuntura está ligada, primeiro, à própria questão da legislação em função da responsabilidade fiscal, pelos limites de comprometimento de despesas com pessoal. Por um lado se tem um quadro estatutário e por outro se vai buscando saídas para evitar que essas despesas de pessoal apareçam – hoje está cada vez mais difícil buscar essas saídas porque o cerco também é grande. Você tem também a questão de que, se a forma de contrato não é por concurso público, restam poucos mecanismos ao gestor, na medida em que a Constituição é clara: o acesso ao serviço público tem que ser através de concurso público, seja estatutário, seja celetista. Como existe um certo reconhecimento de que é difícil captar esse profissional por concurso acaba-se buscando outras saídas. Ou o profissional vira prestador ou o gestor convenia alguma entidade para que o profissional seja funcionário dessa entidade, o que, pra mim, é muito melhor do que ele ser prestador.

Na medida em que o profissional começa a ter pós-graduação em Saúde da Família, à medida que começam a haver alterações curriculares, esse profissional vai estar disponível no mercado, devendo ser mais fácil respeitar a Constituição e tê-lo como servidor no quadro.

Entretanto é preciso ter princípios muito claros de seu comprometimento com a comunidade. A gente quer transformar o modelo assistencial, e temos que ter estratégias para isso. A conjuntura dificulta que esse processo possa se dar com uma relação de trabalho diferente do que a que aí está.

7. Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes?

É uma das coisas mais frágeis que eu verifico. Assisti muitas dificuldades em uma supervisão metodológica bem feita, ao nível dos próprios municípios. Os estados também não realizam supervisão com a abrangência que o modelo exige. Abrangência na própria natureza interclínica que ele traz; evidentemente, tem exceções, mas o ideal é que a supervisão fosse um processo permanente de

interconsulta, que pudesse assegurar a esta equipe um nível de troca, que ela estivesse aprendendo com uma educação continuada e tendo o respaldo de uma interconsulta quando tivesse algum nível de dificuldade.

Claro que a diversidade do país é muito grande. É diferente discutir isso em um estado da região sudeste ou sul e em um estado da região norte, ou no interior da região nordeste.

De qualquer maneira o caráter da supervisão parece ser muito burocrático e eu acho que deveria ser mais programático.

Não vou discutir a supervisão do Ministério, pois acho que não se pode ter como expectativa que o Ministério supervisione cada núcleo de PSF desse país. Acho que essa questão de qualidade da atenção prestada tinha que estar com o estado e interna a cada município. É uma questão de formação de quadros, de construção de uma metodologia de supervisão que possa ser permanentemente programática com essa natureza de interconsulta.

8. Como os estados utiliza os Bancos de Dados Nacionais para acompanhamento/avaliação do PSF?

Essa questão é muito confusa no Brasil, e não é só no PSF. Primeiro, os sistemas de informação são múltiplos. Se tem o pacto da atenção básica, o da epidemiologia, e se trabalha com mais de um sistema de informação: um para nascidos-vivos, um para mortalidade, outro para doenças infecto-contagiosas. Então, essa questão da utilização do sistema não é um problema para o PSF. É um problema da organização dos sistemas de informação para o país. O sistema de informação deve falar internamente e ter uma racionalidade; discutir sobre o PSF é discutir um pedaço, e essa discussão tem que se dar no todo.

Po outro lado a questão da avaliação também está posta como um todo, e não exclusivamente para o PSF. Por exemplo avaliar se o pacto foi cumprido ou não. Temos também que uniformizar os pactos. Esse profissional que está no PSF é o mesmo que vai fazer um trabalho de prevenção de outras áreas, como, por exemplo, na PPI da Epidemiologia. Isso vai passar pelo dia-a-dia dele. Mas eu acho que isso

é uma questão histórica: o problema das “caixinhas” que não tem interlocução dentro do Ministério da Saúde, e também não tem interlocução dentro da estrutura das secretarias de estado, na tendência de seguir o mesmo modelo do Ministério.

Acho que hoje, quando o PSF, no nível do Ministério está dentro de uma coordenação que é da Atenção Básica, já demos um passo, porque no passado não era nem essa a forma de estruturar. Mas aí tem outro problema, que é o DAB esta dentro de uma Secretaria que é diferente daquela que é da Assistência. Estão separando a atenção básica e a saúde da família da assistência como um todo, e essa idiosincrasia vai se repetir daí por diante.

9. O PSF tem contribuído para a mudança do modelo de atenção a saúde do país?

A gente consegue avaliar, do ponto de vista político, a importância enquanto uma nova prática, uma prática que, inclusive, tem um efeito positivo de reprodução. Em muitos lugares se percebe que o restante da rede básica, o restante do modelo tradicional acaba, sendo influenciado por essa mudança da prática que o PSF traz. Então, do ponto de vista da concepção do modelo, eu diria que ele vem trazendo transformações, sendo diferente daquilo que se fez até então.

Agora, do ponto de vista de instrumentos, de como se mede a transformação ou não, ainda é muito cedo pra dizer. Até porque, uma avaliação recente, muito bem elaborada por uma comissão do Conselho Nacional de Saúde, aponta para um risco muito grande de reprodução do modelo tradicional, do atendimento pré-SUS. Se quantificarmos o que é atendido numa rede de âmbito nacional pelo PSF do que é atendido pelo modelo tradicional, esse último ainda é preponderante. Então devemos estabelecer mecanismos finos de avaliação: mudança de prática, resolutividade e qualidade. Mas isso não tira a validade dada enquanto discurso político. Até porque não se faz transformação de nada sem discurso político.

10. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma

mudança?

Acho que mudança no controle social, ainda não trouxe. O princípio do controle social depara-se com o debate em torno da autonomia dos conselhos, municipal, estadual e nacional e das expectativas bilaterais, às vezes, cheias de distorções. O governo com dificuldades de respeitar o controle social através dos conselhos, e os conselhos, em muitos lugares, achando que seu papel é o de executivo. O PSF não tem, ainda, nenhuma repercussão nessa questão.

11. As equipes estão sendo capacitadas? Qual o papel das universidades nesse processo?

Tem um processo de capacitação relacionado à questão do Pólo de Capacitação, que avançou de maneira importante. Teve o processo de licitação, os Pólos cobrindo os estados todos, como no Rio de Janeiro; os Pólos regionais, com um trabalho integrado. Avança-se, agora, para os cursos de especialização. Acho que o processo de capacitação está se dando e, evidentemente, o envolvimento das Universidades é fundamental. A gente começa a ter outros atores defendendo o modelo, se envolvendo com o modelo, disseminando a transformação dentro da universidade. Isso tem um efeito impactante na transformação do currículo. São discussões de mudança de currículo em função do próprio programa de saúde, e acho que esse é um dos pontos muito positivos.

12. O que poderia facilitar o processo de capacitação/educação continuada das equipes?

Assegurar a capacitação à distância, recursos tecnológicos, telemedicina. Uma rede de telemedicina seria interessantíssimo, por exemplo, para o médico que está lá no interior poder acessar um centro de referência da capital, que está à disposição para uma interconsulta. A tecnologia que está à disposição, a telemedicina, hoje, merece servir ao processo de educação continuada para auxiliar os profissionais como uma ferramenta de segurança do seu trabalho, e evidentemente, da melhora na

resolutividade.

13. Os recursos federais, estaduais e municipais são suficientes para implantação e manutenção do programa?

Depende de que ótica se avalia. Poderia haver mais recursos tecnológicos nesse modelo, poderia haver ultrassonografia para todo mundo, poderia ter uma capacidade de resolução maior de problemas. Então, discutir suficiência de recursos na realidade brasileira, depende da ótica. Se for colocar mais qualidade vou ter que ter mais recursos. Eu gostaria que o modelo pudesse trabalhar com uma relação equipe/população menor do que é a relação hoje, e aí eu necessitaria de mais recursos. Então ele não é suficiente, porque o crucial é que esse modelo tem de alcançar uma qualidade maior.

14. Valeu a pena a implantação?

Indiscutivelmente, foi uma decisão acertada, lá pelos anos de 1993/94, e colocou isso no centro de discussão da atenção à saúde no Brasil. Provocou apaixonados e resistentes. Ainda provoca. Recentemente eu debati com o Conselho de Medicina (RJ) e ainda havia resistência ao modelo, e depois de conversar mais a resistência começa a cair. Não era de dentro do Conselho. O resultado está aí.

A cobertura mostra, independentemente de qualquer discussão de qualidade, que valeu a pena. Até porque a qualidade não vai ser homogênea. A realidade do Brasil é muito heterogênea.

15. A informação disponível sobre PSF tem sido suficiente para orientar as decisões do gestor?

Ao nível de implantação – sim; ao nível de organização do modelo – sim; ao nível dos preceitos metodológicos do modelo – sim. Acho que dá pra obter orientação de como é que se implanta, quem está cumprindo o que está determinado pelo Ministério, etc. e tal.

Não dá pra dizer, evidentemente, que isso é suficiente para gerar uma capacidade de discussão, de melhorar a qualidade das ações. Mas acho que é possível assegurar variações do modelo com determinadas características garantindo qualidade.

16. Que tipo de informação é mais utilizado para implantar e desenvolver a estratégia de saúde da família?

É a informação do modelo em si: equipe, número de integrantes, profissionais, relação com a população, carga horária. Essas são as informações mais utilizadas e estão disponíveis para implantar. Para desenvolver é outra discussão.

17. Que tipo de informação gostaria de encontrar em uma Biblioteca de apoio à gestão em saúde?

Informações sobre custo, do ponto de vista custo/benefício, do ponto de vista de centros de apuração de custos, até para que se possa fazer exercícios do que se está gastando, lá na ponta mais complexa do sistema.

Informações epidemiológicas, comparativas, para que se possa estabelecer com mais rapidez, sem ter que procurar várias fontes diferentes, parâmetros; qual o parâmetro da sua área de responsabilidade, comparativo com o que é a média de municípios com características semelhantes, ou com a média do seu estado, comparativo com o que é a média nacional; que se possa situar e poder buscar cenários de intervenção para melhorar esse seu parâmetro, mas com informações que pudessem ser mais rápidas e mais adequadas. Estou lá no interior do Pará e preciso saber que tipo de relação os indicadores que estou trabalhando na minha cidade, guardam com os meus vizinhos, ou com os municípios de igual características de renda e perfil populacional. Isso seria uma coisa bastante interessante.

Não iria muito além disso, até porque apoio à gestão depende do nível da gestão. Também depende do porte e da complexidade. Em muitas situações, bastaria isso e

um pouco mais sobre recursos humanos: o que eu posso fazer para desenvolver melhor meus recursos humanos, que acesso eu posso ter a cursos de formação à distância, que acesso eu posso ter a cursos de educação continuada, alguma coisa que eu pudesse acessar escolas e ver como é que essas escolas podem me apoiar. Isso somado aos indicadores de saúde, índice de desenvolvimento humano, indicadores sócio-econômicos e mais alguma coisa voltada para a legislação, como a lei de responsabilidade fiscal, da própria legislação do SUS, leis de licitação, parâmetros de licitação.

A gestão precisa de acesso fácil, de informações fundamentais e de possibilidade de cruzar essas informações para produzir diagnósticos e estratégias de intervenção.

Gilvânia Westin Cosenza

Membro da Equipe Técnica do CONASS - Representante do CONASS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Primeiro é importante destacar que o modelo de unidades de saúde, básicas ou de maior complexidade, implantadas simplesmente para atender a demanda espontânea vem falindo progressivamente. Então, em termos de cumprir ou aumentar ao máximo o acesso a uma atenção mais integral à saúde, e não ficar

atrás das filas, é essencial a questão de adscrição de clientela e responsabilização dentro de um território. Um território que não seja apenas uma visão geográfica, mas a visão das relações sociais que acontecem naquele espaço, vinculadas a uma equipe que esteja realmente preparada para oferecer esse nível de assistência: assistência à saúde e não a doenças específicas. Isso é fundamental, e é um salto de qualidade muito grande que, cada vez mais, deve ser perseguido.

A estratégia de saúde da família tem como pressuposto essas questões, da territorialização, da demarcação de um certo número de pessoas que vão estar sob responsabilidade de uma certa equipe e dentro desse pressuposto de que não é apenas para atender eventuais demandas, mas ter um acompanhamento mais contínuo, incorporando o que a gente acredita que seja a vigilância à saúde mesmo, que consegue promover a integralidade.

Então a proposta é uma importante estratégia no sentido da reversão desse modelo que vem se esgotando com o tempo e, na verdade não fez com que essas unidades ambulatoriais fossem efetivamente a porta de entrada para um sistema que funcionasse em rede, com referências e contra-referências.

Na medida em que o PSF se organiza, e é implantado, obedecendo ou respeitando as características locais, a possibilidade de continuidade e de inserção dessa proposta tem um potencial muito grande. É fundamental para os próprios gestores, no sentido da organização da rede que está sob sua responsabilidade, de conseguir ter equipes ligadas às unidades, e que consigam aumentar ao máximo o acesso e resolubilidade.

Assim essa discussão de que o PSF seria uma proposta para ser inserida nos locais onde não se tem a capacidade de se implantar um atendimento de qualidade não se sustenta. Não é um pacotinho básico. É a proposta de uma estratégia para ampliar e promover uma integralidade que hoje não é alcançada no modelo tradicional.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

Mesmo em que se pese a opinião dos gestores de que o incentivo que é repassado pelo Ministério não cobre a real necessidade, existe um incentivo. A existência de

incentivo é um incentivo.

A questão da pressão social é óbvia, e cada vez mais a população reclama e a imprensa está junto e vai atrás dos gestores para cobrar as filas intermináveis, as pessoas não sendo atendidas em coisas básicas, e que poderiam estar tendo acesso. E é claro que essa é uma possibilidade de oferecer uma assistência de qualidade maior, com uma organização melhor da própria rede. Mas deve-se cuidar da retaguarda para aqueles problemas que precisam de um atendimento mais especializado. Devemos enxergar a estratégia não enquanto a causadora de toda a intervenção da saúde, mas enquanto uma parte importante e fundamental.

3. Quais as principais dificuldades que os estados vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Na verdade essa assistência está, em grande parte, assumida pelos municípios habilitados em atenção básica, sendo uma responsabilidade do município fazer esse atendimento ou prestar esse serviço. Do ponto de vista do Estado é uma responsabilidade das SES acompanhar todo o processo no sentido, inclusive, de estar sempre discutindo com os municípios a melhor maneira de que organizar essa rede, com referências intermunicipais, para o desenvolvimento de atividades ou atendimentos que não são cobertos pela atenção básica pelo município habilitado na atenção básica, mesmo que seja na atenção básica ampliada, necessita, com certeza, da intervenção do Estado no sentido de estar cumprindo esse papel de coordenação, acompanhamento, supervisão – é de responsabilidade do Estado fazer a supervisão dos municípios quanto ao cumprimento dos pressupostos para implantação do PSF. O Estado tem que tomar pra si, cada vez mais, a coordenação geral e a supervisão desse processo de supervisão e acompanhamento, embora ele não seja o responsável direto, é de sua responsabilidade essa monitorização e uma avaliação constante, levando isso para as Bipartites e para as instâncias de discussão e de decisão.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a

normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

O papel das normas de implantação propostas pelo Ministério da Saúde ~e uma discussão que vale para o PSF, bem como para outras normatizações que o MS faz. Tem que se garantir diretrizes já que a responsabilidade do MS é a de formulação de uma política de saúde. Mas tem que se muito cuidado pois uma norma com muitos critérios pode engessar a proposta, na medida em que o país é grande demais e existe uma diversidade muito grande em termos das realidades. Então, tem que se discutir em termos das diretrizes gerais, garantir os fundamentos do que é a estratégia, do que é o principal, que é a questão da integralidade, da territorialização, da responsabilização, e a partir daí, dar possibilidades para os estados e municípios adaptarem de acordo com as suas realidades, que são as mais diversas.

É possível operacionalizar esses princípios com outra metodologia?

O PSF é uma estratégia interessantíssima, mas não é a única, não é isso? A discussão de outras estratégias combinadas que garantam os princípios maiores, tem que ser ouvidas pelo Ministério. É uma questão polêmica, a gente sabe. Nós aqui do CONASS e no tempo em que eu estive na assessoria da SAS, em que eu ia aos estados pra discutir a implantação da NOAS, e que ia com a gente pessoas da Atenção Básica que estavam avaliando o PSF, eu presenciei várias discussões nesse sentido: “mas aqui no meu município não dá pra funcionar desse jeito”; “até onde vão as atribuições dos agentes?”; “qual o leque real de atribuições que as equipes podem ter, ou são capazes de ter, sem fazer serviços que virem o pacote básico para quem não tem acesso aos serviços de melhor qualidade?”. Eu sei que a proposta não é essa, mas se vc coloca um número de agentes insuficiente pra um número de pessoas, ou com capacitação deficiente, ou que coloque atribuições que não são da alçada dele, está caindo a qualidade, e tem uma série de coisas nesse meio que (a norma tende a restringir).

5. Como é a inserção do PSF na estrutura das SES ?

O PSF tem tido um lugar importante nos estados, a gente vê isso, mas ainda de uma

maneira que reproduz uma estrutura com uma visão, vamos dizer, ainda viciada de verticalização de programas e acaba se mantendo como um programa e não como uma estratégia integradora. Em grande parte dos estados e municípios, é a coordenação do PSF separada da coordenação da Atenção Básica, que corre em paralelo. Elas não se conversam e a coordenadoria, superintendência, ou como se chamar, no estado e no município, de Epidemiologia e Controle de Doenças, que tem tudo a ver com uma série de ações que são desenvolvidas ou estão lá como atribuição para PSF desenvolver, não tem uma discussão em conjunto; Se a gente quer enxergar a área de atuação do PSF enquanto um território onde todas essas relações são interligadas e não enquanto programas verticais que vão ser reproduzidos, voce tem que procurar nas instâncias centrais promover essa discussão integrada. Porque senão vai se reproduzindo essa verticalização que existe no MS, com uma série de programas, o PSF está de cá, e a Epidemiologia está de lá. Isso é um complicador enorme, porque se vc pegar o município não existe uma pessoa para o programa de hanseníase, um para tuberculose, outra para dengue, leishmaniose. Voce sabe que não existe essa quantidade de pessoas, e não é assim que funciona.

Se vc tem uma estratégia que visa integralizar essas ações, fazer ações preventivas, educativas, reconhecer determinados agravos que devem ser encaminhados, isso deve ser feito de maneira conjunta.

6. Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas nos estados?

Se o Estado tem uma visão de como está a rede de assistência, entendendo assistência não apenas médica, curativa, mas como assistência à saúde daquela população, ele deve ter uma capacidade maior de identificar onde a Atenção Básica está falhando. E seu papel identificar isso. Por exemplo, muitos agravos que seriam solucionados por equipes de atenção básica, seja na estratégia de saúde da família, seja nas estratégias que se consideram mais adequadas para o local, e estão tendo uma evasão muito grande de uma região para outra, para hospitais, etc., é porque esta falhando. Então de repente pode ser um local para se investir no sentido fazer

discussões com os gestores municipais, regionais, para se verificar e estabelecer esse tipo de prioridade.

Acho que isso é importante, ter esse acompanhamento por parte do Estado. A norma não pode substituir a monitorização e a avaliação. O que a gente vê é que, como muitas vezes como não está ainda incorporada, na rotina, a realização da avaliação e da supervisão constantes por parte do estado quanto aos municípios, e também do MS em relação aos Estados, o que acontece, é se querer colocar na norma uma série de critérios o que acaba substituindo uma avaliação mais constante e uma adaptação à realidade. Acabam ficando umas normas, portarias, cheias de exigências que vc não consegue avaliar. Isso tem que ser mais dinâmico.

7. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais nos estados?

O processo de seleção é dado pelas secretarias municipais. E o gestor municipal que faz isso, faz um chamado, abre a seleção, oferece um salário diferenciado, de acordo com as regiões. Mas a rotatividade do pessoal é muito grande.

A questão da remuneração é importante, e muitas vezes é um atrativo. Mas tem outras coisas que fazem com que o profissional crie vínculo, como a possibilidade de acesso à informação, a possibilidade de ter retaguarda de exames ou de atendimentos mais especializados, mecanismos de referência e contra-referência, etc. Muitas vezes o profissional fica inseguro de ir para o PSF, mesmo que ele vá ganhar um salário melhor. Em locais mais isolados (como na região norte onde os salários bastante altos em relação ao mercado, tanto para médicos e enfermeiros), não se consegue os profissionais de nível superior, porque esses profissionais vão ter dificuldade para ter essa retaguarda, vão ter dificuldade no acesso a uma reciclagem mais constante, acesso a computador, internet. Então toda essa questão de educação continuada, medicina a distância, torna-se fundamental. Ou se investe nisso ou o profissional não fica. A vinculação do profissional não está ligada somente à questão salarial. Mesmo com salários bastante razoáveis, eles não ficam, e devem ser procurados outros motivos para essa rotatividade.

A questão do vínculo empregatício e da estabilidade pode ser uma questão. Mas o vínculo hoje, já não tem o peso que teve no passado, quando as pessoas faziam questão, de ser funcionário público estatutário com garantias até ao final da vida. Hoje não funciona mais tanto assim. Claro que é um componente que tem que ser avaliado, mas tem que ver qual o peso real disso.

8. Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes pelas SES?

Alguns Estados tem uma capacidade maior, e conseguem cumprir melhor, já assumiram mais, já entenderam mais esse papel, de gestor estadual. Em geral, o que se vê é um esvaziamento muito grande das secretarias estaduais em termos de recursos humanos formados, com o processo de municipalização, os profissionais, grande parte deles, foram distribuídos pelos municípios, então ficou uma quantidade pequena nos estados e muitas vezes não com a formação adequada e aí a capacidade dos estados em realizar essas funções que hoje são inerentes ao seu papel fica muito prejudicada, porque não tem o profissional com capacidade, em quantidade e com perfil adequado pra realizar isso. Na verdade, hoje, e esse não é um problema só do PSF, a questão da política de recursos humanos é uma questão que está pendente e tem que ser discutida e enfrentada, ela não pode ser vista enquanto uma responsabilidade só do município que não dá conta de fazer a contratação de todos os profissionais que ele precisa, na ponta, para o atendimento direto e para todas as funções que precisa, porque tem a lei de responsabilidade fiscal e uma série de coisas. O Estado sozinho, também não dá conta. E nem o nível federal.

Na medida em que os papéis foram mudando, o estado repassou pessoal para estados e municípios, no entanto, repassou uma série de pessoas em vias de aposentar, como fica a reposição desse pessoal ? A mesma coisa são os estados, o estado municipalizou uma série de pessoas, os municípios hoje reclamam que essas pessoas aposentam, como fica isso ? Tem que haver uma política que seja dividida, co-responsavelmente, pelas três instâncias gestoras, não dá pra dizer: “olha, vc que atende no município contrata, vc precisa de supervisão, vc precisa disso ou daquilo, é sua responsabilidade; o nível federal, eu preciso de um estado mais enxuto, eu

tenho uma meia dúzia de pessoas aqui que vão fazer as normatizações e vão aos estados e vão chamar os estados aqui de vez em quando”. Não é assim que funciona, é um estrangulamento grande, não tenho dúvida disso, e passa, necessariamente, por uma discussão dessa política de recursos humanos, de contratação e de manutenção, em termos de políticas de desenvolvimento.

9. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no município/estado/país?

Avaliação

Os instrumentos, os diversos pactos que vc tem que integrar, não é possível esse tanto de pactos, cada um feito num momento, superpondo metas, superpondo indicadores, mas é importante e a gente deve caminhar nesse sentido de fazer a avaliação de processo e, principalmente de resultados, começar a avaliar mais resultados, mas pra isso vc tem que ter acompanhamento, não adianta o instrumento, alguma coisa que vc pactuou hoje e daqui há um ano vc vai ver de novo, e aí dizer: cumpriu ou não cumpriu. Até porque o gestor estadual e o gestor federal, eles tem que estar sempre balizando uma sensibilidade das realidades, se ele não acompanhar não vai desenvolver essa capacidade de julgar, inclusive, fazer algum tipo de julgamento de se aquele município está desenvolvendo bem, ou mal, ou mais ou menos, ou onde pode melhorar, ou onde estão os nós críticos.

10. Como o município/estado/MS utiliza os Bancos de Dados Nacionais para acompanhamento/avaliação do PSF?

Utilização de bancos de dados

Tem melhorado demais, muito menos. O nível de implantação dos sistemas é diferenciado, a gente sabe disso, dentro de um estado mesmo, tem locais em que os municípios assumem plenamente e acompanha a qualidade daqueles dados que ele dá entrada, outros nem tanto. Mas na medida em que o gestor trabalhar mais esses dados, contidos nesses sistemas, o feedback é muito positivo, porque vc tem

capacidade de identificar as distorções maiores e ir lá na ponta ver onde é, pra ver se é um problema informação ou se é um problema da captação do dado, identificar onde está o nó da questão.

A utilização, a manutenção e o aprimoramento, e a utilização desses dados desses sistemas é fundamental. Os Estados estão cada vez mais mobilizados nesse sentido.

11. Na sua opinião o PSF tem contribuído para a mudança o modelo de atenção a saúde do país? Porque?

Contribuição do PSF na mudança do modelo

É uma estratégia que contribui muito para a discussão da necessidade dessa mudança do modelo, não acredito, não avalio pelas discussões que a gente está, pelo contato com os gestores, que, efetivamente esteja havendo já uma inversão do modelo, acho que a gente não chegou nesse ponto ainda, mas acho que é uma estratégia fundamental pra induzir, como indutora dessa discussão de colocação na pauta da gestão dessa questão. Porque se não é essa estratégia, desse jeito, como é que ela pode ser adaptada, então? Quais outras? Ela promove uma indução pra essa discussão pra mudança do modelo, que isso sim é fundamental.

12. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

Controle Social

Ele tem potencial pra isso, mas na minha visão do que é essa estratégia, ele deveria ser o canalizador pra essa mobilização. Em alguns lugares isso já acontece, em outros não tanto, mas certamente tem potencial, é uma estratégia que tem potencial pra canalizar na medida em que vc coloca as equipes daquela sociedade, daquela comunidade, daquela população.

13.As equipes foram ou estão sendo capacitadas?

Capacitação das equipes

Está avançando, esta questão da descentralização dos Pólos de Capacitação... eu acho que tudo já avança, agora a preocupação é de que realmente não fosse apenas pólos de capacitação, mas que aconteça uma descentralização efetiva no sentido de poder agilizar essa capacitação contínua dessas equipes, isso é fundamental, porque proliferar uma série de equipes que não tenha uma capacidade real de resposta e de entendimento de que a que veio e pra que veio, não vai alcançar o objetivo maior de estar fomentando essa mudança no eixo estratégico de organização dos modelos.

14.Qual o papel das universidades nesse processo?

Papel das universidades

Não tenho informação suficiente pra avaliar qual é o peso, mas eu acho que poderia ter um peso muito maior, no sentido seguinte, fazer uma discussão mais aprofundada dos próprios curriculuns, porque tudo bem, os cursos de pós-graduação, os cursos de especialização são importantes, mas a universidade promove a formação na graduação, e até quanto esses curriculuns estão sendo adaptados ou estão sendo feitos na discussão ou essa coisa está na falta mesmo para que esses curriculuns se adaptem à realidade.

15.O que você acha que poderia facilitar o processo de capacitação /educação continuada das equipes?

O que poderia facilitar o processo de capacitação e educação continuada?

A descentralização, a educação à distância, acesso a esses meios de telecomunicação.

16.Os recursos federais/estaduais e municipais são suficientes para

implantação e manutenção do programa?

Recursos Federais

Existe uma reclamação grande dos gestores de que o recurso é insuficiente. Os Estados, por sua vez, nem todos investem da forma como deveriam investir. Existe uma questão que é do próprio orçamento, que ainda vai ser adaptado ao longo dos anos, de acordo com a EC 29 e existe uma série de questões relacionadas ao investimento do estado que ainda tem que ser corrigida em uma série de distorções. Agora, a questão a ser vista com mais cuidado, porque os recursos humanos consomem muito desse dinheiro e a política de recursos humanos volta a ter um peso muito grande.

17. Você acha que valeu a pena a implantação? Porque?

Resultados

Existem locais em que a experiência é vitoriosa, a gente vê resultados, municípios que atestam, pelo aumento da sua capacidade resolutiva e de toda essa coisa desse contato com a população, e em outras não. Acho que aí vc precisa ser visto a maneira como foi implantado, todas essas coisas, mas, sem dúvida alguma, as diretrizes, a filosofia da estratégia da saúde da família é indutora de uma mudança importante.

18. A informação disponível sobre PSF tem sido suficiente para orientar as decisões do gestor?

Informação

Existem entendimentos diferenciados, a que ele vem e qual o papel que ele cumpre. Eu não acredito que os gestores, enquanto um todo, sejam eles estaduais ou municipais, entendam a estratégia da maneira como eu estou colocando aqui que é como eu entendo e que eu não sei se é exatamente como vc entende também.

Não se trata apenas da disponibilidade da informação, mas de uma discussão e de um entendimento de modelos de gestão, que eu acho que é uma coisa que tem que

ser mais bem vista.

19. Que tipo de informação é mais utilizado para implantar e desenvolver a estratégia de saúde da família?

Hoje, se vc chega num município ou num estado, o que vc vai propor, como vc vai entender uma rede de atenção à saúde, vc vai concordar, ou discordar, e propor modificações, se vc não tiver uma visão mais ampla, vai continuar tendo uma visão assim: “esse programa me dá tanto de dinheiro, então a esse eu vou fazer adesão... esse me dá mais esse tanto, então eu faço adesão... esse é pouco dinheiro, então eu não vou fazer”.

Então eu acho que possibilitar a discussão e a visão dessa formação de redes de atenção à saúde, de forma integral, pra aumentar acesso, aumentar equidade, de maneira universal, ou seja, traduzir, na prática, quais são os princípios da lei 8080, a lei orgânica da saúde, como esses princípios se traduzem numa estratégia de atenção básica, numa estratégia de formação de redes hierarquizadas, como traduzir esses princípios para essa prática, eu acho que existe uma série de textos, publicações que trabalham nessa linha, isso é importante disponibilizar e promover essa discussão, o próprio Ministério, os gestores estaduais.

Heloiza Machado de Souza

*Diretora do Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Políticas de Saúde
Ministério da Saúde*

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetria

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

O PSF conseguiu, em pouco tempo, romper com a rotulagem de "programa paralelo" e tornar-se uma estratégia estruturante no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com apenas oito anos de implantação, atingiu a cobertura de mais de 50 milhões de pessoas, o que é significativo quando comparamos com a população total de países como Argentina, Espanha ou Itália. Representa, sem dúvida, a busca de equidade no interior do sistema de saúde. No entanto, num país continental como o nosso, esta cobertura representa menos de 30% da população, o que ainda é insuficiente para alterar o modelo vigente. Diante disso, o PSF ainda requer ritmo de expansão compatível ao desafio de garantir ampla cobertura à população usuária do SUS, em especial às populações que estão submetidas à maior vulnerabilidade social nas grandes cidades. Todavia, mais que uma ampliação de cobertura, o PSF precisa traduzir-se em oportunidade de conferir qualidade na atenção básica ofertada à população como condição para sua sustentabilidade. Para isso, é necessário um adequado processo de implantação, de forma que possibilite a real substituição das práticas tradicionais dos serviços de atenção básica e contribua para melhorar efetivamente os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Isso exige que a expansão do programa mantenha a coerência com os seus princípios e diretrizes essenciais e seja acompanhada de adequada incorporação tecnológica.

É preciso considerar que a proposta de implantação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde é a grande oportunidade de conferir resolutividade na atenção básica e integralidade na assistência, condições essas também indispensáveis para a consolidação do PSF.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

Eu visualizo diferentes blocos de adesão. Existe um grupo de municípios que implanta o PSF porque tem a decisão política de organização do sistema local de saúde, e que compreende a organização da atenção básica como condição

necessária para isto. O PSF se incorpora nesses casos como uma estratégia importante para provocar alterações na forma de organização dos serviços, recuperando os vínculos entre os profissionais e população assistida. Nestes casos entendo que a decisão é pautada pelo compromisso de melhorar a atenção ofertada à população, sem que se deixe, no entanto, de considerar os aspectos de satisfação da população como ganho político e também de racionalização e otimização dos recursos técnicos e financeiros.

Há um segundo grupo cuja adesão é decorrente apenas dos efeitos indutores, sejam financeiros ou mesmo de marketing. Com o tempo observam-se diferentes conduções do processo. Parte dos municípios passa a compreender a proposta e a investir enquanto estratégia de substituição da rede tradicional; outros, equivocadamente, mantém uma condução de programa isolado e paralelo ao sistema local, com baixíssimo impacto na organização dos serviços; outros, ainda tem o PSF apenas como “fachada”, ou seja, como forma de captação de recursos, sem nenhuma adesão aos seus princípios e diretrizes.

Algo que percebemos neste período à frente da coordenação do PSF é que, o comportamento equivocado de alguns municípios em relação à implantação e funcionamento do PSF, em maioria absoluta não ocorre por ausência de compromisso dos gestores e sim por carência de informação e assessoria técnica.

3. Quais as principais dificuldades que os municípios, estados e o Ministério vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Neste momento destacaria as dificuldades inerentes ao processo de conversão do modelo assistencial: implantar uma nova forma de organização de serviços em áreas previamente desprovidas é muito mais fácil do que substituir práticas cristalizadas, que requerem a definição de estratégias de incorporação e readequação dos profissionais existentes, de definição de novos fluxos e responsabilidades, de reorientação de gastos e investimentos, de inserção de profissionais que já estão atuando na rede tradicional. São situações de muito conflito e que exigem dos

gestores ampla capacidade de negociação.

Outra dificuldade, que se mantém ao longo dos anos, é ainda inerente à área de recursos humanos. A disponibilidade de profissionais com perfil adequado para o trabalho proposto, distribuídos regionalmente de forma eqüitativa, continua se apresentando para os gestores como uma das maiores dificuldades para a expansão ou consolidação do PSF. A precarização das contratações (que não é privilégio do PSF no âmbito do SUS) também dificulta a adesão e fixação dos profissionais.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

A definição de normas básicas que expressavam um conjunto de princípios e diretrizes (como a vinculação dos profissionais com a população, a responsabilização dos serviços pelo território e a abordagem multiprofissional) contribuiu para buscar um entendimento comum em todo território nacional, independentemente das adaptações que as distintas realidades exigem no momento da operacionalização da estratégia.

A dificuldade gerada pela normatização, na minha opinião, é mais pelo preconceito do que pelo conteúdo. Todo programa, toda estratégia que possui abrangência de implantação e financiamento nacional, precisa de regras para o seu funcionamento. As normas do PSF expressam princípios que foram amplamente debatidos e pactuados com as instâncias representativas dos gestores estaduais e municipais. Podem não expressar o desejo de todos, mas representou a decisão da maioria. Isso não quer dizer que sejam definitivas. Normas e critérios representam o recorte de um momento, das possibilidades técnicas, financeiras e políticas de um determinado contexto. Toda intervenção, quando implantada, exige readequações que freqüentemente requerem alterações no processo normativo. Entendo isso como processo de aperfeiçoamento, desde que não corrompa princípios fundamentais.

5. Como é a inserção do PSF na estrutura do MS?

É preciso entender a trajetória do PSF. Seu antecedente, o PACS, nasceu com características de verticalização. As estruturas estaduais reproduziram esta estrutura: muitas coordenações estaduais do PACS eram subordinadas diretamente ao gabinete do secretário e a maioria delas não se articulava com as áreas de planejamento ou de organização da assistência. Também é preciso entender que esta não era uma característica única do PACS. Naquele momento (início da década de 90) o processo de organização das Secretarias Estaduais era muito incipiente.

O PSF foi criado no Ministério da Saúde, em 1994, em um ambiente de marginalidade, sem adequada vinculação institucional e sem definição de estratégias consistentes de fortalecimento da atenção básica.

Ao longo dos últimos anos houve uma mudança importante neste quadro, que se expressa em avanços técnicos e de financiamento. Acredito que, ainda sem ter atingido as condições ideais, o PSF não pode mais ser visto como um programa na visão tradicional dos programas verticalizados, e sim enquanto estratégia estruturante dos serviços de saúde.

A inserção da atenção básica e do PSF nas estruturas organizacionais das secretarias estaduais é ainda bastante variável, mas a tendência que temos observado é de uma indução para sua inserção de forma sistêmica e articulada com os demais níveis de complexidade da atenção.

6. Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas no país?

Inicialmente as áreas consideradas de maior risco social foram priorizadas do ponto de vista da indução técnica e política. No entanto, não houve incentivo financeiro para apoiar a implantação em municípios inseridos em projetos prioritários do governo federal (comunidade solidária, projeto de redução da mortalidade infantil, áreas de assentamento rural, etc).

Nos últimos anos têm-se buscado alternativas para incentivar a implantação do PSF

nos grandes municípios. Neste contexto foi elaborado o PROESF, acordo de empréstimo internacional cujo componente principal está voltado à expansão do PSF em municípios com mais de 100 mil habitantes.

7. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais no país?

Esta é uma atribuição dos municípios e, portanto, existe diversidade de estratégias adotadas. As questões relativas à modalidade de contratação dos profissionais, especialmente dos agentes comunitários de saúde, continua pautada como dificuldade a ser enfrentada pelos gestores.

8. Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes pela Ministério da Saúde?

A supervisão das equipes é responsabilidade do gestor municipal, dentro de uma dinâmica própria adotada em âmbito local. Esta é uma questão que, na minha opinião, está relacionado a um desenho de acompanhamento e avaliação e que ainda é insuficientemente desenvolvida tanto no nível municipal, como no estadual e nacional.

Compreendo que o trabalho de supervisão deva estar voltado para o suporte das equipes, para que os profissionais sintam-se mais seguros e respaldados no seu cotidiano. Portanto, a supervisão não pode se limitar aos aspectos normativos, precisando necessariamente abranger elementos do processo de trabalho.

9. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no país?

O Sistema de Informação da Atenção Básica e o Pacto da Atenção Básica são instrumentos formais que permitem o acompanhamento de processos e resultados nas áreas de atuação do PSF e de forma mais ampla, da atenção básica. São, portanto, instrumentos que devem compor estratégias de monitoramento e avaliação

permanentes.

A institucionalização da avaliação nos serviços de saúde ainda é um grande desafio para todos os níveis de gestão do SUS, e no caso do PSF é imprescindível o aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação, com o objetivo de identificar as fortalezas e deficiências do processo de implantação. A criação, no ano de 2000, da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação no âmbito do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, visava criar condições para se avançar nesta área.

A não disponibilidade de metodologia e instrumentos de avaliação permanente e a ausência de um processo regular e homogêneo de acompanhamento dos municípios pelas equipes estaduais, induziu o Departamento de Atenção Básica à realização, em 2001, do “Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família” em âmbito nacional. Semelhante a um processo desenvolvido em 1999, quando foi realizada a avaliação da implantação e funcionamento das equipes do PSF, esta investigação encontra-se inserida no processo de avaliação normativa do programa. Visou à análise de componentes de estrutura e de processo na implantação das equipes de saúde da família, bem como a identificação de fatores que possam exercer influência na implantação do Programa e, conseqüentemente, no alcance de seus objetivos e resultados.

Esta investigação foi realizada de junho de 2001 a agosto de 2002 com a parceria das Secretarias Estaduais de Saúde e, tendo como alvo 100% das equipes implantadas, proporcionou informações relativas a um total de 13.973 equipes. Os resultados verificados possibilitaram uma ação articulada entre os gestores federal, estaduais e municipais na busca de alternativas de enfrentamento às distorções e problemas identificados.

10. Como o Ministério utiliza os Bancos de Dados Nacionais para acompanhamento/avaliação do PSF?

Progressivamente está havendo uma ampliação da compreensão de que as informações geradas pelos bancos de dados devem ser utilizadas como ferramenta

para a gestão em todos os níveis de complexidade do sistema.

A utilização de informações geradas pelos bancos de dados para habilitação dos municípios na condição de gestor pleno da atenção básica ampliada, segundo a NOAS 01/2002, vem demonstrando que ainda permanecem inconsistências importantes nos sistemas e que a superação destes problemas é condição para o uso efetivo da informação.

11. Na sua opinião o PSF tem contribuído para a mudança o modelo de atenção a saúde do país? Porque?

Com certeza afirmo que o PSF, mesmo com as limitações inerentes ao curto período de sua implantação no Brasil e ao cenário inicialmente desfavorável, tem possibilitado alterações importantes no modelo de atenção básica. A sua influência nos demais níveis de complexidade pode ser observada no aspecto de otimização dos recursos e de racionalização na utilização dos níveis de maior complexidade. Considero, portanto, que o PSF é indutor, mas não suficiente para provocar mudanças no modelo de forma geral, o que exige transformações mais amplas na forma de organização e gestão dos serviços e sistemas de saúde.

12. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

Não diria mudança, mas ampliação das oportunidades de participação da população em todas as fases de reorganização do processo de trabalho. Isso eleva o nível de informação e, conseqüentemente possibilita condições para que ocorra realmente o controle social.

Um aspecto relevante no trabalho das equipes é que, seguindo o princípio da responsabilidade territorial, a realização do cadastramento de todas as famílias e o levantamento de informações complementares possibilita a elaboração de um “retrato” em tempo real das áreas que estão sob sua responsabilidade. Isso é importante porque as equipes não identificam somente os problemas que devem pautar a agenda de suas prioridades no trabalho, mas também as fortalezas e potencialidades de cada localidade. Isso é fundamental para elevar o capital social

dessas comunidades.

13. As equipes foram ou estão sendo capacitadas?

A capacitação das ESF, como de todos os profissionais de saúde, deve ter caráter permanente. O que vem ocorrendo é uma insuficiência da capacidade de oferta e dos recursos disponíveis frente ao ritmo de expansão do PSF e frente ao perfil dos profissionais de saúde que estão no mercado ou que estão sendo formados pelas nossas universidades, que ainda não apresentam o perfil necessário para a estratégia do PSF.

14. Qual o papel das universidades nesse processo?

A existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo sempre foi uma das condições mais importantes para a consolidação do PSF. Estes profissionais ainda não estão disponíveis em quantidade suficiente no mercado de trabalho, porque foram formados e preparados para atuar no modelo tradicional, centrado em ambientes hospitalares, na abordagem individual e amparados por uma tecnologia sofisticada e muitas vezes utilizada de forma acrítica. Este modelo, além de provocar efeitos insuficientes para o enfrentamento dos problemas de saúde da população, apresenta incorporação de gastos de forma irracional e gera insatisfação, não somente para a população, mas também para os gestores e os próprios profissionais de saúde.

Neste sentido, as transformações da atenção básica exigem um novo perfil profissional, cuja construção somente se torna possível com a parceria das instituições de ensino superior.

Quando se iniciou a implantação do PSF no Brasil não havia uma estratégia definida para capacitação dos profissionais e muito menos de articulação com as universidades. Aliás, muitos não acreditavam que as universidades aceitariam este desafio. Em 1996 tomamos a iniciativa no Ministério da Saúde de lançar, através de recursos do REFORSUS, uma convocatória para implantação dos “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF”, com o objetivo de atender a demanda de capacitação das equipes e, paralelamente, induzir mudanças no processo de formação dos profissionais.

Hoje são mais de cem instituições participantes dos Pólos, que estão instalados em todos os Estados, com atividades de educação permanente, de cursos introdutórios, de estágios curriculares, de cursos de especialização e residências em saúde da família. O desenvolvimento desses Pólos também é muito heterogêneo e requer aperfeiçoamento, mas já demonstrou que as instituições de ensino superior não se ausentaram da tarefa de dividir com o serviço a responsabilidade de capacitação de seus profissionais. Espero que, potencializados por outras iniciativas como é o caso do PROMED, os Pólos possam avançar para o alcance de um dos seus objetivos mais importantes, que é o de induzir mudanças na formação dos nossos profissionais.

15. O que você acha que poderia facilitar o processo de capacitação /educação continuada das equipes?

Entendo que hoje o desafio está, não somente na ampliação e agilização da oferta das capacitações, mas também de maior adequação às reais necessidades dos profissionais.

Ampliar a oferta requer a incorporação de novos parceiros e a facilitação no acesso dos profissionais, o que exige a adoção de estratégias de descentralização das capacitações e a incorporação de tecnologias e metodologias de educação à distância.

A adequação às necessidades inclui o compromisso com a resolubilidade, exigindo uma certa direcionalidade das capacitações para provocar efeitos positivos nos indicadores de saúde.

16. Os recursos federais/estaduais e municipais são suficientes para implantação e manutenção do programa?

Os estudos realizados são insuficientes para apontar o gasto real com a implantação e manutenção do programa. Baseado no acompanhamento e nas discussões com os estados e municípios, a afirmação é de que os recursos realmente são

insuficientes.

Considero necessário que os incentivos federais sejam aumentados e que a lógica de transferência seja revista, no sentido de valorizar os esforços de cobertura dos grandes municípios. Existe uma tendência favorável de maior participação dos estados no financiamento do PSF, havendo diversas experiências de implantação de incentivos estaduais. Parte dessas experiências tem beneficiado os municípios pequenos e distantes, como estratégia de interiorização e fixação dos profissionais. Entendo que esta pode ser uma boa composição: o Ministério da Saúde define estratégias de apoio aos grandes municípios através da operacionalização do PROESF e de outras medidas complementares e os estados privilegiam os pequenos municípios na definição de seus incentivos.

17. Você acha que valeu a pena a implantação? Porque?

Tenho plena convicção de que valeu a pena porque onde o PSF está implantado de forma adequada os indicadores estão melhorando, os serviços estão se organizando e as pessoas estão sendo atendidas com dignidade, com respeito e com afeto.

18. A informação disponível sobre PSF tem sido suficiente para orientar as decisões do gestor?

Não. Existe muito trabalho sendo executado e muita discussão acumulada, mas a sistematização e a disponibilização das informações é ainda insuficiente.

19. Que tipo de informação é mais utilizado para implantar e desenvolver a estratégia de saúde da família?

Existe uma demanda de informação conceitual e teórica para subsidiar processos de formulação e mesmo de convencimento a respeito da importância de fortalecimento da atenção básica e de estratégias estruturantes, como o PSF. Neste sentido acabamos de publicar, em parceria com a UNESCO, o livro “Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”, de autoria da Dra

Bárbara Starfield.

Os gestores e equipes técnicas locais buscam também informações que subsidiem a operacionalização da implantação e, neste sentido, a disponibilidade de material é muito insuficiente. Penso que, assim como em outros níveis de complexidade do sistema, a atenção básica e o PSF requerem, cada vez mais, a disponibilização de instrumentos de programação e de acompanhamento e avaliação das ações, bem como de protocolos que orientem a organização das unidades básicas e o processo de trabalho das suas equipes.

20. Que tipo de informação gostaria de encontrar em uma Biblioteca de apoio à gestão em saúde?

Uma seleção de produção científica em saúde da família poderia ser muito útil, na medida em que, nos últimos anos muitos estudos, teses, dissertações e muitos artigos tem sido realizados e publicados nesta área.

Outra linha poderia ser de análise e suporte para determinadas iniciativas, a exemplo da utilização de protocolos na atenção básica, de metodologias de acreditação ou qualificação ou ainda de incorporação de tecnologias adequadas.

João José Cândido da Silva

Secretário de Estado de Saúde de Santa Catarina - Representante do CONASS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Esse é um programa vitorioso. A grande carga, hoje, está por conta do Ministério e do Município, o que é uma fragilidade do Programa. A exemplo de outros programas, o Estado deveria estar participando da sustentabilidade, desse programa. Como nós fizemos com a Farmácia Básica, o estado participa, o governo federal participa com 1 real, o estado com 0,50 e o município com 0,50 para dar a farmácia básica, a mesma coisa, deveria ter uma obrigatoriedade legal do estado participar, mas dentro de uma regra nacional, igual ao que o ministério coloca para os municípios, o estado participando.

Quando o PSF iniciou-se os valores estavam compatíveis. Os valores deveriam ter acompanhado os valores federais, acompanhado os reajustes, especialmente a situação do mercado existente.

Mais, é muito difícil fixar o médico no interior, no norte do país, no nordeste do país, onde, já dizia Carlos Gentile de Mello, grande pensador da reforma sanitária brasileira: médico vai onde tem agência bancária.

E, o programa de interiorização do médico, deveria estar acoplado ao Programa Saúde da Família, para aqueles municípios, monitorados pelo governo federal e pelo estado, aqueles mais do interior. Fazer uma suplementação muito maior, para se interiorizar realmente os profissionais, e os salários serem diferenciados em relação, por exemplo, ao estado de Santa Catarina.

Hoje se consegue um médico no estado de Santa Catarina, num valor de 3.200 a 3.600, por 8 horas, mas não se consegue colocar esse mesmo médico no interior, no norte do país, no nordeste do país, por 3.600 reais. Temos que oferecer, talvez, um salário de 4.500 reais e mais a residência, para ele ficar lá. Isso poderia ser uma coordenação entre os programas de interiorização do médico, do Saúde da Família, recursos do estado, do município e do governo federal. Essa é uma das fragilidades do Programa.

A segunda fragilidade é a questão legal de contratação, frente a lei de responsabilidade fiscal. Os municípios, muitas vezes, se debatiam – e os tribunais de conta não entendiam isso – o agente comunitário de saúde podendo ser contratado sem concurso público, dentro da comunidade, por uma OSCIP; e um

médico, um enfermeiro, um técnico da equipe do PSF, esses precisando ser contratados pela prefeitura; porque OSCIP é uma coisa muito perigosa. Contratar esses profissionais por uma OSCIP sem que o município tenha elasticidade frente à lei de responsabilidade fiscal.

Como é um programa estratégico nacional, a lei poderia ter um “destaque”, especificamente quanto a saúde e educação. Na saúde, dizendo explicitamente para que: para médico da saúde da família. E o Ministério teria o poder de penalizar os municípios que estivessem utilizando desse artifício para romper com a lei de responsabilidade fiscal. Então, a lei só seria elástica em relação a esse aspecto.

Acho que essas são as duas fragilidades: o financiamento tem que ser revisto e tem que haver a participação do estado, dentro daquilo que é a Emenda Constitucional 29. O Ministério também tem que aumentar os valores. Nós temos que prever o décimo terceiro dentro desses pagamentos, tanto dos agentes como das equipes de saúde da família, porque, os municípios estão tendo uma sobrecarga de despesas. Se nós formos colocar o médico a 3.500 ou 3.200, uma enfermeira a 1.600, já superou o valor que o Ministério passa, o restante é por conta do município. O técnico de enfermagem que ainda é por conta do município. Poucos são os estados que estão participando do financiamento do PSF. No nosso estado, só em 57 municípios. É uma lei de inclusão social, que nós temos aqui, que 57 municípios, a partir do ano que vem, obrigatoriamente, receberão 2.500 por equipe de saúde da família, para esses municípios com baixo IDS – índice de desenvolvimento social. Já colocamos isso no orçamento

É uma lei, aprovada na Assembleia Legislativa: o estado é obrigado a dar o dinheiro para esses municípios; medicação de graça e complementar o Programa Saúde da Família, com 2.500 reais por equipe.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

O Estado de Santa Catarina está com 59% de cobertura, superior ao Brasil, e superior ao Rio Grande do Sul e ao Paraná.

Foi uma atuação bipartite: postura do secretário, escutado por um governador e a

postura das equipes municipais e do prefeito.

No início do nosso mandato, sofri muitas agressões, pedidos ao governador para que me retirasse do cargo; porque o prefeito vinha aqui, em audiência até acompanhado de deputado, pedir uma ambulância, pedir um posto; eu ouvia, delicadamente, e dizia: “prefeito, quantas crianças estão nascendo em seu município?; quantas mães estão tendo cobertura de pré-natal?; qual é a cobertura de vacinação?; qual a taxa de mortalidade infantil?; qual a taxa de mortalidade materna?; quantas crianças estão em perigo no estado nutricional – estão passando fome no seu município?” e eles só diziam: “não sei, não sei”, então eu dizia: “vc me traz isso que a gente vai discutir.”

Isso fez com que criasse entre os prefeitos, os 293: “não levem ao secretário pedido de ambulância, ele não tem. Ele tem um dinheiro negociado com o Ministério, um teto de 120 milhões, para implantar o Programa Saúde da Família.” E os prefeitos, pressionados, avançaram. As eleições para prefeitos do ano 2.000 foram fundamentais para o SUS brasileiro, e para o nosso estado, de Santa Catarina. Porque todos os prefeitos fizeram pesquisa de opinião, e o que a sua comunidade mais requeria? Em primeiro lugar deu saúde. O estado de Santa Catarina não estava com problema na segurança, deu saúde, aqui. Então, se foi saúde, os prefeitos foram eleitos para resolver o problema da saúde, e o único caminho que estava apontado para isso, era eles se organizarem nesse sentido. De obter o recurso do Ministério, já existente e à disposição. Eles só recebiam o PAB fixo, e foi quando começamos a explicar para cada prefeito o que eram os recursos do PSF. Nós tivemos reunião com todos os prefeitos eleitos, com todos os secretários municipais, e dizíamos o seguinte:

“O último secretário que vocês escolheram foi o de saúde. Vocês negociaram esse secretário com outras forças; Vocês preservaram para escolha pessoal a Fazenda, Transportes, Chefia do Gabinete, etc e tal, mas deixaram Saúde para negociar com a Câmara de Vereadores. A Saúde não é mais lugar de aventureiro. Vocês vão perder dinheiro, e demonstrava claramente isso. E mais, vcs estão traindo o povo que os elegeu, porque fizeram pesquisas que apontavam a saúde como prioridade número um. E esse foi o último secretário a ser escolhido e vocês não pensaram na

habilitação dessa pessoa para ser secretário”.

Fizemos um livrinho, com um consolidado da legislação do SUS, todas as normas do SUS, até a NOAS, e uma cartilha do Sistema Único de Saúde, que já está na segunda edição. Refizemos a de 99/2000, dizendo o que o prefeito e o secretário pode ou não pode fazer com dinheiro do PAB, o que é PAB, da forma mais simples possível, explicando o SUS para eles. O que é o Programa Saúde da Família, como se compõem, todos os recursos que eles podem buscar na Secretaria de Estado da Saúde e no Ministério da Saúde. Treinamos, várias vezes, todos os secretários municipais de saúde, por isso tivemos que revitalizar o nosso CETRHUS, nosso Centro de Treinamento. Foram construídos apartamentos para acomodar 40 pessoas, num lugar que não pega o telefone celular, e os secretários municipais ficavam internados três dias para aprender SUS, e os prefeitos assumiram o compromisso comigo e cada vez que eles exoneravam secretários, e nomeavam um novo, eles ficariam três dias para aprender o que é o SUS.

3. Quais as principais dificuldades que os estados vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Então, o que levou a implantação ? Primeiro: eles foram eleitos para resolver os problemas de saúde, pressionados pela base. Aqui, nesse estado foi isso; segundo: a postura do gestor estadual, tanto do próprio governador, que recebeu muitas queixas contra mim, e a postura do secretário que não quis ser simpático. Fez uma gestão em função de resolver o sistema básico de saúde, fazer mudança de modelo assistencial.

Muitas vezes eu fui motivo de riso, quando dizia que o diretor do posto tem que ir para cima do telhado do posto. O diretor que ficasse no chão não valia nada, tinha que estar no telhado e olhar ao redor. Onde estão meus diabéticos, onde estão meus hipertensos, onde estão meus idosos, onde estão minhas crianças, onde estão minhas mães que estão parindo, etc. Se ele não conhecesse a sua clientela adscrita, ele não é um bom gestor do posto de saúde. O mecanismo para chegar à casa e fazer com que a casa, a residência, o domicílio seja o santuário da saúde só

pode funcionar através do PSF, do ACS. Esse foi o ponto fundamental.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

Ajudaram. Eu acho que ainda há carência de normas. O Ministério da Saúde é rápido em muitas coisas, mas foi muito lento quanto à normatização. Aquela lei dos ACS que já foi aprovada no Congresso, ainda falta normatizar a lei. Isso já devia ter sido feito em 99/2000. Faltam normas. A norma do Ministério tem força. O Ministério ainda não se convenceu que uma portaria do Ministro muda o relacionamento de todo o setor. Nós, secretários estaduais, reclamamos muito da quantidade de portarias que são produzidas por diversos setores. Claro que a nossa reclamação é porque os setores, dentro do Ministério, às vezes não se falam e, então, está saindo uma portaria de um lado que poderia ser uma só para todos os setores juntos. Quero dizer que o Ministério tem muita credibilidade. Uma portaria do Ministério é respeitada.

5. Como é a inserção do PSF na estrutura da SES?

Para isso é preciso saber a estrutura de poder da Secretaria: é constituída pelo Gabinete com o Secretário e o Secretário Adjunto de Santa Catarina. São quatro figuras abaixo desses dois Secretários que comandam a Secretaria: são os Coordenadores Estaduais – Coordenador de Administração e Finanças; Coordenador de Administração Hospitalar e Ambulatorial; Coordenador de Saúde Pública – questões do LACEN, Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental – e uma Coordenadoria Estadual de Ações Regionais. O PSF é uma gerência prioritária da Coordenação Estadual de Ações Regionais, pois esse é o principal programa dessa Coordenação. Esse coordenador comanda as 18 Regionais de Saúde e por isso foi introduzido, como prioridade nessas regionais, a montagem da estrutura do PSF e do ACS.

6. Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas no estado?

Nós usamos muito, municípios e regiões onde há alta internação hospitalar. Quando assumimos a SES, em Janeiro de 1999, o estado internava 8,5% da população, nos municípios de Gestão Básica, e 9% da população nos municípios em Gestão Plena. Ora, o Ministério dizia que o estado era campeão de internação hospitalar, e a pressão era para continuar assim. Nós localizamos onde havia maiores índices de internações hospitalares e coincidentemente eram regiões onde a taxa de mortalidade infantil era mais alta, e regiões onde a taxa de mortalidade materna era mais alta. Nesse instante, o único mecanismo que tínhamos era mudar o modelo assistencial que era hospitalocêntrico – e eu até faço uma caricatura: “ainda hei de viver o dia em que quando o prefeito comprar uma ambulância ela será apedrejada em praça pública”. Porque foi colocado na cabeça da população que se o prefeito comprou uma ambulância e fez uma reforminha no hospital comunitário “graças à Deus, posso cair morto porque a ambulância me leva até o hospital, lá eu tenho cama, comida, roupa lavada, médico me olhando, remédio e exame de graça”, mais, “rico não se interna, porque rico tem consultório particular, tem exames quando o médico pede e tem dinheiro para comprar remédio. Pobre é que se interna porque não tem consultório porque não tem médico nos ambulatórios, nem remédio nem exame”.

Então, o PSF veio nesse sentido, de incluir as pessoas no sistema de saúde. Claro, que criou um problema que nós vamos falar mais adiante, porque forçou a média complexidade.

Esses foram os critérios utilizados: alta internação hospitalar, taxa de mortalidade infantil alta e taxa de mortalidade materna alta.

7. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais no estado?

O ACS, os municípios estão seguindo a orientação do Ministério em recrutar gente da comunidade. Para os médicos do PSF, em municípios maiores, estão sendo

feitos concursos, e realocação do quadro da prefeitura. Em municípios menores estão sendo feitos contratos temporários, celetista, de trabalho emergencial, que o Tribunal de Contas está aceitando, até que se faça concurso. Também para o enfermeiro e para o técnico de enfermagem.

8. Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes pela SES?

A SES tem uma ação de supervisão, tanto que o estado de SC, no monitoramento do MS, não foi um dos piores estados. Isso é resultado da ação da Gerência de Ações Básicas que ao lado dela tem uma Gerência de Controle e Avaliação das Ações Básicas de Saúde, separado do Controle e Avaliação das Ações de Média e Alta Complexidade.

Também publicamos no Diário Oficial, dentro da LDO do estado, que daqui para frente, premiaremos municípios que cumprirem 4 critérios: 100% de cobertura populacional com PSF; 100% dos partos humanizados (partos inseridos no Programa municipal); 100% de cobertura vacinal (Programas de Vacinação e rotina) e Queda na Internação Hospitalar com devolução de AIH. Esse ano fizemos uma premiação a 90 municípios.

De 293, apenas 90 conseguiram, e estes receberam um veículo que a Secretaria comprou, com dinheiro da fonte 00 (tesouro estadual), para transporte do pessoal do PSF. Não houve distinção partidária e os critérios estão no Diário Oficial. A Comissão Julgadora tem participação do Conselho Estadual de Saúde e essa premiação está posta, também, para ano 2003, consignada no orçamento.

Então, eu acho que, definitivamente, o estado de SC colocou o PSF e os ACS como prioridade número 1 na resolução de quase 80% dos problemas de saúde da sua população.

9. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no estado?

Temos uma metodologia desenvolvida. Fizemos uma avaliação prévia, após a

avaliação do MS, e fizemos atos para dar continuidade, anualmente, passando em revista todos os municípios, utilizando, inclusive, o SIAB.

Este processo vai ser conduzido pelas Regionais de Saúde, onde nós temos organizado a ECA – equipe de controle e avaliação.

10. Como o estado utiliza os Bancos de Dados Nacionais para acompanhamento/avaliação do PSF?

Nós criamos um Centro de Tratamento da Informação, que fica na Diretoria do Planejamento e Coordenação, para onde se gerenciam todos os bancos de dados e fornece indicadores para as gerências atuarem. Eu acho importantíssimo. Nós reclamamos que são muitos bancos de dados, e cada vez um setor cria mais um banco. Agora está havendo um movimento na tripartite para se consolidar os bancos de dados. Mas isso foi importante para que nós tivéssemos informações em saúde no país.

Estamos usando as informações para intervirmos e planejarmos.

11. Na sua opinião o PSF tem contribuído para a mudança o modelo de atenção a saúde do país? Porque?

Tem contribuído. SC saiu de uma taxa de mortalidade infantil de 17/1.000 nascidos vivos em 98 e caiu para abaixo de 15, 14. Esse Centro fornece informações de até dois meses atrás, porque o Tribunal de Justiça exige que os atestados de óbitos sejam mandados pelos cartórios até no máximo em 30 dias. Nós temos um convênio com o Tribunal e o Corregedor dos cartórios tem cooperado muito com a Secretaria, tanto que temos dados de dois meses atrás, enquanto o Ministério trabalha com dados de dois anos.

Houve queda da mortalidade infantil, queda da mortalidade materna, queda na internação hospitalar, e uma grata surpresa, a PPI, que nós acabamos de fechar, produto da NOAS. Fechou com uma internação distribuída aos municípios de 7%, ficando 0,4% para sazonalidades, porque SC recebe quase 1 milhão de turistas no

verão, e 0,2% para epidemias que possam acontecer. Essas AIHs não são distribuídas e ficam à disposição da CIB.

Porque caiu de 8,5% para 7%? Porque as pessoas começaram a ser atendidas em nível ambulatorial. Está mudando o modelo assistencial.

12. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

Ainda não. Acho que os Conselhos Municipais, e até o nosso próprio Conselho Estadual, ainda não se conscientizou do PSF e ACS. O controle social está dissociado. Pelo menos o controle social formal, constituído no Conselho Municipal e Estadual. Por isso mesmo nós criamos uma Ouvidoria da Saúde, logo no início, e nós estamos tendo mais controle social fora dos Conselhos – as pessoas que ligam 0800-482800, até de orelhão, dizendo “não fui bem atendido pela ESF tal, de tal município e de tal posto”. Às vezes, comunidades inteiras reclamam pelo sistema de ouvidoria da Secretaria, não utilizando o próprio Conselho Municipal de Saúde.

13. As equipes foram ou estão sendo capacitadas?

Esse é meu calcanhar de Aquiles. Acho que a capacitação foi fraca. Foi feita agora e os Secretários Municipais estão reclamando muito do treinamento das ESF e dos ACS.

Acho que a Universidade está dissociada do mercado e o que está acontecendo é que os médicos estão sendo formados sem saber o que é o PSF; e os enfermeiros mesma coisa.

Agora que a nossa Universidade Federal e a Universidade de Blumenau estão fazendo uma especialidade. Isso coisa de 2002. Mas já temos mais de 1.900 equipes implantadas.

Então, os profissionais estão se sentindo fragilizados. Os profissionais médicos especialmente, porque não tiveram o treinamento devido.

Esse é o ponto que nós precisamos melhorar muito. Pelo menos aqui no estado.

Não sei a realidade nacional, mas aqui precisamos melhorar muito. A Universidade está fazendo muito pouco pelo Setor Saúde.

14. Qual o papel das universidades nesse processo?

Primeiro, tem que haver um acordo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação; há que se fazer uma intervenção, tem que ser legal, restringindo o poder das Universidades de decidir livremente, de definir o currículo, dissociado das necessidades do sistema de saúde. O mercado na área de saúde é outro, não é mais o do médico especialista, não é mais o médico que pede exame. O perfil desse profissional é diferente. Não é mais o perfil que as Universidades estão formando. E as Universidades se escondem atrás da liberdade que elas tem de definir cursos, currículos, sem perguntar para ninguém. E tem que perguntar sim, como aconteceu em alguns países, como em Cuba, na França, o setor de saúde nas Universidades não ficou mais sendo comandado pelo Ministério da Educação e sim pelo Ministério da Saúde daqueles países.

É fundamental que a Universidade preste atenção nisso, porque para o Setor Saúde, de um modo geral, a universidade está dissociada da realidade brasileira.

15. Os recursos federais/estaduais e municipais são suficientes para implantação e manutenção do programa?

O recurso federal é baixo. O valor repassado a uma ESF tem que ser aumentado e o PACS também. Os municípios têm dado o suficiente, tem carregado um grande peso. Com o acréscimo do estado vamos aliviar o município, mas o recurso federal tem que aumentar.

16. Você acha que valeu a pena a implantação? Porque?

Eu posso dizer o seguinte: fizemos um esforço muito grande para recuperar nossos 21 hospitais, a nossa rede, fiz concurso público, sofri muito como Secretário. É um cargo que eu nunca mais gostaria de ter. Agora, valeu a pena o PSF e os ACS.

Percorri praticamente os 293 municípios e a maior alegria que sempre vi no rosto das pessoas foi nas equipes de saúde da família e nos ACS. Era onde está se fazendo uma coisa diferente para a população.

17. A informação disponível sobre PSF tem sido suficiente para orientar as decisões do gestor?

Não. Nós precisamos de uma cartilha fácil. A que existe e os manuais ainda estão um pouco complicados. E a cartilha não tem que ser escrita para o gestor. Tem que ser escrita para a população. Não foi escrita, ainda, uma cartilha para a população. Só assim vamos ter o controle social. Se a população souber que existe esse programa, à disposição dela, que ela pode exigir do seu prefeito e do seu secretário municipal, do seu secretário estadual e do seu governador, que se implante isso no seu estado e no seu município. Saber que ela pode recorrer ao Conselho Municipal, à Câmara de Vereadores, ao Ministério Público, exigindo essa mudança do modelo assistencial.

Essa cartilha ainda falta.

18. Que tipo de informação é mais utilizado para implantar e desenvolver a estratégia de saúde da família?

Financiamento. Infelizmente. Primeiro eles reclamam que custa muito caro, depois eles se convencem que a população ficou satisfeita, que a população elogia.

Eu tenho um prefeito que disse: “eu não podia ir a tal bairro sem ser vaiado pela população”, e com 70% de cobertura do PSF, e ele conseguiu ser reeleito, e diz: “implantei o PSF lá, corretamente, hoje, cada vez que eu chego no bairro eu sou aplaudido”. É isso que mobiliza o prefeito. Ele é um político.

19. Que tipo de informação gostaria de encontrar em uma Biblioteca de apoio à gestão em saúde?

Experiências inovadoras do PSF. Saber o que os outros estados fizeram. A

criatividade dos municípios. Precisamos saber disso. Tem experiências magníficas que foram acrescentadas ao PSF no decorrer da implantação, no funcionamento. Nós não sabemos o que acontece nos outros estados.

Comentários finais

Acho que nós estamos no caminho certo. Nós estamos mudando o modelo assistencial. A saúde começa na casa, na família, passa pelo Posto e depois vai para o Hospital. Precisamos, urgentemente, para não fracassar o PSF, quando ele chegar a 60% da população brasileira, resolver o problema da média complexidade, porque senão as pessoas vão ser atendidas, vai ser requerido para elas um Raio X, um ECG, um EEG e aí, não tem, e eles vão perceber “esse PSF não está dando jeito em mim, não tem exame, não tem remédio, não tem especialista” .

Então, a velocidade que o Ministério pôs no PSF tem que colocar na média complexidade. Tem que fazer um programa para a média complexidade nesse país; a alta está se resolvendo sozinha, com o financiamento. É só mudar a tabela que muda tudo. Mas a média complexidade não está se resolvendo. Uma US a 7 reais, é impossível de ser feito em todas as mãos no meu estado, no meu país. Tem que estar complementando essa tabela.

Então, o financiamento tem que ser resolvido, o problema da legalização da contratação das ESF, frente à Lei de Responsabilidade Fiscal.

Mas o Brasil de hoje, na saúde, é diferente do Brasil de 1998.

JOAQUIM KLEIMANN

Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre - Secretário Extraordinário das capitais e regiões metropolitanas - CONASEMS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetria

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de familia

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Considerando a importância desta estratégia de atendimento dentro da Atenção Primária de Saúde, acredito que haja uma grande possibilidade de continuidade.

Devemos lembrar que a sustentação desta alternativa só será efetiva na medida que alguns fatores forem equacionados, tais como, o Saúde da Família estar integrado totalmente dentro dos fluxos das secretarias de saúde, e a distribuição dos recursos para o financiamento for mais equitativa entre os municípios, observando as diferenças, principalmente dos grandes centros.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

Podemos observar que, em sua origem, propõe-se uma mudança inclusive de modelo de atenção a saúde. É possível que esta estratégia, traga no seu conteúdo, realmente, algumas mudanças no modo de atender e entender as necessidades sociais da população. Ao trabalhar com território adscrito, permite que os profissionais possam entender melhor este local, planejar, avaliar, enfim impactar na saúde da população.

Além destes aspectos, isto permitiu que houvessem possibilidades financeiras de repasse de verbas para contratação de um maior número de profissionais, sem incorrer em muitos riscos legais.

3. Quais as principais dificuldades que os municípios, vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Como já foi referido inicialmente, uma das maiores dificuldades enfrentadas é o financiamento que não cobre 20% das nossas despesas com recursos humanos, sendo que o gestor municipal assume o restante.

Outro aspecto dificultador é gerir um sistema de saúde com muitas diferenças contratuais, o que atrapalha a coordenação de todo o processo. Possuímos na nossa rede de atendimento 50% de nossas unidades com saúde da família e as outras, restantes, são compostas por unidades do município e as que foram municipalizadas, portanto com funcionários do nível estadual e federal. Parece que seria mais fácil com um modelo de contratação unico. Por outro lado a contratação pela CLT, permite uma maior agilidade no encaminhamento de situações em que o profissional não apresente o perfil esperado para estas atividades.

Também identificamos que muitos profissionais não apresentam o perfil para o trabalho dentro da proposta, como também não têm formação em Saúde comunitária, coletiva, de família. Enfim, não estão identificados com a proposta da atenção primária à saúde - APS. Apesar de possuímos um alto percentual, dentro do saúde da família, de médicos com formação em medicina geral comunitária, enfermeiros com formação em saúde pública, ainda assim temos o auxiliar de enfermagem com formação voltada para o hospital, bem como o agente comunitário, sem formação básica.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do ministério da saúde em relação ao PSF?

Consideramos que devido à forma como foi implantado o PSF, integrando ao sistema primário de atenção , ajudou por estarmos com a implantação do SUS em adiantado grau de evolução.

A normatização permite que tenhamos algumas regras para darmos conta de algumas necessidades que são vitais, como 8 horas diárias, a figura do agente comunitário, território adscrito. Se isto não for normatizado, tem-se dificuldade de atender ao proposto. Acreditamos que há algumas dificuldades sistêmicas, do trabalho do agente, visto ser um morador da comunidade. Ele considera-se o

representante para resolução de todos os problemas, empodera-se muitas vezes, e faz um jogo muito complicado entre a comunidade e a equipe, e tem dificuldades de agir como profissional, ora da comunidade, ora membro da equipe.

Atualmente encontra-se inserido dentro da coordenação da atenção primária de saúde da SMS. Inicialmente, era mantido com uma estrutura própria, voltada somente para o atendimento deste setor, como um “programa”. Hoje estamos envolvendo toda a estrutura da secretaria para atender as demandas necessárias, com exceção do que concerne a contratação que é feita pela FAURGS, através de convênio.

5. Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas no município?

Na implantação do PSF, foram utilizados os seguintes critérios:

- áreas de vazio de atendimento
- demandas do orçamento participativo
- demandas institucionais
- locais com indicadores epidemiológicos desfavoráveis
- áreas de loteamento

6. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais no município?

A seleção é feita através de um processo seletivo público, que consta de uma prova escrita e uma entrevista individual. Os nomes dos agentes comunitários passam pela homologação dos conselhos locais de saúde, que confirma sua moradia na área de atuação da unidade. Todos são contratados através de uma fundação (Fundação de Apoio a Universidade do Rio Grande do Sul), como celetistas.

7. Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes pela SMS?

Através das gerências distritais em parceria com a coordenação da APS, e, estamos evoluindo para a contratação de supervisores destas equipes.

8. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no município?

Não, mas está projetado, para após a efetiva participação da supervisão, a construção de indicadores de impacto.

9. Como o município utiliza os bancos de dados nacionais para acompanhamento e avaliação do PSF?

Fazendo a leitura da evolução trimestralmente dos dados que dispomos. Atualmente estamos sem os dados de população, devido ao sistema não exportar os mesmos para o SIAB.

10. Na sua opinião o PSF tem contribuído para a mudança do modelo de atenção à Saúde do país? Porque?

Importante destacar que considero o PSF, uma alternativa de tensionamento, de revisão da forma como fazemos saúde, pois o nosso modelo é o SUS. O que vemos é que ele realmente propõe um jeito diferente de dar conta das demandas em saúde.

11. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

Quando da implantação do programa, o controle social já existia, sendo que houve uma participação extremamente importante do Conselho Municipal de Saúde, bem como dos conselhos locais, no processo de definição de áreas e decisão da implantação propriamente dita.

12. As equipes foram ou estão sendo capacitadas?

Quando implantamos novas equipes existe uma capacitação inicial, posteriormente os trabalhadores são inseridos dentro das capacitações da rede.

13. Qual o papel das universidades neste processo?

Atualmente nenhum.

14. O que você acha que poderia facilitar o processo de capacitação/educação continuada das equipes?

Aproximação com universidades e programas de residências.

15. Os recursos federais, estaduais e municipais são suficientes para a implantação e manutenção do programa?

Os recursos federais são insuficientes, conforme mencionado acima. Os estaduais não existem.

Jorge José Santos Pereira Solla

Secretário Municipal de Saúde de Vitória da Conquista - BA - Vice Presidente Nordeste do CONASEMS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

***Maria Hortense F.C.Marcier** - antropóloga e mestranda em saúde pública*

***Newton Sergio Lopes Lemos** - médico especialista em gineco obstetrícia*

***Claunara Schilling Mendonça** - médica especialista em medicina de família*

***Pedro Gilberto Alves de Lima** - médico e mestrando em saúde pública*

***Luis Fernando Rolim Sampaio** - médico e mestre em saúde coletiva*

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Considero que o PSF alcançou um espaço importante enquanto uma estratégia fundamental no processo de disputa de construção de um novo modelo de atenção

à saúde no país. Isto se dá não apenas pelo número de equipes em atividade como pelo vencimento da maioria das resistências existentes e o aperfeiçoamento contínuo da proposta. No momento atual a sustentabilidade do PSF passa por aprofundar alguns projetos em curso, que permitam mudanças na formação dos recursos humanos em saúde e ampliem a inserção do PSF na rede SUS, e por melhoria no financiamento permitindo viabilidade de custeio.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

As razões incluem desde a força que a proposta ganhou, impulsionada por diversos atores sociais, especialmente pelo Ministério da Saúde, os resultados que têm sido evidenciados nas inúmeras experiências em curso e, sem dúvida a existência de incentivo financeiro. Este último aspecto tem um peso muito forte, contudo a insuficiência do valor repassado frente ao custo, e a fragilidade do processo de supervisão e acompanhamento, especialmente no que tange as Secretarias Estaduais de Saúde tem reduzido o poder indutor frente as administrações municipais que compram a proposta em função de seus aspectos técnicos e políticos e mantido para aqueles casos que almejam apenas o repasse financeiro implantando o PSF com diversas distorções como carga horária reduzida e equipe incompleta.

3. Quais as principais dificuldades que os municípios vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Carência de recursos humanos para atender as necessidades do PSF – tanto quantitativa como qualitativamente, financiamento insuficiente, ausência de suporte adequado por parte das secretarias estaduais de saúde, distorções no programa em vários municípios.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

Ajudou a capacidade de articulação política que foi construída para dar sustentação

a proposta, o envolvimento de diversos atores sociais (particularmente gestores federal, estaduais e municipais e as universidades), os mecanismos de indução financeira, os investimentos em capacitação de recursos humanos. Dificultou as resistências das corporações profissionais, a força do modelo médico ainda hegemônico, o atraso político e técnico da maioria das secretarias estaduais de saúde, as limitações do financiamento da saúde no país.

5. Como é a inserção do PSF na estrutura da SMS?

Temos na SMS – Vitória da Conquista uma Coordenação de Atenção Básica que é responsável por toda a rede básica incluindo as 31 equipes do PSF e 6 Centros de Saúde.

6. Houve algum processo de priorização das áreas a serem cobertas nos municípios?

Áreas sem oferta de atenção básica, população com condições sócio econômicas mais precárias e decisão dos gestores.

7. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais?

Os processos de contratação ainda são muito variados. Temos desde as situações extremas de precarização do trabalho até aquelas que garantem todos os direitos trabalhistas conforme a legislação vigente. O mesmo ocorre no tocante a seleção e recrutamento, desde os processos clientelistas e fisiológicos até o emprego de processos seletivos adequados e democráticos.

8. Como é realizado o trabalho de supervisão das equipes pela SMS?

Na SMS Vitória da Conquista estamos com um grupo de supervisão atuando composto pelos profissionais da Coordenação de Atenção Básica e por pessoas de outros setores que foram agregados ao processo de supervisão. A supervisão pelas

SES, em geral, é muito deficiente.

9. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no município?

Não temos ainda mecanismo contínuo de avaliação de forma efetiva. O processo de monitoramento desenvolvimento pelo MS foi extremamente positivo.

10. Como o município utiliza os Bancos de Dados Nacionais para acompanhamento/avaliação do PSF?

O SIAB representou um avanço importante e observa-se progressivamente uma ampliação das bases de dados e de sua utilização, apesar de ainda incipiente.

11. Na sua opinião o PSF tem contribuído para a mudança o modelo de atenção a saúde do país? Porque?

Tem dados imensas contribuições, ampliando o acesso a atenção básica, melhorado a qualidade e a resolutividade da mesma e implementado uma mudança nas prioridades da rede SUS.

12. Com relação ao controle social a implantação do PSF trouxe alguma mudança? Quais?

Tem permitido ampliar os espaços de controle social, valorizado os conselhos municipais de saúde e implantado conselhos locais em diversos municípios.

13. As equipes foram ou estão sendo capacitadas?

Podemos observar diversos investimentos nesta área. Muitos municípios de médio e grande porte estão desenvolvendo ações importantes de capacitação das equipes. O trabalho dos Pólos de Capacitação foi fundamental. Contudo os desafios ainda

são muito maiores do que a capacidade de intervenção hoje estabelecida.

14. Qual o papel das universidades nesse processo?

Têm papel fundamental e imprescindível. Além de contribuírem diretamente no processo de capacitação das equipes o envolvimento das universidades permite que a proposta do PSF ocupe espaço na formação de graduação e traga para a proposta um grande conjunto de docentes que têm contribuído na viabilização da proposta.

15. O que você acha que poderia facilitar o processo de capacitação /educação continuada das equipes?

A proposta apresentada pelo MS e aprovada em março/2002 na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e até o momento não efetivada de criação de Pólos Regionais e de repasse de recursos financeiros para que os municípios de maior porte montem processos próprios de capacitação é imprescindível neste momento.

16. Os recursos federais/estaduais e municipais são suficientes para implantação e manutenção do programa?

Não. Estudo de custo feito em Vitória da Conquista identificou um custo médio mensal em torno de 20 mil reais. Precisa de ampliação urgente dos repasses federais e comprometimento de recursos estaduais para viabilizar a continuidade da proposta.

17. Você acha que valeu a pena a implantação? Porque?

Sem dúvida. Os avanços obtidos foram de grande envergadura e mudaram a face da rede de atenção básica do SUS.

18. A informação disponível sobre PSF tem sido suficiente para orientar as

decisões do gestor?

São suficientes. Contudo precisamos investir na redução da duplicação da geração de informações em sistemas fragmentados, buscando unificar os processos hoje existentes.

19. Que tipo de informação é mais utilizado para implantar e desenvolver a estratégia de saúde da família?

Além das informações das bases de dados nacionais é importante disponibilizar material técnico didático, acesso a revistas científicas e informações técnicas atualizadas que permitam qualificar a atuação de gestores e dos profissionais das equipes do PSF.

20. Que tipo de informação gostaria de encontrar em uma Biblioteca de apoio à gestão em saúde?

Conteúdo compatível com as necessidades identificadas no item anterior.

Marcia Helena Casanova Pereira Veloso

Secretária Municipal de Saúde de Orelândia do Norte - PA - Vice Presidente Norte do CONASEMS

Entrevista realizada em setembro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

O PSF faz parte de um todo. Alguns municípios optaram pelo PSF como estratégia, e às vezes, é como um teste que vai ser feito em uma determinada área. No nosso caso, foi um pouco diferente porque era uma opção cobrir todas as unidades, alcançando a maior cobertura possível de PSF no município. Hoje temos 16 unidades em Orelândia, sendo três unidades móveis, o que facilita trabalhar com PSF. Temos o fluxo definido até para população de outros municípios. A unidade mista atende o que não é coberto pelo PSF. Mas essa não é uma realidade comum a todas as regiões. Só conseguimos fazer isso, correndo muito atrás de incentivo, de programas, recursos de convênios. Convênios de investimento basicamente de emendas parlamentares.

Foram emendas, como as unidades móveis de um nível muito bom, porque são o padrão do Ministério da Saúde. E houve também um investimento maciço da administração municipal. Antes da emenda 29, nós já cumpríamos os 15% do orçamento municipal para saúde há muito tempo. Mas a realidade que eu vejo na região norte é um pouco diferente. Para nós está ficando muito difícil manter os PSFs. Não só do ponto de vista de custeio, ou do investimento necessário. O nosso grande nó são recursos humanos.

O PITS, em nossa região, de uma certa maneira concorre com o PSF. A nossa idéia é, de alguma maneira, você transformar tudo em PITS. Ou então temos que ver uma outra estratégia. Cada vez que abre uma seleção para o PITS os profissionais que vão, já estão nos PSFs, pois a perspectiva não é só do salário, mas da capacitação.

O salário do PITS é 4.500 reais, mas em grande parte dos municípios as prefeituras complementam. Então dificilmente o médico recebe só o salário do PITS. Isso acaba igualando ao salário do PSF, com a vantagem adicional da capacitação, do status. O médico do PITS, se acha acima do médico comum do PSF. A nossa preocupação é com o perfil do profissional.

Nós fizemos um levantamento de toda região norte, há um ano atrás. Em todos os municípios que tinham PSF, em quem não tinha, a distância da sede, a dificuldade de acesso. Queríamos fazer um levantamento da demanda real, do número de unidades de Saúde da Família a serem implantadas, quer dizer, minimamente o que um município teria que implantar. Então foi feito esse levantamento, que culminou na

demanda de novas equipes do PITS a serem implantadas na região norte. Na verdade não se avançou mais nessa discussão. Hoje a dificuldade é essa: perfil dos profissionais.

No PITS entra a credibilidade do Ministério da Saúde. Muita gente não se arriscaria a ir para um outro estado, para um município, sem saber quanto tempo vai durar o contrato e tudo mais. Tem que ter pelo menos um período estável, e aí entra a garantia do Ministério da Saúde. Acho que nesse ponto ela é muito importante. Acontece que quando eles vão e a realidade é completamente diferente do esperado, no interior da Amazônia por exemplo, grande parte deles se recusa a ficar. O médico exige muito na questão da acomodação, da alimentação. Muitas vezes, os prefeitos também não honram com o que foi prometido, em relação a moradia e alimentação. Por isso a nossa idéia hoje é criar uma bolsa alimentação. Essa é uma das propostas que está no documento da Amazônia. Seria um financiamento tripartite, parte do Ministério da Saúde, contratando o profissional, a bolsa alimentação seria do estado, e o município complementaria os recursos. Basicamente 50% do Ministério, 50% rateado entre os estados e prefeituras.

A bolsa não seria paga nem em alimentação e nem em moradia. Seria em dinheiro. Ou seja, no fundo isso garantiria uma maior remuneração dos profissionais. E aí acabaria aquela questão do profissional e dos prefeitos que não estão cumprindo com o acordado. Ele receberia em dinheiro, o que aumentaria os vencimento, mas a responsabilidade de moradia e alimentação seria dele.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

Os fóruns de debates sobre o PSF começam a mudar a idéia das pessoas. No início a maioria queria só o financiamento. Nós precisamos de médicos. Não tínhamos médicos. Então você põe uma unidade de Saúde da Família, e garante o recebimento do incentivo.

Em muitos municípios o único médico é o da Saúde da Família, ou o do PITS, que atende na mesma linha, principalmente na região norte. Em grande parte dos municípios, mesmo atendendo às 40 horas, o médico de Saúde da Família tem outra

função. Por exemplo, sobreaviso sábado e domingo, à noite. Essas dificuldades, às vezes não são levadas em consideração. É difícil manter os médicos no consultório, 4 horas e 4 horas. Apesar de serem contratados para 40 horas. Os profissionais alegam questões do próprio Conselho de Medicina e do número de consultas, ou números de visitas máximas que eles poderiam fazer. Então eles dizem, que vão atender, no máximo, 20 consultas dentro de um horário. No outro, vão fazer as visitas. Mas, se ultrapassar as 20, como ficam os horários das visitas. Então tentam negociar para um horário menor. Não é que o município não faça a contratação das 8 horas. É uma dificuldade mesmo de compreensão, de sensibilização. Os municípios precisam de um médico. Até hoje nós temos mais de 30 municípios no Pará que não tem médico. Não tem nenhuma unidade de saúde básica funcionando a contento. É uma situação difícil. Então, os prefeitos e os secretários precisam contratar o médico para a população. Contrata-se o médico e os salários são altíssimos. O PSF ajuda então em parte do financiamento. Mas o que acontece, é que cada vez mais as exigências vem aumentando: de rede física, de recursos humanos, de capacitação, de treinamento, o que é bom por um lado. Mas apesar de correto, a realidade dos municípios é difícil.

3. Quais as principais dificuldades que os municípios vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Basicamente, o grande problema é o financiamento do PSF, para se conseguir manter os médicos nos municípios. O custo mínimo de uma equipe varia muito, em função da distância da capital. Por isso uma das idéias do Documento Amazônia é fazer isso por faixa. Considerando o que? Dificuldade de acesso, de estrada, distância da capital, distância dos centros de referência, dos pólos regionais. Agora, já usando o Plano Diretor de Regionalização - PDR. E em função disso você teria faixas salariais diferentes, quer dizer, quanto mais distante, mais difícil o acesso, maior o salário. Muitas vezes o profissional para ficar no interior mais distante, só com a perspectiva de além do salário do PSF, ele, por exemplo, ter um plantão em hospital a noite. Os médicos dão plantão normalmente no setor privado conveniado. Ou mesmo na rede pública à noite, ou no sábado e domingo. E durante o dia eles

ficam nos PSFs. Tudo bem, isso não tem nenhum problema. O que acontece é um cansaço dos profissionais. E os gestores aceitam, porque é a única forma de você manter os profissionais no município. Sem isso o salário ficaria inviável, porque você não conseguiria complementar só pela rede pública o salário que eles gostariam de ganhar. Talvez com um financiamento maior nós conseguíssemos médicos exclusivos para o PSF. É uma contradição. Os municípios implantam o PSF por causa dos recursos disponíveis e depois não conseguem suportar o pagamento dos salários. É isso que está criando problema.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

A normatização ajuda, mas ela tem que ser flexibilizada, dependendo da região e dependendo do local. Por exemplo a carga horária do PSF: temos que ser radicais nisso, na questão de manter a carga horária? Não sei. Temos que considerar que cada região tem suas particularidades.

Em locais, por exemplo, na zona rural, que você gasta muito tempo com deslocamento.

A equipe sai às 6 da manhã. Eles atendem direto. As 3, 4 horas da tarde já estão se preparando para voltar. Porque se eles ficarem lá 8 horas, então vão chegar 8, 9 horas da noite, o que é um negócio complicado. Não dá para ser exatamente como a norma. Isso é por causa da densidade demográfica que é muito pequena. Ainda temos o custo de todo dia deslocar gente, para conseguir funcionar as unidades de Saúde da Família a 3 horas de distância da sede do município. Mesmo com 100% de gratificação como incentivo, a rotatividade dos profissionais é grande.

Também por causa da baixa densidade demográfica a gente tem que diminuir os parâmetros de cobertura. Temos que cobrir uma área territorial muito grande para atingir o número de famílias suficientes para obedecer a norma. Uma das propostas do documento da Amazonia, é diminuir, principalmente na zona rural, o número de pessoas exigidas por equipe.

5. Como é a inserção do PSF na estrutura da SMS?

Como é que a gente trabalha normalmente. Os agentes comunitários de saúde fazem o agendamento das consultas, ou das visitas feitas pelo médico. Se é uma emergência é feita a procura direta. A solicitação de exames é feita pela equipe. Alguns lugares que têm programas específicos ou exames que são feitos no local, ou são marcados na secretaria de saúde. O retorno é para a equipe. A exceção se faz quando é preciso uma internação. A equipe mesmo faz à referência. O problema é que se perde o vínculo no sábado e domingo. Sábado e domingo, e à noite, as unidades não funcionam. Ai tem confusão, porque os pacientes vão direto para a unidade de plantão. Se é necessário internar, vai com o médico da emergência, ou encaminha para um outro. Quando eles retornam para casa, eles não sabem para quem retornar, com o exame etc.

A outra questão é uma resistência à descentralização dos programas, que eu acho que existe tanto por parte dos profissionais das unidades que já tem esses programas, quanto dos profissionais que vão ter que assumi-los. Quem está na unidade Saúde da Família acha que é mais uma responsabilidade que tem que ser incorporada. Quem está na unidade de referência sente a perda de poder: não tem mais controle de nada. Essa é a idéia inicial de todos os programas: da hanseníase, da TBC, da diabete, hipertensão. Mas se todas ações básicas estão juntas, o paciente pode ser atendido de uma vez só, o que seria mais lógico. Mas existe reação. Algumas unidades de Saúde da Família já estão com os programas totalmente descentralizados. E outras ainda não.

6. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais no município?

Para conseguir os profissionais de Saúde da Família, se faz anúncio no jornal, e grande parte deles, consegue-se nos Conselhos Regionais de Enfermagem e de Medicina.

Existe o problema da grande rotatividade. Dos ACS não é grande. Mas pela lógica,

ainda é maior do que se esperava. Eles têm muito a preocupação política, especialmente na época das eleições. Chegam denúncias, e maior parte delas não procedem. Mas se tem que substituir um ACS é um desespero, porque você investe tanto no agente, em capacitação e treinamento, e quando a pessoa saber preencher um cartão SUS, fazer um encaminhamento, explicar as campanhas, dar informações, vacina, temos que começar tudo de novo. Na questão da orientação de como funciona o fluxo de atendimento, eles explicam até um determinado momento, depois eles não entram em maiores detalhes.

A coisa que eu mais lamentava quando cheguei eram as pessoas que dormiam na fila. Se não tivéssemos essa unidade Saúde da Família teríamos fila, que é uma das coisas que contrariam completamente a questão da universalidade de acesso. Esse é o grande mérito. Uma outra coisa que a gente deve dizer, é o grande poder de mobilização dos agentes, que é bom do ponto de vista de proteção social. O agente comunitário começa a incorporar funções que não sei se são exatamente da área de saúde. A gente tem que trabalhar isso, e tem que ter o cuidado de não extrapolar. Trabalha a questão de carências, quem está fora da escola, independente dos programas da saúde. Essa compreensão eu acho muito bonita do agente comunitário. Eles gostam de representar a comunidade deles, os problemas não só de saúde, mas também em outros.

A questão de contratação foi uma confusão extraordinária. Na contratação temporária, como tem na maioria do estado, o profissional fica dois anos e vai embora. Agora o nível superior temos cargos comissionados. Outro problema jurídico que se cria, porque alguns deles ganham mais que o prefeito. Bem, estamos fazendo agora um concurso público para manter a estabilidade dos profissionais. São vários os caminhos.

Para ACS também vai ser feito concurso. O grande problema era como fazer um concurso pois não existia regulamentação. O agente agora tem uma categoria em lei federal. Outro problema que a gente está, com a assessoria jurídica, é ver se o concurso pode ser feito para áreas específicas, acompanhando a divisão das equipes.

O médico e o enfermeiro fazem uma junção de atividades na rede privada e

conveniada e alguns fazem auditoria, em outro horário. Conseguem então um salário maior, que é atualmente de 4.400 reais para o médico. O da zona rural tem 100% de gratificação sendo então 8.800. O enfermeiro recebe na faixa de 2.200. O odontólogo recebe 1.800, ou 3.600 se vai para a zona rural.

Mas tem também o nível médio: auxiliar de enfermagem, o auxiliar de odontologia. Também incluímos na Saúde da Família, o psicólogo. Isso propiciou mudanças para melhor. Mas ele não é exclusivo da Saúde da Família. A gente tenta trabalhar mais em grupo, e não no atendimento individual. Agora, além das palestras e grupos, sempre passam por ele o preventivo de câncer positivo, os casos de HIV, etc. A fisioterapia melhorou muito também.

7. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no município?

A gente tem uma gratificação de desempenho. É feita uma avaliação a cada três meses, em cada setor. Temos uma série de critérios, onde se coloca, por exemplo, a satisfação do usuário, participação nas reuniões, nas capacitações, que são feitas todo mês, nos eventos, que são próprios, como as vacinação, etc. Para cada um dos critérios são atribuídos 10 pontos.

Para satisfação do usuário temos formulários de perguntas domiciliares. Avaliamos também a inscrição na unidade de Saúde da Família.

Para a visita domiciliar, temos uma ficha em cada casa. Foi a única coisa que realmente funcionou. E a gente, explica para a comunidade, que a ficha tem que ser assinada todo mês quando o agente vai lá, ao lado da assinatura do morador.

Com esses critérios são atribuídas notas e pesos. Quem não atinge o mínimo tem advertência, e na reincidência, exoneração.

Os ACS que tiram 9 a 10 são considerados ótimos agentes e ganham três meses de gratificação de 20%. É um incentivo. Criamos agora, na Câmara Municipal, um prêmio para o melhor agente comunitário do ano. Os agentes que forem excelentes a gente quer dar uma medalha e um prêmio. Será uma maneira de incentivar os agentes comunitários.

8. Na sua opinião o PSF tem contribuído para a mudança o modelo de atenção a saúde do país? Porque?

O que o PSF faz de melhor na minha concepção, a questão da prevenção. Isso é fundamental. Cria por exemplo, o hábito do pré-natal. Tem pessoas que andam muito, vêm de longe, mas fazem o pré-natal. Até há pouco tempo atrás ninguém sabia o que era pré-natal. O hábito da vacina também. O hábito de acompanhamento da hipertensão, do diabete. Aos poucos você vai conseguindo vincular a clientela, o que no início era o mais difícil. As pessoas iam à Secretaria dizer: eu quero me consultar com fulano, eu quero consultar com sicrano. Mas fomos explicando aos poucos: não, a sua unidade é lá. A idéia é que a equipe lhe acompanhe. Eles já lhe conhecem. Alguns dizem: . “Sim, mas ele me consultou e não resolveu”. Então a senhora volta lá de novo. Se não resolver, então daqui a tantos dias a senhora retorna comigo. 90% não retornam. Então acaba que é uma questão de hábito mesmo.

9. Você acha que valeu a pena a implantação? Porque?

Diria que as coisas mudaram, sim. Mas creio que poderia mudar mais. É igual a história do Plano Diretor de Regionalização - PDR. O PDR é um sonho, mas esta acontecendo. A maneira como o PSF foi concebido é um sonho. E nós estamos no meio do caminho, saindo do modelo antigo, para chegar no modelo ideal de saúde da família. Ainda não conseguimos, mas temos que insistir. Mudaram-se alguns hábitos da população. A população, hoje, através do PSF conheceu uma coisa nova. As pessoas sabem que tem o direito do acesso às unidades, onde elas vão, para onde devem ir, a referência. As pessoas não ficam mais perdidas e não acham mais que é um favor serem atendidas. Elas já têm uma noção, e já cobram isso em relação à questão da referência, do TFD, do que são as suas necessidades. É uma questão de cidadania.

Agora, a gente precisa caminhar muito e precisa sem dúvida fazer um PSF diferenciado para cada região. Até porque, no norte a gente nunca vai cobrir os

100%. Esse dinheiro que está previsto para o norte no PSF não vai ser gasto nunca, porque, pela própria densidade demográfica, nunca vai se atingir o máximo de cobertura. Então teria que se pensar em programas alternativos.

Rosicler Viegas Di Lorenzo

Coordenadora Estadual do PSF da SES - SP - Representante do CONASS

Entrevista realizada em outubro de 2002 por:

Maria Hortense F.C.Marcier - antropóloga e mestranda em saúde pública

Newton Sergio Lopes Lemos - médico especialista em gineco obstetrícia

Claunara Schilling Mendonça - médica especialista em medicina de família

Pedro Gilberto Alves de Lima - médico e mestrando em saúde pública

Luis Fernando Rolim Sampaio - médico e mestre em saúde coletiva

1. Como você avalia a sustentabilidade do PSF hoje no país?

Acho que o PSF atinge uma questão que vai muito ao lado da atenção primária, acho que o sul tem uma grande discussão pra fazer, ou ele discute atenção primária resolutiva a saúde para o país e os recursos humanos pra dar conta disso, ou ele não muda muito mais do que ele avançou, com todos os avanços que ele tem. Como em outros países, tem que organizar a atenção primária, e os outros níveis têm que ser organizados a partir dela e não ao contrário, quer dizer, temos que fazer essa discussão. E a Saúde da Família o que faz? Traz essa discussão, diz que pode, que dá certo, diz como fazer; hoje com o PSF voce tem clareza dos problemas, é o melhor momento que a gente podia estar, não é mais vendendo uma pílula de saúde pras pessoas, ele diz que dá certo e quais os problemas que nós temos que enfrentar.

2. Porque você avalia que os municípios decidem implantar o PSF?

No Estado de São Paulo não estamos fazendo, só, extensão de cobertura. Estamos trocando, substituindo uma rede. Era muito difícil um município nesse estado *que não tivesse uma rede assistencial básica minimamente estruturada*. Você pode questionar a forma, a qualidade, o tipo, a resolução, se é só pronto atendimento. Mas existia uma rede. Apesar disso, de termos municípios de grande porte, temos áreas que não têm recursos humanos ou que o médico não quer ir para lá. Temos tantos problemas para trabalhar na periferia de uma grande cidade como para trabalhar talvez no norte do país. Pode parecer exagero, mas é assim. Aqui os profissionais têm opções e, não precisam ir para onde, por exemplo, ele pode sofrer violência.

Existia, então, um modelo de saúde que estava dado. Para isso foram realizados concursos públicos, direcionados para a atenção básica pelo clínico, pelo pediatra e pelo gineco-obstetra, e, algumas vezes transformando tudo isso em pronto atendimento, cada dia com um.

O que estamos dizendo agora: olha, tudo isso ta legal, levou assistência, mas a gente não está conseguindo mudar muita coisa. Chegamos no limite da possibilidade de que os indicadores de saúde fossem melhorados. Então o SF pode avançar mais. Ele pode vincular mais e pode “impactar” mais na vida das pessoas, além de levar a questão da assistência médica.

3. Quais as principais dificuldades que os estados vem enfrentando no processo de implantação, expansão ou consolidação do PSF?

Em primeiro lugar está a dificuldade de se fazer o PSF em um estado em que já havia assistência e, que mesmo com tantos problemas, havia muita coisa sendo realizada. Outra questão é que o dinheiro é curto. Ainda não temos uma definição de orçamento satisfatório para saúde no país, e temos, com esse dinheiro, ter uma forma que aproveite melhor.

4. Na sua avaliação em que ajudou ou dificultou para a implantação a

normatização do Ministério da Saúde em relação ao PSF?

Não tenho dúvida que ajudou. A gente tem que tomar muito cuidado com o que se coloca como flexibilidade no PSF. A gente tem que trabalhar mais com princípios do que com normas. O que você quer? O que é o essencial? A norma vem para buscar garantir alguns princípios. Por exemplo, o financiamento em outras formas de organização em que os municípios alcancem resultados. Sim, é necessário atender a esses casos, mas não precisa mudar a forma de financiamento do PSF. Não é misturando as coisas, mudando o PSF, mas sim definindo melhor a questão do financiamento dessas outras propostas, e deixando que as experiências aconteçam.

Também temos que ter como comparar uma com a outra. Vai ter um limite de comparação, porque elas tendem a ter milhões de diferenças.

Enfim, a norma é interessante, mas teríamos que avançar mais, olhar outras experiências e financiar também. Não têm dúvida.

5. Como é a inserção do PSF na estrutura da SES?

Estrutura PSF no nível estadual não estava escrita formalmente no organograma da SES. As coisas foram acontecendo, por uma conquista, porque se coloca mesmo como uma possibilidade. Hoje é uma coordenação de PACS/PSF, dentro da Coordenadoria de Planejamento em Saúde.

6. Como são selecionados, recrutados e contratados os profissionais no estado?

A gente trabalha com a seguinte orientação: não importa a forma que o município contrata, mas não deixe de dar os direitos trabalhistas para os agentes, médicos e enfermeiras, todos eles tem direito a férias, 13º. Mas essa não é uma questão fácil, não foi resolvida e nem será tão cedo, pois vai desde o gestor municipal que tem que enfrentar o jurídico da prefeitura – a população, o prefeito querem, mas existem regras tão rígidas nas questões jurídicas que o gestor não consegue.

Mas assim mesmo, eles estão dando um jeito. Então o que é que a gente conversa, a gente procura tratar no âmbito do estado: quem é que está fazendo? quem tem mais tempo? quem já enfrentou o tribunal de contas? como é que está fazendo?

Mas por mais que eu fale, o gestor não vai ter segurança. É o Tribunal de Contas que verá as contas dele. Mas geralmente, a orientação é pelo concurso público. E o concursado pode não ter o perfil, e aí, eles mesmos encaminham essa informação de que seria melhor fazer essa contratação por uma fundação, por uma ONG, uma OSCIP.

7. Existe algum mecanismo formal ou contínuo de avaliação implantado no estado?

Constante, não.

A gente tem no estado, os espaços das regionais de saúde, já foi uma conquista para o próprio estado, ter uma coordenação de PSF. Ela cresceu sozinha, durante anos, agora temos uma certa equipe. Outra conquista foi que antes a conversa era do nível central com o município. Você não tinha uma estrutura, apesar de 24 regionais de saúde, um elemento, começou no voluntarismo de profissionais do estado que estavam na regional, que se interessavam, o município que, de alguma maneira pressionava, encontrava um eco bom, era o professor que estava na universidade, mas não era a universidade, era o cara do estado, mas não era o estado, o município, mas não eram os municípios – que se juntaram pra se fazer esse desenho de possibilidades no SF.

Mais especificamente sobre avaliação o que acontece: ela começa em cada regional, e conforme as dificuldades, vai tentando-se dar uma saída, uma leitura; cada regional tem um tipo de avaliação, desde os pontos que no nível central a gente acha *importantes*. A avaliação é feita pelas regionais, dentro de um processo que ainda é de acordo com os problemas, ou com as coisas macro, primeiro, durante muito tempo, você cuidou muito de uma avaliação de: ta fazendo? Ta cumprindo normas e diretrizes? As pessoas estão trabalhando? Um

pouco em cima daquela que o Ministério fez.

Depois nós sentimos necessidade de ver o que é que está dando certo. Agora, você está numa fase de buscar resultados epidemiológicos, o município não tem suficiência, uma maneira ou outra, quem debruça um pouco mais percebe uma mudança na modalidade da internação, uma diminuição no número de internações, no número de encaminhamentos, ao mesmo tempo em que tem um número maior de consultas, maior número de exames laboratoriais, porque você está atendendo uma demanda que até então era inexistente, nem era reprimida, era desconhecida. Então você começa a procurar e ver coisas que jamais surgiriam no sistema tradicional, a violência doméstica, o cara amarrado em casa – e o vizinho não sabe, o gestor não sabe, quer dizer, existe uma gama de problemas que você tem e que estava no campo.

8. Qual o papel das universidades nesse processo?

O estado quando fez essa opção de trabalhar com algumas pessoas em alguns lugares, tanto do estado, como da escola, como dos municípios, foi criando uma densidade, um corpo. Na hora em que essas pessoas são institucionalizadas isso não se perde. A história de Pólo de Capacitação foi respondendo enquanto podia, naquela primeira fase de convênio, lembra? O estado de SP faz diferente, ele juntou todas as propostas. O Projeto de Pólo, foi a junção de todos os que estavam pensando em SF. Quando a gente faz uma descentralização é muito consciente, porque há um número enorme de instituições, um estado grande, populoso, quer dizer, as idéias estavam sendo trabalhadas junto, então isso mais descentralizado vai responder mais regionalmente só, mas nunca se perdeu a construção do estado, tanto que eu coordeno, enquanto coordenadora estadual, o Pólo da Grande São Paulo, mas tem uma função de coordenar a Rede, então eu posso falar com o Pólo de Ribeirão Preto, ou com o Pólo de Marília, toda vez que eu sinto necessidade.

9. Que tipo de informação é mais utilizado para implantar e desenvolver a

estratégia de saúde da família?

Acho que primeiro é discutir questões primárias mesmo. Acho que a gente não tem um sistema de custos em saúde nesse país. Eu gasto tanto, vou gastar mais tanto, e o que resolveu? A gente tem que aprofundar essa questão; o que é que você está gastando em saúde e resolvendo em saúde.

Não vamos fazer de todo o conceito ampliado de saúde, mas da assistência tem que ter. E dizer pelo menos um determinante, olha, isso não adianta porque isso extrapola, o problema está mais fora da área da saúde. Isso acho fundamental. ~É importante para gestor, a questão de gastos, porque o orçamento é definido e finito, então não adianta ficar trabalhando uma linda ideia inviável. Como é que se faz isso e transforma pra uma área adscrita de 3 mil pessoas ... como eu vou resolver isso e vai me sobrar para o sistema tanto .

Isso passa pela questão de quanto custa a APS, porque não se sabe, se fala que é importante mas não sabe nem quanto tem, qual é o gasto com atenção primária no país, pode ser 10% e 90% está no resto todo, e fica complicado.

Você tem que ter uma conversa científica para falar com os médicos, com a academia, você tem que estar embasado, você vai falar no CRM, na Universidade, não adianta falar que o programa é lindo e maravilhoso, se eu não tiver embasado, para vencer algumas coisas que eu não consigo vencer, como a sífilis congênita, diminuir a transmissão materno-fetal da AIDS, e se não tiver alguns elementos eu não consigo tb demonstrar que se está trabalhando direito. Ninguém se vê trabalhando errado, o sistema é que faz com que as pessoas trabalhem de uma maneira que não potencializa.

Então é fundamental que você tenha alguma coisa, porque você não muda algumas tendências. Porque suas internações ocorreram, algumas análises de mortalidade, começar a mapear, uma decisão tomada perto da sua casa, perto de onde você trabalha que pode trazer muito resultado.

SF ele tem um apoio/apelo muito rápido com a questão social. Alfabetização, aproveitamento do lixo, canalização do esgoto, qualquer questão da área social é uma possibilidade que está em todos estudos humanos, porque é assim, quando

voce se envolve com o problema. Agora, nós temos um problema com a assistência então nós temos que resolver, temos que começar a dizer que quando eu trago esses problemas, talvez com as questões sociais qualquer setor possa lidar, mas doença só quem pode lidar é o setor saúde, então nós temos que demonstrar que isso também faz um grande enfrentamento da doença, e traz mais saúde.

Não é só da clínica, mas a clínica com olhar da vigilância, quando eu atender voce, que tem hipertensão, eu começar a olhar sua família e dizer: voce está hipertensa, porque será? Será que todo mundo come sal, todo mundo está gordo, todo mundo não anda, etc. Começar a fazer promoção também, porque isso é relativo ao setor. Então as questões da clínica é importante mas a clínica, incorporada junto com a vigilância. Não há instrumentos para isso, nós fomos quebrados na nossa formação.