



ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde







CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

volume **8** ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

COLEÇÃO PROGESTORES | PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS
Brasília, 2007 - 1ª edição



Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 5000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)

ISBN 978-85-89545-16-7



1. SUS (BR). 2. Atenção Básica. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Concepção e Coordenação da Coleção

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação do Livro

Luís Fernando Rolim Sampaio

Silvia Takeda

Elaboração

Antônio Dercy Silveira Filho

Erno Harzheim

Gisele Bahia

Gustavo Diniz Ferreira Gusso

Heloiza Machado de Souza

Luís Fernando Rolim Sampaio

Roberto Vianna

Silvia Takeda

Revisão

Gisela Avancini

Fotos

Soraya Teixeira

Gisele Bahia

Funasa

SES – Roraima

Edição

Adriane Cruz

Vanessa Pinheiro

Projeto gráfico

Fernanda Goulart

Aquarela capa

Mário Azevedo





DIRETORIA do CONASS - 2006/2007

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadores

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

René Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz, Déa Carvalho, Eliana
Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Livia
Costa da Silveira, Lore Lamb, Luciana
Tolêdo Lopes, Márcia Huçulak, Maria
José Evangelista, Maria Luísa Campolina
Ferreira, Ricardo Rossi, Rodrigo Fagundes
Souza e Viviane Rocha de Luiz.

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

SUMÁRIO

Apresentação

- 1 O papel da Atenção Primária na construção do SUS 14**
 - 1.1 Introdução 14
 - 1.2 O papel da Atenção Primária na construção do SUS 15
 - 1.3 Assistência à saúde nos sistemas nacionais e a importância da Atenção Primária à Saúde 16
 - 1.4 A evolução do termo Atenção Primária a Saúde (APS) 17
 - 1.5 Visão do CONASS sobre a APS e a Saúde da Família: CONASS documenta 19
 - 1.6 APS e Promoção da Saúde 21
 - 1.7 Entendendo o que é APS no sistema de saúde 24
 - 1.8 O que queremos com a APS 26
 - 1.9 Desafios para a Saúde da Família 27

- 2 Os fundamentos da Atenção Primária e da Promoção da Saúde 36**
 - 2.1 Introdução 36
 - 2.2 As características da Atenção Primária à Saúde 37
 - 2.3 A Promoção da Saúde 47

- 3 Considerações sobre a Operacionalização da Atenção Primária à Saúde 54**
 - 3.1 Necessidades em Saúde 54
 - 3.2 Planejamento e Programação 63
 - 3.3 Diretrizes e ações programáticas 68

- 4 A Estratégia Saúde da Família 74**
 - 4.1 Integralidade, responsabilidade clínica e territorial da Estratégia Saúde da Família (ESF) 74

4.2 Estrutura e processo de trabalho na ESF 78

4.3 Inserção da ESF na rede de serviços 94

4.4 Conclusão 97

5 As responsabilidades das esferas de governo e o papel da SES na Atenção Primária à Saúde e na Promoção da Saúde 100

5.1 Introdução 100

5.2 Princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 101

5.3 Princípios gerais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) 121

5.4 Conclusão 127

6 O financiamento da Atenção Básica 130

6.1 Bases Legais para o Financiamento no SUS 130

6.2 O financiamento na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 130

6.3 O Piso da Atenção Básica (PAB) 131

6.4 O Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) 132

6.5 O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) 133

6.6 Requisitos mínimos para manutenção da transferência do PAB 148

6.7 Recursos de Estruturação 151

6.8 Incentivos Estaduais em Saúde da Família 153

7 Atenção à Saúde da População Indígena 158

7.1 Introdução 158

7.2 O subsistema de Atenção à Saúde Indígena 161

7.3 Política Nacional de Saúde Indígena 164

7.4 Características Organizacionais dos Serviços de Atenção à Saúde Indígena e Modelo Organizacional 166

7.5 Composições da Rede de Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade 170

7.6 Monitoramento das Ações 174

7.7 Controle Social no subsistema de Saúde Indígena 176

7.8 Indicadores Demográficos e Indicadores Epidemiológicos 177

7.9 Imunização 185



- 7.10 Financiamento 186
- 7.11 Considerações Finais 195

8 As relações entre Saneamento, Promoção e Prevenção da Saúde e Controle de Doenças 198

- 8.1 Introdução 199
- 8.2 As relações entre Saneamento e Saúde 202
- 8.3 Política de Saneamento e desenvolvimento Urbano: Políticas Setoriais 204
- 8.4 Ações de Engenharia de Saúde Pública e de Saneamento vinculadas ao Ministério da Saúde e sob a responsabilidade da Funasa 207
- 8.6 Considerações finais 214



APRESENTAÇÃO



O CONASS, no I Seminário para Construção de Consensos (Sergipe, Julho de 2003), elegeu como prioridade o “fortalecimento da Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial”.

A velocidade de expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia, entretanto, precisa de processos que envolvam gestores, equipes técnicas e profissionais de saúde. Para firmá-la é necessária a aquisição constante de conhecimento técnico-científico; a substituição da visão curativa pela visão prognóstica (no sentido da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva) e a capacidade de produzir resultados positivos que impactem sobre os principais indicadores de saúde e de qualidade de vida da população.

Ciente da necessidade do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como eixo estruturante o Saúde da Família, o CONASS desencadeou ações visando subsidiar os estados neste fortalecimento, entre elas, a parceria com o Conselho Governamental da Universidade de Toronto – Programa Internacional do Departamento de Medicina da Família e Comunitária da Faculdade de Medicina – para o desenvolvimento de uma proposta metodológica de capacitação para as equipes estaduais de APS/ESF e a constituição da Câmara Técnica de APS do CONASS.

Tratar deste tema na Coleção Progestores, demonstra a importância dada pelo CONASS à APS, principalmente se considerarmos as discussões já desencadeadas junto às SES para a conformação de redes de atenção à saúde, entendendo a organização horizontal dos serviços, como centro dinamizador de reorientação do modelo assistencial do SUS.



Outro ponto de extrema relevância é a Promoção da Saúde no SUS, aqui entendida como um dos eixos da APS e a partir da qual se propõe a operacionalização da agenda da promoção. Inserimos, ainda, neste livro, dois temas importantes: Saúde Indígena e as relações entre Saneamento, Promoção da Saúde e Controle de Doenças, visando contribuir para o aprofundamento das discussões, resgatando a importância de uma e o valor determinante da outra para a qualidade de vida da população.

Sabendo ser o início, apresentamos a oportunidade de discussão para o fortalecimento da APS como política incluyente e fundamental para a consolidação do SUS. Este livro oferece a oportunidade de aprofundarmos esta discussão.

Jurandi Frutuoso Silva
Presidente do CONASS





1

O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CONSTRUÇÃO DO SUS

- 1.1 Introdução
- 1.2 O papel da Atenção Primária na construção do SUS
- 1.3 Assistência à saúde nos sistemas nacionais e a importância da Atenção Primária à Saúde
- 1.4 A evolução do termo Atenção Primária a Saúde (APS)
- 1.5 Visão do CONASS sobre a APS e a Saúde da Família: CONASS documenta
- 1.6 APS e Promoção da Saúde
- 1.7 Entendendo o que é APS no sistema de saúde
- 1.8 O que queremos com a APS
- 1.9 Desafios para a Saúde da Família



1.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo introdutório aborda o conceito da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), contextualizando o cenário que levou à adoção do termo AB no Brasil, e explicitando o entendimento de que Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde têm o mesmo significado. Serão apresentados os princípios da APS, detalhados no segundo capítulo, e inicia-se a discussão da importância da Atenção Primária para a eficiência e efetividade dos Sistemas de Saúde, independentemente do estágio de desenvolvimento do país, trazendo algumas recentes evidências da importância da APS publicadas na literatura. Apresenta-se um breve histórico da APS no Brasil e a importância do seu fortalecimento, neste momento específico da história do SUS, apontando evidências de sucesso da estratégia brasileira para APS, que é a Saúde da Família. Finaliza-se com o destaque de alguns desafios agrupados em temas, entre os quais valorização espaço da APS, recursos humanos, gestão da APS e prática das equipes e financiamento, entre outros.

1.2 O papel da Atenção Primária na construção do SUS

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estaduais e municipais), da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a Atenção Primária à Saúde como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes.

Nos países com sistemas de saúde universalizantes e incluídos, como na Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, o tema APS está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Assim, mesmo considerando que tais sistemas têm diferentes arranjos operativos, podem-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade. Esses princípios vêm sendo reforçados pelo acúmulo de publicações, em especial nos países desenvolvidos, que demonstram o impacto positivo da APS na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde.

O Brasil também já apresenta estudos que demonstram o impacto da expansão da APS, baseada, sobretudo, na estratégia de saúde da família (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Além desses, muitos outros estudos estão em curso, seja na esfera federal, seja nos estados, financiados em sua maioria com recursos do Proesf.¹

Uma outra vertente de discussão que vem se dando concomitantemente à implementação e ao aperfeiçoamento da APS como base do sistema de saúde (SUS) é o fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS. Como parte desse movimento

¹ O Proesf é um projeto em curso, com duração total prevista de 8 anos, realizado pelo governo brasileiro com parte dos recursos de empréstimo junto ao Banco Mundial, e que inclui a disponibilização de recursos específicos para as SES, em especial para os componentes de educação permanente e monitoramento e avaliação (para saber mais, ver www.saude.gov.br/proesf).



o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde. Por se considerar a APS o locus privilegiado para a operacionalização da promoção da saúde tratar-se-á conjuntamente dos dois temas neste capítulo.

1.3 Assistência à saúde nos sistemas nacionais e a importância da APS

A noção de proteção social como uma necessidade das populações inclui a universalização do acesso aos serviços de saúde, e surge em resposta à crescente desigualdade social e à ampliação das brechas existentes entre os mais ricos e os mais pobres, em especial na América Latina (BAZZANI, R. et al. 2006). Entretanto, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população é questionável, em especial dentro do modelo centrado no médico e no hospital. Exemplo disso pode ser visto em trabalhos que apontam que uma redução de cerca de 6 a 12 meses na expectativa de vida da população dos Estados Unidos pode ser creditada à iatrogenia médica, sendo essa a terceira causa de óbito naquele país (STARFIELD, 2000; KAWASHI apud Dubot, 2006). Por isso, há que se garantir a universalização do acesso, mas com atenção ao consumo indiscriminado e mercadológico dos serviços de saúde.

Entendendo que a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento, aponta-se a necessidade de traçar estratégias claras, empiricamente suportadas, para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população. Nesse sentido, a APS vem demonstrando ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica,² garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.

² O termo alta densidade tecnológica se refere a equipamentos e instrumentais médico-hospitalares, via de regra de alto custo.



1.4 A evolução do termo Atenção Primária à Saúde (APS)

As diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção primária nos diversos países e continentes, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Tal polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional.

Da atenção primária proposta em Alma Ata³ até hoje, surgiram derivações que apontam o que se considerava avanço ou especificidade em relação à proposta original. Nesse sentido tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva⁴, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada.⁵

³ A Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, aprovou, por unanimidade, como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000”, tendo como definição de atenção primária “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (OMS, 1979).

⁴ Na APS seletiva o conjunto de atividades e serviços são os seguintes: identificação e controle de doenças prevalentes, prevenção e controle de doenças endêmicas, monitoramento do crescimento, técnicas de rehidratação oral, amamentação e imunização; algumas vezes incluíam ainda complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar, educação em saúde, promoção da saúde mental, provisão de drogas. Deve ser diferenciada da atenção primária orientada para a comunidade é uma terminologia utilizada para uma abordagem de atenção primária surgida em áreas rurais da África do Sul na década de 1940, que busca prover serviços integrados de saúde pública e assistência. A partir de alguns pressupostos: definição de uma população-alvo, definição dos programas comunitários a serem desenvolvidos, uso complementar de habilidades clínicas e epidemiológicas; acessibilidade; envolvimento da comunidade na promoção de sua saúde; coordenação das atividades incluindo a integração de diferentes tipos de cuidado, especialidades, serviços e instituições; abordagem da atenção a saúde de largo escopo e inclusiva (Kark & Kark, 1983)

⁵ Para saber mais consulte: OPAS - Renovação da Atenção Primária nas Américas. <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46-13-p.pdf>

No processo histórico brasileiro também são apresentadas diferentes interpretações para a APS. A noção de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde”, acabou por afastar o tema do centro das discussões à época (PAIM, 1998). É interessante observar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo atenção básica para designar atenção primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde (TESTA, 1987). Dessa forma criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, alguns autores (MENDES, 2002 e TAKEDA, 2004), o próprio CONASS e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Assim, é claro que, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF).

Para além da terminologia empregada estão as próprias concepções e práticas de APS, que ainda hoje variam desde “assistência pobre para pobres”, a “base para qualquer reforma de um sistema de saúde”, ou “a chave para alcançar a saúde para todos”.⁶ Segundo Mahler (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) a concepção de APS que vem sendo utilizada no Brasil (ver capítulo 2) coloca o país em posição de vanguarda da discussão no mundo. Entretanto, embora exista um conceito nacional que vem trazendo contribuições para a evolução conceitual e prática da APS mundialmente, identifica-se nos mais de cinco mil municípios brasileiros uma enorme gama de práticas sob a designação de Atenção Básica ou Saúde da Família. Assim, mesmo considerando uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, como pensada pelos formuladores de forma tripartite, pode-se ver, em alguns locais, a APS focalizada ou excludente acontecendo, na prática, no país. Atentando para essa questão podem-se corrigir rumos para a construção do ideal de Atenção Primária à Saúde proposto.

⁶ Apresentado por Hannu Vuori no II Seminário Internacional da Atenção Primária, Fortaleza, Ceará, 2006. Disponível no endereço <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>.

1.5 A visão do CONASS sobre a APS e a Saúde da Família: CONASS documenta

Ao longo dos últimos anos, o CONASS tem contribuído efetivamente para o fortalecimento da APS e para a consolidação da estratégia saúde da família (ESF). Nos parágrafos a seguir destacam-se os principais consensos publicados nas séries CONASS Documenta.

a) CONASS documenta 2

Este documento, intitulado Atenção Primária – Seminário do Conass para Construção de Consensos é resultante das propostas aprovadas no 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, realizado em Salvador, Bahia, nos dias 27 e 28 de novembro de 2003, contando com a presença das secretarias estaduais dos 27 estados brasileiros, cujo tema foi a Atenção Primária à Saúde. No seu conjunto, os Secretários Estaduais de Saúde propuseram que o Programa de Saúde da Família (PSF) deveria ser estabelecido como a estratégia prioritária para o desenvolvimento da APS no SUS, sendo fundamental a promoção de sua articulação, integração e negociações entre gestores e equipes do PSF.

Neste documento ficou clara a visão do CONASS sobre a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo assistencial e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa resolubilidade. Ao incorporar em seus documentos a visão do PSF como uma estratégia de APS, o CONASS deu passo importante na qualificação desta estratégia. O PSF foi considerado como “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social.” É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, devendo se constituir como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, é o (primeiro) contato preferencial com a clientela do SUS.”

Contudo, essa defesa da ESF como a estratégia para reorganização do SUS por meio da APS não impediu o CONASS de apresentar uma visão crítica sobre a ESF naquele momento de sua implantação. Foi realçada a necessidade de ampliar a capacitação de gestão e execução de ações em saúde na ESF a fim de criar condições necessárias para incorporação dos conjuntos de conhecimentos necessários para que as equipes de SF realmente mudassem sua prática assistencial e se promovesse maior integração com outros níveis e áreas do sistema. Para tanto, foram realizadas propostas relacionadas às competências das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em diversos âmbitos, como descrito a seguir:

- definição de diretrizes para implantação das equipes pelas SES;
- definição do número máximo de 750 habitantes por Agente Comunitário de Saúde;
- processo de qualificação e educação permanente de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde pelos Pólos de Educação Permanente independentemente do tamanho da população de cada município; e
- criação de formas de garantir a articulação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de SF com o restante da rede assistencial.

Algumas das propostas originadas deste consenso do CONASS foram posteriormente integradas à Política Nacional da Atenção Básica (por exemplo, número máximo de habitantes por ACS).

b) CONASS documenta 7

Em 2004, seguindo a tendência de produção de consensos, o CONASS publicou documento intitulado Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária com objetivo de apresentar um levantamento da área de Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde, principalmente relacionado ao processo de monitoramento e avaliação. Além disso, este documento também apresentava dois textos com objetivo de subsidiar as equipes estaduais para elaboração de instrumentos e metodologias de monitoramento e avaliação da área de Atenção Primária, a fim de fortalecer a cooperação técnica entre municípios e Secretarias Estaduais. Esse documento

integrava esforços do CONASS dentro do Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde para Cooperação Técnica com os Municípios, com ênfase na Regionalização da Assistência e na Gestão da Atenção Primária. No capítulo 3 deste livro, discute-se de forma aprofundada as responsabilidades e papel das SES na Atenção Primária à Saúde, especialmente a questão de monitoramento e avaliação.

1.6 Atenção Primária à Saúde Promoção da Saúde

Serão introduzidas a seguir as duas políticas nacionais que são objeto primordial deste livro: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e a Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a partir da necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS.

A promoção da saúde é aqui entendida como um dos eixos da atenção primária. Sem desconsiderar o acúmulo teórico-conceitual específico do campo da promoção, bem como a relevância dessa discussão, propõe-se, neste momento, a operacionalização da agenda da promoção a partir da APS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

a) utiliza um conceito ampliado de saúde, visando promover a qualidade de vida, a equidade, e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais; b) busca ampliar a autonomia e a co-responsabilidade da população no cuidado integral à saúde, entendendo como fundamental reduzir as desigualdades, no contexto social mais amplo e das regiões do país, atentando para as questões específicas como



gênero, etnias e raças, opção e orientação sexual, entre outras; e c) aponta para a busca da mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, baseado na atenção individualizada e fragmentada. A PNPS entende que:

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

A política também define como prioridades de atuação para o biênio 2006-2007 as ações voltadas a: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.



A Atenção Básica tem como fundamentos, segundo a PNAB:

- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede serviços;
- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- estimular a participação popular e o controle social.

Para operacionalização da política no Brasil utiliza-se de uma estratégia nacional prioritária, que é a Saúde da Família de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

O entrelaçamento dessas duas políticas vai ocorrer no campo das práticas, nos municípios e nas equipes de APS, como já se tem demonstrado nas experiências em curso no país (Ministério da Saúde, 2006).

1.7 Entendendo o que é Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde

Um sistema é um conjunto articulado de recursos e conhecimentos, organizado para responder às necessidades de saúde da população. A condição de sistema é fundamental para que todos os problemas de saúde possam ser enfrentados.

Um sistema de saúde é entendido como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde. Um ponto de atenção à saúde é um local de prestação de serviços. Como exemplos, destacam-se ambulatórios de atenção primária, unidades de cuidados intensivos, hospitais-dia, ambulatórios de cirurgia, ambulatórios de atenção especializada, serviços de atenção domiciliar. Tais pontos pressupõem relações mais horizontalizadas entre os serviços, além de novas formas de articulação e de gestão destes.

No contexto brasileiro e internacional, estudos voltados a entender as necessidades de saúde da população e seus determinantes, bem como conhecer os padrões de utilização dos serviços de saúde, demonstraram que algumas características são comuns às mais diversas populações,⁷ e outras, são muito particulares.

A análise das características comuns⁸ às diversas populações orienta a organização de sistemas de serviços de saúde, conformando sistemas. Com base nessas características foi sistematizada uma proposta que vem sendo aperfeiçoada

⁷ Embora os diferentes países/territórios tenham uma imensa diversidade cultural (por exemplo, raça, etnia, situação socioeconômica, estado de saúde, afiliações religiosas e políticas), existem aspectos comuns entre as pessoas e suas preocupações com saúde.

⁸ Características comuns às diversas populações: (a) embora seja ampla a variedade de problemas de saúde das populações, existem alguns muito freqüentes, responsáveis por cerca da metade de toda a demanda trazida pela população; (b) Os problemas de saúde apresentados por qualquer população são de diversas naturezas, de todos os órgãos e sistemas e com freqüência não estritamente médicos; (c) entre os problemas mais freqüentes em qualquer população, encontram-se alguns de grande complexidade, exigindo intervenções sobre indivíduos, famílias e grupos sociais, bem como englobando elementos cognitivo-tecnológicos de diferentes disciplinas, como a biomedicina, sociologia, antropologia, psicologia, educação etc. Apesar disso, tais problemas implicam menor custo financeiro, pois exigem menor densidade tecnológica (equipamentos) para sua resolução.

nos últimos 30 anos (ver quadro 2) e que atualmente vem sendo adotada por um número cada vez maior de países que é justamente a Atenção Primária à Saúde (APS).

A análise das características particulares⁹ a cada população (os aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde) orienta a organização local de cada serviço.

A APS é, então, uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial (com valores, princípios, e elementos próprios – ver quadro 1), por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

A APS é também uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde. Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Não difere, nos princípios, de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.

⁹ É para responder às características particulares de cada população que o modo de fazer APS se modifica: a lista de problemas mais comuns pode variar nos diferentes territórios e conseqüentemente pode variar o tipo de profissional a compor a equipe multidisciplinar bem como as habilidades necessárias; o acolhimento pode ser um enfoque mais ou menos necessário, assim como outras formas de organização dos serviços.



A atenção primária tem aspectos únicos, próprios dela, que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. Para realmente se entender o que é a APS deve-se conhecer os elementos que a constituem (ver quadro 1) e como se articulam.

No Brasil pode-se dizer que o sistema de saúde que se busca, com os avanços e conquistas próprias, está perfeitamente afinado com a APS, pois se identificam os valores e princípios essenciais para estabelecer as prioridades nacionais (ver quadro 1): um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, e a solidariedade, utilizando um conceito amplo de saúde.

1.8 O que queremos com a Atenção Primária à Saúde

Como foi dito anteriormente, a APS busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

Nesse sentido a estratégia brasileira para APS, que é a Saúde da Família, tem sido positiva. A pesquisa Saúde da Família no Brasil – Uma análise de indicadores para a atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) descreve comparativamente, no período de 1998 a 2004, a evolução de oito indicadores de saúde, segundo estratos de cobertura da Saúde da Família no Brasil, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), renda e porte populacional dos municípios.

Como tendência geral, o grande impacto do PSF no sentido de melhorar os indicadores de saúde foi observado nos agrupamentos de municípios com IDH baixo ($< 0,7$). Esta observação é muito importante por traduzir que a estratégia de saúde da família é um fator de geração de equidade. Ao demonstrar melhores resultados nesse agrupamento de municípios de IDH mais baixo, conseguiu aproximar os indicadores desses, dos municípios de renda e IDH mais alto, reduzindo a brecha existente entre os dois grupos de municípios. Também o estudo de Macinko, Guanais



e Souza em que foram avaliadas variáveis para redução da mortalidade infantil, a Saúde da Família apresentou-se como a segunda variável mais importante, somente causando menor impacto que os anos de escolaridade materna. O estudo demonstrou que a SF superou o acesso a água tratada como fator de redução da mortalidade. Também confirmou que a número de leitos hospitalares per capita tem um peso pequeno nesse indicador.

1.9 Desafios para a saúde da família

A título de conclusão deste capítulo introdutório, levantaremos alguns desafios para a Estratégia Saúde da Família (ESF) que vêm sendo apontados em encontros nacionais e internacionais, discussões de grupos e oficinas sobre o tema promovidos pelo Ministério da Saúde, CONASS, Conasems, Opas, Secretarias Estaduais e Municipais e instituições acadêmicas, a partir de notas dos autores. Todos os pontos aqui apontados serão discutidos nos capítulos subseqüentes de forma mais detalhada, incluindo propostas em implantação no país.

1.9.1 Valorização política e social do espaço da Atenção Primária à Saúde

O desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influem na definição dos rumos do país. A ESF, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. A fragmentação é coerente com o paradigma flexneriano, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da saúde. Esse modelo fragmentado também se mostra muito mais coerente com as demandas



do mercado do que com uma proposta abrangente de atenção primária. Felizmente, seja pelo caminho de redução e racionalização dos custos, seja pelo caminho das evidências de melhores resultados, da busca da equidade e da maior solidariedade na sociedade, há um reforço e valorização mundial da APS. Também é importante que o Brasil avance na construção desse campo de conhecimento e de prática, ainda pouco explorado pela academia brasileira, deixando ao largo preconceitos e idéias pré-formatadas, ainda não superadas, dos pacotes assistenciais dos anos 1980 e 1990.

A título de exemplo, a desvalorização da APS se reflete na dificuldade de captação de médicos nas residências de medicina de família, nas dificuldades de muitos atores de deixar de tratar a APS como o “postinho de saúde”, e dos usuários de reconhecer que esse espaço é crucial para apoiá-los no emaranhado de serviços e tecnologias disponíveis nos sistemas de saúde.

1.9.2 Recursos humanos

Um segundo grupo de desafios, e talvez o mais importante, como componente estrutural, refere-se aos recursos humanos. Esse desafio inicia-se na gestão da APS nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público, de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da APS.

Esse grupo de desafios tem raízes no processo de formação dos profissionais, que, apesar dos esforços de mudança conseqüentes em especial à expansão da SF, persiste distante das necessidades do SUS de integração de conhecimentos clínicos e de saúde coletiva. É urgente, também, a necessidade de qualificação do processo de educação permanente dentro da perspectiva de atendimento à demanda social, de um sistema de saúde resolutivo e eficiente, aumentando a presença das universidades junto à estratégia de SF.

Outro foco é o da capacitação e educação permanente de gestores municipais e locais, que muitas vezes não contempla aspectos da APS, cruciais para o cotidiano das ações desses atores.





Uma importante estratégia nesse sentido foi a decisão do CONASS de oferecer, em parceria com o Ministério da Saúde e a Universidade de Toronto, formação para as equipes estaduais de gestão da APS.

Vale destacar que o nó crítico mais citado pelos gestores é a falta de médicos de família e comunidade com perfil e capacidade técnica, e em quantidade suficiente para atender ao processo de expansão em curso. Mesmo com o esforço do aumento de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), muitas delas nem mesmo são preenchidas. O que se espera são passos concretos dos órgãos formadores para a criação de estruturas que sejam o espaço desses profissionais nas universidades. Nesse sentido, aponta-se que as experiências internacionais mais recentes como Canadá e Espanha passaram pela criação de departamentos de medicina de família nas faculdades de medicina como um importante definidor da decisão política de se avançar na consolidação e reconhecimento desses profissionais.

Pensando ainda no desafio da valorização do espaço da APS, que em relação aos recursos humanos se espelha na valorização dos profissionais, é fundamental buscar estratégias diversas que considerem a complexidade dos problemas. Certamente não é só por meio dos salários que se vai resolver a questão. O reconhecimento social desses profissionais, a possibilidade de educação permanente, a melhoria da infraestrutura das unidades, a possibilidade de participação em congressos e eventos e o estímulo a produção intelectual são cruciais para a fixação dos profissionais e a possibilidade de viabilizar-se os princípios da APS (ver capítulo 2). Também deve-se atentar para as formas de contratação que garantam a perenidade dos profissionais da APS, com adoção de planos de carreira e remuneração adequadas para todos profissionais da ESF, respeitando os arranjos locais garantidos em lei.

Um terceiro grupo de desafios está na inserção da APS com todo seu potencial organizador nos sistemas municipais de saúde, no seu papel de coordenação do cuidado. Em primeiro lugar estamos falando de uma rede de serviços que ultrapassa 50 mil unidades, quase que exclusivamente públicas. Essa magnitude, por si só, demonstra a complexidade da integração e coordenação da rede a partir da APS. Também não se deve esperar que um dos processos mais complexos na construção de um sistema de saúde, que é a articulação dos pontos de atenção em rede, seja solucionado rapidamente com a implantação de uma única estratégia.



Responsabilizar univocamente a Saúde da Família é um erro. Sem dúvida precisa-se ampliar a inserção da ESF no sistema, melhorando a articulação, comunicação e a capacidade de coordenação do cuidado pela ESF nos diversos pontos do sistema de saúde, bem como é necessário manter a ampliação da cobertura, pois já existem evidências que grupos de municípios com coberturas superiores a 70% apresentam melhores resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

1.9.3 Duplicação das redes de atenção

Outra questão derivada dessa discussão é a duplicação de redes de atenção com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que atuam em um mesmo território gerando, entre outros problemas, competição pela clientela, dificultando a vinculação da população, conflitos entre as equipes com desqualificação do trabalho destas diante da população usuária e gastos adicionais desnecessários. Soma-se a isso a fragilidade da gestão na maioria dos mais de 5 mil municípios, muitos dos quais nem mesmo possuem estruturas organizadas de gestão em saúde, bem como a baixa capacidade de apoio técnico de muitas das SES e, em especial, de suas estruturas regionais, que são, em última instância, o primeiro ponto de contato do gestor municipal com o sistema regional e estadual de saúde.

1.9.4 Prática das equipes

Um quarto grupo de desafios localiza-se na prática das equipes. Promover a integralidade do cuidado em suas diversas vertentes é um enorme desafio para as equipes. Pode-se entender a integralidade inicialmente pela capacidade da equipe em se articular internamente, em um trabalho em equipe e não em grupo. Isso significa mudar a prática cotidiana. Um segundo aspecto é a capacidade das equipes de atuar integrando as diversas áreas programáticas com a demanda espontânea, respondendo de forma equilibrada a essas duas demandas. O terceiro aspecto é a necessidade de prover serviços para tratamento e reabilitação, mas também atuar

nos controle dos riscos e danos em seu território, prevenindo agravos e promovendo a saúde com ações de cunho individual, de grupos e populacional. O quarto ponto diz respeito a interação com a comunidade e a capacidade de ação intersetorial em seu território. Temos que atentar para que não sejam transferidas às equipes de Saúde da Família responsabilidades de ações intersetoriais que são do gestor.

1.9.5 Financiamento

Um quinto grupo está relacionado ao financiamento. Como todas as outras ações e políticas no SUS, a APS não conta com os recursos suficientes. Destaca-se que alguns estados já implantaram incentivos específicos para atenção primária e para a saúde da família, alguns deles vinculados ao desempenho, o que é extremamente positivo nesse momento de qualificação da APS (ver detalhamento no capítulo 4). Em relação à redução de custos, criticada por alguns autores como o eixo de prioridades da APS, é claro que essa só será possível com a racionalização da utilização e do consumo de serviços de custo elevado. Entretanto, ainda estamos em um movimento nacional de universalização do acesso, dentro do processo de construção do SUS, e muitos gestores apontam que a saúde da família tem ampliado despesas e não as reduzido. O que se espera nesse momento é qualificar a porta de entrada para que se possa cumprir o papel de dar acesso de forma racional a todos.

1.9.6 Avaliação e instrumentos de gestão

Para finalizar, existem os desafios da avaliação e da utilização de uma gama importante de instrumentos de gestão disponíveis como o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), o Pacto da Atenção Básica, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e a Programação para Gestão por Resultados (Prograb). Esses são instrumentos construídos em parceria do Ministério da Saúde com o CONASS e as SES, como o Conasems as SMS e outros atores que podem ser utilizados no processo de qualificação.



Várias estratégias vêm sendo usadas na busca da superação dessas dificuldades. Transformar a saúde da família de um programa a uma estratégia dentro de uma política nacional é um desses avanços. Espera-se que este livro se torne mais uma contribuição nesse sentido.



Quadro 1

VALORES, PRINCÍPIOS E ELEMENTOS DE UM MODELO DE SAÚDE BASEADO NA AP E DO MODELO DE SAÚDE ADOTADO PELO BRASIL. MODIFICADO DO QUADRO DA OPS.

SUS – BRASIL A SAÚDE DA FAMÍLIA	
VALORES Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas no interesse público.	<ul style="list-style-type: none">– UNIVERSALIDADE– EQÜIDADE– INTEGRALIDADE– PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
PRINCÍPIOS Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.	<ul style="list-style-type: none">– TERRITORIALIZAÇÃO– INTERSETORIALIDADE– CARATER SUBSTITUTIVO (baseado na pessoa e não na doença)– EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS– BASEADO NAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS POPULAÇÕES– VOLTADO PARA A QUALIDADE
ATRIBUTOS (ou elementos ou características da APS) São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.	<p>Únicos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none">– PRIMEIRO CONTATO– INTEGRALIDADE– LONGITUDINALIDADE– COORDENAÇÃO <p>Derivados dos anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none">– Enfoque na pessoa (não na doença) e na família– Valorização dos aspectos culturais– Orientado para a comunidade <p>Não únicos da APS, mas essenciais:</p> <ul style="list-style-type: none">– Registro adequado– Continuidade de pessoal– Comunicação– Qualidade clínica– Defesa da clientela (advocacia)

Quadro 2

AS DIFERENTES INTERPRETAÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
APS seletiva Um conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.	A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento (Gofin; Gofin, 2005).*
Um nível de Atenção em um sistema de serviços de saúde.	APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.
Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde **	Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: serviços acessíveis, relevantes às necessidades de saúde; funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.
Uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde.	<p>Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; auto-responsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006).</p> <p>Não difere nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais equidade em saúde.</p>



2

OS FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 Introdução

2.2 As características da Atenção Primária à Saúde

2.3 A Promoção da Saúde



2.1 Introdução

Nos últimos anos, acumularam-se evidências de que um sistema de saúde baseado na Atenção Primária¹⁰ (APS) alcança melhores resultados à saúde das populações. As evidências provêm de estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; ALMEIDA; BARROS, 2005; STARFIELD, 2004; WYKE; CAMPBELL; MACIVER, 1992; BOWLING; BOND, 2001) e apontam quais características da APS podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menores custos, ser mais satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais.

Este capítulo abordará, na primeira seção, as características da Atenção Primária que estão relacionadas a oportunidades de melhores resultados em saúde, discutindo conceitos, vantagens e limitações em cumpri-las.

Embora não haja dúvidas da contribuição dos serviços de saúde e da forma de organização destes serviços para a qualidade de vida dos indivíduos e das populações, esta contribuição encontra seus limites. Equidade e maior qualidade de

¹⁰ A Atenção Primária no Brasil é denominada Atenção Básica. Para maiores detalhes, ver capítulo introdutório.



vida exigem que se enfrente o conjunto de determinantes da saúde, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial e a mobilização da população: a segunda seção deste capítulo apresenta, então, a proposta da Promoção da Saúde.

2.2 As características da Atenção Primária à Saúde

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006; TAKEDA, 2004). Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 1994; VUORI, 1982).

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A Atenção Primária se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos.¹¹ Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos, nos espaços comunitários, observa-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente a ser dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas, quanto com seus problemas.

A Atenção Primária tem, portanto, qualidades únicas, que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. Para realmente entendermos o que é a APS, devemos conhecer os elementos que a constituem (ver tabela 1). Para fins didáticos, essas características são, a seguir, apresentadas separadamente, mas salienta-se que elas são interdependentes e complementares.

2.2.1 Primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde)

Primeiro contato¹² significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Um serviço é porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Para isso,

¹¹ Médicos de família e comunidade são procurados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça, mal-estar etc.), e freqüentemente estes sintomas nunca evoluem para uma patologia. Diferentemente dos especialistas em enfermidades (cardiologistas, neurologistas, gastro-enterologistas etc.) que mais comumente recebem pacientes quando os problemas se encontram em estágios avançados e, portanto, em fases em que a patologia encontra-se mais definida. Equipes de APS têm capacidade para lidar com vários problemas ao mesmo tempo (exemplo: mulher, 45 anos, com diabete, hipertensão e obesidade, cujo marido etilista encontra-se desempregado, e o filho menor enfrenta dificuldades escolares – a situação em seu conjunto caracteriza-se como de grande complexidade, exigindo atuação de uma equipe que atue interdisciplinarmente, o que não ocorre na atenção secundária).

¹² O conceito de “porta de entrada” ou “primeiro contato” aqui utilizado encontra-se no contexto da organização de sistemas de serviços de saúde em atenção primária, secundária e terciária/quaternária. A atenção primária, capaz de responder a cerca de 85% das necessidades de saúde das populações, é considerada a mais adequada porta de entrada ao sistema de saúde para virtualmente todas as demandas. Serviços de emergência não se caracterizam como um “nível” de atenção à saúde e a proporção de necessidades a que foram desenhados para responder (as emergências) é pequena no conjunto de necessidades das populações. Portanto, não são considerados “porta de entrada” dentro deste conceito ampliado.

deve ser de fácil acesso e disponível; se não o for, a procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema (STARFIELD, 2004).

O acesso tem dois componentes:

- a) o acesso geográfico, que envolve características relacionadas a distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado;
- b) o acesso socioorganizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso; o mesmo ocorre com: as horas de disponibilidade da unidade de saúde; a oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a unidade de saúde não está disponível; a facilidade de acesso para portadores de deficiências físicas e idosos; o tempo médio gasto na sala de espera; a ausência de dificuldades com linguagem; as barreiras relacionadas a gênero; as acomodações; a aceitabilidade das diferenças culturais; a disponibilidade de brechas para consultas de emergências; o intervalo de tempo entre marcar e consultar; a disponibilidade para visitas domiciliares; a oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço; a busca ativa etc. A organização da agenda para garantir consultas programadas permite que as ações de promoção e prevenção em saúde, tais como acompanhamento pré-natal e aconselhamento em doenças crônicas, sejam realizadas.

A utilização dos serviços de APS pela população depende da boa resolatividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não da doença), na família e na comunidade.

As equipes do Saúde da Família têm inovado na busca de formas que garantam acessibilidade e maior utilização da APS como primeiro contato com o sistema de saúde. O acolhimento,¹³ a exposição de cartazes com horários de funcionamento

¹³ Acolhimento é uma proposta de organização do atendimento da demanda espontânea nos serviços de saúde, de forma que todas as pessoas que procurarem os serviços tenham suas demandas ouvidas e encaminhadas a alternativas de solução de forma humanizada.

e disponibilidade dos integrantes da equipe, os turnos vespertinos e agenda em sábados são alguns exemplos de esforços nesse sentido. O trabalho em parceria com as comunidades para diminuir as barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços é essencial.

As diretrizes da estratégia Saúde da Família buscam a ampliação do acesso e da utilização dos serviços de APS como porta de entrada ao sistema, ao proporem que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território.

2.2.1.1 AS VANTAGENS DO PRIMEIRO CONTATO

A utilização de um serviço de APS como o primeiro recurso de saúde por uma determinada população traz as seguintes vantagens (FORREST; Starfield, 1996; STARFIELD, 1985; FIHN; WICHER, 1988; HURLEY; FREUND; GAGE, 1991; MOORE, 1979; MOORE; MARTIN; RICHARDSON, 1979; O'TOOLE et al., 1996; ROOS, 1979).

- a) Ocorre redução dos seguintes aspectos: número de hospitalizações; tempo de permanência no hospital quando ocorre hospitalização; número de cirurgias; uso de especialistas em doenças; número de consultas para um mesmo problema; número de exames complementares.
- b) É maior: o número de ações preventivas; a adequação do cuidado; a qualidade do serviço prestado; a oportunidade da atenção (maior chance que ocorra no tempo certo).
- c) As equipes de saúde, especialistas em APS, lidam melhor com problemas de saúde em estágios iniciais, utilizando a adequada abordagem: ver, esperar e acompanhar (STARFIELD, 1994) em contraposição aos especialistas em doenças que, acostumados a ver problemas em fases mais adiantadas, solicitam mais exames complementares e realizam mais procedimentos.

2.2.1.2 OS DESAFIOS DA PORTA DE ENTRADA NO SUS

A utilização da Atenção Básica como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação do Saúde da Família, seja ampliando o acesso das populações aos serviços, seja disponibilizando uma gama maior de ações de promoção, prevenção e tratamento. Porém, muitos desafios precisam ainda ser enfrentados para que se alcance mais *equidade* e se observe, traduzidos nos indicadores de morbi-mortalidade, melhores resultados em saúde. Destacam-se a valorização da APS na rede de serviços de saúde, o aumento da resolutividade da APS e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população.

Os serviços de emergência são ainda inadequadamente utilizados por grande parcela da população. Embora sejam as melhores portas de entrada na ocorrência de emergências,¹⁴ não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações, os demais elementos da APS (ver a seguir).

A cultura da busca pelo especialista e da livre demanda, próprias do modelo médico hospitalocêntrico, já é questionada. Vários países restringem o acesso a especialistas ao encaminhamento do médico da atenção primária, com repercussões positivas nos custos e na eficiência do sistema (SAMPAIO; SOUZA, 2002).

2.2.2 Longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização)

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização, contidos na proposta brasileira, referem-se a esse conceito.

¹⁴ Emergência: situação imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida e/ou sofrimento intenso que exija atendimento médico em 24 horas ou de forma imediata (Ministério da Saúde, 2001).



A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que significa uma unidade de saúde com equipes estáveis. A rotatividade de pessoal nas equipes de saúde é um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade.

A continuidade do cuidado, por outro lado, significa o acompanhamento durante um episódio de doença. Não é uma particularidade da APS, ocorrendo também nos demais níveis de atenção.

2.2.2.1 AS VANTAGENS DA LONGITUDINALIDADE

A longitudinalidade está associada a diversas vantagens (WASSON et al., 1984; STEWART et al., 1997; BAKER, 1996; BAKER; STREATFIELD, 1996; RODEWALD et al., 1997), incluindo a menor utilização de serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados, menor frequência de doenças preveníveis, maior satisfação das pessoas com o atendimento e custo total mais baixo.

Quando há estabilidade dos profissionais e dos serviços se observa com maior frequência que:

- os tratamentos instituídos são completados;
- são realizadas mais ações de prevenção, há melhor utilização dos serviços de saúde pela população que compreende e respeita os alcances e os limites das equipes de saúde;
- ocorre menor proporção de hospitalizações;
- aumenta a capacidade dos profissionais em avaliar adequadamente as necessidades das pessoas;
- há maior integralidade do cuidado e coordenação das ações e serviços; e
- há maior satisfação dos usuários.

A longitudinalidade é especialmente vantajosa para pessoas com doenças crônicas e em co-morbidades, situações muito frequentes e que exigem da APS uma reestruturação dos serviços, cuja tradição é organizarem-se para o enfrentamento de problemas agudos.



2.2.2.2 OS DESAFIOS DA LONGITUDINALIDADE NO SUS

Os desafios da longitudinalidade no Brasil estão especialmente relacionados à rotatividade de profissionais nas equipes de saúde, e à qualidade do registro das informações em prontuários.

2.2.3 Integralidade (ou abrangência)

Cuidado integral é a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, seja:

- a) resolvendo-os, o que pode ocorrer em 85% das situações (STARFIELD, 1994), por meio da oferta de um conjunto de ações e serviços, descritas no capítulo 3; ou
- b) referindo aos outros pontos de atenção à saúde, que pode ser aos cuidados secundários, terciários, ou a outros setores (educação, saneamento, habitação etc.).

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária; e a abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes.

Uma condição essencial para a integralidade é a atuação interdisciplinar das equipes de saúde: cotidianamente se apresentam nas unidades de saúde e territórios das equipes de APS situações cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas.

A condição estrutural para que a integralidade se dê é a disponibilidade de uma variedade de serviços, incluindo recursos que normalmente não são utilizados nos cuidados secundários, tais como visitas domiciliares, ações junto a organizações comunitárias (creches, clubes de mães, grupos de apoio etc.), e articulações inter-

setoriais para estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Decidir quais são os serviços adequados é uma importante atividade e deve estar baseada no conhecimento das necessidades da população.

2.2.3.1 AS VANTAGENS DA INTEGRALIDADE

A integralidade do cuidado está associada a mais ações de prevenção, maior adesão aos tratamentos recomendados e maior satisfação das pessoas (RUSSELL, 1986; SIMPSON; KOREMBROT; GREENE, 1997).

2.2.3.2 OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NO SUS

Os desafios da integralidade no Brasil estão menos relacionados ao conceito amplo de saúde e mais relacionados a problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos, e a problemas na organização dos serviços.

2.2.4 Coordenação do cuidado (ou organização das respostas ao conjunto de necessidades)

Coordenação,¹⁵ o quarto componente, é essencial para o sucesso dos demais. Um conceito amplo de saúde permite que as várias necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades sejam identificadas, e uma equipe multidisciplinar entre em ação para responder a essas necessidades. Contudo, é fundamental que haja coordenação das ações/respostas. Sem coordenação, a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa.

A essência da coordenação é a informação: a disponibilidade de informação (sobre a pessoa, sua história, seus problemas, as ações realizadas, os recursos disponíveis, propiciada pelos sistemas de informação, mecanismos de transmissão da informação e comunicação); e a utilização da informação, possibilitada pela fácil

¹⁵ A coordenação tem sido equivocadamente confundida com gerenciamento da Atenção Básica.

obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações prévias, por mecanismos de referência e contra-referência e recomendações escritas aos pacientes.

Os desafios da coordenação se fazem em diferentes contextos:

- a) na unidade de saúde, quando vários membros da equipe dispõem de diferentes aspectos da informação do paciente;
- b) entre diferentes serviços nos casos de referência e contra-referência; e
- c) entre diferentes setores tais como educação, saneamento, transporte etc.

A melhora da coordenação do cuidado é um desafio crucial para que a APS ocupe seu papel no sistema de saúde (“APS como base, estrutura do sistema de saúde”).

2.2.4.1 AS VANTAGENS DA COORDENAÇÃO

Muitas vantagens estão associadas à coordenação do cuidado (STARFIELD et al., 1977; SIMBORG et al., 1876; VIERHOUT et al., 1995): melhor identificação dos problemas de saúde; melhor adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento; menos hospitalizações; e menor solicitação de exames complementares.

Os desafios da coordenação no SUS

Este componente da APS ainda precisa ser fortalecido no Brasil, salientando-se alguns desafios:

- melhora da qualidade da informação nos prontuários de saúde, para permitir que haja coordenação do cuidado dentro da equipe multidisciplinar de saúde;
- a constituição de redes de atenção, otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede; assegurando os mecanismos de comunicação que qualificam o cuidado (a referência e a contra-referência);

- informatização dos sistemas de informações, permitindo que o acompanhamento das informações relativas aos pacientes esteja disponível em qualquer ponto da rede de serviços de saúde.¹⁶

A tabela 1 descreve o conjunto das características da APS, segundo STARFIELD (2004). Neste texto foram enfocadas as quatro características próprias da APS, mas registramos ainda duas características que são derivadas das já descritas:

- a competência cultural, que trata da capacidade das equipes de saúde em reconhecer as múltiplas particularidades e necessidades específicas de sub-populações, que podem estar afastadas dos serviços pelas peculiaridades culturais, como diferenças étnicas e raciais, entre outras; e
- a orientação comunitária, que se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/populações se relacionam ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento desse contexto social.

Estas duas características têm os agentes comunitários de saúde como atores importantes para sua viabilização na experiência brasileira.

Para finalizar esta seção, destacamos a coerência da opção brasileira, traduzida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com os valores, os princípios e os atributos da APS como é entendida internacionalmente (OPS/OMS, 2005).

¹⁶ O Cartão Nacional de Saúde foi enunciado pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, como forma de identificar a clientela do Sistema Único de Saúde, explicitando ao mesmo tempo sua vinculação a um gestor e a um conjunto de serviços bem definido, cujas atividades devem cobrir, integralmente, todo o escopo de atenção à saúde do cidadão, como estipula a Constituição. O Cartão deve identificar o cidadão, garantindo seu atendimento em todo território nacional. Além dessas finalidades, espera-se, ainda, que ele instrumentalize outros processos relacionados às atividades de gestão, a fim de: possibilitar um acompanhamento das referências intermunicipais e interestaduais; possibilitar o acompanhamento do fluxo dos usuários no sistema de saúde; subsidiar o planejamento e a definição das prioridades nas ações de saúde e o acompanhamento das políticas realizadas, por meio da mensuração da cobertura das atividades desenvolvidas e detecção de pontos de estrangulamento do sistema de saúde; facilitar a integração dos dados dos Sistemas de Informações de Base Nacional gerenciados pelo Ministério da Saúde, estados e municípios; permitir o aporte de outros dados importantes para sua análise; e subsidiar processos de regulamentação do sistema de saúde e de racionalização da utilização de recursos humanos, físicos e financeiros.

2.3 A Promoção da Saúde

A promoção da saúde¹⁷ – definida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde como “um processo que confere à população os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde” (WHO, 1992), propõe a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes desta. A Organização Pan-americana da Saúde reconhece a promoção da saúde como prioridade programática, e reitera a importância da participação da sociedade civil e da ação intersetorial, definindo-a como: “uma soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva”. Refere-se a ações exercidas sobre os condicionantes e determinantes e que estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações. Além da ação intersetorial e intra-setorial, ainda se caracteriza por ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres, enfim, de ampliação de poder de cidadania. Ações de promoção de saúde como práticas sanitárias referem-se a práticas coletivas, voltadas para a definição de políticas, preservação e proteção do ambiente físico e social, com o apoio de informação, educação e comunicação dirigida aos profissionais e à população;

Por meio da Portaria n. 687/GM de 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como objetivo

... a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e bens e serviços essenciais”.

¹⁷ A promoção da saúde pode ser entendida como: a) um nível de prevenção da saúde (LEAVELL; Clark, 1976), significando realizar ações de saúde antes que um fator de risco se instale – e como exemplo temos as atividades de educação em saúde para adolescentes que não iniciaram a fumar; e b) uma estratégia para alcançar melhor qualidade/condições de vida e saúde, que partindo de uma concepção ampla do processo de saúde-enfermidade e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, a articulação dos diferentes setores públicos (BUSS, 2000).

A Promoção da Saúde é apresentada, neste livro, como um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS, uma estratégia para enfrentar as grandes desigualdades socio-sanitárias encontradas no Brasil (BRASIL, 2006).



Para o alcance desse objetivo, a Promoção da Saúde precisa ser compreendida como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Dois grandes grupos de abordagens são identificados na Promoção de Saúde:

- desenvolvimento de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando estilos de vida, concentrando-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança, que estariam, pelo menos em parte, sob controle dos próprios indivíduos (por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito); e
- entendimento que a saúde é resultado de um amplo espectro de fatores/determinantes múltiplos, relacionados com a qualidade de vida, e que incluem: um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação, e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Segundo esta abordagem as atividades estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao meio ambiente, compreendido como ambiente físico, político, econômico e cultural, alcançados por meio de políticas públicas que propiciem condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (e as escolhas saudáveis serão mais fáceis) e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empoderamento).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde deve ser formulado e implementado em torno de cinco pontos:

- a) desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis;
- b) o incremento do poder técnico e político das comunidades (empoderamento);
- c) o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida;



- d) a reorientação dos serviços de saúde; e
- e) a criação de ambientes favoráveis à saúde (WHO, 1992).

2.3.1 Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e articuladas intersetorialmente

A saúde é entendida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

Os pré-requisitos e as perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde, demandando uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia.

2.3.2 O incremento do poder técnico e político das comunidades (empoderamento)

As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres. As pessoas devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. É necessário reforçar a ação das comunidades, seja na escolha de prioridades, na tomada de decisões, definição e implementação de estratégias. Para isso faz-se necessário o acesso contínuo às informações e às oportunidades de aprendizagem sobre as questões do campo da saúde.



2.3.3 O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida

É imprescindível a divulgação de informações sobre educação em saúde tanto no lar, na escola, no trabalho e nos demais espaços coletivos. Diversas organizações devem responsabilizar-se por estas ações, e aqui se encontra um espaço privilegiado de ação da APS.

2.3.4 Reorientação dos serviços de saúde

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Essa postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que se focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

2.3.5 A criação de ambientes saudáveis

Implica a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático das mudanças que o ambiente produz sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, lazer, lar, escola e a própria cidade.

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada estado e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.





A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos.







3

CONSIDERAÇÕES SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 3.1 Necessidades em Saúde
- 3.2 Planejamento e Programação
- 3.3 Diretrizes e ações programáticas

Este capítulo abordará a operacionalização da Atenção Primária, com enfoque principal na relação entre as equipes de saúde da família com a gestão e vice-versa. As questões que permearão o capítulo são: por que planejar as ações, como fazê-lo e quais os passos necessários para se colocar o plano em prática. E a tônica é a relação das demandas dos pacientes e das equipes de saúde da família com a gestão.

É característica singular do SUS a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão e para o cumprimento adequado das macrofunções da gestão estadual na APS (formulação da política, planejamento, co-financiamento, formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual) é fundamental ao gestor estar preparado para auxiliar os municípios nas suas funções de gestão e de execução das ações e serviços de APS e na identificação das necessidades de sua população

3.1 Necessidades em Saúde

O SUS é um sistema de acesso universal e implementado em um país de dimensões continentais, o que o torna complexo e difícil de ser gerido. O gestor precisa trabalhar com planejamento, estimativas e metas. Quando uma determinada ação é prevista pelo gestor, imediatamente há repercussões na ponta do sistema,

que passa a considerá-la uma necessidade. Por outro lado, quando o gestor não prevê a necessidade da ação, pode ser pego de surpresa por uma demanda que não havia planejado. Isso pode levar a um embate com as equipes de saúde, sobre a real necessidade de tal ação. Tal embate tem implicações legais, científicas e socioculturais.

3.1.1 Rastreamentos

Nos últimos anos, após o controle de grande parte das doenças infecciosas e o crescente envelhecimento da população, as ações voltadas para a prevenção primária e secundária, como mudanças de hábitos de vida e detecção precoce de doenças, passaram a ser protagonistas e aumentaram sua participação no número de ações e no custo global do sistema de saúde. As ações em saúde tiveram seu enfoque modificado desde a atenção aos doentes para a atenção a toda a população (doentes e não doentes). Atualmente, as crianças fazem puericultura, as mulheres fazem Papanicolaou e pré-natal, e todos os adultos são convidados para rastreamentos de rotina periodicamente. Assim, as ações de rastreamento passaram a ser preocupação das pessoas, dos médicos e dos gestores.

Mas como se origina uma ação de rastreamento? Tomamos como exemplo a mamografia. Quando o mamógrafo foi desenvolvido, não era nada mais do que uma máquina. Depois, aventou-se a hipótese de usá-la para detecção precoce de câncer de mama e, para tal propósito, foi feito um estudo ainda na década de 1950 (LERNER, 2003). A mamografia se mostrou eficaz na detecção de câncer antes da possibilidade de sua palpação e também se mostrou efetiva, pois poderia ser usada no sistema de saúde por diferentes radiologistas. Porém, para uma ação ser colocada em prática, ela deve ser também eficiente e viável financeiramente. A análise de custo-efetividade traz à tona toda a complexidade da operacionalização das ações.

Com o exponencial desenvolvimento tecnológico e o conseqüente aumento de custo, é mandatório para o gestor priorizar ações. A análise de custo é complexa, pois depende das prioridades locais e do quanto se está disposto a gastar para prolongar ou melhorar a qualidade de um determinado número de vidas. Com



a enorme variedade de ações possíveis, alguma priorização é fundamental. Este raciocínio, essencial para o planejamento das ações de caráter coletivo, soa cruel para os pacientes como indivíduos e leva os profissionais da ponta a uma encruzilhada. Eles devem levar em conta que todo o arsenal disponível não pode ser usado em todos os pacientes e que ele, por si só, é também um gestor de uma população definida e deve saber manejar adequadamente os recursos (WHINNEY, 2003).

A difícil relação entre saúde individual e saúde coletiva tem nos trabalhos de Geoffrey Rose um excelente ponto de partida (ROSE, 1985). Nem sempre uma ação benéfica a um indivíduo é homogeneamente benéfica para toda a população. Sabe-se, por exemplo, que um antecedente de infarto ou de um acidente vascular cerebral é o maior preditor de nova ocorrência desses eventos, seguido do fator idade, sendo a pressão arterial menos relevante que os anteriores (LAW; WALD; MORRIS, 2004; LEWINGTON; CLARKE; QIZILBASH; PETO; COLLINS, 2002). O benefício de uma mesma medida preventiva como o controle da pressão arterial é mais facilmente obtido em uma população idosa do que jovem.

3.1.2 Medicina Baseada em Evidências

Mas então, como decidir qual ação, ou quais ações, devem ser incentivadas e promovidas? O crescimento do número de publicações ao longo do século XX ocorreu concomitantemente à organização dos sistemas de saúde. Os governos deixaram de se ocupar apenas de ações “campanhistas” e passaram a ser protagonistas do mercado emergente. Os sistemas de saúde, configurado, em muitos países, inclusive no Brasil, como o maior comprador e produtor de serviços. Paralelamente, a iniciativa privada se ocupou de produzir e fornecer a tecnologia dura (do inglês *hard technology*) a ser utilizada pelos serviços de saúde privados e públicos.

Diante de tantas opções, as informações disponíveis em jornais e revistas científicas passaram a ter papel relevante não só para as decisões dos profissionais com relação aos pacientes, mas, também, para o gestor com relação ao conjunto da população sob sua responsabilidade. Para melhor sistematização das informações, pesquisadores canadenses desenvolveram o que passou a ser conhecido como Medicina Baseada em Evidências. Essa sistematização tem como objetivo primordial





classificar os artigos e suas conclusões em um nível hierárquico, constituindo as metanálises (análises de um conjunto de ensaios clínicos randomizados) o nível mais alto, e a opinião de especialista o nível mais baixo, qualificando a opinião dos profissionais da saúde em relação aos estudos disponíveis.

As conseqüências do advento da Medicina Baseada em Evidências estão sendo vivenciadas pela sociedade. A mais visível delas é a dúvida que passou a pairar sobre muitas decisões que se tinham como certas e benéficas. Menos visível é o incontável número de intervenções desnecessárias que se deixou de fazer por não serem “baseadas em evidências”. Cada vez mais se conclui, com a ajuda desta tecnologia, que poucas intervenções são de fato efetivas quando se tem como desfecho a morte evitada ou a melhoria da qualidade de vida. Portanto, a medicina baseada em evidências, quando usada com os propósitos advogados pelos seus organizadores e não como uma artimanha da indústria farmacêutica, é a maior aliada da máxima hipocrática do *primo non nocere* (primeiro não prejudicar) especialmente quando se trata de ações de rastreamento.

Porém, o número de informações disponíveis é extremamente elevado e apenas a sistematização representada pela medicina baseada em evidências não é suficiente para poder ser usada no dia-a-dia, tanto por profissionais da ponta quanto por gestores. Assim, se formaram incontáveis grupos de pesquisa com o objetivo de sistematizar essas informações e entregá-las prontas para os interessados. Dois exemplos destes grupos de trabalho são o *The Cochrane Collaboration* (2006) e a Rede de Evidências em Saúde (*Health Evidence Network*) (2006), este último ligado ao braço europeu da Organização Mundial da Saúde. As perguntas que eles procuram responder são de diversas áreas e de diversas naturezas. O objetivo de muitos destes grupos de trabalho é estabelecer “diretrizes” para a prática clínica em substituição aos antigos “consensos”, que eram baseados na opinião de especialistas. As diretrizes interessam tanto aos profissionais da ponta que vão executar a ação quanto ao gestor que precisa prever ou mesmo promover tal ação e, portanto, garantir recursos.

Dois grupos de estudos que têm sido muito utilizados por profissionais da ponta e gestores: os *US Task Force* e o *Canadian Task Force*. Esses dois grupos também se constituíram para sistematizar a enorme quantidade de informações disponíveis; porém, focados no tema rastreamento. O canadense foi o pioneiro neste tipo de





trabalho e é o que goza de maior reputação. Em geral, eles procuram responder à questão: “o que devo oferecer para a população que não tem sinal, sintoma ou história pessoal que leva a pensar em um diagnóstico específico?” Ou seja, o enfoque neste caso é na prevenção primária e secundária que, com o envelhecimento da população, passou a ter papel preponderante nos sistemas de saúde, respondendo por boa parte da demanda dos serviços e das pessoas, com repercussões nos custos. Um mero hemograma que se oferece a toda população de forma sistemática pode representar um enorme desperdício de recursos se for desnecessário.

Diversos estudos mostram que grande parte da demanda da população é por prevenção primária e secundária. O medo de morrer ou de ficar doente e a expectativa de evitar eventos mórbidos por meio da intervenção do sistema de saúde estão cada vez mais difundidos. Um estudo holandês que analisou mais de 500 mil consultas com os médicos de família mostrou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de saúde foi “avaliação médica” e o diagnóstico mais comum anotado pelos médicos foi “prevenção/não doença” (TRANSITION PROJECT, 2006). Um estudo australiano mostrou resultados semelhantes (BRITT; MILLER; KNOX; CHARLES; PAN; HENDERSO et al.; 2005). Esses dados são relevantes, pois trazem à tona a responsabilidade do gestor e sua relação com a população e com os profissionais da ponta para a decisão do que deve ou não ser oferecido de rotina. Porém, toda a informação disponível nunca substitui a relação do indivíduo com o profissional e é impossível se prever todas as decisões que serão tomadas e todos os recursos que serão necessários. As relações são, acima de tudo, humanas, o que impõe um desafio enorme aos gestores do mundo todo que precisam planejar e (tentar) prever o que ocorrerá, uma vez que todo orçamento é limitado. Portanto, o triângulo gestor – profissional de saúde – população é decisivo no sucesso desta tarefa.

3.1.3 Desejo e sofrimento

Os gestores, quando planejam uma ação, devem ter como foco as necessidades em saúde da população. Porém, a população é constituída de pessoas que têm desejos. O limite do que é desejo e necessidade dos indivíduos e, em seu conjunto, da população, se torna rapidamente confuso e tênue, configurando um perigo e





uma armadilha para o gestor. O mundo capitalista atual torna a relação dessas duas características humanas ainda mais confusas. Quando o telefone celular foi inventado, era um desejo realizado apenas por parte da população, mas não configurava uma necessidade. Em pouco tempo todas as pessoas passaram a adquirir esta tecnologia e ela rapidamente passou a ser considerada necessidade pelas pessoas. Assim foi com o rádio, televisão, geladeira etc.

O binômio desejo-necessidade é o motor do capitalismo; porém, não pode ser o motor do sistema de saúde. Um sistema de saúde deve ser universal e equânime, e este binômio pode levar à falência qualquer sistema com essas características. É mais fácil compreender pela fórmula: desejos > necessidades > recursos (ou desejos levam a falsas necessidades que levam a recursos insuficientes).

O medo de estar doente ou de ficar doente tem especificidades que não podem ser desprezadas. Nesse caso, o termo doente é usado para sofrimento, o que inclui, por exemplo, a preocupação com a aparência. Muitas vezes há o desejo de aliviar o sofrimento sem esforço ou por meio de recursos como medicação. É papel da atenção primária lidar com situações de tal complexidade exercendo o papel de filtro do sistema de saúde. Porém, para que esse papel seja exercido é importante acolher de forma eficaz todo tipo de sofrimento das pessoas e o médico de família e comunidade juntamente com a equipe multiprofissional é peça fundamental para o bom desempenho desta tarefa (GÉRVAS; PÉREZ; FERNÁNDEZ, 2005). Essencial também é manter um número adequado de pessoas por equipe. A economia em exames desnecessários permite o investimento em recursos humanos adequadamente treinados para atender a demanda de grande parte da população (em países com atenção primária bem organizada apenas de 5% a 10% das pessoas que procuram uma unidade de saúde são referenciadas a outro especialista).

Sabe-se que os serviços de saúde são apenas um dos determinantes da saúde. Emprego e saneamento básico são mais importantes do que o número de tomógrafos disponível. O sofrimento da população leva erroneamente, muitas vezes incentivado pela mídia, ao desejo por exames radiológicos ou laboratoriais. Assim, lidar de forma humana com esse sofrimento sem causa orgânica é a chave para um sistema de saúde eficiente. Deve-se formar os profissionais que estão na atenção primária com ênfase na distinção de problemas que merecem investigação específica daqueles que precisam de um cuidados especiais. Portanto, é função dos



gestores se envolverem na formação de recursos humanos adequados incentivando os centros formadores públicos e privados, criando condições para o ensino na rede assistencial e promovendo educação continuada de qualidade.

3.1.4 Oferta de serviços e necessidades da população

A lógica para decidir que serviços oferecer não deve ser pautada pelos desejos e pelo medo das pessoas de adoecerem, mas pelas necessidades da população e resultados possíveis de serem alcançados. Isto significa, de certa forma, encarar a população como uma unidade. O risco que se corre é de desumanização, privando as pessoas desta válvula de escape para aliviar o sofrimento: o exame laboratorial ou a consulta com um especialista mesmo que muito rápida. O que se propõe aqui é o contrário, ou seja, desenvolver outras possibilidades terapêuticas que satisfaçam melhor esta demanda a um custo possível de ser oferecido a todas as pessoas. Apenas oferecer serviços olhando para cada indivíduo com seus sofrimentos e desejos e não para a população é ainda mais arriscado, pois pode comprometer a equidade levando à falência do sistema. Um dilema que se confirma a cada dia, em especial com o desenvolvimento tecnológico, é que em breve não será possível prover todas as demandas. Esse fantasma ronda os melhores sistemas de saúde do mundo que, cada vez mais, melhoram sua capacidade de gestão e de decidir, em conjunto com os profissionais da ponta e a população, quais são as reais necessidades coletivas.

É possível manejar recursos e estabelecer a necessidade da pessoa ou da população com melhor custo-efetividade em qualquer nível de atenção. Por lidar com uma população maior, ou seja, todos os usuários, e que cada vez mais procuram ou são procurados pelo sistema para fins de prevenção primária ou secundária, os riscos de se oferecer serviços desnecessários na atenção primária são altos.

Surpreendentemente, a Medicina Baseada em Evidências e grupos de trabalho como o Canadian Task Force têm demonstrado que, muitas vezes, os gestores oferecem recursos desnecessários do ponto de vista científico, ou seja, que não terão repercussões na saúde dos indivíduos e da população e que têm origem muito mais no desejo das pessoas e dos profissionais que têm contato com estas pessoas e na tradição ou cultura local (continuidade de práticas desnecessárias). Assim sendo,

é mais fácil para os profissionais convencerem o gestor de que um determinado exame é necessário do que convencer um indivíduo que ele não se beneficiará de tal tecnologia. Essa segunda tarefa exige compromisso com a saúde da população por parte dos profissionais e uma habilidade específica que envolve, entre outras coisas, continuidade do cuidado, relação profissional/serviço-usuário e capacidade da equipe de compreender seu papel de gerentes de recursos. É função do gestor disponibilizar o desenvolvimento destas habilidades, que serão fundamentais no resultado final do seu processo de planejamento e execução das ações aos profissionais da ponta, por meio de educação continuada, residência ou capacitações. Ademais, muitas ações de rastreamento que parecem inócuas podem constituir a origem de iatrogenia. Daí a expressão “todos os programas de rastreamento são danosos sendo que alguns fazem bem também” (GILBODY; SHELDON; WESSELY, 2006).

Muitas pesquisas e artigos que recomendam determinada intervenção são realizados em hospitais e ambulatórios especializados que não refletem a realidade da população que sofrerá a mesma intervenção. Esse equívoco pode ser comprovado pelo Teorema de Bayes, ou seja, “o valor preditivo de determinada intervenção depende da prevalência do problema mesmo mantendo a sensibilidade e especificidade da intervenção”.

É possível nomear alguns fatores que levam ao exagero da oferta de recursos:

- despreparo do profissional em lidar com o sofrimento e com as demandas;
- abundância de oferta de determinada tecnologia (falsa necessidade);
- fatores médico-culturais (exemplo: há anos e há gerações que se faz hemograma em todas as pessoas uma vez por ano em determinado local);
- estudos com baixo nível de evidência (ou opinião de especialista) cuja conclusão é adotada como rotina e generalizada para toda a população;
- mudança de perfil epidemiológico;
- história de epidemia (exemplo: surto de hepatite A leva as pessoas e os médicos a pedirem sorologia para hepatite A durante anos);
- caso difundido na mídia ou ocorrido com familiar, amigo ou vizinho (exemplo: jogador de futebol que sofreu parada cardíaca durante a partida leva muitos jovens a realizar eletrocardiograma desnecessariamente); e
- desejo de alívio do sofrimento por meio de pouco esforço;

Por outro lado, alguns fatores que levam à não-oferta de determinado recurso são:

- tecnologia não disponível no local;
- recursos financeiros escassos;
- excesso de oferta de recursos desnecessários; e
- desconhecimento por parte dos gestores, população e/ ou profissionais da importância desse recurso.

3.1.5 Regulação, avaliação e controle

Dada a abstração envolvida na determinação das ações que devem ser promovidas e incentivadas nos sistemas de saúde, torna-se importante uma avaliação permanente. Esse processo pode e deve ocorrer de diversas formas. Uma ação a ser considerada é o levantamento de despesas buscando excessos e deficiências, tentando localizar exatamente a origem do problema.

Os problemas podem ser, por exemplo, excesso de encaminhamento por parte de um ou mais médicos, excesso de pedido de exames, deficiência na cobertura vacinal e de colpocitologia oncótica. Estes casos devem ser trabalhados com os profissionais das equipes na direção de “notificar” o problema e oferecer capacitação. Todo processo de capacitação deve focar, além de protocolos racionais e baseados em evidência, na ampliação do arsenal terapêutico ensinando, por exemplo, escuta qualificada.

A operacionalização das ações na atenção primária passa, enfim, pela definição das necessidades primordiais da população-alvo, planejamento e programação dessas ações, execução e avaliação permanente. É função da gestão regular o sistema evitando gastos desnecessários, bem como promover intervenções que provoquem um resultado efetivamente positivo.

3.2 Planejamento e Programação

Não é tradição consolidada no Brasil o planejamento das ações para definição de serviços de saúde. Em geral, os gestores utilizam os dados de séries históricas, que são fundamentais no processo de planejamento, mas carregam consigo um perigo que é a possibilidade de se estar cometendo o mesmo erro ao longo dos anos. Ou seja, o sistema pode conter vícios e, apesar de estável ao longo dos anos, pode ocultar uma despesa desnecessária e, por outro lado, não contabilizar uma ação que deveria estar sendo promovida, mas é negligenciada pela população, gestores e profissionais.

Portanto, além das séries históricas, é importante levar em consideração as diretrizes contidas na literatura, as políticas e ações programáticas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde e estudos das necessidades locais. O processo de planejamento envolve estudo da realidade local, adequação desta realidade às diretrizes contidas na literatura e no estabelecimento de um programa de metas.

3.2.1 Análise da Situação de Saúde

A análise da situação de saúde é uma avaliação que envolve, entre outras questões, o diagnóstico de comunidade e estudo de demanda. O primeiro é voltado para questões coletivas e determinantes de saúde (saneamento, coleta de lixo, fornecimento de água) se estendendo a prevalência de doenças como hipertensão e diabetes. O segundo dedica-se ao estudo das pessoas que procuram os serviços de saúde. O diagnóstico de comunidade é primordial para o planejamento das ações. O planejamento, com muito material acumulado, não será abordado aqui, porém, salientam-se alguns passos com relação ao diagnóstico de comunidade na Estratégia Saúde da Família.

O primeiro é quanto à coleta de dados. Um bom diagnóstico de comunidade pressupõe uma boa coleta de dados. Na estratégia Saúde da Família os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais e precisam ser sensibilizadas da

importância do seu trabalho no planejamento e execução das ações. Se os ACS não preenchem adequadamente uma parcela considerável dos dados, a repercussão pode levar a não confiabilidade das informações.

O segundo passo é o registro dos dados. Em geral, os Agentes Comunitários coletam os dados e passam para as fichas A, B, C e D. O ideal é que eles façam o fechamento diariamente e, depois mensalmente, para se evitem perdas. É prudente que seja feita uma revisão sistemática por parte do enfermeiro, de forma aleatória, de um quantitativo de fichas por agente para dar maior consistência aos dados.

O terceiro é a transferência dos dados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Esta etapa pode ser prejudicada a partir de um entendimento equivocado que a Estratégia Saúde da Família por preconizar a equipe mínima não pressupõe planejamento das ações. Municípios pequenos podem aproveitar auxiliares administrativos da própria prefeitura para alimentar o SIAB ou outros arranjos locais enquanto os municípios de médio e grande porte podem necessitar de pessoal especificamente treinado.

Em quarto, vem a análise dos relatórios do SIAB. Os dados contidos no SIAB têm sido muito desprezados, essencialmente por falta de compreensão dos gestores da importância deles e/ou por falta de confiança do gestor nos dados por ele produzidos. A melhor maneira de se quebrar esses ciclos viciosos é investir na próxima etapa.

Quinto passo: devolução dos dados para a equipe (ACS) e para a comunidade com a discussão destes. Esta é a mais importante ação e tem relação com todas as anteriormente descritas. Para o sucesso desta etapa é fundamental a participação do gestor local, do coordenador da unidade de saúde e dos coordenadores das equipes (médicos, enfermeiros e odontólogos). Mesmo que no início da implantação das equipes os dados não sejam confiáveis (pois se sabe que há falhas no processo), a devolução para a comunidade, para o digitador e para os ACS tem o potencial de envolvê-los, uma vez que o objetivo comum se tornará explícito, e as eventuais falhas humanas ou processuais poderão ser comentadas e corrigidas. É recomendável que essas devoluções ocorram pelo menos uma vez a cada seis meses.



A sexta etapa seria a atualização constante dos dados e a sensibilização de que este é um processo contínuo. Para esta sensibilização, é importante assinalar as conquistas e dificuldades a todos os envolvidos.

O Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) oferece dados sobre o fornecimento de água potável, presença de luz elétrica, gestantes, hipertensos etc. É importante compará-los a outras fontes como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); porém, nenhuma delas fornecerá dados com o potencial de se trabalhar como os dados do Siab, pois não se trata apenas de números absolutos, mas, também, de informações qualitativas importantes, que não constam em outros sistemas de informação. Por intermédio desses dados, é possível se conhecer focos de vulnerabilidade que representam ao mesmo tempo locais com grande potencial de intervenção e melhoria dos determinantes de saúde. Assim, a confecção de um mapa da saúde por meio de tachinhas coloridas que representam as informações do SIAB é um exemplo de potencializador do uso dessas informações. O mapa deve ser atualizado, de preferência mensalmente, e deve ressaltar a temporalidade das ações, por sinalizações que apontam melhoria ou piora dos indicadores. Dependendo da escala, o mapa pode representar a realidade de uma unidade, uma cidade ou um estado. Por exemplo, na unidade cada tachinha vermelha pode representar uma criança desnutrida, na cidade 10 e no estado 100.

Além do Siab, outros sistemas de informação oficiais como Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), fornecem dados imprescindíveis para esta tarefa de conhecer a fundo o local onde se está intervindo. O processo de análise da situação de saúde é trabalhoso e passa pela sensibilização de sua importância e pela disponibilização de pessoal treinado para coordenar e executar tal tarefa. O trabalho em equipe e em rede é a chave para o sucesso.



3.2.2 Adequação das diretrizes à realidade local

Após conhecimento da realidade local, o gestor deve buscar aproximar essa realidade das diretrizes disponíveis na literatura, como os protocolos do Ministério da Saúde, da SES ou da SMS, bem como pode-se utilizar a literatura internacional, como o Canadian Task Force. O Programa de Gestão por resultados da Atenção Básica (Prograb) é um instrumento desenvolvido pelo Ministério da Saúde e que contém orientações e protocolos de 14 áreas programáticas e com flexibilidade para ser adaptado à realidade local. Encontra-se disponível na publicação do MS ou pode ser encontrado no site www.saude.gov.br/dab.

Essa tarefa é essencialmente qualitativa e visa à priorização das ações. Por exemplo, se um determinado protocolo prevê uma visita por mês para cada criança de 0 a 2 anos, em uma área com pouca prevalência de pessoas nesta faixa etária, e com pouco ou nenhum caso de desnutrição, este protocolo pode ser flexibilizado para uma visita a cada dois meses ou até coincidindo as consultas com o calendário vacinal.

Durante esta adaptação é importante estabelecer prioridades de acordo com a realidade local. O estabelecimento de prioridades não significa o abandono de todas as outras ações, ou seja, nesse exemplo, por causa de uma baixa prevalência de crianças em uma dada área, um determinado protocolo assistencial foi flexibilizado – porém é para ser cumprido da maneira que foi pactuado e não para ser abandonado. Além disso, os casos detectados de desnutrição devem seguir o protocolo específico, qual seja uma ou mais visitas ao serviço de saúde por mês.

Mais uma vez deve-se envolver os coordenadores regionais, locais e das equipes em rede para que esta adequação aconteça de forma pactuada, o que aumenta consideravelmente a chance das metas serem cumpridas. A melhor maneira de se envolver as pessoas da ponta é por meio de grupos de trabalho para cada protocolo, com cronograma e roteiro a ser cumprido. Esse roteiro deve requisitar aos participantes as seguintes informações:

- dados da realidade local que interessa ao tema ou protocolo em questão;
- protocolos e programações disponíveis;
- adaptações necessárias aos protocolos disponíveis para a aplicação prática naquela realidade.

Esse processo de pactuação envolve diferentes forças que devem ser trabalhadas. Algumas vezes os profissionais das equipes tendem a flexibilizar demasiadamente as ações quando elas aumentam a carga de trabalho e é função do gestor demonstrar por que determinada programação ou protocolo é importante e não há como ceder na oferta deste serviço. Outras vezes, são os gestores que relutam em oferecer um serviço, em geral exames diagnósticos, e precisam ter o embasamento teórico que subsidiem essa atitude. Uma vez pactuado o protocolo ou programação, é possível estabelecer o programa de metas.

3.2.3 Estabelecimento de um programa de metas

Na maioria dos estados e municípios, a utilização de metas para avaliação do desempenho ainda está em um estágio muito incipiente. As equipes gestoras, em geral, confiam nas séries históricas e só desconfiam que alguma “meta” não foi cumprida quando algum dado destoia da média dos anos anteriores sem uma explicação lógica. Mais uma vez cabe ressaltar que as séries históricas têm seu valor, mas não podem ser a única fonte de informação a ser trabalhada. Para se trabalhar com metas, é importante olhar os dados do passado e do presente, mas é imprescindível se estabelecer um objetivo a ser alcançado no futuro.

Porém, para que todas essas informações de diferentes origens, inclusive temporais, possam ser consolidadas, necessita-se um software adequado. Para tal o Ministério da Saúde disponibilizou o Programa de Gestão por Resultados da Atenção Básica (Prograb), que pode ser obtido gratuitamente no site www.saude.gov.br/dab ou instalado a partir de CD Rom distribuído pelo Ministério da Saúde. Esse programa fornece as ferramentas adequadas para se estabelecer metas. Basicamente trabalha com áreas programáticas que seguem as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Ele vem dividido em 14 áreas temáticas e “alimentado” com algumas informações consideradas importantes como estimativa das populações alvos e metas de coberturas. Porém, o software é customizado, ou seja, passível de adaptação com os dados pactuados em cada local. Cada área programática tem suas atividades definidas, mas é possível excluir ou acrescentar atividades a partir da versão baixada. Cada atividade contém uma população-alvo que depende da faixa etária (em números absolutos e só pode ser alimentado

em cada local), um percentual desta população ou faixa etária que será atingido (estima-se, por exemplo, que 18% de todas as crianças têm asma leve ou moderada) e uma meta de cobertura (no caso de consulta médica para crianças com asma leve ou moderada estima-se 80% de cobertura) e a concentração (quantidade de vezes que cada atividade será repetida por ano). Há ainda a informação se a atividade é em grupo ou individual; caso seja em grupo o Programa solicita a informação de quantas pessoas serão beneficiadas em cada atividade e se for individual o número 1 estará nesta lacuna. Todas essas informações são passíveis de alteração de acordo com os parâmetros pactuados em cada local. Uma vez “alimentado” o sistema, ele fornece a quantidade de cada atividade a ser oferecida anualmente e a quantidade de consultas médicas e de enfermagem que devem ser viabilizadas por pacientes/ano. Além disso, o Prograb possibilita monitorar os Indicadores de Incentivos Municipais e o Pacto Municipal. Ao fim de cada ano é possível comparar os dados produzidos na realidade com o que era esperado e avaliar a performance em cada área programática.

A primeira versão do Prograb está disponibilizada e, na medida em que as equipes e municípios avançarem na sua capacidade de se trabalhar com metas, o programa avançará junto. O alcance das metas pactuadas pode ser valorizado com premiações, incentivos salariais, bônus ou outros mecanismos definidos localmente. Se todas as equipes alcançam suas metas, o município também as alcançará, e também poderá receber aumentos nos valores do PAB, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS n. 204/2007).

3.3 Diretrizes e ações programáticas

Como foi dito no início deste capítulo, é impossível prever-se todas as ações necessárias para uma determinada população. Há dados de séries históricas, do IBGE, de sistemas de informação como Siab, SIM, Sinan, Sisvan, Sinasc e SIA de estudos de prevalência e incidência de determinadas enfermidades. Porém, a inovação tecnológica (incluindo novos processos de trabalho e protocolos) ocorre diariamente e, acima de tudo, nenhum planejamento é capaz de prever todas as necessidades de cada ser humano com relação a um sistema de saúde complexo como é o SUS.



Por outro lado, muito se ganha em não promover ações desnecessárias com relação à prevenção primária e secundária quando toda a população está envolvida e há o risco de um impacto financeiro muito grande. Todo encontro paciente-sistema de saúde pode e deve ser analisado pelo gestor, principalmente se há alguma evidência de desperdício que pode comprometer outras ações de caráter coletivo. Em geral, estes são casos isolados, concentrados na atenção especializada e que podem ser analisados individualmente. Entretanto, para o planejamento e operacionalização da atenção primária, o gestor deve, em primeiro lugar, definir as necessidades em relação às ações de prevenção primária e secundária, ou seja, essencialmente de rastreamento e aconselhamento. Para isto, vale fixar-se em estudos de rastreamento cujo desfecho foi diminuição da morbi-mortalidade ou melhora da qualidade de vida. Justificativas do tipo “hemograma é importante porque a prevalência de anemia é alta” não são, em geral, válidos e levam a gastos desnecessários. A pergunta a ser respondida neste caso seria: “diagnosticar anemia assintomática e tratá-la diminui a morbi-mortalidade ou melhora a qualidade de vida das pessoas?”. Se a resposta for não, ou seja, se o diagnóstico e tratamento de anemia assintomática na população geral não afetar o curso normal destas pessoas, não há motivos de se promover e disponibilizar tal ação. A prevalência de determinado problema ou doença é apenas um fator a ser considerado, mas não pode ser o único.

Já foi abordado neste capítulo que muitos grupos de trabalho se ocupam de examinar a literatura disponível tentando responder perguntas do tipo exemplificado. Mesmo estando em países desenvolvidos, suas conclusões são em geral comedidas e aplicáveis para a realidade brasileira.

As ações de rastreamento sugeridas para a população geral pelo Canadian Task Force (2006) como as únicas comprovadamente benéficas estão listadas na tabela 1, a seguir. Essas ações devem ser incentivadas e previstas pelos gestores para a população geral, pois elas comprovadamente modificam positivamente a vida das pessoas. Não estão contempladas ações para populações específicas como obesos, pacientes com arritmia cardíaca e assim por diante. As exceções foram tabagistas e etilistas cujas ações específicas recomendadas pelo referido grupo de trabalho estão listadas abaixo.



ATIVIDADE RELACIONADA COM:	EQÜÊNCIA/ POPULAÇÃO-ALVO:	AÇÃO:
Câncer de pulmão e outras doenças causadas pelo tabaco	Intervenção oportunística para tabagistas (especialmente gestantes)	Aconselhamento rotineiro
Alcoolismo e síndrome alcoólica –fetal	Intervenção oportunística para etilistas (especialmente gestantes)	Aconselhamento rotineiro
Acidentes domésticos e automobilísticos	Intervenção oportunística	Aconselhamento rotineiro
Violência doméstica e morte por causas externas	Intervenção oportunística	Aconselhamento rotineiro
AIDS e DST	Adolescentes e população geral	Aconselhamento rotineiro para uso de camisinha
Prevenção de doenças cardiovasculares	Intervenção oportunística dos 30 aos 69 anos	Aconselhamento de mudança de hábito alimentar rotineiro
Fratura de quadril e traumatismo crânio encefálico	Idosos (>65 anos)	Intervenção multifatorial rotineira para prevenção de quedas
Deficiência auditiva	Idosos (>65 anos)	Teste do sussuro
Cáries	Intervenção comunitária	Fluoratação rotineira da água
Cáries	Intervenção oportunística	Aconselhamento de escovação rotineiro
Exercício	Intervenção oportunística	Aconselhamento rotineiro
Gripe	Todos os anos, a partir dos 65 anos	Vacinação
Doenças infecciosas	Calendário vacinal de adulto e crianças	Vacinação
Infecção gastrointestinal e respiratória e anemia	Puerpério (abordagem familiar)	Aconselhamento da amamentação
Fenilcetonúria/ Hipotireoidismo congênito	Recém-nascidos	Teste do pezinho (TSH, fenilalanina)

ATIVIDADE RELACIONADA COM:	EQÜÊNCIA/ POPULAÇÃO-ALVO:	AÇÃO:
Displasia de quadril	Até os 6 meses	Sinal de Ortolani
Deficiência auditiva	Intervenção comunitária	Controle da poluição sonora e ambiente de trabalho
Hipertensão arterial	De 1 em 1 anos a partir dos 40	Determinação da TA
Diabetes	De 3 em 3 anos a partir dos 40	Determinação da glicemia de jejum
Câncer de pele	Intervenção oportunística	Aconselhamento rotineiro
Câncer colorretal	De 2 em 2 anos após os 50 anos	Sangue Oculto nas Fezes ou Retosigmoidoscopia
Colesterol (HDL, Triglicerídeo e Colesterol Total) Col Tot = Trig/5 + HDL + LDL	De 1 em 1 ano após os 40 anos	Determinação da colesterolemia
Só sexo feminino		
Câncer da mama	De 2 em 2 anos, entre os 50 e os 69	Exame da mama (1 em 1 ano) Mamografia (2 em 2 A)
Câncer do colo de útero	De 3 em 3 anos, com início aos 25, até os 65	Colpocitologia oncológica
Defeito do tubo neural	Mulheres que planejam ficar grávidas	Ácido fólico até a 12ª semana de gestação
Bacteriúria na gestação/ parto prematuro	Gestantes	Exame de urina na gestação
Morbidade e mortalidade perinatal	Gestantes	Ultrassom no segundo trimestre
Osteoporose/ Fratura patológica	Mulheres com mais de 65 anos ou na pós menopausa com menos de 60kg ou questionário SCORE ≥ 6 ou escore ORAI ≥ 9	Densitometria óssea a cada 2 anos e complementação com Vitamina D e Cálcio se a ingestão habitual for menor do que 1000 mg/ dl de Cálcio e 400 UI/ dl de Vitamina D



Essa tabela é útil, pois dá a dimensão do que um grupo experiente em analisar a literatura científica disponível recomenda para a população geral. Observando-a atentamente, observa-se que grande parte das ações de rastreamento que se mostraram eficientes foram as recomendações que independem de exames e tampouco têm uma periodicidade específica comprovada. Outra característica é que muitas ações são destinadas para a população geral, demonstrando que não se pode trabalhar apenas com ações programáticas divididas em faixas etárias ou condições específicas ou que as ações transversais são de grande importância. Enfim, o cumprimento destas recomendações depende essencialmente de profissionais bem treinados que aproveitam os encontros dos usuários com o SUS para promover saúde e prevenir doenças. Recomendações amplamente difundidas na mídia ou por sociedades de especialidade como rastreamento de câncer de próstata não são recomendadas por este grupo de trabalho que as considera danosas e não apenas inócuas.

Concluindo, este capítulo teve como objetivo fornecer subsídios para a operacionalização da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é a porta de entrada, daí ser fundamental que ela funcione adequadamente para que todo o sistema possa ser eficiente. Porém, nem tudo se resolve na Atenção Primária e é imperativo organizar uma rede assistencial envolvendo outros níveis de atenção com regulação igualmente rigorosa. Analisar dados de solicitação de exames e de encaminhamentos é muito útil para se detectar deficiências que muitas vezes são de formação do(s) profissional(is) envolvido(s).

O gestor tem papel fundamental na operacionalização e regulação do sistema. Mais importante que a normatização é a pactuação com os gestores locais, gerentes de unidades de saúde e profissionais das equipes e a contratação ou formação de recursos humanos adequados. Nenhuma norma substitui o contato usuário-sistema de saúde, que é sempre humano e no qual se dá de fato a operacionalização da APS.





4

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

- 4.1 Integralidade, responsabilidade clínica e territorial da Estratégia Saúde da Família (ESF)
- 4.2 Estrutura e processo de trabalho na ESF
- 4.3 Inserção da ESF na rede de serviços
- 4.4 Conclusão



4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo, abordamos aspectos conceituais e normativos da Estratégia Saúde da Família (ESF), além de aspectos práticos como território de abrangência, estrutura física das unidades, composição e processo de trabalho das equipes e sua inserção na rede de serviços de saúde dos municípios.

4.1 Integralidade, responsabilidade clínica e territorial da ESF

Em 2003, o CONASS, reunido em Aracajú, Sergipe, apresentou como consenso de suas discussões referentes à organização, gestão e financiamento do SUS a Carta de Sergipe. No item 2 desta carta, os Secretários de Estado da Saúde propõem o fortalecimento da Atenção Primária:

Propõem o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária, mas entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de coope-

ração técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais. Os Secretários consideram que o Programa de Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS.

Ao definirmos que a ESF é a estratégia organizativa da Atenção Primária à Saúde no SUS, estamos, seguindo a definição de APS expressa no capítulo 2, reafirmando a necessidade de tornar a prática assistencial no Saúde da Família (SF) uma prática integral, por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território. Os princípios, ou atributos, da APS como definidos por STARFIELD (2002), representam uma prática de foco individual e coletivo que permite o alcance do cuidado integral. Entendemos a integralidade como proposta por TAKEDA: “a capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os, através da oferta de um conjunto de serviços dirigidos aos problemas mais freqüentes, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que não são da competência da atenção primária.” E, como já foi dito, a prática da integralidade só é possível mediante a presença das características únicas (atributos) da APS: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural.

A presença e a forte extensão desses atributos favorecem o fato de que os serviços de APS tenham capacidade assistencial perante todas as necessidades em saúde da população adscrita, contando com apoio coordenado dos outros níveis (pontos) da rede de serviços de saúde e com segmentos de outros setores (como, por exemplo, assistência social), além da execução pela própria equipe do SF de ações individuais e coletivas fora dos muros da UBS (como visitas domiciliares, apoio a grupos de ajuda mútua). Estudo realizado em Porto Alegre no ano de 2002 com população infantil vinculada a serviços públicos de saúde (UBS com e sem equipes de Saúde da Família) demonstrou que a forte extensão dos atributos da APS estava associada à maior cobertura de atividades preventivas nessas crianças, além de maior satisfação das cuidadoras das crianças com os serviços e melhor percepção

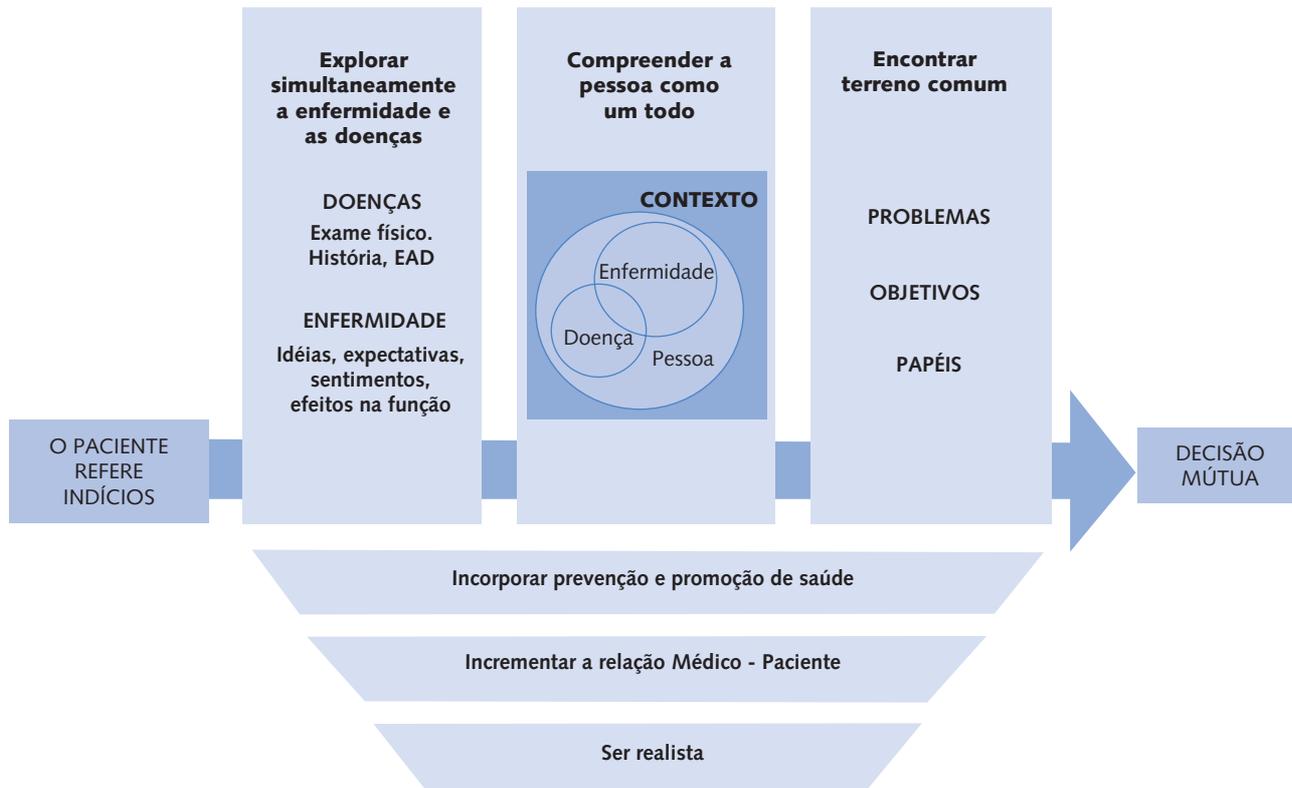
da saúde (HARZHEIM, 2004). Acreditamos que é pela radicalização da extensão dos atributos da APS que garantiremos a prática integral e a responsabilidade clínica e territorial da equipe de Saúde da Família.

A prática da integralidade deve ser vista como espaço para a co-construção da autonomia dos indivíduos e comunidades, como defende Campos (2006). Este autor, ao referir-se à integralidade, trabalha “com a perspectiva de mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que facilitem uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais... importante criar dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica (...)”.

A integralidade na prática da APS pressupõe um mergulho na complexidade do sujeito, partindo do sofrimento do indivíduo e indo de encontro à teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Esta aproximação, muitas vezes originada do encontro de um integrante da equipe de saúde com um usuário em um contexto clínico, deve ser o primeiro passo para o enfrentamento desses condicionantes em nível individual e coletivo. Em setembro de 2006, no II Seminário Internacional de APS realizado em Fortaleza, o Dr. Halfdan Mahler, diretor da OMS durante a Conferência de Alma-Ata, referindo-se à Atenção Primária disse: “People are our principle objective” (“Pessoas são o nosso principal objetivo”). Para assegurarmos que nosso principal objetivo seja alcançado, precisamos qualificar a prática clínico-assistencial das equipes por meio do uso de ferramentas cientificamente embasadas (diretrizes clínicas), da aplicação do Método Clínico Centrado no Paciente (MCWHINNEY, 1997; FRASER, 1992) e do estímulo ao uso do Poder da Escuta (PUSTAI, 2006) dos profissionais inseridos no Saúde da Família. Estas duas últimas ferramentas significam a ampliação do entendimento entre o profissional de saúde e o paciente, numa visão integradora das diversas dimensões que compõem a vida das pessoas, com ênfase na comunicação e na valorização de sentimentos, possibilitando a prática da integralidade por meio de decisões mútuas. Se aliadas a uma prática alicerçada no uso de evidências científicas, ampliam a capacidade de realizar a promoção da saúde, prevenção e cuidado de doenças, reabilitação e manutenção da saúde.

Figura 1

MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NO PACIENTE (STEWART ET AL., 2003)



*Traduzido por Luís Filipe R. A. Gomes

Contudo, além das estratégias de atenção individual e familiar citadas, a conquista da integralidade, da responsabilização clínica e, principalmente, da responsabilização territorial das equipes do SF necessita uma abordagem coletiva, que expanda os muros da UBS. Nesse cenário, a realização de atividades coletivas e o envolvimento direto da equipe com a comunidade sob o prisma da Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) são atividades essenciais. A prática clínico-assistencial individual e/ou coletiva na ESF deve buscar:

- abordagem holística do processo saúde-doença;
- integração interdisciplinar e intersetorial;
- forte relação médico-paciente (Método Clínico Centrado no Paciente) produtora de autonomia;
- uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas;
- ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças;
- diagnóstico precoce de agravos e doenças;
- atenção aos novos problemas de saúde;
- cuidado continuado dos problemas crônicos; e
- prevenção oportuna.

A APS se constitui com qualidade por meio da presença de profissionais responsáveis e comprometidos perante a comunidade. A relação entre estes deve ser pautada pelo respeito, pela coerência da prática clínica, pela confiança mútua e por condições facilitadas de acessibilidade (BULTZINGSLOWEN et al., 2006). Todo encontro entre um ou mais profissional de saúde e um usuário, uma família e/ou uma parcela da comunidade deve ser acolhedor, amistoso, promotor de autonomia e empoderamento, sendo caracterizado pela confiança mútua ao incluir o usuário no processo de seu próprio cuidado. Desta forma, a prática de APS na ESF será uma prática promotora de saúde como prega a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006).

4.2 Estrutura e Processo de Trabalho na ESF

4.2.1 População adscrita e território

Uma equipe de Saúde da Família tem responsabilidade sobre a saúde de uma população composta por 600 a mil famílias, não excedendo o total de 4 mil pessoas moradoras de uma área geográfica definida. Esta área corresponde ao território de atuação da equipe. Quando falamos em território não nos referimos apenas a uma área geográfica, mas sim à definição proposta por Santos (2003): “*território usado*

pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições.” Esta é a definição de território vivo que engloba a teia de relações humanas que se constroem sobre uma base geográfica, influenciada por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos. Esses fatores e suas inter-relações são os determinantes do processo saúde-doença sobre os quais a equipe de saúde e a própria população têm co-responsabilidade, contando com o apoio de outros setores afins ao sistema de serviços de saúde.

A definição do território-área de atuação de uma equipe deve ser realizada, se possível, de forma conjunta pela população, por técnicos da secretaria municipal de saúde e pela própria equipe. Neste processo, é importante levar em consideração tanto aspectos geográficos que limitem ou facilitem o acesso à unidade de saúde (presença de morros, rios), como também aspectos sociodemográficos (tamanho da população, perfil socioeconômico), de transporte da população (ruas, estradas, linhas de ônibus) e epidemiológicos (áreas de maior ou menor risco sanitário).

Os territórios-áreas não costumam ser homogêneos: existem micro-áreas de especial interesse da equipe de saúde, porções do território com características particulares, de maior homogeneidade em termos sociodemográficos, econômicos, culturais ou epidemiológicos, e que configuraram micro-áreas de maior ou menor risco à saúde da população que ali reside. As micro-áreas são consideradas de risco quando exibem maior frequência de eventos de morbi-mortalidade (exemplo: alta incidência de tuberculose) ou da presença de fatores determinantes destes eventos (concentração de pobreza, baixa escolaridade, entre outros) ou riscos ambientais (como saneamento inadequado, lixões).

A definição do território-área é o início do processo de territorialização. Este processo, contínuo no tempo, deve levar em conta os mapas do município, mapas censitários (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), condições culturais, econômicas e sociais da população local, meios de transporte, dinâmica demográfica da área e homogeneidade de riscos. Muitos desses dados podem ser obtidos por meio de fontes de dados secundários como o Censo Populacional do IBGE e as bases de dados do setor saúde, como o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações sobre a Mortalidade (SIM). Entretanto, a fim de se ter uma visão mais próxima da realidade do território-área é



imprescindível que a equipe realize caminhadas, observações geográfico-ambientais e diálogo com a população que circula pelo território. A territorialização deve ser flexível, passível de revisão de acordo com as mudanças de aspectos locais, típicas da definição de território exposta anteriormente.

Neste sentido, a realização do mapeamento do território–área é ferramenta que qualifica as ações individuais e coletivas da equipe de saúde. Os mapas das áreas de abrangência devem conter os limites e acidentes geográficos principais, além dos recursos sociais disponíveis (escolas, igrejas, centros comunitários, entre outros) e a definição das micro-áreas tanto de maior, como de menor risco. Uma visão mais completa do território possibilita a identificação de áreas de menor risco, o que auxilia a definir como investir nos recursos, por exemplo, menos visitas domiciliares em certa micro-área de menor risco, fato que contribui para diminuir iniquidades. O processo de construção do mapa idealmente deve ser realizado por toda equipe e deve estar em contínua revisão.

O cadastramento da população residente no território é necessário, pois a equipe do Saúde da Família é responsável por ações de vigilância em saúde que vão além da utilização da UBS por cuidado em saúde. Além disso, a produção de informações sobre a saúde da população exige o conhecimento do total de moradores da área de adscrição. O cadastramento de toda a população é realizada pelos ACS, mesmo que uma parcela desta não utilize a unidade de saúde. A adscrição da clientela é “um processo concomitante e interdependente da definição do território, consolidando-se com o cadastramento das famílias adscritas realizado pelos agentes de saúde. Para o processo de cadastramento, utiliza-se uma ficha de cadastramento familiar (padronizada pelo Ministério da Saúde – Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab). Essa ficha, que contém dados demográficos, sociais e de utilização dos serviços de saúde, deve, após digitação no banco de dados do SIAB, ser arquivadas dentro do prontuário familiar no centro de saúde” (ANDRADE, 2006).



4.2.2 Estrutura física e insumos necessário

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) recomenda, para grandes centros urbanos, que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipes do Saúde da Família seja responsável por até 12 mil habitantes do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, desde que garanta a operacionalização dos 4 elementos (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) que caracterizam a APS, principalmente o acesso. Isto significa que uma UBS pode comportar até 4 equipes do SF. É evidente que para zonas rurais de menor densidade populacional este número de equipes será menor, devendo-se distribuir as equipes a fim de facilitar o acesso aos grupos dispersos da população.

Cada UBS deve ser localizada dentro do território-área de sua responsabilidade e estar devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). As especificações de área física e insumos apresentadas a seguir foram retiradas do “Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família” (BRASIL, 2006) que foi norteado pelos princípios da Resolução da Diretoria Colegiada n. 50 da Anvisa de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2006), que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Conforme esse Manual, cada UBS deve possuir estrutura física e insumos em qualidade e quantidade para permitir a realização de atenção primária com alta resolubilidade. Tais orientações não são normas rígidas, mas servem para orientar o processo de planejamento e construção das UBS, que devem seguir os padrões vigentes determinados pelas normas e portarias nas esferas municipal, estadual e federal, como a Norma Brasileira (NBR) 9050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2006). Também deve ser levada em consideração a necessidade de adequação das instalações elétricas e hidráulicas, da ventilação e luminosidade, do fluxo de usuários e da facilidade na limpeza e desinfecção para a prática de atenção em saúde. Não há um padrão único ou ideal de estrutura física a ser adotado.

Além disso, como a interdisciplinaridade é premissa do trabalho em equipe da ESF, a utilização destes espaços deve ser realizada de forma compartilhada, determinada pelo tipo de ações em saúde a ser realizada e não pelo tipo de profissional. Compartilhamento e rotatividade dos profissionais na ocupação diária



das salas, de acordo com as atividades desenvolvidas, permitirão a otimização dos espaços. Importante lembrar que atividades extramuros são inerentes ao trabalho em APS, o que permite uma organização dinâmica da ocupação desses espaços entre os diferentes profissionais.

O Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde sugere equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações em saúde típicas de uma equipe de SF (Brasil, 2006). Essa listagem tampouco representa um padrão rígido e fixo dos insumos necessários. Estes devem ser disponibilizados de acordo com o leque de serviços oferecido pela equipe de Saúde da Família, obviamente, orientado pelas características epidemiológicas e necessidades em saúde da população adscrita.

4.2.3 Composição da equipe

A mínima composição da equipe de Saúde da Família requer a presença de um médico generalista, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de 1 ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS para equipe da ESF (Brasil, 2006). A esta composição pode somar-se a equipe de saúde bucal que em sua modalidade 1 é composta por um cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário, podendo ser reforçada pela presença de 1 técnico de higiene dental (modalidade 2). Cada equipe de saúde bucal será responsável pela população de uma ou no máximo 2 equipes de SF. Vale a pena ressaltar que a jornada de trabalho de todos estes profissionais deve ser de 40 horas semanais. Outros profissionais podem integrar essas equipes de acordo com as necessidades em saúde da população e da decisão do gestor municipal em consonância com o Conselho Municipal de Saúde. É bastante comum a presença de um auxiliar administrativo para ajudar a equipe nos processos de recepção de pacientes, de registro e organização de arquivos e prontuários, além da alimentação do Siab.

No cenário atual, a figura do médico tem sido apontada como um nó crítico na evolução da ESF, por sua alta rotatividade e, em alguns casos, pequena capacitação para o trabalho em APS. O profissional médico mais adequado para trabalhar na ESF é o Médico de Família e Comunidade (MFC), o especialista médico na prática



da APS em nosso país (GUSSO, 2004). Uma survey (MACHADO, 2006) apontou a presença de Médicos de Família e Comunidade nas equipes da ESF tão baixa quanto 14% em 3.147 equipes cadastradas até dezembro de 1998. Com a expansão da ESF para mais de 25 mil equipes atuais, a proporção de MFC se reduziu ainda mais drasticamente, dadas a desproporção das vagas de residência médica a favor de especialistas focais no país. Mas, há fortes perspectivas de mudanças pela proliferação de programas de residência médica em MFC por todo o país e de ambiciosos projetos de capacitação de recursos humanos para a ESF. No ano de 2006, programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade ofereceram mais de 350 vagas para residentes de primeiro ano. Além disso, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) tem ampliado o seu número de sócios nos últimos anos, além de ter a prerrogativa de conceder o título de médico especialista em MFC por meio da Prova de Título da SBMFC. De 2004 ao primeiro semestre de 2006, mais de 600 médicos obtiveram o Título de Especialista em MFC por essa prova de títulos.

4.2.4 Processo de trabalho: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação dos problemas de saúde mais comuns, demanda espontânea versus ação programática

A mudança do modelo assistencial do SUS através da Estratégia Saúde da Família exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde que deixa de focar apenas na atenção às doenças e passa a ter seu foco dirigido à promoção e manutenção da saúde. Nesta mudança do processo de trabalho, as atribuições dos membros da equipe não são estanques, assim como não o é o processo saúde-doença da população sob cuidado. Toda a equipe de saúde é co-responsável pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional. A divisão de tarefas entre os componentes da equipe, dentro das atribuições de cada categoria, deve ter flexibilidade para adequar-se a situação de saúde da população sob cuidado.

As equipes de SF são responsáveis pela promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida (por exemplo:

cuidado da criança, cuidado do idosos). O processo de trabalho das equipes do SF não pode basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea (modelo assistencial focado na doença), nem tampouco somente em programas de saúde. A prática de APS pressupõe o cuidado integral, como definido nas seções anteriores deste capítulo. Dessa forma, conforme a PNAB (BRASIL, 2006), algumas das características do processo de trabalho na Atenção Básica e na ESF, comuns a todos os membros da equipe, são:

- definição do território de atuação das equipes de SF e das unidades básicas de saúde, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos;
- assistência básica integral e contínua à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- garantia da integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- responsabilidade pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

- realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;
- promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- participação nas atividades de educação permanente;
- implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; e
- participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, do acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho e o fortalecimento da gestão local.

4.2.5 Gestão da clínica – instrumentos e ferramentas

Há diversos instrumentos e ferramentas para organização do processo do trabalho com objetivo de otimizar a efetividade do cuidado em APS. A sua utilização depende fundamentalmente das necessidades em saúde da população e da qualificação da equipe de saúde. Entretanto, uma dessas ferramentas é imprescindível para o trabalho das equipes de SF: o Prontuário Familiar. É neste prontuário que são registradas informações sobre a composição familiar e as características principais de cada família, além de conter os prontuários individuais de todos os membros. A Ficha A do SIAB pode servir de página de rosto para este prontuário.

Outras ferramentas de auxílio para realizar atenção centrada na família são o genograma¹⁸ e as escalas de função familiar,¹⁹ como o APGAR Familiar (SMILLKSTEIN, 1978). Eugênio Vilaça Mendes tem proposto a adoção da Gestão da Clínica com

¹⁸ Genograma: representação gráfica da estrutura e histórico familiar, com informações sobre as relações e papéis



este fim. Gestão da Clínica é “a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde” (MENDES, 2006). As principais tecnologias de microgestão utilizadas são: Diretrizes Clínicas, Listas de Espera Baseadas em Prioridades e Auditoria Clínica.

Existem outras ferramentas de microgestão que podem ser utilizadas para qualificar a prática clínica; entre elas, destacamos:

- folhas de fluxo de práticas preventivas;
- lembreadores prontuários;
- sistemas de informatização da prática clínica (prontuários eletrônicos, lembreadores eletrônicos);
- incentivos econômicos (incentivos financeiros correspondentes ao alcance de metas pactuadas); e
- intervenções educativas externas sobre processo de atenção.

A gestão da clínica pode inserir-se oportunamente na prática assistencial das equipes de SF principalmente no cuidado de doenças mais prevalentes (hipertensão, diabetes) e no cuidado de condições comuns como o pré-natal, por meio da adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, seguidos das ferramentas de microgestão que avaliem e retroalimentem a mudança de processo assistencial de toda a equipe. A Gestão da Clínica pode ser uma estratégia na busca pela sustentabilidade financeira da área da saúde quando se planeja introduzir novas tecnologias duras dentro da rede de atenção primária de um município ou estado.

Além disso, o uso de Lista de Espera baseadas em critérios de priorização pode ser bastante útil no manejo do fluxo de pacientes entre os diferentes pontos da rede de atenção. Porém, vale a pena lembrar que estratégias de qualificação da prática assistencial de equipes interdisciplinares de saúde aumentam suas chances de êxito se configuradas a partir de:

membros das famílias através de suas múltiplas gerações.

¹⁹ Escalas de função familiar: são instrumentos de avaliação da satisfação, papéis e relações entre os integrantes de uma família, que possibilitam avaliar o estado funcional desta família.



- objetivos claros e mensuráveis;
- sistemas administrativos e clínicos;
- divisão de tarefas entre os membros da equipe;
- treinamento de toda equipe com ênfase na mudança do processo assistencial; e
- comunicação efetiva entre membros da equipe (GRUMBACH; BODENHEIMER, 2004).

A natureza da prática assistencial em APS é o enfrentamento das necessidades em saúde da população inserido no contexto da complexidade dos sujeitos e do processo saúde-doença, uma prática baseada no cuidado personalizado e na criação da autonomia dos usuários. Assim, se por um lado a utilização de abordagens como a “gestão da clínica” pode contribuir para a qualificação do processo de trabalho e dos resultados em APS, por outro a adoção de métodos padronizados pode ser engessar a prática das equipes. Há exemplos na literatura de que a adoção de diretrizes clínicas descontextualizadas pode desviar a atenção dos profissionais de saúde das verdadeiras necessidades em saúde da população pelo consumo exagerado de seu tempo de trabalho (YARNALL et al., 2003) pela busca perversa por indicadores (MCCOLL et al., 1998), além da possibilidade de surgimento da fadiga dos profissionais mediante intervenções educativas focais sobre prática clínica (DAVIS, 1995).

4.2.6 Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Parte integrante do processo de trabalho das equipes de SF é o cadastro da população adscrita e a manutenção de um sistema de informações sobre as ações realizadas que permite e qualifica a prática de vigilância em saúde, além de possibilitar que a própria equipe avalie e acompanhe o desenvolvimento de suas ações. Esse sistema, chamado Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), possibilita conhecer a realidade da população adscrita, seus principais problemas de saúde, seu modo de vida e o andamento das atividades das equipes. “Sistematiza os dados

coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação” (BRASIL, 2001). Permite ainda que sejam feitas avaliações do impacto do trabalho das equipes na organização do sistema e na saúde da população.

Os dados alimentados no Siab permitem a obtenção de informações que servirão para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para cumprir o objetivo de otimizar as condições de saúde.

O Siab é um sistema que agrega e processa as informações sobre a população visitada. Essas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. Os instrumentos de coleta de dados são:

- Ficha A: cadastramento das famílias.
- Ficha B-GES: acompanhamento de gestantes.
- Ficha B-HA: acompanhamento de hipertensos.
- Ficha B-DIA: acompanhamento de diabéticos.
- Ficha B-TB: acompanhamento de pacientes com tuberculose.
- Ficha B-HAN: acompanhamento de pacientes com hanseníase.
- Ficha C: acompanhamento de crianças (Cartão da Criança).
- Ficha D: registro de atividades, procedimentos e notificações.

A seguir explicaremos os objetivos de cada um destes instrumentos.

A **Ficha A** é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família. As informações recolhidas – identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais – permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida da população adscrita, conhecer com mais detalhes o território-área e melhor planejar suas intervenções. Deve ser atualizada de acordo com as mudanças ocorridas na composição e no perfil socioepidemiológico das famílias, pois é um instrumento dinâmico. Exemplificando: quando uma pessoa do domicílio se muda ou quando outra pessoa vem morar ali deve haver uma atualização; ou quando o ACS identifica que uma pessoa mudou sua situação quanto ao diabetes, deve ser realizada atualização desta Ficha. É

comum a equipe preencher a ficha A somente no momento do cadastramento da comunidade e nunca mais atualizá-la, passado algum tempo as informações perderão a fidedignidade. A Ficha A também pode ser utilizada como “Folha de Rosto do Prontuário da Família” na Unidade Básica de Saúde.

A **Ficha B-GES** é o instrumento de cadastro e acompanhamento mensal do estado de saúde das gestantes. Enquanto as Fichas B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN servem para o cadastramento e acompanhamento mensal dos indivíduos com hipertensão arterial (HAS), diabetes (DM), tuberculose (TB) e hanseníase, respectivamente. Os indivíduos só serão cadastrados em cada um dessas fichas quando tiverem diagnóstico médico estabelecido. Os casos suspeitos serão sempre encaminhados à unidade básica de saúde para realização de consulta médica. Só após este procedimento, com o diagnóstico médico estabelecido, é que o médico ou o ACS cadastra o paciente e então inicia o acompanhamento pelo ACS dos indivíduos por meio da ficha relacionada ao agravo diagnosticado. A cada visita domiciliar do ACS os dados devem ser atualizados. As fichas ficam de posse dos ACS e devem ser revisadas periodicamente pelo enfermeiro. Sempre que cadastrar um caso novo de um desses cinco agravos o agente comunitário deverá discutir com o enfermeiro a forma como se dará seu acompanhamento.

O instrumento utilizado para o acompanhamento da criança (a **Ficha C**) é uma cópia do Cartão da Criança padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Esse Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade de saúde, deve possuir esse cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS. Para as crianças menores de 2 anos o ACS deve utilizar, como base para a coleta dos dados, o Cartão da Criança que está de posse da família, transcrevendo para o seu cartão-sombra os dados registrados no Cartão da Criança. Caso a família não tenha o Cartão, o ACS deverá preencher o cartão-sombra com base nas informações referidas e orientar a família a procurar a UBS para providenciar a segunda via do Cartão da Criança.

A **Ficha D** é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático.

Informa a produtividade da equipe e a frequência com que alguns procedimentos e/ou identificação de agravos (notificações) são realizados (como, por exemplo, casos de pneumonia em crianças menores de 5 anos). O preenchimento desse instrumento deve ser efetuado diariamente por cada um dos profissionais. Alguns campos são específicos para determinadas categorias e apenas os profissionais da respectiva categoria devem preenchê-los.

O preenchimento das fichas citadas permite a agregação dos dados e o processamento de consolidados em nível de microáreas (1 por ACS), da área de uma equipe de SF, de segmento territorial e do total do município coberto por equipes do SF e/ou do PACS. O preenchimento das fichas é responsabilidade dos ACS sob supervisão do enfermeiro ou de outro profissional de nível superior. É este supervisor o responsável pela sistematização das fichas nos relatórios citados a seguir. Além disso, a disponibilidade de um auxiliar administrativo na UBS facilita e otimiza a alimentação do SIAB. Esse processo de alimentação será feito por meio das fichas e relatórios em papel ou alimentados já em microcomputadores nas equipes dependendo do nível de informatização das UBS em cada município. Caso não haja microcomputadores disponíveis nas UBSs, a informatização dos dados dar-se-á em níveis mais centrais das secretarias municipais de saúde (gerências distritais e/ou coordenações municipais do PSF). Os dados mensais serão sempre referentes ao período do dia 20 do mês anterior ao dia 21 do mês atual. Os possíveis relatórios de consolidação são:

- Relatório A1: Consolidado do cadastramento familiar por microárea – O Relatório A1 objetiva consolidar os dados coletados nas diversas Fichas A de uma mesma microárea, ou seja, da área de atuação de um agente de saúde.
- Relatório A2: Consolidado do cadastramento familiar por área – O Relatório A2 objetiva consolidar os dados dos Relatórios A1 de uma mesma área/equipe. Ele representa a soma das informações dos relatórios A1 de todos os ACS de uma UBS e permite que a equipe identifique o perfil da população e os pontos vulneráveis da sua área de atuação para orientar sua forma de atuação.
- Relatório A3: Consolidado do cadastramento familiar por segmento – O Relatório A3 objetiva analisar agregados homogêneos, e consolida os dados das famílias acompanhadas pelas equipes de um mesmo segmento territorial. Sua utilização na análise dos dados é opcional. Pode ser usado para a diferenciação entre áreas urbanas

e rurais de determinado município ou, em municípios maiores, para agregação de dados em nível de distritos sanitários ou outra forma de agregação, como as áreas do orçamento participativo no caso do município de Porto Alegre.

- **Relatório A4: Consolidado do cadastramento familiar por município** – No Relatório A4 são consolidados os dados das famílias cadastradas por todas as equipes do município. São preenchidos um relatório para as áreas/equipes da zona rural, um para a zona urbana e um para o total do município. Uma cópia dos relatórios deve ficar no município e outra deve ser encaminhada à Coordenação Regional que, por sua vez, enviará uma cópia à Coordenação Estadual do Programa. Para preencher o Relatório A4 o instrutor deve ter em mãos os Relatórios A2 ou A3 de todas as áreas/equipes do mesmo município. Os dados de todas as áreas/equipes devem ser somados, item por item, e incluídos no Relatório A4. Todos os dados deste relatório se referem à situação das áreas do município cobertas pelas equipes e não do município como um todo. Assim a expressão “Total” refere-se a situação das famílias cadastradas pelas equipes do município ou pelos ACS, no caso de municípios onde apenas o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) esteja implantado. Neste relatório são utilizadas duas novas variáveis: famílias estimadas e população. Para calcular o número de famílias estimadas no município, divide-se a população geral do município estimada pelo IBGE para o ano em referência, pelo número médio de pessoas por domicílio no Estado.

- **Relatório SSA2: Situação de saúde e acompanhamento das famílias na área** – O Relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada território-área de uma equipe de SF. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área (em especial a Ficha A). A consolidação dos dados das diversas microáreas, coletados dos dias 21 do mês anterior ao dia 20 do mês atual, será feita no fim do mês atual ou início do mês subsequente, durante a reunião mensal da equipe, sendo responsabilidade de um dos profissionais de nível superior a condução das atividades e o preenchimento desses relatórios. Este Relatório mostra tanto o perfil da população, como a cobertura e a qualidade do acompanhamento de gestantes, crianças e pessoas portadoras de DM, HAS, TB e Hanseníase, além de dados da produtividade da equipe (exemplo: número de consultas, número de solicitações de exames de patologia clínica, número de encaminhamentos) e notificações de agravos sentinelas (como internações e óbitos).

- Relatório SSA4: Situação de saúde e acompanhamento das famílias no município – O Relatório SSA4 consolida os dados referentes as áreas de um mesmo município, por modelo de atenção (PACS ou PSF) e de zona (urbana ou rural). As informações contidas neste relatório referem-se às áreas cobertas pelo PACS e PSF no município. Este instrumento deve ser utilizado apenas onde o sistema de informação não estiver informatizado. O preenchimento do Relatório SSA4 deve ser efetuado no início de cada mês, a partir dos dados dos Relatórios SSA2 de todas as equipes de saúde atuantes (PACS e PSF). O trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de saúde da coordenação municipal/Secretaria Municipal de Saúde durante reunião mensal com as equipes.
- Relatório PMA2: Produção e marcadores para avaliação – O Relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por território-área de cada equipe de SF (em especial a Ficha D). Marcadores são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, em médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita.
- Relatório PMA4: Produção e marcadores para avaliação por município – O Relatório PMA4 destina-se à consolidação mensal dos dados dos Relatórios PMA2, apenas nos municípios onde o sistema não esteja informatizado, totalizando as informações referentes à produção de serviços e à ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras, por município. O trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado por profissionais de saúde da Coordenação Municipal/Secretaria Municipal de Saúde durante reunião com as equipes de saúde.

O correto preenchimento e atualização do Siab tem papel fundamental na manutenção da transferência de recursos. Conforme a PNAB, a “efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do Siab, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios”. Os dados de nível municipal são transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal e destas para o Departamento de Informática do SUS (Datusus), por via magnética, até o dia 15 de cada mês.

Após a descrição das fichas e dos possíveis relatórios fica óbvia a importância do papel dos ACS na manutenção e qualificação desse sistema de informações. A capacidade dos ACS em manter a cobertura de visitas às famílias de suas microáreas é fator determinante da atualização e fidedignidade dos dados do Siab. Nesse sentido, os ACS devem ser capacitados e conscientizados para a importância desta atividade. Isto inclui cobrir as áreas de ACS de férias ou de licença. A devolução dos dados de forma sistemática às equipes é uma estratégia de valorização da atividade e de estímulo para a qualificação da tarefa de coleta e sistematização. É claro que além da valorização desta atividade, a devolução sistemática dos dados permite a identificação de situações de risco e avalia o desempenho da equipe, proporcionando uma ferramenta para o planejamento e acompanhamento das ações. Não existe uma determinação nacional sobre a forma ou periodicidade da devolução dos dados às equipes, devendo esta ser definida em nível municipal.

O Siab apresenta algumas limitações que não inviabilizam sua utilização, mas impedem a realização de algumas atividades. Como o menor agregado é em nível de microárea, não permite a identificação de famílias e/ou indivíduos em situação de risco ou que apresentem algum agravo (exemplo: tuberculose), impedindo a sua utilização como ferramenta de avaliação do acompanhamento de casos individuais ou da necessidade de realizar busca ativa de faltosos de programas (exemplo: diabéticos que não consultam). Neste sentido, a equipe deve organizar-se a fim de promover o acompanhamento personalizado e a busca ativa de pessoas inscritas em programas (exemplo: diabéticos que faltam à consulta de revisão) ou em situação de risco especial (exemplo: criança que retorna ao domicílio após internação hospitalar).

4.3 Inserção da Estratégia de Saúde na Família na rede de serviços

4.3.1 Garantia da integração na rede: processo de referência e contra-referência

A integração das equipes de SF na rede municipal e estadual de serviços de saúde é condição *sine qua non* para que as equipes possam exercer seu papel de responsabilidade sanitária mediante a população de um território-área. Mesmo que alguns estudos apontem para uma capacidade de resolubilidade da APS de cerca de 80-90% dos problemas de saúde, o fluxo dos usuários através de sistemas organizados de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar são imprescindíveis para a prática de atenção integral à saúde e para o reconhecimento por parte da população do papel integrador da ESF diante da rede de serviços. Junto ao gestor municipal e estadual a equipe de Saúde da Família deve mapear a rede de serviços de saúde secundários e terciários credenciados ao SUS, que sejam referência para as famílias adscritas. Além de reconhecer a rede de serviços de referência, um sistema de comunicação efetivo deve ser estabelecido entre os distintos pontos dessa rede, assim como um sistema de regulação que estabeleça critérios clínicos para a priorização de marcação de exames diagnósticos, consultas com especialistas focais, procedimentos e internações hospitalares.

O CONASS no Seminário para Construção de Consensos sobre Atenção Primária à Saúde (novembro de 2003), (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004) propôs as seguintes ações para garantir a articulação das unidades básicas de saúde da família com o restante da rede assistencial:

- a) Implantar e implementar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI), estabelecendo reavaliação sistemática dos mesmos e articulando a participação dos diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde, tais como planejamento e regulação, criando fóruns de discussão entre profissionais da Atenção Primária e diferentes pontos da rede de assistência.

- b) Implantar as Centrais de Regulação de forma a garantir o acesso e a formação de redes de atenção à saúde.
- c) Que o trabalho das equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde seja orientado para:

- Qualificar as equipes das regionais e possibilitar a participação do corpo técnico das Secretarias nos planos elaborados e difundir-los.
- Potencializar a construção de instrumentos de avaliação de resolubilidade da Atenção Primária que possam também identificar os nós críticos, objetivando o desenvolvimento de ações de orientação e assessoria aos municípios.
- Criar fóruns de discussão entre profissionais da Atenção Primária e Secundária;
- Utilizar a análise de indicadores do Pacto da Atenção Básica como instrumento de gestão e articulação.
- Estimular a integração docente/assistencial, por meio de estágios e intercâmbios entre serviços ambulatoriais e hospitalares e de ensino e pesquisa, dos profissionais que atuam na Atenção Primária e nos outros níveis de atenção”.

4.3.2 Ameaça da fragmentação do sistema de serviços de saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode representar o contra-veneno à fragmentação do sistema de serviços de saúde, que ainda é característica marcante na maioria dos estados e municípios brasileiros. Ao realmente entendermos a ESF como a estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro, estamos propondo a criação de uma rede de serviços de saúde em que as equipes de SF têm papel integrador dos diversos pontos (e não níveis) de atenção à saúde (serviços de urgência, hospitais, ambulatórios de especialidades focais e centros de apoio diagnóstico, entre outros). Entretanto, esse papel integrador só será garantido se as características essenciais (capítulo 2) da APS estiverem fortemente presentes no trabalho destas equipes. O primeiro contato, a longitudinalidade e integralidade da atenção e a coordenação do fluxo dos usuários dentro da rede de serviços de saúde favorece que os distintos pontos desta rede tenham como elo central de integração e comunicação as unidades básicas de saúde da ESF. O fortalecimento dessas características será obtido pela qualificação dos profissionais e das condições

de trabalho das equipes de SF, do reconhecimento por parte dos gestores do papel central da ESF na reorganização do modelo assistencial, de um processo formativo de monitoramento e avaliação da APS e de ações que favoreçam o reconhecimento por parte dos gestores, dos profissionais dos diversos pontos de atenção à saúde e da população, da importância das características essenciais da APS para a otimização da saúde de nossa população. Sistemas de serviços de saúde baseados em equipes de SF com forte extensão dessas características apoiadas por sistemas de comunicação (prontuários eletrônicos, Cartão SUS) e regulação (Centrais de Marcação de Consultas e de Internação Hospitalar) que definam critérios para o fluxo de usuários dentro da rede de atenção à saúde têm capacidade de impedir a fragmentação do sistema de serviços de saúde.

4.3.3 Papel das unidades de urgência/emergência em relação à ESF

Os serviços de urgência/emergência, que se configuram como portas de entrada ao sistema de saúde (mas que não preenchem as características de longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação da atenção), deveriam, idealmente, ser porta de entrada somente para aqueles problemas caracterizados como urgência/emergência, isto é, ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco de vida e/ou sofrimento intenso que exija atendimento médico em 24 horas ou de forma imediata (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA). Estudo realizado em Porto Alegre, na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, durante 20 dias em 1996, identificou que 39% das consultas foram consideradas eletivas. É dessa forma que deveria ser a relação ideal entre a ESF e os serviços de urgência/emergência: as UBS responsáveis pelos atendimentos eletivos e pelo primeiro atendimento de urgências, enquanto os serviços de urgência/emergência seriam responsáveis pelas verdadeiras emergências e urgências. Isso reduziria o alto percentual de consultas eletivas que são realizadas em serviços de urgência/emergência, como aponta o estudo citado.



A relação entre esses dois tipos de serviço deve ser colaborativa, com as equipes do SF reduzindo a demanda não-urgente dos serviços de emergência e estes servindo de retaguarda para as UBS nos casos de urgência que recebem seu primeiro atendimento pelas equipes de SF.

4.4 Conclusão

Neste capítulo pretendeu-se apresentar uma visão sucinta das normativas e da evolução conceitual da Estratégia Saúde da Família nos seus 12 anos de crescimento, principalmente da visão do CONASS sobre este processo. Além disso, salientaram-se aspectos importantes do processo de trabalho em Atenção Primária à Saúde e da sua relação com outros pontos do sistema que, se presentes nas equipes de Saúde da Família, contribuirão para a real mudança do processo assistencial no SUS, produzindo otimização da saúde de nossa população e equidade na distribuição de recursos.







5

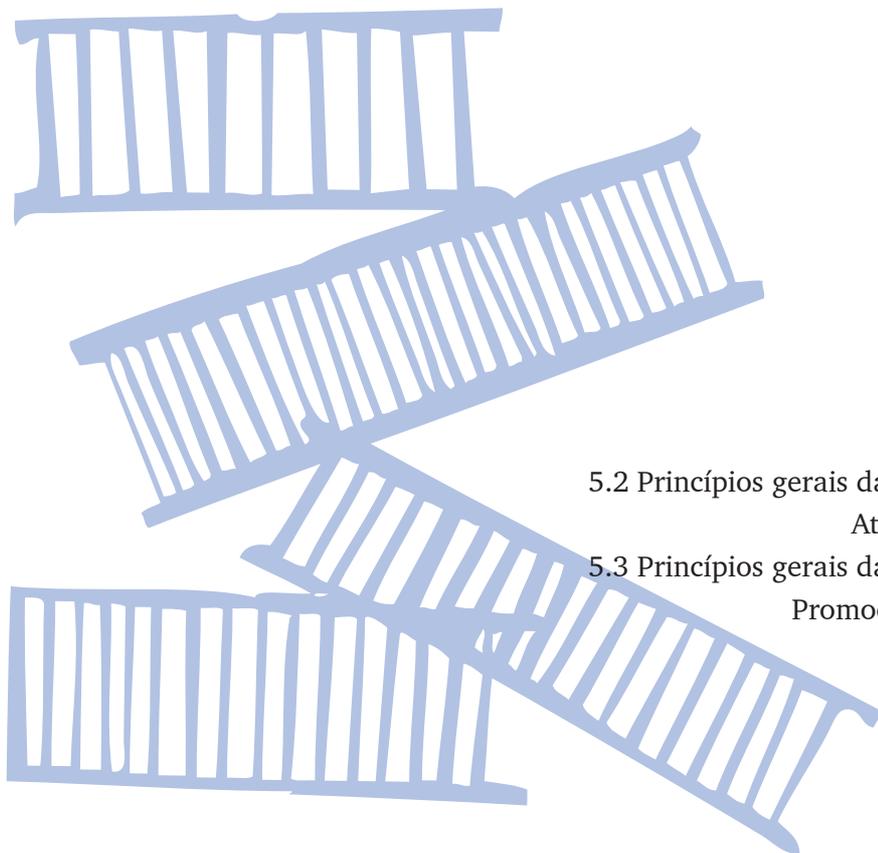
AS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO E O PAPEL DA SES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

5.1 Introdução

5.2 Princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

5.3 Princípios gerais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

5.4 Conclusão



5.1 Introdução

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) vêm, ao longo dos últimos anos, adotando um conjunto de iniciativas e estratégias que visam criar condições favoráveis ao exercício de suas macrofunções no campo da gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), o que significa desempenhar os processos de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação no âmbito do território regional e estadual.

A Promoção da Saúde é compreendida como idéia e ação transversal em todo sistema de saúde e como componente indispensável para ampliação da compreensão do processo saúde-adoecimento e de seus múltiplos determinantes. Neste contexto a Atenção Básica (AB) é reconhecida pelos gestores estaduais como campo privilegiado para a construção da integralidade da atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, com intervenções que reduzam os riscos e vulnerabilidades em favor de vida mais longa e mais saudável para as pessoas.

O acúmulo técnico e político tem contribuído para a qualificação das discussões entre as equipes estaduais e para a tomada de importantes decisões na direção do fortalecimento da APS e da Promoção da Saúde como condição necessária à consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Permitiu, ainda, a construção de consensos que subsidiaram posicionamentos no processo de pactuações necessárias à publicação da Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, e da Portaria n. 687/GM de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde.

5.2 Princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica

Nesta última década, a AB foi gradualmente se fortalecendo como condição necessária para a estruturação dos sistemas locais de saúde e para a efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Dezenas de documentos e portarias foram publicadas com objetivo de orientar a organização e a execução da AB, do Programa de Saúde da Família (PSF) e também do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que resultou em expressiva fragmentação normativa, comprometendo a própria compreensão do tema em todas as instâncias de gestão do SUS.

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁰ apresenta uma criteriosa revisão e adequação dos documentos normativos que expressam o amadurecimento e o fortalecimento da AB no Brasil, e representa a incorporação dos princípios e diretrizes do novo Pacto pela Saúde, entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS, expresso nas dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

²⁰ PNAB pode ser acessada em www.saude.gov.br

A PNAB aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento, incluindo as especificidades da Saúde da Família.

A normatização da PNAB é complementada pelas seguintes portarias:

- Portaria GM/MS n. 649, de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de unidades básicas de saúde para as equipes de Saúde da Família.
- Portaria GM/MS n. 650, de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família e para o PACS.
- Portaria GM/MS n. 822, de 17 de abril de 2006, que altera critérios para definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família.

5.2.1 Principais alterações introduzidas pela PNAB

- a) Apresenta os princípios gerais para AB e coloca a Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo de atenção.
- b) Muda a nomenclatura da Saúde da Família de “programa” para “estratégia”.

Define:

- os princípios gerais da Estratégia Saúde da Família (ESF); ²¹
- os papéis das secretarias de saúde dos municípios, dos estados, do DF e do Ministério da Saúde (MS);
- a infra-estrutura mínima para unidades básicas de saúde (UBS) e recomenda o tamanho da população a ser adscrita às unidades básicas e às equipes de Saúde da Família (ver capítulo 6);

²¹ Princípios da Estratégia Saúde da Família: apresentados no capítulo 6 desta publicação.

- a carga horária de 40h para os profissionais das equipes da ESF;
- a obrigatoriedade de curso introdutório para todos os integrantes das equipes da ESF;
- os recursos financeiros do bloco da atenção básica podem ser gastos em qualquer ação da AB descrita nos planos municipais de saúde;
- a redução das modalidades de transferências do PAB²² variável e extingue as faixas de cobertura simplificando a forma de repasse dos recursos; e
- os indicadores de acompanhamento do Pacto da Atenção Básica de 2006, para fins de aumento do PAB, apontando para valorização de gestão por desempenho.

A PNAB define também um conjunto de fundamentos gerais da AB e algumas especificidades para a ESF, que são apresentadas no capítulo 6 desta publicação.

Esses fundamentos gerais absorvem os princípios gerais do SUS e convergem com as características da APS descritas na literatura internacional e discutidas do capítulo 2 desta obra.

Destaque-se que as equipes estaduais, no cumprimento de suas competências e atribuições, devam ampliar seus esforços para que as características da APS sejam compreendidas e de fato incorporadas ao processo de organização dos serviços, uma vez que estão diretamente relacionados às oportunidades de bons resultados na atenção à saúde da população. Neste sentido, só é possível afirmar que os serviços estão sendo adequadamente organizados se houver, por parte de todos os gestores, o compromisso com o cumprimento desses fundamentos da AB.

5.2.2 Áreas estratégicas de atuação da AB

As áreas a seguir relacionadas são consideradas, pela PNAB, como estratégicas e comuns à AB e, portanto, também às equipes de ESF, em todo território nacional:

²² PAB – Piso de Atenção Básica, ver capítulo 4.



Eliminação da hanseníase	Controle da tuberculose
Controle da hipertensão arterial	Controle do diabetes mellitus
Saúde da criança	Eliminação da desnutrição infantil
Saúde da mulher	Saúde do idoso
Saúde bucal	Promoção da saúde

Uma atuação efetiva das equipes estaduais de AB nessas áreas, no âmbito das suas competências, requer integração entre os vários setores e áreas técnicas das SES, além da apropriação e análise constante dos indicadores que deverão ser o balizador das agendas ou pactos firmados com cada gestor municipal.

Importante considerar as especificidades locais e regionais: os estados, por meio de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB),²³ possuem a opção de definir outras áreas estratégicas e prioritárias para atuação na atenção básica, além das pactuadas nacionalmente.

Toda atividade de atenção à saúde exige dos gestores a ação de verificação dos resultados. Para essas áreas estratégicas da AB utiliza-se como instrumento de acompanhamento e avaliação, desde o ano de 1999, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que agora integra o conjunto de instrumentos do Pacto de Gestão.²⁴

5.2.3 Responsabilidades de cada esfera de governo na gestão e operacionalização da atenção básica

No processo de revisão e redefinição de competências de cada gestor do SUS no âmbito da AB e da ESF, a posição dos gestores estaduais se pautou nas conclusões do Seminário para Construção de Consensos em APS (novembro/2003), onde os

²³ Comissão Intergestores Bipartite (CIBs) – formada por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, Cosems, sendo que, o secretário de saúde do município da capital é membro nato desta comissão. É a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

²⁴ Sobre Pacto de Gestão, ver: Livro I, capítulo 5 desta coleção Programa de Informação Técnica aos Secretários Estaduais de Saúde (Progestores).



Secretários Estaduais defenderam “a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da APS e entenderam como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual”.²⁵ Pode-se afirmar assim, que as responsabilidades das diferentes esferas de governo, definidas na PNAB, expressam o posicionamento de consenso dos Secretários Estaduais.

A seguir, destacam-se algumas competências²⁶ das esferas gestoras na AB e na ESF.

5.2.3.1 PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE NA AB E NA ESF:

- acompanhar a implantação e execução das ações de AB em seu território, analisando cobertura populacional, perfil de necessidades e oferta de serviços, integração aos demais pontos da rede de atenção e acompanhando a evolução dos indicadores e metas pactuados;
- contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à AB e estímulo à adoção da ESF pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes;
- regular as ações inter-municipais; e
- coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território. Destaque-se que as SES são responsáveis pelo processo de capacitação das equipes em municípios com menos de 100 mil habitantes. Nos municípios de maior porte populacional as SES devem apoiar os processos de capacitação e fomentar a cooperação horizontal – entre municípios.
- co-financiar as ações da AB e da ESF e ser co-responsável pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios;

²⁵ CONASS Documenta n. 2 – Atenção Primária – Seminário do CONASS para construção de consensos.

²⁶ As competências das diferentes esferas de governo na AB e na ESF estão integralmente descritas na Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica.

- elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da AB/ ESF, com vistas à institucionalização da avaliação (competência também do DF);
- prestar assessoria técnica aos municípios no processo de organização da AB e da implementação da ESF, bem como em seus processos avaliativos; e
- promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da AB.

5.2.3.2 PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E DO DISTRITO FEDERAL NA AB E NA ESF:

- definir e implantar o modelo de AB em seu território;
- inserir preferencialmente, a ESF em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;
- organizar referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da AB;
- manter a rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento;
- garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- co-financiar as ações de AB e da ESF;
- selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de AB e da ESF;
- estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais;
- assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes da ESF;
- alimentar os sistemas de informação; e
- avaliar o desempenho das equipes de AB sob sua responsabilidade.

IMPORTANTE: Todas as UBS (compreendendo as unidades básicas de saúde da Família) devem ser inseridas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O ato do cadastramento é de responsabilidade dos gestores municipais e do gestor do DF.

5.2.3.3 PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA AB E NA ESF:

- elaborar as diretrizes da PNAB e estimular a adoção da ESF como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;
- co-financiar o sistema de AB;
- ordenar a formação de recursos humanos, definindo com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à AB;
- apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde dos estados, municípios e DF, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais da AB;
- propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da AB;
- manter as bases de dados nacionais; e
- promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à AB.

5.2.4 Como cumprir adequadamente as competências pactuadas?

A seguir, relacionam-se algumas ações consideradas estratégicas para o desenvolvimento e aprimoramento das responsabilidades dos gestores estaduais na AB:

5.2.4.1 INSERÇÃO DA AB NA ESTRUTURA DA SES

Segundo diagnóstico realizado pelo CONASS em 2003²⁷ existe uma diversidade de denominações e de nível de subordinação das áreas responsáveis pela AB nas estruturas organizacionais das SES. Observa-se evolução, mas ainda insuficiente, na articulação da AB com os setores responsáveis pelas áreas programáticas (saúde

²⁷ CONASS Documenta n. 2 – Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

da mulher, da criança, áreas técnicas de hipertensão e diabetes, de tuberculose e hanseníase). Consta-se que ainda predomina, em diversas SES, um significativo grau de isolamento da AB em relação às áreas de planejamento, controle e avaliação, vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

A superação gradativa dessas situações de desarticulação coloca-se como um dos desafios para a melhoria dos processos de gestão da AB, para o alcance da integralidade e, conseqüentemente, para a qualificação da atenção à saúde das famílias.

As seguintes iniciativas, já apontadas nas discussões entre os gestores estaduais,^{28, 29} podem contribuir para superar fragilidades e para elevar o grau de importância e de articulação da AB na estrutura das SES:

- inserção, na estrutura institucional, no mesmo nível hierárquico dos setores que fazem a gestão dos demais pontos da atenção;
- integração efetiva da coordenação da ESF na coordenação da AB. Compreendendo-se a ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, é incompatível a permanência de estruturas de gestão paralelas ou fragmentadas;
- integração dos diferentes setores das SES, garantindo participação da área responsável pela gestão da AB na elaboração, operacionalização e revisão dos diversos planos estaduais; e
- integração das diferentes áreas que compartilham responsabilidades, por meio de reuniões periódicas para definição de objetivos comuns (um projeto comum) em relação a melhorias na saúde da população e desenvolvimento de ações conjuntas, a partir da definição de uma agenda de trabalho que contemple compromissos, atividades e metas das diferentes áreas que interagem com a AB.

²⁸ Recomendações realizadas pelos gestores: Progestores – 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

²⁹ Recomendações realizadas pelos gestores: CONASS Documenta n. 2 – Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

5.2.4.2 PROCESSO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM OS MUNICÍPIOS

A cooperação técnica e financeira³⁰ com os municípios são macrofunções das mais importantes na gestão estadual no sentido de garantir equidade no acesso, na resolutividade e na integralidade da atenção à saúde.

No campo da AB há um expressivo acúmulo a partir das formulações que ocorreram durante os Seminários e Oficinas de Trabalho do CONASS com os gestores e equipes técnicas estaduais,^{31,32} que serão mencionadas a seguir como “pistas” para superação de problemas e para o fortalecimento do papel dos Estados na cooperação com os municípios.

Para fortalecer a cooperação técnica com os municípios é preciso:

- a) Compor e qualificar as equipes estaduais (compreendendo também as equipes das Regionais de Saúde, quando existentes na estrutura das SES).
- b) Consolidar a concepção da AB como centro ordenador das redes de atenção. Neste aspecto, as equipes técnicas necessitam, além de inserção adequada nas estruturas da SES, do domínio de conhecimentos básicos que qualifiquem a interação no processo de cooperação técnica com os municípios. É absolutamente indispensável que as equipes gestoras:

- apropriem-se de instrumentos e informações como: marco conceitual de APS; evidências provenientes das experiências locais, regionais, nacional e aquelas encontradas na literatura internacional; legislação do SUS; pactos entre as esferas de governo (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão); sistemas de informação; metodologias de monitoramento e avaliação, instrumentos de programação e de melhoria da qualidade; agendas; protocolos; estratégias de educação permanente; planos estaduais e programações pactuadas e integradas; evidências provenientes das experiências locais, regionais, nacional;
- identifiquem parceiros que possam compor uma rede/equipe de apoio nesta atividade de cooperação técnica: educadores, epidemiologistas, bibliotecárias etc.

³⁰ Cooperação financeira é abordada no capítulo 4 desta publicação.

³¹ Progestores – 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

³² CONASS Documenta n. 2 – Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

Para fortalecer a cooperação técnica com os municípios recomenda-se:

- Elaborar plano de cooperação técnica que atenda as necessidades dos municípios. Esta ação requer apropriação das distintas realidades, portanto, as equipes estaduais precisam identificar e analisar (em conjunto com as áreas programáticas, áreas de planejamento, vigilâncias, controle e avaliação) um conjunto de informações e indicadores que subsidiem a ação de cooperação com cada município ou regional; e especialmente identificar, num processo de interlocução, as necessidades das equipes gestoras e técnicas municipais.
- Assessorar os municípios na elaboração e pactuação de agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à melhoria dos indicadores de saúde.
- Realizar encontros regionais com os municípios, com criação de redes de apoio à cooperação técnica.
- Apoiar os processos de qualificação das equipes gestoras e técnicas municipais, favorecendo o intercâmbio de experiências entre os municípios da regional ou do estado, estimulando assim a cooperação horizontal (cooperação entre municípios).
- Participar de encontros macro-regionais para aprofundamento do debate sobre APS nas distintas realidades do país.
- Pactuar com o MS e com os gestores municipais (especialmente dos grandes municípios) uma agenda articulada de cooperação, evitando a fragmentação das ações e otimizando recursos técnicos e financeiros de cooperação técnica.
- Adotar estratégias de informação e comunicação junto aos gestores, aos profissionais de saúde, à população usuária, às instituições de ensino técnico e superior e aos formadores de opinião para sensibilização sobre a importância da organização dos sistemas de saúde com valorização da APS.
- Adotar medidas de indução para que os municípios assumam efetivamente suas responsabilidades na AB.
- Definir e implantar, no âmbito de cada Estado, propostas de co-financiamento para a AB, de acordo com critérios definidos pela gestão estadual.³³

³³ Sobre possibilidades e alternativas de participação dos Estados no financiamento da AB/ESF, ver capítulo 4.

5.2.4.3 PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA AB

A importância conferida pelos gestores estaduais ao componente da avaliação da AB pode ser expressa pela seguinte afirmação: “O CONASS acredita que o processo de acompanhar, monitorar e avaliar as ações e os serviços da Atenção Primária contribui para o aprimoramento das estruturas, processos e resultados da estratégia, ampliando e fortalecendo a cooperação entre as SES e os municípios, o que refletirá na ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população, nos serviços de saúde”.³⁴

Em 2003, durante o 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos, os gestores estaduais definiram como atribuição das SES “realizar acompanhamento, avaliação e regulação dos serviços de Atenção Primária, visando sua qualificação”.³⁵

Se a avaliação está inserida como uma importante Macrofunção, não pode, portanto, ser compreendida somente como atribuição delegada a avaliadores externos, devendo “fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde”.³⁶ Neste sentido, inserem-se as diversas ações e estratégias para o alcance do que vem se denominando “institucionalização da avaliação”. Os componentes e projetos estratégicos desta proposta encontram-se representados no quadro 3.

Esse processo de formulação nacional encontrou total convergência com posicionamentos e propósitos dos gestores estaduais e das iniciativas do CONASS, que além de participar ativamente na Comissão de Avaliação da Atenção Básica,³⁷ constituiu, em 2004, por deliberação dos secretários estaduais, um grupo de trabalho para aprofundar o debate e definir posicionamentos sobre acompanhamento, avaliação e regulação da APS.

³⁴ CONASS Documenta n. 7 – Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária.

³⁵ Progestores – 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

³⁶ Ministério da Saúde, 2005 – Avaliação na Atenção Básica em Saúde.

³⁷ Comissão instituída pela Portaria GM/MS n. 676 de 03 de junho de 2003, envolvia participação de gestores e técnicos de diversos setores do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems.

Ainda em 2004 realizou-se uma oficina de trabalho com técnicos das SES, na qual, além da ampliação do debate conceitual, realizou-se um diagnóstico preliminar³⁸ da APS nas SES que permitiu a identificação de debilidades para o exercício efetivo das ações de avaliação.

Destacam-se neste diagnóstico:

- insuficiência quantitativa e necessidade de qualificação das equipes técnicas;
- estrutura física e recursos materiais inadequados e insuficientes;
- fragilidade na articulação interna da SES, comprometendo o princípio da integralidade e impedindo a viabilização da APS como proposta estruturante;
- dispersão da avaliação em diferentes áreas das SES.³⁹

Nesse contexto de institucionalização da avaliação da Atenção Básica foi concebida, junto ao MS, a proposta do Projeto de Fortalecimento das SES em Monitoramento e Avaliação, buscando construir a viabilidade para a estruturação, na instância gestora estadual, da capacidade técnica em avaliação, que após aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi inserida no Componente III do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf). Com a viabilização desse financiamento as SES iniciaram a elaboração e implantação dos seus Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da AB.

Esses planos precisam ser entendidos como “ferramenta de planejamento e gestão elaborados de maneira integrada, flexível e adaptável às mudanças requeridas pela realidade. Tal concepção pretende fortalecer a incorporação dos processos avaliativos no cotidiano de práticas, regras e cultura organizacional das secretarias de saúde. Institucionalizar significaria, então, fazer parte, compor intrinsecamente, internalizar padrões e produzir comportamentos socialmente estabelecidos”.⁴⁰

Como observa-se no quadro 3, o fortalecimento da capacidade técnica das SES em Monitoramento e Avaliação aparece como projeto estratégico em cinco, do total de seis componentes.

³⁸ CONASS Documenta n. 7 – Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária.

³⁹ Destaque-se que o CONASS Documenta n. 7 – Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária menciona ausência de consenso sobre a opção de agrupar a avaliação em uma grande área das SES.

⁴⁰ Ministério da Saúde, 2006. Folder: Institucionalizando a Avaliação da AB no Brasil.

A mobilização e atuação efetiva das equipes gestoras nestes componentes já está permitindo, em muitas SES, os seguintes movimentos:

- elaboração e execução dos Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da AB – com garantia de alocação de recursos por meio do Proesf;
- desenvolvimento contínuo das ações de monitoria e avaliação, rompendo com práticas pontuais ou esporádicas desenvolvidas pelas SES;
- capacitação das equipes técnicas, tornando-as qualificadas para apoiar os municípios no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação, para elaborar e executar propostas metodológicas e para demandar pesquisas avaliativas em AB;
- articulação entre setores estratégicos e áreas programáticas da AB, com desenvolvimento de atividades integradas de monitoramento e avaliação;
- contratação dos Centros Colaboradores em Avaliação, com objetivo de construir parcerias entre instituições de ensino e pesquisa com experiência em avaliação, a fim de favorecer a qualificação técnica regional-local e auxiliar na elaboração e execução de proposta metodológica de monitoramento e avaliação da AB.

Deve-se observar que, em 2006, essa parceria alcançou 25 estados da Federação, com a participação de vinte centros colaboradores.⁴¹

O desenvolvimento dos Projetos de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em Monitoramento e Avaliação representa oportunidade ímpar para fortalecer o papel das SES no monitoramento e avaliação, com possibilidades de apoiar iniciativas inovadoras em curso nas SES e com alternativas concretas para construir soluções de enfrentamento de problemas crônicos, a exemplo daqueles identificados no diagnóstico preliminar realizado pelo CONASS em 2004, já referido neste capítulo.

A seguir, destacam-se outros Projetos Estratégicos da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da AB, importantes para o fortalecimento do papel da gestão estadual:

⁴¹ Idem.

- a) Aperfeiçoamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), tornando-o um instrumento direcionado para toda a rede básica e não apenas para a ESF, e possibilitando o uso da informação referente às áreas programáticas que compõem a AB. Recomendam-se às SES participação ativa no processo de revisão do Siab.
- b) Avaliação para a melhoria da qualidade (AMQ) da ESF – é uma metodologia de autogestão ou gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade. Por meio da auto-avaliação e partindo de padrões de qualidade especificamente definidos para a AB, oferece aos gestores municipais, coordenadores e profissionais das equipes, instrumentos que permitem: verificar os estágios de desenvolvimento e de qualidade da ESF nos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação da estratégia e as práticas realizadas nas UBSF; identificar os pontos críticos e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando a melhoria da qualidade da estratégia.⁴²

As SES têm papel fundamental na disponibilização deste instrumento e apoio técnico ao município que estiver interessado em utilizá-lo.

Recomendam-se às SES as seguintes atribuições⁴³ para a implantação da AMQ;

- integração da proposta aos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da AB;
- divulgação da proposta para os municípios por meio de seminários e oficinas regionais e municipais;
- planejamento e programação das etapas de implantação da proposta no estado;
- acompanhamento e apoio técnico aos municípios no processo de implantação e desenvolvimento da proposta; e
- acompanhamento e avaliação do processo de implantação e desenvolvimento da proposta na esfera estadual.

⁴² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Folder. Brasília, 2006.

⁴³ Idem

c) Monitoramento da implantação do Componente 1 do Proesf:⁴⁴ As SES devem participar do processo de monitoramento e acompanhamento da implantação das ações previstas nos planos dos municípios inseridos neste componente, propondo intervenções articuladas com o MS para superar os problemas identificados para o alcance das metas. Recomendam-se às equipes técnicas a apropriação das metodologias e conclusões dos Estudos de Linhas de Base (ELB) realizados nos municípios com mais de 100 mil habitantes, pertencentes ao Proesf. Os ELB realizaram um diagnóstico do padrão epidemiológico e da organização dos serviços na totalidade de 231 municípios.

5.2.4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DA AB

Quando esse tema foi debatido durante o 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos (2003) os Secretários afirmaram que a “inadequação dos recursos humanos atualmente disponíveis no mercado de trabalho e a formação fragmentada dos profissionais recém-egressos das universidades dificultam a inserção desses novos profissionais na proposta de AB”⁴⁵. Esse problema toma uma dimensão ainda maior quando se trata do perfil profissional necessário à implementação da ESF, “pois ainda que a integralidade seja uma das diretrizes e princípios do SUS, a maioria dos profissionais que atuam no sistema ainda é formada para um modelo assistencial privatista”.⁴⁶

Com a importância que atualmente é atribuída à AB e com a expressiva expansão da ESF, faz-se necessário acelerar os processos de mudanças na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, cumprindo assim uma das competências dos gestores no âmbito do SUS. Esta é uma questão diretamente relacionada à qualidade da AB e a sustentabilidade da ESF e que exige o estabelecimento de parcerias sólidas e duradouras com as instituições formadoras. Compete aos gestores apontar e definir demandas que sejam coerentes com as reais

⁴⁴ Apoio à conversão e expansão da estratégia de saúde da família nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

⁴⁵ Progestores – 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Residências Multiprofissionais em Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, n. 10, 2006.



necessidades dos serviços de saúde e que expressem os interesses da sociedade, rompendo com práticas onde o mercado e os interesses corporativos dirigem o processo de formação e de especialização dos profissionais de saúde.

A seguir, relacionam-se importantes projetos nacionais que objetivam a indução da reorientação das práticas de formação e de educação permanente dos profissionais de saúde:

No âmbito da graduação:

- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): Representa uma iniciativa do MS em parceria com o Ministério da Educação, que define incentivos financeiros para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia, de universidades públicas, que decidem pela implantação de estratégias de reorientação no processo de formação acadêmica, a fim de “oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população e à operacionalização do SUS”.⁴⁷ Os municípios que aderem ao Pró-Saúde e recebem alunos de enfermagem, medicina e/ou odontologia nas UBSF também recebem incentivo financeiro para melhorar a estrutura das suas unidades, visando atingir padrões desejáveis de qualidade. Essa é uma medida importante, uma vez que os cenários de aprendizagem devem se apresentar como espaços motivadores e acolhedores aos estudantes.

As SES podem atuar como indutoras e mediadoras do processo de adesão dos cursos e municípios ao Programa, apresentando as demandas do perfil profissional necessário à AB e apoiando os municípios na estruturação de suas UBS.

⁴⁷ Ministério da Saúde, 2006. Pró-saúde: Alternativa Nacional para Multiplicação de profissionais na Saúde Pública. Revista Brasileira de Saúde da Família n. 10.



No âmbito da pós-graduação:

- **Residências em Medicina de Família e Comunidade:** É reconhecida internacionalmente como a “especialidade médica de excelência da AB”.⁴⁸ Em 2006 mais de 900 vagas nestas residências estavam credenciadas pelo Ministério da Educação e vinculadas a mais de 50 instituições que contam com apoio financeiro do MS, em todas as regiões do Brasil. Outra iniciativa importante refere-se ao recurso adicional repassado aos municípios que recebem residentes em seus serviços. Para cada residente em medicina de família e comunidade, o município recebe um incentivo financeiro para ser aplicado na estruturação das UBSF.
- **Residência Multiprofissional em Saúde (RMS):** Após um longo período de discussão entre os diversos atores que interagem no SUS e o Ministério da Educação, foi aprovada a Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, ambas localizadas no Ministério da Educação. Com esta lei ficou “instituída a possibilidade de criação de programas de especialização em serviço para todas as profissões da saúde, tanto em modalidade uni como multiprofissionais, orientadas para atender necessidades prioritárias do SUS, como a Saúde da Família, a saúde mental, a saúde do idoso, entre outras”.⁴⁹ A prática multiprofissional é uma exigência dos princípios da AB, portanto, a importância da implantação dessas residências reside no fato de que “a participação de diversas áreas profissionais possibilita a troca sistemática e contínua entre saberes, assim como a construção coletiva de novos conhecimentos, sem que se percam as especificidades de cada núcleo profissional. Isto transcende a prática convencional de uma comunicação restrita e parcial entre pares e dá ferramentas aos profissionais para que eles enfrentem os problemas da saúde do país”.⁵⁰

O CONASS está representado no grupo de trabalho que prepara a regulamentação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. A partir de 2007, os novos e já existentes programas de Residência em Área Profissional ou Multiprofissional serão regulamentados por esta Comissão Nacional.

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pessoa, Família e Comunidade. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, n. 10, 2006.

⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Residências Multiprofissionais em Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, n. 10, 2006.

⁵⁰ Idem.



Considerando a existência de legislações específicas para as Residências Médicas (nas quais se insere a de Medicina de Família e Comunidade) e para as Residências Multiprofissionais, recomenda-se que estas duas modalidades sejam executadas de forma integrada, para não comprometer o princípio da interdisciplinariedade e da integralidade na atenção à saúde.

- **Cursos de Especialização:** A formação dos profissionais da AB exige esforço de articulação entre as diferentes dimensões, com valorização da abordagem coletiva e da abordagem clínica individual para que se consiga construir a integralidade e alcançar resolubilidade na atenção à saúde dos indivíduos e das famílias.

Mesmo considerando que a ênfase das especializações, por uma questão de demanda tem se dado na ESF, destacam-se outras áreas da AB com necessidades de qualificação que podem ser atendidas por meio de cursos de especialização, a exemplo das áreas de gestão, de monitoramento e avaliação, ou ainda de saúde mental, de reabilitação etc.

Em Saúde da Família a oferta de cursos de especialização pode ser compreendida como estratégia privilegiada de qualificação, no sentido da sustentação à sua expansão em todas as regiões do país. Esta modalidade permite formação em larga escala com custos compatíveis e podem utilizar tecnologias de Educação a Distância (EAD). “Pode ainda representar uma opção de conversão laboral dos profissionais que já são especializados, e evitar a dissociação entre quantidade e qualidade de trabalhadores”.⁵¹ O acesso dos profissionais as oportunidades de especialização, além de promover a qualificação do processo de trabalho, tem sido apontado como um fator de legitimação e de motivação para permanência na ESF, “pois o profissional que nela trabalha – e agora nela se encontra especializado – terá sua escolha profissional avalizada por uma instituição de ensino superior e, conseqüentemente, por sua categoria profissional”.⁵²

Recomenda-se que as metas de vagas de especialização possam ser gradativamente compatíveis com as metas de expansão da ESF, ou seja: especialização para todos, e já!

⁵¹ CAMPOS, F. E. C.; AGUIAR, R. A. T. A expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade. Cadernos RH em Saúde, Brasília, v. 3, n. 1, Mar. 2006.

⁵² Idem



O MS, em parceria com a Opas, instituiu a Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Grandes Municípios (Rede Maes) para possibilitar que as instituições que trabalham com cursos de especialização em SF possam compartilhar saberes e tecnologias. As SES podem fazer parte da Rede Maes (www.redemaes.org.br), mesmo que o seu foco de atenção não seja o grande município. As lições aprendidas poderão ser compartilhadas com todos os profissionais que se beneficiam dos processos de educação permanente.

As SES podem ofertar cursos de especialização por meio de suas Escolas de Saúde Pública, quando existentes, ou podem estabelecer ou intermediar parcerias com Instituições de Ensino Superior para ampliar a oferta de oportunidades de especialização, especialmente para os municípios de pequeno e médio porte.

Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à AB:

A aplicação de tecnologias de informação e comunicação, seja para consultoria, segunda opinião ou tele-educação já beneficia um considerável quantitativo de profissionais da rede básica no Brasil. São projetos de parcerias entre centros acadêmicos com Secretarias Estaduais e municipais de saúde. A utilização destes recursos já está contribuindo para a qualificação do processo de trabalho dos profissionais, além de contribuir para a superação das situações de isolamento em vivem não somente os profissionais que atuam em regiões do interior, especialmente na Região da Amazônia Legal, mas também aqueles que se encontram nas periferias das grandes cidades.

Formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

A Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde, traz como requisito básico a realização do curso de formação inicial que faz parte da formação técnica dos agentes (que tem a totalidade de 1.200 horas e está dividido em três módulos, cada um com 400 horas).

O primeiro módulo, que corresponde à formação inicial, já está sendo realizado em diversos Estados. As Escolas Técnicas do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais têm prioridade na formulação e execução dos cursos de formação dos ACS. Outras instituições

formadoras, a exemplo de escolas municipais, também poderão executar os cursos de formação, desde que se constituam como escolas autorizadas pelo sistema de ensino.

Cursos Introdutórios para Equipes de Saúde da Família:

Considerando que os profissionais que estão ingressando na ESF ainda são oriundos de processos formativos dissociados das necessidades do novo modelo de atenção e que as estratégias de indução às mudanças na graduação ainda são incipientes para resultados em curto prazo, evidencia-se a importância de garantir a oferta oportuna dos cursos introdutórios para todas as equipes que ingressam na ESF. Estes devem ser considerados como parte inicial do processo de educação permanente e devem ser compreendidos também como momento privilegiado de acolhimento dos novos profissionais e de início de vínculo com as equipes gestoras.

O Pacto de Gestão definiu a obrigatoriedade de realização do Curso Introdutório no período máximo de três meses após a implantação das equipes. Para isso, o MS instituiu na Portaria GM/MS n. 650, de 28 de março de 2006, incentivos financeiros a serem transferidos nos meses subsequentes à implantação das equipes (incluindo saúde bucal), com objetivo de apoiar a realização dos cursos.

Compete às SES a responsabilidade de garantir a oferta dos cursos introdutórios às equipes implantadas em municípios com menos de 100 mil habitantes.

Para finalizar as considerações sobre a atuação das SES no processo de formação e educação permanente dos profissionais da AB, destacam-se dois aspectos:

a) O primeiro pretende reforçar a compreensão dos papéis diferenciados que as SES assumem de acordo com o porte populacional dos municípios:

- Nos municípios acima de 100 mil habitantes, com capacidades e recursos instalados e desenvolvidos, as SES atuam com parceria e, se necessário, como facilitadores no processo de educação permanente.
- Já nos municípios com menos de 100 mil habitantes a organização e oferta

dos processos de educação permanente é responsabilidade direta das SES. Atuar nesse cenário fortalece o papel da SES na cooperação técnica com os municípios.

b) O segundo pretende apontar algumas indagações às equipes gestoras. Considerando que muitos processos de capacitação e educação permanente, tanto na formação técnica como de nível superior, a exemplo de cursos de especialização e programas de residências em diversas especialidades, são financiados com recursos dos governos estaduais, é importante que as SES avaliem suas prioridades:

- A função de regulação na área de formação e educação permanente está sendo adequadamente exercida?
- Qual a relação entre as especialidades que estão sendo formadas/financiadas e as necessidades regionais e locais?
- A prioridade anunciada para a reorientação da AB por meio da implantação da ESF está refletida nos gastos com formação e /ou educação permanente dos profissionais de saúde?

5.3 Princípios gerais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Na última década a Promoção da Saúde foi, predominantemente, operada de forma fragmentada na estrutura institucional das diversas esferas gestoras do SUS. No entanto, o amadurecimento da concepção da Promoção da Saúde enquanto componente indispensável para a consolidação da integralidade da atenção e o reconhecimento da necessidade de se consolidar parcerias intersetoriais para alcance da qualidade de vida dos sujeitos e coletividades fortaleceu os movimentos e pactuações que culminaram, em 2006, com a inclusão da Promoção da Saúde dentre as prioridades do Pacto pela Saúde, favorecendo a institucionalização da PNPS que

tem como objetivo “a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura a bens e serviços essenciais”.⁵³

Para o alcance desse objetivo a Promoção da Saúde precisa ser compreendida “como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida”.⁵⁴

O documento da PNPS contém, além dos objetivos, as diretrizes e estratégias de implementação, as responsabilidades das esferas de gestão e as ações específicas priorizadas para o biênio 2006-2007, e é complementado pelos seguintes atos normativos:

- Portaria GM/MS n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005, que define recursos financeiros do teto financeiro de Vigilância em Saúde para incentivar estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e agravos não-transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde das capitais.
- Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006, que institui diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.
- Portaria SVS n. 23, de 18 de maio de 2006, que constitui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS).

⁵³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

⁵⁴ Idem.

5.3.1 Principais responsabilidades⁵⁵ das esferas de gestão na promoção da saúde

5.3.1.1 RESPONSABILIDADES COMUNS A TODOS OS GESTORES DO SUS

- divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, incluindo ações de educação permanente;
- adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas, garantindo tecnologias adequadas e divulgando resultados aferidos;
- promover articulação intersetorial e buscar parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de Promoção da Saúde no âmbito do SUS;
- identificar e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de Promoção da Saúde; e
- elaborar materiais de divulgação e de informação.

5.3.1.2 RESPONSABILIDADES COMUNS AOS GESTORES ESTADUAIS, DO DISTRITO FEDERAL E GESTORES MUNICIPAIS

- implementar as diretrizes da PNPS em consonância com as realidades locais ou regionais;
- criar referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação, monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde nas Secretarias de Saúde; e
- implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais ou regionais.

5.3.1.3 RESPONSABILIDADES DOS GESTORES ESTADUAIS

- manter articulação com municípios para apoio à implantação/supervisão das ações de Promoção da Saúde;

⁵⁵ Para conhecer a totalidade das responsabilidades dos gestores, consultar: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

- desenvolver ações de acompanhamento e avaliação para instrumentalização de processos de gestão; e
- promover cooperação referente às experiências de Promoção da Saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

5.3.1.4 RESPONSABILIDADES DO GESTOR FEDERAL

- promover a articulação com os estados para apoio à implantação das ações de Promoção da Saúde;
- desenvolver ações de acompanhamento e avaliação para instrumentalização de processos de gestão;
- definir e apoiar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco regionais;
- definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluri-institucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população; e
- promover cooperação nacional e internacional.

5.3.2 Prioridades na promoção da saúde para o biênio 2006-2007

No processo de elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), os gestores pactuaram as seguintes ações estratégicas, para serem priorizadas no biênio 2006-2007:

- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.
- Alimentação Saudável.
- Prática Corporal/Atividade Física.
- Prevenção e Controle do Tabagismo.
- Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito.
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

5.3.3 O que as SES podem fazer para viabilizar as prioridades do biênio?

A seguir, relacionam-se um conjunto de ações e/ou atividades que podem ser desenvolvidas pelas equipes estaduais no sentido de viabilizar as prioridades pactuadas para o período 2006-2007:

- criar uma referência e/ou grupo matricial na estrutura da SES, que responda pelo planejamento, articulação, monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde;
- promover seminários estaduais, sempre adotando o caráter transversal da promoção da saúde;
- estimular a formação de redes horizontais entre municípios para troca de experiências em promoção da saúde fortalece a política e também a macrofunção de cooperação técnica das SES com os municípios;
- firmar pactos com os municípios e com diferentes setores (poder Legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não-governamentais, setores de educação e de comunicação, entre outros), definindo compromissos e responsabilidades sociais, com o objetivo de favorecer a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis na população, incluindo os ambientes escolares;
- incentivar a incorporação de ações de práticas corporais/atividades físicas nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica;
- promover articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros) associados a campanhas que estimulem modos de viver saudáveis que reduzam fatores de risco para doenças não transmissíveis;
- intensificar as ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”, investindo na promoção de “ambientes de trabalho livres de tabaco” e ampliando o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar;
- ampliar as ações educativas de orientação e sensibilização da população, especialmente aos jovens, sobre os malefícios do uso abusivo do álcool;

- apoiar os municípios nas iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população;
- aumentar as informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências;
- articular agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados a morbi- mortalidade por acidentes de trânsito;
- participar das ações intersetoriais que envolvam a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual; e
- implantar o Sistema de Informação em Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva) com objetivo de qualificar as ações de vigilância já executadas e permitir que se conheça melhor o perfil epidemiológico das violências e acidentes que demandam atenção dos serviços hospitalares de urgência/emergência e serviços especializados de atendimento às vítimas de violência. Há especial interesse nas informações sobre violência sexual e doméstica, onde ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e dos preconceitos.⁵⁶

As SES deverão contemplar as ações de prevenção da violência e promoção da saúde em seus Planos Estaduais, podendo optar pela estruturação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde contribuindo para a redução da morbi-mortalidade por causas externas e fortalecendo as ações intersetoriais de prevenção das violências e promoção da saúde, estimulando a cultura de paz e qualidade de vida.

As equipes de Atenção Básica, pela proximidade com a população, ficam ainda mais sensíveis e vulneráveis ao problema. É, sem dúvida, um espaço de trabalho que facilita a identificação da violência “oculta” que ocorre dentro das casas, nas famílias, nas escolas, nos ambientes de trabalho. Por outro lado, o vínculo que se estabelece com as famílias torna esse espaço também privilegiado para a disseminação e incorporação dos princípios da cultura de paz e da prevenção da violência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica, de 18 de setembro de 2006. Ref. Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA. Brasília, 2006.

É importante, ainda, que os gestores estaduais participem dos fóruns intersectoriais que visam formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável, incentivando e mobilizando a esfera não governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) para o desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis.

5.4 Conclusão

As SES seguem seus caminhos na direção da construção de condições favoráveis ao exercício de suas macrofunções para desempenhar os processos de formulação, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação no âmbito do território regional e estadual, tanto para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica, quanto da Política Nacional de Promoção da Saúde.

As equipes técnicas e gestoras dos estados têm a missão de contribuir para a efetiva integração e articulação dessas políticas. Não é possível imaginar Atenção Básica em todas as suas dimensões, sem incorporar fortemente o pensamento e a ação da Promoção da Saúde. Não é possível exercer as responsabilidades da gestão estadual na Atenção Básica sem a incorporação simultânea dos princípios da Promoção da Saúde. Essa visão requer integração das práticas cotidianas, na atenção e na gestão.

Talvez este continue sendo um grande – e agradável – desafio para as equipes estaduais, pois pode representar mais uma oportunidade de fortalecimento das crenças e das esperanças de um modelo de atenção integral, justo e solidário – para todos.

QUADRO 3:**COMPONENTES E PROJETOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005**

Monitoramento e Avaliação (M&A)	Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa	Articulação Sistemática e Integração das Ações	Cooperação Técnica e Articulação Intersectorial	Indução e Gestão de Estudos e Pesquisas	Produção de Informação e Comunicação
1) Aperfeiçoamento do SIAB	1) Fortalecimento da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da AB do MS (CAA/DAB)	1) Articulação e Integração das Ações no âmbito do MS	1) Formação de Rede de Cooperação Técnica em Avaliação	1) Financiamento e Gestão de Estudos e Pesquisas Avaliativas em AB	1) Criação e Manutenção da Home Page da CAA/DAB
2) Dinamização do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica	2) Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M & A	2) Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M & A	2) Cooperação Técnica com Instituições de Referência em Avaliação	2) Estudos de Linhas de Base	2) Publicações Impressas
3) Monitoramento da Implantação do Comp I do PROESF	3) Estudos de Linha de Base (ELB)	3) Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M & A	3) Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M & A	3) Meta-avaliação dos ELB	3) Comunicação em Eventos Técnicos e Científicos
4) Construção do MonitorAB	4) Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF			4) Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M & A	
5) Estudos de Linha de Base (ELB)					
6) Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF					
7) Análise de Indicadores de Saúde segundo Grau de Cobertura do PSF					
8) Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em Monitoramento e Avaliação (M&A)					

Fonte: Avaliação na Atenção Básica: caminhos da institucionalização. Ministério da Saúde, 2006.



6

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

- 6.1 Bases Legais para o Financiamento no SUS
- 6.2 O financiamento na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- 6.3 O Piso da Atenção Básica (PAB)
- 6.4 O Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)
- 6.5 O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável)
- 6.6 Requisitos mínimos para manutenção da transferência do PAB
- 6.7 Recursos de Estruturação
- 6.8 Incentivos Estaduais em Saúde da Família



6.1 Bases Legais para o Financiamento no SUS

Para compreender o financiamento da Atenção Básica, faz-se necessário primeiramente compreender como se estabelecem os mecanismos de financiamento do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e, para tal, recomenda-se ver o Livro 3 da Coleção Progestores – Para Entender a Gestão do SUS, que trata do tema financiamento.

6.2 O financiamento na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que o financiamento da AB se dá em composição tripartite, sendo que o Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, composto de uma fração fixa e outra variável. O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) compõe o Bloco Atenção Básica, conforme estabelecido nas diretrizes do Pacto de Gestão, integrante do Pacto pela Saúde 2006.

Os recursos do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal. (Para efeito da Atenção Básica, o Distrito Federal é tratado como um município. Pela Constituição Federal, o DF é tanto uma unidade federada municipal quanto estadual, dependendo da responsabilidade governamental).

6.3 O Piso da Atenção Básica (PAB)

O PAB refere-se ao montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde, descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, conforme Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais. São as ações mínimas descritas no escopo da Atenção Básica:

- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- visita e atendimento ambulatorial e domiciliar da estratégia Saúde da Família (SF);
- vacinação;
- atividades educativas a grupos da comunidade;
- assistência pré-natal e ao parto domiciliar;
- atividades de planejamento familiar;
- pequenas cirurgias;
- atividades dos agentes comunitários de saúde; e
- pronto atendimento em unidade básica de saúde.

Os recursos do PAB são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e do Distrito Federal. Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes

à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados na PNAB podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde (FES), conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

O Piso da Atenção Básica (PAB) é composto de uma parte fixa, o PAB Fixo, destinado ao financiamento das ações de atenção básica em geral, estabelecido por um valor per capita /ano e uma parte variável, o PAB Variável, relativo aos incentivos para o desenvolvimento de ações específicas na atenção básica à saúde, conforme exposto a seguir:

6.4 O Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)

A parte fixa do PAB é calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde, pela população de cada município e do Distrito Federal. Seu valor é publicado em portaria específica para este fim.

Atualmente, o valor per capita/ano referente ao PAB Fixo é de R\$ 15,00 (quinze reais), no mínimo, conforme estabelecido pela Portaria GM n. 2.133, de 11 de setembro de 2006.

A base populacional utilizada para definição do per capita é extraída do Censo/IBGE – projeção para o ano efetivo e publicada em portaria específica do Ministério da Saúde (a base populacional em vigor, em fevereiro de 2007, para cada município está estabelecida pelos Anexos da Portaria GM/MS n. 2.133, de 11 de setembro de 2006).

Cabe salientar que, após a publicação da PNAB, os municípios que já recebiam incentivos referentes a equipes de “projetos similares ao PSF”, de acordo com a Portaria GM/MS n. 1.348, de 18 de novembro de 1999, e “Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da Funasa”, de acordo com Portaria GM/MS n. 1.502, de 22 de agosto de 2002, tiveram os valores correspondentes à então fração variável incorporadas ao PAB Fixo.

6.5 O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável)

O PAB Variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica. É composto de incentivos que o Ministério da Saúde repassa sempre que os municípios se comprometam a realizar práticas determinadas ou façam adesão a “formas de organização” da atenção básica propostas pelo Ministério da Saúde. Os recursos do PAB Variável integram o Bloco da Atenção Básica e devem ter sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas na PNAB. A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

A partir do Pacto pela Saúde 2006, as estratégias nacionais que compõem o PAB variável são:

- (a) Saúde da Família (SF).
- (b) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- (c) Saúde Bucal (SB).
- (d) Compensação de Especificidades Regionais.
- (e) Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas.
- (f) Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.
- (g) Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.
- (h) Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (Portaria GM/MS 204/2007).

6.5.1 Saúde da Família

Compreendida como uma estratégia para organização da atenção básica, a ação Saúde da Família tem incentivos financeiros tanto para o custeio das equipes quanto para a sua implantação.

Para implantação das equipes de Saúde da Família os municípios e/ou o Distrito Federal recebem recursos específicos para estruturação das unidades básica de saúde de cada equipe de Saúde da Família, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos para o trabalho dessas equipes e para a realização do Curso Introdutório Saúde da Família para a referida equipe.

Esse recurso é transferido do FNS ao FMS em duas parcelas de R\$ 10 mil reais nos meses subsequentes à implantação, totalizando R\$ 20 mil reais por equipes SF implantada.

Para o custeio das equipes SF são estabelecidas duas modalidades de financiamento:

- Equipe Saúde da Família Modalidade 1 – são as equipes que atendem aos seguintes critérios:

- a) Estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do País; ou

- b) Estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido no item a); e

- c) Estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nos itens a) e b) e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de, no mínimo, setenta pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

Para as equipes na Modalidade 1 são transferidos do FNS ao FMS, R\$ 8.100 a cada mês, por equipe.

- Equipe Saúde da Família Modalidade 2 – são as equipes implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Para as equipes na Modalidade 2 são transferidos do FNS ao FMS, R\$ 5.400 a cada mês, por equipe.



6.5.2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab), na respectiva competência financeira.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

O valor do incentivo financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é de R\$ 350 por ACS a cada mês.

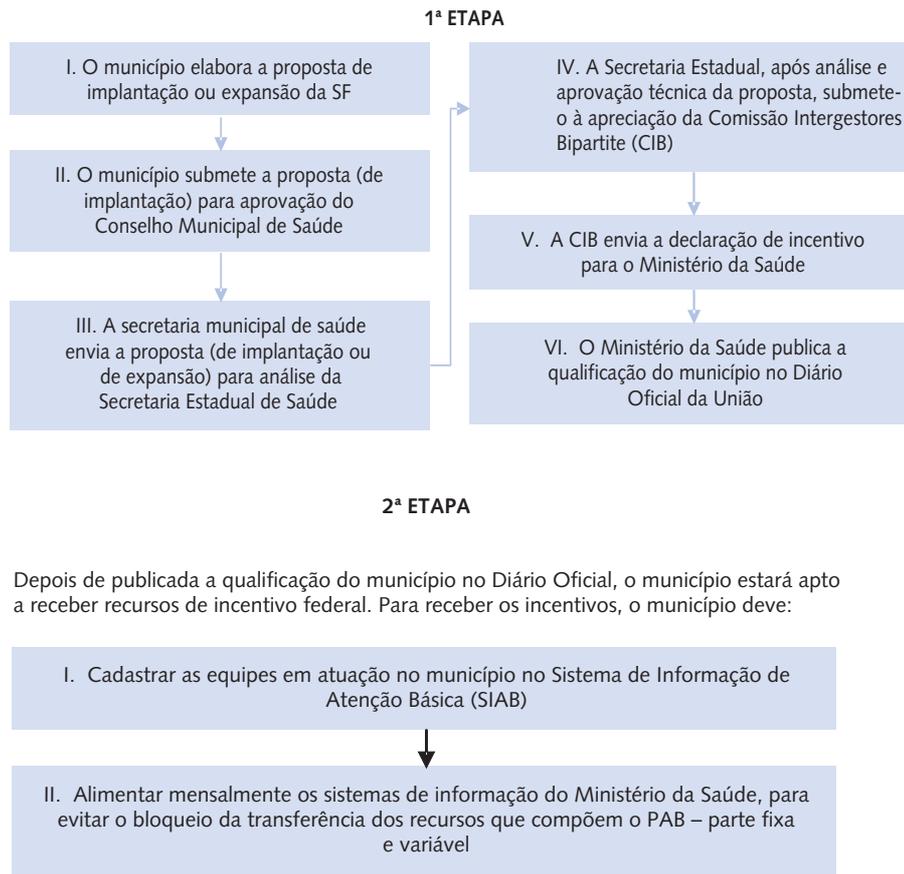
No último trimestre de cada ano, é repassada uma parcela extra, calculada com base no número de Agentes Comunitários de Saúde registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo fixado.

Nas figuras 1 e 2 apresentamos os fluxos para credenciar equipes de Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) para o Financiamento do PAB Variável:



Figura 1

FLUXO PARA O CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA (SF) E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) PARA O FINANCIAMENTO DO PAB VARIÁVEL:



6.5.3 Equipes de Saúde Bucal (SB)

Compreendida como uma estratégia para organização da Saúde Bucal na atenção básica, a equipe de SB tem incentivos financeiros do Ministério da Saúde tanto para o custeio das equipes quanto para a sua implantação.

Os municípios e/ou DF recebem recursos específicos para estruturação das UBS nas quais vão funcionar as ESB. Esses recursos da ordem de R\$ 7.000,00 em parcela única, no mês subsequente a implantação, visam a melhoria da infra-estrutura e de equipamentos, bem como para a realização do curso introdutório para essas equipes.

Para o custeio das equipes SB são estabelecidas duas modalidades de financiamento:

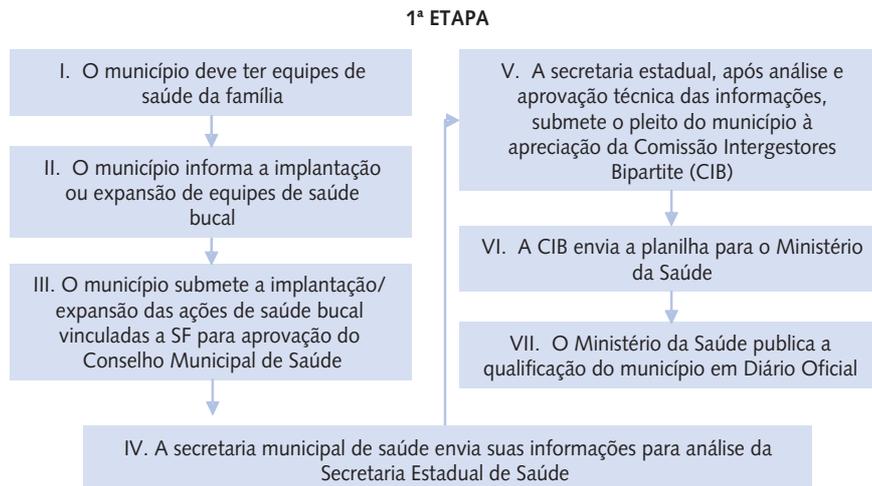
- Equipe Saúde Bucal Modalidade 1 – composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário. São transferidos R\$ 1.700 a cada mês, por equipe.
- Equipe Saúde Bucal Modalidade 2 – composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental. Para as ESB na Modalidade 2 são transferidos R\$ 2.200, a cada mês, por equipe.

Além disso, os municípios que recebem o incentivo Saúde da Família na Modalidade 1 terão 50% a mais sobre os valores transferidos para as ESB implantadas.

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde Bucal implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab), na respectiva competência financeira.

FIGURA 2

FLUXO PARA O CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (SB) PARA O FINANCIAMENTO DO PAB VARIÁVEL



6.5.4 A efetivação da transferência dos recursos financeiros dos incentivos da Saúde da Família (SF), dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da Saúde Bucal (SB)

Todos esses incentivos têm por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios, sob a supervisão e avaliação das Coordenações Estaduais e seguem o seguinte fluxo:

- os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS (Datasus), por via magnética, até o dia 15 de cada mês;
- os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

- a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB dar-se-á por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;
- Datasus remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e
- Datasus atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

Além disso, (a partir de julho de 2007) os profissionais das equipes de saúde da família, Saúde Bucal e ACS devem ser cadastradas no CNES conforme Portaria SAS/MS 750 de 10 de outubro de 2006, que teve sua regência prorrogada para a competência junho de 2007 na reunião da CIT de 08 de fevereiro de 2007.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena (SI) terá regulamentação específica. E a transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB Variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dão em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial n. 1.777, de 9 de setembro de 2003.

O número máximo de equipes de Saúde da Família (SF), de Saúde Bucal (SB) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a serem financiadas pelo Ministério da Saúde é definido a cada ano em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Para o cálculo do número máximo de ESF pelas quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos é utilizada a população do município dividida por 2.400 (população/2400). Já para o cálculo do número máximo de ACS divide-se a população por 400 (população/400). Para municípios dos Estados da Amazônia Legal (região Norte, Maranhão e Mato Grosso), a fórmula utilizada é a população da área urbana/400 + população da área rural/280.

Caso as equipes implantadas sejam desativadas num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município. Em caso de redução do número

de Equipes de Saúde da Família, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O exemplo a seguir visa facilitar a compreensão dos valores atualmente praticados pela esfera federal, tomando como base uma população de 4 mil habitantes – máximo recomendado por equipe Saúde da Família, em valores de janeiro de 2007:

1. PAB fixo

Valor do PAB fixo = R\$ 15,00 por habitante/ano

4.000 habitantes X R\$ 15,00 por habitante/ano = R\$ 60.000,00 por ano

R\$ 60.000,00 por ano / 12 meses

PAB Fixo (mínimo) = R\$ 5.000,00 por mês

2. PAB Variável

2.1 Saúde da Família

Critério – 1 equipe SF deve cobrir no máximo 4.000 habitantes (PNAB)

Valor do PAB – SF – Modalidade 1 = R\$ 8.100,00 por equipe/mês

Valor do PAB – SF – Modalidade 2 = R\$ 5.400,00 por equipe/mês

2.2 Agentes Comunitários de Saúde

Valor do PAB – ACS – R\$ 350,00 por ACS/mês em 13 parcelas no ano

R\$ 350,00 por ACS/mês x 13 parcelas/ano = R\$ 4.550,00 por ACS/ano

a) Na Região Norte, Maranhão, Mato Grosso e área rural – 1 ACS deverá cobrir em média 280 pessoas (PNAB) – é a base para cálculo do financiamento 4.000 habitantes/280 pessoas = 14 ACS (máximo de ACS por ESF)
14 ACS por ESF x R\$ 4.550,00 por ACS/ano = R\$ 63.700,00/ ano

R\$ 63.700,00/ ano /12 meses = R\$ 5.308,33/mês

b) Demais áreas do país - 1 ACS deverá cobrir em média 400 pessoas (PNAB) – é a base para cálculo do financiamento 4.000 habitantes/ 400 pessoas = 6 ACS (mínimo recomendável por equipe)

6 ACS por equipe x R\$ 4.550,00 por ACS/ano = R\$ 27.300,00/ ano

R\$ 45.500,00/ ano / 12 meses = R\$ 2.275,00/mês

2.3 Saúde Bucal

Critério – segue o critério da SF para implantação – 1 equipe SF deve cobrir no máximo 4.000 habitantes (PNAB)

Valor do PAB – SB – Modalidade 1 (sem THD) = R\$ 1.700,00 por equipe/mês

Valor do PAB – SB – Modalidade 2 (com THD) = R\$ 2.200,00 por equipe/mês

*THD – Técnico de Higiene Dental

Critério – Caso a Saúde Bucal seja da equipe de Saúde da Família da Modalidade 1, essa equipe recebe 50% a mais sobre esses valores

3.1 Valor do PAB – SB – Modalidade 1 (sem THD) nas ESF M1 = R\$ 2.550,00 por equipe/mês

3.2 Valor do PAB – SB – Modalidade 2 (com THD) nas ESF M1 = R\$ 3.300,00 por equipe/mês

Valor mínimo repassado para 4.000 habitantes do governo federal para atenção básica ao município, por mês, para uma equipe de SF Modalidade 2 e 6 ACS, sem Saúde Bucal:

PAB fixo = R\$ 5.000,00 por mês PAB Fixo

PAB SF = R\$ 5.400,00 por equipe/mês

PAB ACS = R\$ 2.275,00/mês

PAB SB = R\$ 0,00

R\$ 12.675,00 ao mês

Valor máximo repassado para 4.000 habitantes do governo federal para atenção básica ao município, por mês, para uma equipe de SF Modalidade 1 e 14 ACS, com Saúde Bucal na Modalidade 2:

PAB fixo = R\$ 5.000,00 por mês PAB Fixo

PAB SF = R\$ 8.100,00 por equipe/mês

PAB ACS = R\$ 5.308,33/mês

PAB SB = R\$ 3.300,00/mês

R\$ 21.708,33 ao mês

6.5.5 A suspensão do repasse de recursos do PAB variável (SF, SB e ACS)

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

- inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;
- ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica; e/ou
- o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a suspensão dos recursos se dará nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do Denasus, alguma das seguintes situações:

- inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS; e/ou
- ausência de enfermeiro por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional; e/ou
- ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos; e/ou
- descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

6.5.6 PAB Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim e sua utilização será definida periodicamente pelas CIBs, que farão a seleção dos municípios a ser contemplados, a partir de critérios regionais e definirão a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, como por exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT e no caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

6.5.7 PAB Saúde Indígena

Destina-se a garantir o acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e visa estimular a assistência à saúde desses povos, no âmbito nacional, juntamente com os Estados e municípios.

Caso a execução das atividades seja realizada diretamente pelos Municípios, o valor pago será acrescido ao seu teto após autorização da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), mas, se as ações forem executadas, direta ou indiretamente, pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), os valores correspondentes para o financiamento das equipes serão a ela transferidos após autorização da SAS.

Os incentivos financeiros com objetivo de subsidiar a descentralização das Unidades de Saúde da Funasa foram incorporados ao PAB fixo dos respectivos municípios, conforme segue:

- Posto de Saúde – R\$ 1.500/mês por unidade;
- Centro de Saúde – R\$ 3.500/mês por unidade, mais R\$ 700/mês por laboratório na unidade de saúde;
- Centro de Saúde – R\$ 5.500/mês por unidade, mais R\$ 1.500/mês por laboratório na unidade de saúde;
- Centro de Saúde – R\$ 8.500/mês por unidade, mais R\$ 3.000/mês por laboratório na unidade de saúde; e
- Unidade Mista – R\$ 1.250/mês por leito na unidade, mais R\$ 11.000/mês referentes aos serviços ambulatoriais.

6.5.8 PAB Saúde no Sistema Penitenciário

Tem por objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, com a implantação de unidades de saúde de atenção básica nas unidades prisionais e organização das referências

para os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares e visa atingir a toda a população penitenciária brasileira, recolhida em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

As ações de atenção básica são desenvolvidas por equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem e auxiliar de consultório odontológico), articuladas as redes assistenciais de saúde. Cada equipe de saúde será responsável por até 500 presos. Nos estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas, o atendimento deve ser realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição de equipe. As equipes têm como atribuições fundamentais: planejamento das ações de saúde; promoção e vigilância; e trabalho interdisciplinar.

Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (Funpen)/Ministério da Justiça são repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados e/ou aos municípios. Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça poderão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, dependendo da pactuação no âmbito de cada Unidade Federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

Na implantação das equipes cabe ao Ministério da Justiça alocar recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

No custeio das equipes o do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário destina-se a financiar as ações de promoção da saúde e de atenção básica relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

O financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deve ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo. A intenção do Ministério da Saúde com a criação do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário é financiar o correspondente a 70% dos recursos, cabendo ao Ministério da Justiça os outros 30% correspondentes.

Valores do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (valores de janeiro de 2007)

- Tipo 1 – Unidades prisionais com o número acima de 100 pessoas presas serão implantadas equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 presos, com incentivo correspondente a R\$ 64.800,00/ano por equipe de saúde implantada.
- Tipo 2 – Unidades prisionais com o número de até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde serão realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, à qual será repassado Incentivo, no valor de R\$ 32.400,00/ano por estabelecimento prisional.

As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça devem participar do financiamento do Plano Nacional, fixando suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infra-estrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade (conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado).

Para que um estado seja qualificado ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são necessários:

- envio, ao Ministério da Saúde, do *Termo de Adesão*, assinado pelos Secretários Estaduais de Saúde e de Justiça (ou correspondentes);
- apresentação, para fim de aprovação, do *Plano Operativo Estadual no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite*, e envio das respectivas resoluções ao Ministério da Saúde;
- envio do *Plano Operativo Estadual* ao Ministério da Saúde;

- cadastro dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde das unidades prisionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- aprovação do Plano Operativo Estadual pelo Ministério da Saúde, como condição para que os estados e os municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e
- publicação no Diário Oficial da União da Portaria de Qualificação.

A não-alimentação dos Sistemas de Informações, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, acarretará a suspensão do repasse do Incentivo.

Dez estados estão, nesse momento, qualificados à Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e contam com equipes de saúde multiprofissionais atuando em unidades de saúde de estabelecimentos prisionais, desenvolvendo ações de atenção básica e, entre estas, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes *mellitus*, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher; acrescidas de ações de saúde mental, DST/AIDS, ações de redução de danos, repasse da farmácia básica e realização de exames laboratoriais.

As Secretarias Municipais de Saúde participam do financiamento do Plano Nacional, definindo suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde.

Para mais informações a respeito, podem ser consultadas as Portarias Interministeriais n. 1.777 de 9 de setembro de 2003 e n. 3.343 de 28 de dezembro de 2006, estabelecidas entre o Ministro da Saúde e o Ministro de Estado da Justiça.

6.6 Requisitos mínimos para manutenção da transferência do PAB fixo e variável

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS. O Plano de Saúde Municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo dez anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O relatório de gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente, o não-alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde a fim de garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

a) Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

b) Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%.

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

6.6.1 A suspensão do repasse de recursos do PAB fixo e variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

a) Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

- Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) – para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB.
- Sistema de Informações Ambulatorial (SIA).
- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).
- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIS-PNI).

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano.

b) Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.6.2 Solicitação de crédito retroativo

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE/MS) poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). Tal retroatividade limitar-se-á aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher a planilha constante do Anexo III da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;
- imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e
- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha e do relatório de produção correspondentes. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados na PNAB, acompanhada dos documentos referidos.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude

da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

6.7 Recursos de Estruturação

Além das transferências de estruturação do PAB Variável mediante a implantação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, há duas modalidades de transferências de recursos para estruturação, os Convênios e o Programa de Expansão em Saúde da Família (Proesf).

6.7.1 Convênios e Emendas Parlamentares

A modalidade de Convênio é um instrumento utilizado para formalização do acordo de vontades entre entidades do setor público (União, Estados e municípios) e, ocasionalmente, entre entidades do setor público e instituições do setor privado, com vistas à realização de programas de trabalho ou de eventos de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.

Anualmente o Ministério da Saúde edita portaria específica que estabelece regras no uso dos recursos de Convênios. São normas que demonstram as possibilidades de atendimento, informando as condições, parâmetros e orientações necessárias à elaboração de propostas de financiamento para convênios, referentes ao exercício financeiro em questão. A versão 2006 das normas foi aprovada na Portaria Ministerial n. 686, de 30 de março. São recursos destinados ao auxílio, são “Despesas destinadas a atender a despesas de investimentos ou inversões financeiras de outras esferas de governo ou de entidades privadas sem fins lucrativos, observado, respectivamente, o disposto nos Arts. 25 e 26 da Lei Complementar n. 101, de 2000”.

6.7.2 Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)

É resultante de um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird) e visa a contribuir para a implantação e consolidação da estratégia Saúde da Família por meio da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros. O período de implementação do Proesf compreende os anos de 2002 a 2009, distribuídos em três fases distintas, com um investimento de US\$ 550 milhões, sendo 50% financiado pelo BIRD e 50% de contrapartida pelo governo federal.

O Projeto prevê o desembolso em três fases, sendo que a Fase 1, com de três componentes básicos: Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde, o Desenvolvimento de Recursos Humanos e o Monitoramento e Avaliação, foi executada até dezembro de 2006.

- O Componente 1 – Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde destina-se aos municípios com mais de 100 mil habitantes e visa estimular a estruturação da Saúde da Família nos grandes centros urbanos, visando qualificá-la para como porta de entrada do sistema de saúde, com vistas a assegurar assistência integral aos usuários. Reúne ações e recursos para o fortalecimento da estratégia nesses municípios, combinando a ampliação de cobertura de serviços com a maior qualidade da atenção e satisfação das necessidades de saúde da população.
- O Componente 2 – Desenvolvimento de Recursos Humanos é destinado a todos os municípios brasileiros e busca reforçar a política de recursos humanos na implementação e fortalecimento da estratégia Saúde da Família e objetiva contribuir com estratégias que favoreçam a adequação do perfil profissional às necessidades de saúde da população, desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores, mudanças na formação e adesão e fixação dos profissionais nos municípios.
- O Componente 3 – Monitoramento e Avaliação, também destinado a todos os municípios brasileiros objetiva apoiar à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos para o acompanhamento e a avaliação sistemática da

atenção básica, observando aspectos estruturais, de processo e de desempenho dos serviços de saúde e tem como foco a institucionalização da avaliação da Atenção Básica pelas três esferas de gestão.

A fase 2 do Proesf tem previsão de início em 2007 e as regras de financiamento estão em negociação com o Bando Mundial. A fase 3 tem previsão para início em 2010.

6.8 Incentivos Estaduais em Saúde da Família

Os estados têm papel fundamental na manutenção das ações de Atenção Básica, conforme salienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Alguns estados, anteriormente à edição do Pacto pela Saúde e da PNAB, já definiram e executam políticas de incentivo financeiro estadual para implantação e custeio de equipes saúde da família.

Um dos aspectos mais importantes sob responsabilidades dos estados na gestão da Atenção Básica é o Monitoramento e, neste sentido, o desenvolvimento de estratégias de qualificação da atenção prestada é sempre muito importante, com destaque as metodologias de valorização dos resultados.

O apoio financeiro dos Estados às ações de Atenção Básica pode ser efetivado de várias maneiras: como por exemplo: (a) destinar um valor per capita (aos moldes do PAB); (b) desenvolver metodologias de valorização de desempenho para os municípios e equipes; (c) priorizar regiões mais desfavorecidas socialmente como, por exemplo, utilizando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); e (4) contratando pessoal para a estratégia Saúde da Família, entre outros.

No quadro 4 apresentamos algumas das experiências estaduais que utilizam um ou mais critérios para esse financiamento:

SES	Fonte	Modalidade	Crerios
1. ALAGOAS	Fundo Estadual de Saude	Transferencia fundo a fundo	Utiliza um indicador com duas variaveis: a. distancia da Capital; b. Indice de Desenvolvimento Infantil (IDI) de cada municipio. A partir da soma das pontuacoes e estabelecido o percentual do Incentivo que o Municipio recebe.
2. BAHIA	Fundo Estadual de Saude	Transferencia fundo a fundo Certificacao das equipes de saude da Familia do Estado da Bahia	A habilitacao dos Municipios ao incentivo se da mediante assinatura de termo de adesao ao PSF.
3. CEARA	Fundo Estadual de Saude	Repasso para Associacoes de ACS Convênio entre a SES CE e os Municipios para incentivo as ESB	Contratacao dos ACS dos municipios do interior do Estado. Para municipios com menor IDH – M do Estado
1. ESPRITO SANTO	Tesouro Estadual	Convênio entre a SES e o Municipio	Populacional: com populacao ate 15 mil habitantes, e os incluidos na area da Sudene com ate 25 mil hab., com cobertura de 80% da populacao com PSF.
2. MATO GROSSO	Fundo Estadual de Saude	Transferencia fundo a fundo	Incentivo a implantacao de Equipes de Saude da Familia. Incentivo a implantacao de Agente Comunitario de Saude Rural.
3. MATO GROSSO DO SUL	Fundo Estadual de Saude	Deposito em contabancaria do Agente Comunitario de Saude Transferencia Fundo a Fundo por Equipe de Saude da Familia e Saude Bucal	

Fonte: CONASS documenta

SES	FONTE	MODALIDADE	CRITÉRIOS
5. MINAS GERAIS	Tesouro do Estado	Secretaria de Fazenda deposita na conta das Prefeituras	<p>Atestado mensal de funcionamento das equipes fornecido pelas SES/MG Diretoria de Ações descentralizadas de</p> <p>Contrato de gestão (Termo de Responsabilidade), que prevê o alcance de Metas Pactuadas.</p> <p>O "Índice de necessidade de Atenção Primária à Saúde", permite uma divisão dos municípios mineiros em 4 quartis, por grau de necessidade.</p> <p>O estado repassa recursos diferenciados para os municípios, visando atender o princípio da equidade</p>
6. PARANÁ	Fundo Estadual de Saúde	Transferência Fundo a Fundo	<p>Possuir ESF e/ou de Saúde Bucal atuando de acordo com as normas do programa. Não estar habilitado no Proef.</p> <p>Cumprir as metas dos Indicadores da Atenção Básica, da PPI e demais orientações estabelecidas pela Equipe da Regional de Saúde de sua área de abrangência, por ocasião da avaliação realizada.</p>
7.SERGIPE	Fundo Estadual de Saúde	Transferência Fundo a Fundo	<p>Municípios com menos de 100 mil habitantes desde que sua receita tributária (royalties de exportação) energia e de petróleo, ICMS, IPI alcance um patamar percapita mensal inferior a R\$ 100.</p> <p>Os demais municípios não contemplados tiveram valores de incentivo definidos em ato próprio.</p> <p>Incentivo concedido aos municípios que apresentarem cobertura do PSF igual ou superior a 70% de sua população.</p>
8.RIO GRANDE DO SUL	Fundo Estadual de Saúde	Transferência Fundo a Fundo	<p>Adesão do município ao PACS/PSF de acordo com a portaria n. 1.886/97;</p> <p>Adesão do município ao PACS/PSF de acordo com a portaria n. 1.886/97;</p> <p>Adesão do município a proposta do MS, conforme normas da portaria n.1.444/ 2000, à exceção art. 4º estabelecido cada ESB deverá estar do vinculada a uma ESF.</p>
9.TOCANTINS	Tesouro do Estado	Contratação de RH (médico, enfermeiro e odontólogo)	<p>O Estado contrata os profissionais para compor as equipes de PSF.</p> <p>Todos os municípios (139) recebem este incentivo. Além dos itens citados acima, financia as ações como seleção dos (ACS) para os municípios.</p>

Fonte: CONASS documenta





7

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

- 7.1 Introdução
- 7.2 O subsistema de Atenção à Saúde Indígena
- 7.3 Política Nacional de Saúde Indígena
- 7.4 Características Organizacionais dos Serviços de Atenção à Saúde Indígena e Modelo Organizacional
- 7.5 Composições da Rede de Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade
- 7.6 Monitoramento das Ações
- 7.7 Controle Social
- 7.8 Indicadores Demográficos e Indicadores Epidemiológicos
- 7.9 Imunização
- 7.10 Financiamento
- 7.11 Considerações Finais



7.1 INTRODUÇÃO



Foto: Soraya Teixeira.

No século XVI, estima-se que a população indígena brasileira aproximava-se a 5 milhões de pessoas. Essa população, ao longo do tempo, praticamente foi dizimada por expedições, epidemias, agravos e doenças infecciosas.

Atualmente a população indígena brasileira se constitui, tanto em número quanto em etnia, em uma minoria. São aproximadamente 451 mil índios aldeados, que compõem 210 povos e falam 170 línguas diferentes. Esses povos estão distribuídos em 618 terras indígenas e ocupam cerca de 12% do território nacional.



As regiões Centro-Oeste e Norte do Brasil possuem 98,7% das terras indígenas, sendo que 65% da população indígena está localizada nessas regiões. O restante da população ocupa apenas 1,3% das terras indígenas localizadas nas regiões mais populosas (Sul, Sudeste e Nordeste).⁵⁷ Os povos indígenas estão presentes em quase todos Estados brasileiros, exceto nos Estados do Piauí e Rio Grande do Norte.

Em algumas regiões, a presença indígena é bastante significativa, como no estado de Roraima, que apresenta a maior proporção de população indígena no país, cerca de 40 mil índios no total. São diversos povos pertencentes aos troncos lingüísticos Carib e Arwak – Macuxi, Wapixana, Yanomami, Taurepang, Waimiri, etc e correspondem cerca de 12% do total da população de Roraima.⁵⁸

Segundo dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Saúde Indígena (Siasi), no período de 2000 a 2005 houve crescimento dessa população de 10%, passando de 406.970 para 450.825 índios. A maior concentração se encontra na faixa etária de 0 a 15 anos.

Entretanto, a população indígena brasileira é bastante vulnerável às tensões sociais relacionadas à expansão de frentes econômicas, projetos de desenvolvimento (extrativismo, garimpo, atividade madeireira) e outras iniciativas consideradas invasivas, que ameaçam tanto a integridade do meio ambiente nos territórios indígenas, quanto à cultura e organização social das comunidades.

Uma das características da cultura indígena é a constituição de pequenos e múltiplos grupos formando micro sociedades. Há grupos com mais de três séculos de contato com a população não índia, outros, com menos de dez anos.

Há indícios de 55 grupos que permanecem isolados e a Fundação Nacional do Índio (Funai), órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, tem desenvolvido trabalhos de reconhecimento e regularização fundiária com doze desses grupos.

⁵⁷ Fonte: Ministério da Saúde – Funasa Departamento de Saúde Indígena: Situação Epidemiológica da população indígena Brasileira: Indicadores de Saúde e Ações desenvolvidas – 2000/2005

⁵⁸ População total de Roraima: 324.397 habitantes, conforme Censo de 2000.



Aqueles grupos que convivem nas periferias das grandes cidades ou que têm maior contato com a população não-indígena, tendem a sofrer as conseqüências geradas pela precária situação sanitária que é comum aos grupos pobres em geral.⁵⁹

Uma das conseqüências possíveis é o desaparecimento de vários povos indígenas, resultado dos problemas de saúde relacionados com as mudanças introduzidas no seu modo de vida, na sua alimentação e costumes.

As doenças crônicas surgem a partir das mudanças de hábitos (como vida sedentária e ingestão de alimentos mais calóricos e menos nutritivos) e se estabelece como um dos maiores desafios na questão da saúde desses povos.

Com relação à morbi-mortalidade que abordaremos ao longo deste texto, ressalta-se a alta incidência de agravos à saúde, entre eles a desnutrição, a tuberculose, doenças causadas por parasitoses, depressão, suicídio, doenças endêmicas, alcoolismo etc.

Em síntese, neste capítulo será possível aos gestores da Saúde constatar a complexidade deste tema no Brasil, conhecer o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a Política Nacional de Atenção a Saúde indígena, a constituição do seu modelo assistencial, como funciona a rede de atenção e a participação complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como saber da existência de um vasto leque de instituições governamentais e não-governamentais, e de outros agentes que atuam junto aos povos indígenas, o que exige necessária reflexão traduzida nas perguntas:

- a) Existe articulação e planejamento entre os diversos atores na área da saúde indígena?
- b) Há instrumentos eficazes de controle das ações desenvolvidas?
- c) Há sobreposição de ações?
- d) Os recursos são suficientes?
- e) Quais as atribuições dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde?

⁵⁹ LANGDON, J. E. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na Virada de Século. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., Isla de Margarita, Venezuela. Jun. 1999. Disponível em: <www.cfh.ufsc.br>.

7.2 O subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A Constituição Federal de 1988 traz em seu Capítulo VIII – *Da ordem social – Dos direitos indígenas*,⁶⁰ além do reconhecimento da organização social indígena, os costumes, as crenças, as línguas, as tradições e os direitos originários sobre as terras que ocupam, conforme transcrição a seguir:

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.⁶¹

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, ad referendum do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante

⁶⁰ Arts. 231 e 232 da CF

⁶¹ Processo administrativo de demarcação das terras indígenas: Decreto nº. 1.775/96, Ações de proteção ambiental, saúde, apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas – Decreto n. 1.141/94; Educação indígena no Brasil – Decreto n. 26// 91; Estatuto do Índio – Lei 6.001 de 1973.

Decreto n.564/92 Aprova estatuto da FUNAI; Decreto n.3.156 /99 dispõe sobre a prestação de assistência à saúde no âmbito do SUS; Decreto n. 4.412/2002 dispõe sobre as forças armadas e da Polícia Federal nas terras indígenas e da outras providências.

interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.

§ 7º Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, §§ 3º e 4º.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

Entretanto somente nove anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde/90 é que foi editada a medida provisória nº. 1.911/08 de 29/07/99 posteriormente convertida a Lei 9.836 de 23/09/99, denominada Lei “Sérgio Arouca” e regulamentada pelo Decreto nº. 3.156/99, na qual foram determinadas as responsabilidades do Ministério da Saúde, na conformação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e no estabelecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde aos povos indígenas.

O Ministério da Saúde delegou à Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a responsabilidade de órgão executor do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desses povos, articulando-se com o SUS, conforme a Portaria n. 1.163/GM de 14 de setembro de 1999, de que trataremos no decorrer deste texto.

A Funasa definiu enquanto missão “promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental⁶² e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas com excelência na gestão e em consonância com o Sistema Único de Saúde”⁶³ e, nos últimos anos, deflagrou várias medidas, por meio de normas e portarias, com o objetivo de organizar o subsistema.

Estruturou o Departamento de Saúde Indígena (Desai), órgão responsável pelo planejamento, coordenação e supervisão das políticas e ações desenvolvidas na área da saúde indígena; implantou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), os Conselhos Distritais e locais indígenas, criou em 2002, o Sistema de Informação (Siasi), e resgatou e possibilitou a realização de Conferências Nacionais de Saúde Indígena, fortalecendo a participação desses povos na formulação de diretrizes políticas e no seu acompanhamento.

⁶² As ações de Saneamento ambiental estão e descritas no capítulo 8 deste livro.

⁶³ BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

Permanece a dificuldade, entretanto, de como avançar no processo de integração entre o modelo assistencial do SUS e o modelo do subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Como os gestores estaduais e municipais poderão garantir à população indígena o direito ao acesso às ações e serviços de saúde de acordo com as suas necessidades, respeitando seus saberes, sua história, cultura e tradições, bem como as diretrizes e normas estabelecidas pelo subsistema de Atenção à Saúde Indígena, cujo modelo assistencial é diferenciado e tem regionalização específica, hierarquia e legislação próprias. Ao longo deste capítulo veremos essas especificidades.

7.3 Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas⁶⁴

O propósito da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígena é: “garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral a saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos a saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia das suas práticas curativas e o direito desses povos à sua cultura”.⁶⁵

Para alcance desta Política, o Ministério da Saúde, por meio da Funasa, optou pela organização dos serviços de atenção à saúde, criando os Distritos Sanitários Especiais, os Pólos-base e as Casas de Saúde do Índio (Casais), formando recursos humanos e estabelecendo parcerias com organismos governamentais e não-governamentais e com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outras instituições.

⁶⁴ Ver site www.funasa.com.br e www.cidades.gov.br >>>> NÃO consta nas RB's

⁶⁵ Idem, nota 2; 4

7.3.1 A questão da intra-intersectorialidade

Com o intuito de atender as diretrizes e alcançar os objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas, em consonância com a Lei Sergio Arouca, e respeitando o princípio da responsabilidade sanitária, foi necessário estabelecer um processo de fortalecimento das relações intra e intersectoriais entre os órgãos governamentais, muito embora essa articulação não se restrinja somente a esses órgãos, sendo necessário sensibilizar outros atores sociais, tais como parlamentares, órgãos da mídia e demais segmentos da sociedade civil organizada. Nessa perspectiva, existe um movimento que se dá por meio das parcerias estabelecidas pela Funasa/MS com os seguintes setores e órgãos:

- Fundação Nacional do Índio (Funai): órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça. Site: www.funai.gov.br.
- Ministério da Educação: importante parceiro para desenvolvimento em programas especiais, definição de currículos básicos para as escolas indígenas, ensino para os Agentes Indígenas (AIS), garantia de ensino fundamental para jovens e adultos, envolvendo universidades nas atividades de pesquisas. Site: www.mec.gov.br.
- Ministério Público Federal: participação importante para garantia do cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas. Site: www.mpu.gov.br.
- Ministério da Saúde: o órgão responsável pela execução das ações em articulação com os demais setores e áreas do próprio Ministério da Saúde é a Funasa, que nas suas atribuições, além de estabelecer as diretrizes e normas para operacionalização da Política Nacional, deve promover a articulação intersectorial e intra-setorial, coordenar a execução de todas as ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas, implantar e coordenar o Sistema de informação (Siasi). Site: www.funasa.gov.br & www.saude.gov.br.
- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: de acordo com a legislação vigente, as SES e SMS, devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde em articulação com a Funasa, integrando as ações previstas nos programas especiais (imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, vigilância epidemiológica e sanitária).

A atuação das SES e SMS já foi mencionada anteriormente quando se registraram os incentivos para atenção básica de média e alta complexidade. Entretanto, muitas dificuldades têm surgido no campo das atribuições e competências.

- Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) – Conselho Nacional de Saúde: uma comissão intersetorial de saúde indígena que assessorava o Conselho Nacional de Saúde e atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei n. 8.080/1990. São compostas por representantes de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representantes dos povos indígenas.

7.4 Características organizacionais dos serviços de atenção a Saúde Indígena e organização do modelo assistencial

O subsistema de atenção à saúde indígena está organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), localizados em 24 Estados brasileiros. Consideram os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais e seus determinantes. Sua construção se deu de forma coletiva, a partir de um processo de planejamento participativo, e mantém instâncias de controle social formalizadas em todas as esferas de gestão.

Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei)

O Dsei é uma unidade organizacional da Funasa, com base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária identificada. Responde por um conjunto de atividades técnico-administrativas e gerenciais relacionadas à assistência, visando medidas racionalizadoras e qualificadas de atenção à saúde indígena.

A definição desses territórios, sua delimitação e implantação foram realizadas após um processo de construção com as comunidades indígenas e com a participação de profissionais da saúde, agências indigenistas, antropólogos, representantes



de missões religiosas, representantes de universidades, secretarias estaduais e municipais de saúde, e organizações governamentais e não-governamentais prestadoras de serviços às comunidades.

Destaca-se que os critérios utilizados para localização dos Dseis buscaram respeitar e privilegiar a cultura indígena, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas mais do que os critérios técnicos operacionais e geográficos, motivos pelo quais esses territórios nem sempre coincidem com a divisão política das unidades federativas.

Entretanto, esta situação não deve ser vista como um obstáculo para o processo de regionalização e construção de regiões de saúde. Conforme conceito estabelecido no Pacto pela Saúde do SUS, deverá ser uma oportunidade de integrar as ações a partir de planejamento estratégico e compartilhado.

São ao todo 34 Dseis que possuem rede de serviços de saúde na própria aldeia e integram com a rede municipal e estadual do SUS. O mapa e o quadro a seguir demonstram a localização dos Distritos Sanitários Indígenas, sua distribuição e população correspondente no período de 2000-2005.



MAPA 1

DISTRIBUIÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS INDÍGENAS SEGUNDO POPULAÇÃO NO PERÍODO DE 2000 A 2005



Fonte: FUNASA, 2005 Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI -.

Quadro 5

DISTRIBUIÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS INDÍGENAS SEGUNDO POPULAÇÃO NO PERÍODO DE 2000 A 2005

DSEI	POPULAÇÃO					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1- Alagoas e Sergipe	6.424	6.996	6.997	8.809	8.809	8.880
2- Amapá e Norte do Pará	1.561	5.712	6.396	7.798	7.948	8.528
3- Altamira	6.827	1.615	1.744	1.784	1.855	2.000
4- Alto Rio Juruá	26.974	7.076	7.367	7.454	7.454	8.766
5- Alto Rio Purus	5.433	5.296	5.576	6.076	7.287	8.133
6- Alto Rio Negro	27.416	27.261	27.372	27.688	27.372	27.372
7- Alto Rio Solimões	27.416	28.078	28.190	28.228	28.227	28.227
8- Araguaia	2.484	2.140	2.895	3.094	2.977	3.564
9- Bahia	SI	12.965	17.977	18.586	22.155	22.581
10- Ceará	7.493	8.024	8.119	10.016	10.090	10.146
11- Minas e Espírito Santo	4.294	9.176	9.212	10.528	9.549	10.695
12- Interior Sul	3.462	28.847	30.487	31.171	31.668	33.274
13- Vale do Javari	2.384	2.582	2.757	3.196	3.220	3.280
14- Kayapó do Pará	2.588	3.263	2.970	2.861	2.968	3.054
15- Kayapó do Mato Grosso	3.119	2.667	2.966	3.865	3.866	5.137
16- Leste de Roraima	23.503	24.599	23.631	24.373	30.429	24.373
17- Litoral Sul	3.207	3.329	4.151	4.368	4.399	5.251
18- Manaus	10.500	8.135	11.108	15.338	15.479	15.472
19- Guamá Tocantins	16.848	3.635	4.020	5.463	5.515	6.031
20- Maranhão	39.216	18.534	20.434	24.715	23.164	25.230
21- Mato Grosso do Sul	8.453	41.235	42.182	53.548	54.204	57.306
22- Médio Rio Purus	3.201	3.243	3.474	3.531	3.554	3.554
23- Parintins	6.614	7.984	7.984	6819	6.819	6.819
24- Pernambuco	SI	25.893	30.213	39.300	40.243	37.636
25- Porto Velho	25.796	5.763	6.290	7082	7.067	7.201
26- Potiguara	5.569	9.434	9.717	10.955	11.066	11.278
27- Cuiabá	7.331	4.509	4.577	5.746	5.808	2.572

DSEI	POPULAÇÃO					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
28- Rio Tapajós	4.885	4.985	5.998	5.881	6.056	6.341
29- Médio Rio Solimões	5.954	6.710	6.710	8.515	8.427	8.739
30- Tocantins	2.384	6.911	7.587	7.185	7.221	8.789
31- Villena	4.441	4.628	5.073	5.525	5.394	5.693
32- Xavante	9.903	9.910	9.910	11.580	11.675	12.688
33- Xingu	3.692	3.855	4.228	4.374	4.228	4.228
34- Yanomami	12.795	13.512	13.393	14.695	14.644	15.622
Total	322.167	358.502	381.705	430.147	440.837	448.460

Fonte: COMOIA/DESAI/FUNASA

Obs.: SI = sem informação.

Observa-se que há uma discrepância entre total da população indígena apresentado pela Funasa e outros órgãos. Isto ocorre em razão da ausência de censo dessa população e do desconhecimento de população aldeada e isolada, o que faz com que os diversos órgãos trabalhem com estimativas.

7.5 Composição e atribuições da Rede de Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade

7.5.1 Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei)

Os Dseis são responsáveis por uma rede de serviços básicos de saúde, composta por 297 pólos-base, 717 Postos de Saúde e 55 Casas de Saúde do Índio.

Para garantir a atenção aos procedimentos da média e alta complexidade, utiliza-se a rede do SUS, composta por 367 de referência estadual e municipal do SUS.⁶⁶

⁶⁶ BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena – DESAI. COMOIA. Relatório de gestão 2003 a 2005. Brasília, 2005

PÓLO-BASE

São unidades de referência para atenção básica localizada junto à comunidade indígena ou em um município de referência (neste caso corresponde a uma unidade básica de saúde que compõe a rede do município). Constitui-se como referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e conta com atuação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

Para o atendimento das demandas mais complexas que superam a capacidade do pólo-base, busca-se a estrutura disponível no âmbito do SUS, sendo então realizados encaminhamentos para os serviços especializados de média e alta complexidade (unidades de urgência, hospitais de pequeno, médio ou grande porte, serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos etc.).

CASA DE SAÚDE DO ÍNDIO (CASAI)

Este é um recurso disponibilizado pela Funasa à população indígena. São 55 estruturas de acolhimento localizadas em municípios de referência e em algumas capitais. Não executam ações médico-assistenciais e funcionam basicamente como locais de recepção e alojamento para os índios que necessitam de tratamento fora da aldeia. Constituem-se como apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS e realizam as seguintes atividades:

- agendamento para serviços especializados nos serviços do SUS;
- recepção e alojamento dos índios que necessitam iniciar ou continuar tratamento, e seus familiares (algumas etnias levam pajés e familiares junto ao índio que apresenta o agravo à saúde);
- alojamento após alta hospitalar e até o momento de retorno à aldeia e articulação com o Dsei de origem;
- viabilização do retorno à respectiva aldeia e articulação com o Dsei; e
- tradução para aqueles índios que não falam a língua portuguesa.

7.5.2 Recursos Humanos

AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE (AIS)

Uma das formas de inserção de trabalhadores indígenas na saúde tem sido implementada desde 1999, quando a Funasa estabeleceu o Programa de Formação dos agentes indígenas, em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para construção de competências/habilidades e visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio e superior.

A formação desses agentes é realizada nos serviços de forma continuada, sob a responsabilidade de equipe multiprofissional interdisciplinar vinculada aos pólos-base. Cabe aos AIS o desenvolvimento das seguintes ações:

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- acompanhamento das gestantes;
- atendimento padronizado aos casos de doenças mais frequentes (malaria, diarreia, infecções respiratórias);
- acompanhamento de pacientes crônicos;
- primeiros socorros;
- ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;
- acompanhamento da vacinação; e
- acompanhamento a tratamentos de longa duração.

AGENTES INDÍGENAS DE SANEAMENTO (AISAN)

São trabalhadores indígenas selecionados por sua comunidade e vinculados ao Dsei. São capacitados para desenvolver as seguintes atividades:

- identificar as condições ambientais da comunidade e os mananciais disponíveis para abastecimento de água;
- reconhecer doenças relacionadas com a água (dejetos e lixo) e promover melhorias na condição do saneamento; e

- auxiliar e supervisionar a operação dos sistemas de abastecimento de água e outros projetos de saneamento.

EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA (EMSI)

São compostas por médicos, odontólogos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem que recebem treinamento introdutório que contempla conceitos antropológicos, análise do perfil epidemiológico regional e capacitação pedagógica que as habilitam a executarem a formação continuada dos AIS.

Quadro 6

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE INDÍGENA, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL EM FEVEREIRO DE 2005

RECURSOS HUMANOS / Categoria profissional	Número	Percentual
Médico	459	3,65
Enfermeiro	635	5,05
Odontólogo	437	3,47
AIS – Agente Indígena de Saúde	4.751	37,81
Auxiliar de Enfermagem	2.175	17,31
AISAN – Agente Indígena de Saneamento	713	5,67
Outros	3.394	27,01
Total	12.564	100%

Fonte: Funasa/MS, 2005.

O quadro 6 sugere a dificuldade de fixação de profissionais de nível superior nas aldeias, tendo em vista o baixo percentual de profissionais de nível superior apresentado (3,65%). Por outro lado, chama atenção o número e percentual da categoria outros que correspondem a 27% recursos humanos não especificados.⁶⁷

⁶⁷ Funasa Departamento Nacional de Saúde Janeiro/2006.

7.6 Monitoramento das Ações desenvolvidas

O Departamento de Saúde indígena da Funasa conta na sua estrutura interna com uma Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços (Comoa), que tem, entre suas atribuições, planejar, coordenar e supervisionar os processos de coleta, registro, armazenamento, processamento e análise de dados.

O Sistema de Informações de Saúde Indígena (Siasi), que busca contemplar informações sobre dados estatísticos, populacionais, distribuição geográfica, identificação de doenças, agravos e acompanhamento dos recursos destinados pela Funasa à saúde indígena, é um sistema modular de implantação gradual que visa à interligação entre os pólos-base de assistência, os Dsei, a sede estadual e nacional da Funasa e as sedes das entidades parceiras e conveniadas. Criado no ano de 2000, vem sendo aperfeiçoado e gradualmente implantado, uma vez constatadas necessidade de adequações para melhoria operacional e obtenção das informações.

A situação apresentada pelo Siasi fez com que o Departamento de Saúde Indígena da Funasa instituísse um instrumento complementar de coleta de informações (planilhas específicas sobre morbidade, nascimento, óbitos, atendimentos odontológico e demais serviços produzidos) até a efetiva implantação do Siasi.⁶⁸

Segundo a Funasa, o sistema de monitoramento está em fase de transição para a extinção das planilhas e exclusiva utilização do Siasi.

A Funasa possui também outros sistemas de informação para atender diretamente o Desai, tais como: Sistema de Prestação de Contas (Siscon); o Sistema de Gerenciamento de Prestação de Contas (GPC) e o Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas (Sisabi).

⁶⁸ Funasa Departamento Nacional de Saúde Janeiro/2006.

Uma estratégia importante que se encontra em processo de discussão é a definição sobre a relação do Siasi com os demais sistemas em uso no SUS (SIM – Sistema de Mortalidade; Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação; e Sivep – Sistema de informações Epidemiológicas).⁶⁹

Outra medida tomada pela Funasa foi a solicitação de criação de novos módulos no Sistema de Informação do SUS que contemplassem dados essenciais para a integração do subsistema da saúde indígena no SUS.⁷⁰

Observa-se que é de fundamental importância a interligação entre os sistemas de informações específicos com os Sistemas de Informação do SUS. Como neste texto trabalhamos com os dados fornecidos pela Comoa, é possível que nos outros sistemas haja dados diferenciados. Esse problema precisa ser resolvido o mais rapidamente possível para que os gestores estaduais e municipais possam planejar suas ações e promover a regulação com maior eficiência.

7.7 O controle social no subsistema de Saúde Indígena

O modelo de controle social instituído para as populações indígenas conta com a participação ativa de seus usuários por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, das Conferências Nacionais de Atenção a Saúde Indígena, do Fórum Nacional sobre a política nacional e da presença de representantes indígenas nos Conselhos Municipais e Estadual e Nacional de Saúde.

Os Conselhos Distritais são instâncias de controle social de caráter deliberativo, constituído de acordo com a Lei n. 8.142/1990, paritário, sendo que 50% são de usuários e 50% de representantes de organizações governamentais, de prestadores de serviços e de trabalhadores do setor saúde dos respectivos distritos.

⁶⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005.

⁷⁰ Para análise dos dados epidemiológicos que serão apresentados neste texto, deve-se considerar a situação descrita sobre o sistema Siasi e coleta de informações via planilhas.



Os Conselhos Locais são constituídos por representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos pólos-base, dos quais participam lideranças indígenas, professores indígenas, AIS, Aisan, especialistas, parteiras e outros que são escolhidos pela comunidade de cada região, indicados formalmente pelos Dseis.

No âmbito nacional, o controle social é exercido pelo CNS, assessorado pela Cisi Comissão Intersetorial de Saúde indígena.

7.8 Indicadores demográficos e epidemiológicos



Foto: Soraya Teixeira.

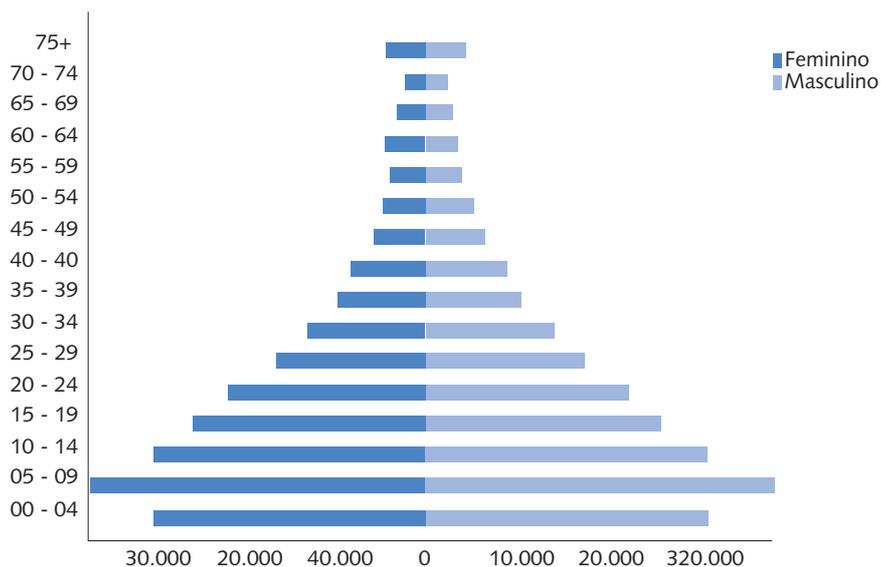
Estudos apresentados pela Funasa demonstram que, em 2004, aproximadamente 82% da população indígena se encontrava na faixa etária de 0 a 39 anos; 18%, acima de 40 anos; e observou-se um aumento no envelhecimento da população. Pode-se notar também um estreitamento na base da pirâmide sugerindo ou um incremento da mortalidade na faixa etária de 0 a 4 anos ou queda da natalidade.

Comparando-se dados apresentados nos gráficos de 2004 e 2005, observa-se em 2005 o estreitamento na base da pirâmide etária, faixa de 0 a 4 anos, o alargamento da base na faixa de 5 a 9 anos, sugerindo possível decréscimo da mortalidade, e vê-se um estreitamento nas outras faixas (gráficos 1 e 2).



Gráfico 1

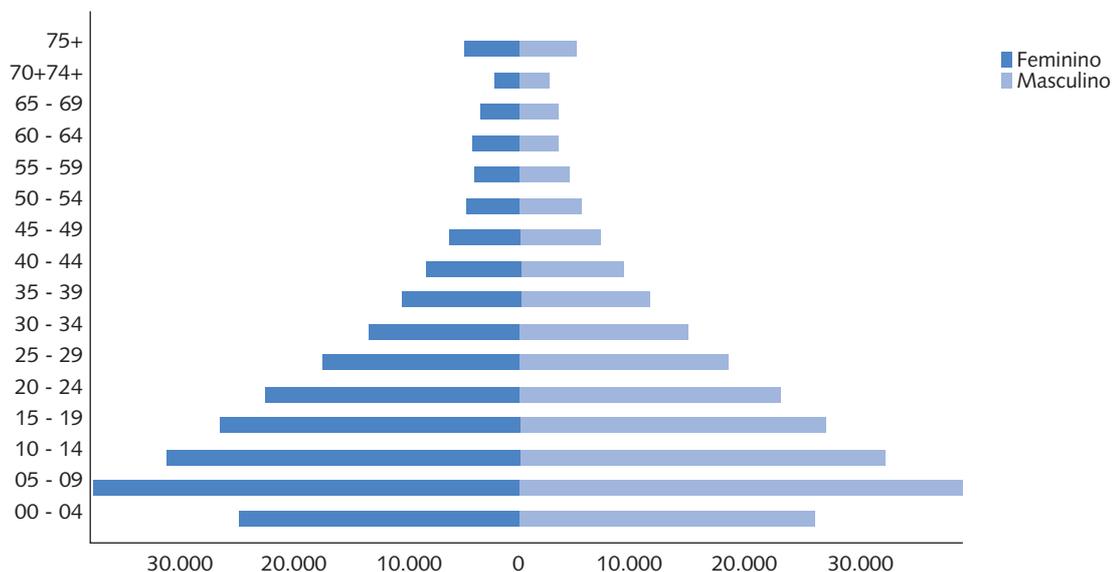
PIRÂMIDE POPULACIONAL 2004



Fonte: Funasa/MS, 2004.

Gráfico 2

PIRÂMIDE POPULACIONAL 2005



Ministério da Saúde – Funasa Departamento de Saúde Indígena: Situação Epidemiológica da população indígena Brasileira: Indicadores de Saúde e Ações desenvolvidas -2000/2005- SIASIWEB- Situação 2006

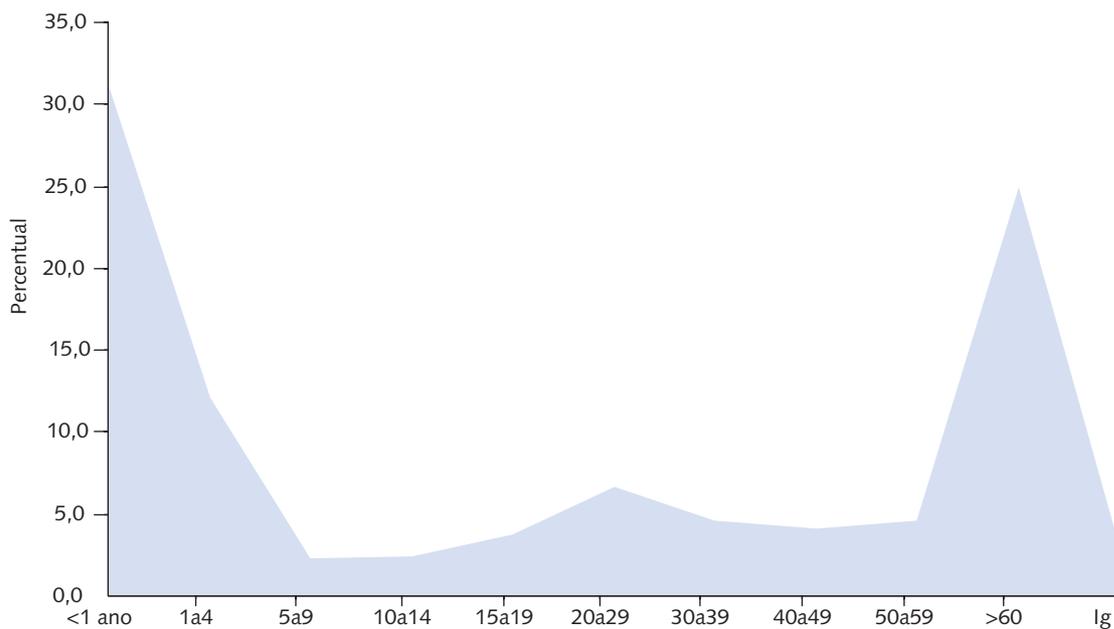


Quanto aos dados relativos à morbi-mortalidade, a análise sobre o coeficiente geral de mortalidade apontou uma tendência de queda a partir do ano de 2001 e, com relação à mortalidade por gênero, embora nasçam mais crianças do sexo masculino na população indígena se comparado com os dados de nascidos vivos da população em geral, chama atenção à predominância de óbitos do sexo feminino, na faixa etária de 0 a 1 ano.

A taxa de mortalidade proporcional, segundo faixa etária, atinge sua maior expressividade em menores de 1 ano perfazendo 31%, na faixa de maiores de 60 anos (25%) e na faixa de 1 a 4 anos (12%), conforme gráfico 3:

Gráfico 3

MORTALIDADE PROPORCIONAL INDÍGENA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, 2003 A 2005*



Fonte: COMOA/DESAI/FUNASA⁷¹ 77,3% de informações, Situação em 20/01/2006.

⁷¹ BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena – DESAI. COMOA. Relatório de gestão 2003 a 2005. Brasília, 2005



As doenças do aparelho respiratório se apresentam como a principal causa de óbitos entre os indígenas, seguida por causas mal definidas e doenças infecciosas e parasitárias. No período de 2003 a 2005, segundo dados do Desai-Funasa, considerando os óbitos por causas não agrupadas, destacaram-se as causas externas, as doenças do aparelho respiratório (pneumonia), as doenças infecciosas e parasitárias (diarréia/desnutrição) e transtornos perinatais.

Os dados de mortalidade infantil apresentaram uma tendência de queda no período de 2000 a 2005. No ano 2000 esse indicador era de 74,6/1.000 nascidos vivos; em 2001, passou a 57,2/1.000 nascidos vivos; em 2002, para 55,7/1.000 nascidos vivos; em 2003, houve uma redução para 54,6; e no ano de 2004 constatou-se um declínio para 47,7/1.000 nascidos vivos. Quando avaliamos os dados parciais de 2005, percebe-se a manutenção dessa tendência de queda: 37,7/1.000 nascidos vivos.⁷²

Destaca-se que na Amazônia Legal a mortalidade infantil de 2002 a 2004, demonstrou índices variados em cada Distrito Sanitário. A título de exemplo, no ano de 2003 no Dsei do Alto Rio Juruá (Acre), o índice de mortalidade foi em torno de 49,8 e, em 2004, aumentou para 115,38; no Dsei do Vale do Rio Javari (AM), em 2002, o índice foi de 111,1 e, em 2003, aumentou para 150,69. O Dsei do Rio Tapajós (PA) em 2003 tinha índice de mortalidade igual a 64,10 e saltou para 101,85 em 2004.

Outras situações mais animadoras foram registradas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Kayapó do Pará (PA): 94,74 mortes infantis em 2003 e apenas 14,08 em 2004; no Dsei de Cuiabá (MT), que reduziu o índice de 15,9 em 2003, zerando no ano seguinte; e o Dsei Alto Rio Negro (AM), que reduziu seu índice de mortalidade infantil de 117,26 (2003) para 58,64 (2004).

A situação da mortalidade infantil entre os povos indígenas se apresenta muito elevada e as principais causas em menores de 1 ano são as doenças do aparelho respiratório (27,5%), seguida pelas doenças infecciosas e parasitárias (13,3%) e doenças endócrinas e metabólicas (8,89%). A mortalidade por desnutrição é

⁷² A fonte de dados e análise é: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena – DESAI. COMOA. Relatório de gestão 2003 a 2005. Brasília, 2005 – sendo 77,3% de informações – retratando a situação em 20/01/2006.

Nota: Destaca-se que os dados apresentados neste texto foram produzidos pelos instrumentos de coleta de dados manuais e informatizados, conforme citados anteriormente (Siasi e Planilhas utilizadas pelos Dseis).

preocupante já que em 2004, os índices apontaram uma média de 47,48 mortes a cada mil nascimentos, de acordo com dados da Funasa. A média nacional equivale a 29,6 por mil (Censo 2000).

Considerando as prioridades estabelecidas pelo Pacto pela Saúde e Pacto pela vida é importante fortalecer e qualificar as ações da atenção básica, promoção da saúde, redução da mortalidade materna e neonatal. Os dados apresentados exigem ações mais efetivas no âmbito da Promoção e Atenção Primária.

É do conhecimento das autoridades a gravidade da malária na saúde pública mundial, que incide em mais de 40% da população de mais de 100 países e territórios. Estima-se de 300 a 500 milhões de casos novos e 1 milhão de óbitos por ano.⁷³

Na população indígena a malária é considerada como o terceiro agravo mais importante, especialmente nos Estados de Mato Grosso, Rondônia e Amapá:⁷⁴



Fonte: Painel elaborado pela SES – Roraima.

⁷³ Jarbas Barbosa da Silva Junior – SVS/MS – 2006 – www.saude.gov.br – e-mail svs@saude.gov.br

⁷⁴ Trata-se de informações ambulatoriais. Analisadas pelos Dseis e Desai/ Funasa.



As outras doenças que mais atingem as comunidades indígenas, segundo análise das consultas realizadas nos Dseis, são:

- doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório, representando aproximadamente 80% da demanda ambulatorial;
- enfermidades da pele e do tecido celular subcutâneo, sendo freqüentes as piodermites e dermatites alérgicas;
- doenças metabólicas e endócrinas destacando-se a desnutrição;
- no grupo causas externas destacam-se acidentes domésticos e de trabalho, traumatismos, mordeduras por animais, contato com animais e plantas venenosas;
- doenças do aparelho circulatório, destacam-se a hipertensão; e
- hepatite (em alguns territórios e aldeias tem preocupado a situação de risco e alta prevalência de infecção pelo vírus B e Delta).

Observação: agravos do grupo das “causas externas” e “perinatais” pouco aparecem na demanda ao atendimento ambulatorial, uma vez que geralmente o atendimento é hospitalar, nas unidades de referência.

A Aids também tem ameaçado as comunidades indígenas; segundo a Funasa, os primeiros casos foram registrados em 1986, e este número vem aumentando com o passar dos anos.



Quadro 7

CONSOLIDADO E PERCENTUAL DE MORBIDADE EM 2005* – POPULAÇÃO INDÍGENA – BRASIL

	CONSOLIDADO MORBIDADE BRASIL 2005*	TOTAL	%
I	Doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	76.025	27,7
X	Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	75.346	27,5
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais.	24.198	8,8
XI	Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	16.544	6,0
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	16.478	6,0
XIII	Sist. osteomuscular e do tec. conjuntivo (M00-M99)	13.125	4,8
XIV	Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	7.422	2,7
VI	Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	6.307	2,3
III	Sangue e órgãos hematop. Transt. Imunit. (D50-D89)	5.997	2,2
VII	Doenças do olho e anexos (H00-H59)	5.841	2,1
IX	Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	5.369	2,0
	Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas		
XIX	(S00 -T98)	4.911	1,8
	Outros	4.265	1,6
IV	Doenças endócrinas, nutric. e metabólicas (E00-E90)	4.144	1,5
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95)	3.868	1,4
XX	Causas externas de morbidade (V01-Y98)	2.435	0,9
V	Transtornos mentais e comportam. (F00 -F99)	745	0,3
XV	Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	718	0,3
II	Neop lasias [tumores] (C00-D48)	213	0,1
XVI	Algumas afecções do período perinatal (P00-P96)	108	0,0
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	87	0,0
	Total	274.146	100,0

Fonte:DSEI/DESAI/COMOA/FUNASA/MS

*Data: 7/11/2005 – dados sujeitos a alteração.

7.9 Imunização

As atividades de imunização são planejadas e coordenadas juntamente com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e Funasa/MS, contando com o apoio da coordenação do Programa Nacional de Imunizações/MS.

Destacam-se as dificuldades para operacionalização da vacinação em áreas indígenas, seja por questões administrativas (os registros de dados, cartão de vacina, formulários diários), ou pelas dificuldades de acesso às populações mais isoladas, tais como problemas de transporte para deslocamento das equipes, barreiras geográficas e a grande extensão territorial.

Durante os anos de 2002 a 2004, a Funasa priorizou as vacinas contra hepatite B (VHB), BCG-ID, vacina oral contra pólio (VOP) tetravalente (DTP+Ib), vacina contra febre amarela (FA) tríplice bacteriana (DTP) e vacina contra a influenza (tabela 3).



Foto: Soraya Teixeira.

Quadro 8

PORCENTUAL DE COBERTURA VACINAL/POPULAÇÃO INDÍGENA < 1 ANO- 2002 A 2005

	FAIXA ETÁRIA < DE 1 ANO			
	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005* (%)
VOP	54,2	65,1	56,9	50,8
DTP	40,3	30,9	96,9	0
BCG-ID	81,7	90,8	68,5	90,6
Contra Hepatite B (VHB)	51,7	62,9	54,5	55,3
Contra FA	54,9	63,4	49	66,7
TETRAVALENTE (0-1ano)	35	57	54,1	54,9
Contra INFLUENZA	29	46,2	31,8	7,6

Fonte: DSEI/COOPE/CGASI/DSAI
2002 representam informações de 30 DSEI
2003 27 DSEI
2004 21 DSEI
2005* 8 DSEI
*Situação até 30/09/2005

7.10 Financiamento

A Portaria n. 1163/GM, de 14 de Setembro de 1999, já mencionada anteriormente, institui os recursos destinados a apoiar a implantação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e as equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas e aqueles destinados à assistência ambulatorial hospitalar e apoio diagnóstico, denominados fatores de Incentivo da Atenção Básica (IAE) e fator de incentivo para atenção especializada, diagnóstico, internação (IAPI).

Destacamos os artigos e subitens dessa Portaria relacionados ao financiamento das ações de Saúde Indígena, valores para janeiro de 2007:

Art. 1º Determinar que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas dar-se-á por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

Art. 2º Estabelecer as seguintes atribuições à Fundação Nacional de Saúde, com relação à Saúde dos povos indígenas:

Subitem I – letra C

c) o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade, localizadas fora dos territórios indígenas, deverá se dar de forma articulada e pactuada com os gestores municipais e estaduais.

Item II – garantir a referência para a atenção à saúde de média e alta complexidade na rede de serviços já existentes, sob gestão do estado ou município;

Item IV – garantir a disponibilização de recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como uma das estratégias, a articulação com municípios, estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais;

Art. 3º Estabelecer que cabe à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, a organização da assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito nacional, conjuntamente com estados e municípios, a garantia do acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único: A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios configura ato ilícito, passível de punição pelos órgãos competentes.

Art. 5º Instituir o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.

§ 1º O incentivo de que trata este artigo, consiste no montante de recursos destinados a apoiar a implantação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes serão compostas por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente indígena de saúde e poderão ser operadas direta ou indiretamente pela FUNASA, Estados ou por Municípios.

§ 3º No caso de execução direta por Municípios, estes terão o valor correspondente acrescido ao seu teto e transferido fundo a fundo diretamente pela SAS.

§ 4º Quando a execução das ações for realizada direta ou indiretamente pela FUNASA, a SAS transferirá a esta os valores correspondentes para o financiamento das equipes.

Art. 6º A Secretaria de Assistência à Saúde, em consonância com a FUNASA regulamentará, mediante ato específico, a sistemática para a sua operacionalização e o valor do incentivo de que trata o artigo 5º.

Art.7º Criar fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico a população indígena.

Parágrafo único. O fator de incentivo do caput deste artigo será destinado para os estabelecimentos hospitalares que considerem as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento às mesmas, em seu próprio território ou região de referência.

Art. 8º Definir que o fator de incentivo que trata o artigo anterior incidirá sobre os procedimentos pagos através do SIH/SUS, em percentuais proporcionais à oferta de serviços prestados pelos estabelecimentos às populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das AIH aprovadas.

Esses incentivos serão tratados mais detalhadamente no decorrer do texto e na análise da tabela sobre o orçamento da Funasa.

Faz-se importante registrar que, com a transferência das ações e dos programas, voltados para a população indígena, da Funai para a Funasa.⁷⁵ esperava-se um incremento maior de recursos para essas ações, o que vem acontecendo, de forma um tanto tímida, não contemplando as necessidades básicas de atendimento da demanda existente.

Além da alocação de recursos da Funasa, a aplicação de recursos por outros órgãos da Federação também não atinge as expectativas, necessidades e demandas da população indígena.

O que se observa é ausência de articulação e/ou formulação de estratégias de ações entre os diversos órgãos que atuam na questão indígena.

⁷⁵ A medida provisória n. 1.911-8, de 29/7/1999, - Art. 28B transferiu da Funai para a FUNASA, pessoal, patrimônio e orçamento vinculados às ações de atenção indígena.



Quanto aos investimentos alocados pelos diversos órgãos para monitoramento e avaliação das ações, estes não refletem quais foram os resultados alcançados pelos diversos programas implantados pelo governo, ou, ainda, os resultados obtidos geralmente são inexpressivos diante do investimento.

Em termos orçamentários globais, citamos a Nota Técnica do INESC – 2005,⁷⁶ na qual é demonstrada a evolução das ações de promoção, defesa e implementação dos direitos indígenas no Brasil, que aponta uma evolução no aporte de recursos de R\$ 223,767 milhões em 2003, elevando a um montante autorizado de R\$ 321,390 milhões, em 2005, distribuídos por 51 ações em cinco programas.

No Programa Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas, executado conjuntamente pelos Ministérios da Justiça (Funai), da Saúde (Funasa), da Educação, dos Esportes e do Desenvolvimento Agrário, houve um acréscimo autorizado de R\$ 6,754 milhões, passando de R\$ 215,740 milhões em 2004 para R\$ 222,494 milhões em 2005.

Essa evolução pode ser demonstrada se tomarmos como base o orçamento da Funasa, que, para a mesma ação no ano de 2005, teve recursos empenhados da ordem de R\$ 207,472 milhões e de R\$ 235,900 milhões aprovados para o exercício de 2006.

Destaca-se que dos seis Ministérios que desenvolvem ações de cunho indigenista, um único Ministério, o da Justiça (leia-se Funai), nos últimos anos teve perda significativa de recursos, passando de um orçamento autorizado em 2004 de R\$ 90,865 milhões para R\$ 69,798 milhões em 2005,

A consequência, diminuição de ações por falta de investimento, se deu especialmente nas atividades de fiscalização, de fomento e apoio às atividades produtivas, na regularização das terras indígenas e no atendimento das chamadas “ações emergenciais”.

Em relação ao orçamento destinado à atenção da saúde indígena, aí incluídas todas as ações dos programas de Identidade Étnica e Patrimônio Cultural dos Povos Indígenas e a ação do Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS II - Saúde Indígena), a Funasa passou de R\$ 241,274 milhões empenhados em 2005 para R\$ 265,900 milhões autorizados em 2006.

⁷⁶ Verdum Ricardo – Nota Técnica 97 – Política Indigenista - INESC - Instituto de Estudos Sócio econômicos – site - www.inesc.org.br



Os recursos do orçamento da Funasa, demonstrados na tabela 4, excluem todas as apropriações de valores referentes à gestão e administração dos programas, em que houve um reforço, a partir de 2004, o que é até compreensível se considerarmos as portarias publicadas no início de 2004, que trouxeram mudanças na forma de gestão do subsistema de saúde indígena do SUS, e um aumento nos recursos destinados às ações de atenção à saúde.

Tabela 4

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA) –PROGRAMAS E AÇÕES

CLASSIFICAÇÃO	DENOMINAÇÃO	2005		2006	
		LEI + CRÉDITO	EXECUTADO	PL	LOA
TOTAL GERAL		3.644.100.772	3.446.578.825	3.580.032.810	3.989.745.197
PESSOAL E ENCARGOS		1.758.451.568	1.750.496.539	1.835.425.344	1.835.425.344
OUTROS CUSTEIOS E CAPITAL		1.885.649.204	1.696.082.286	1.744.607.466	2.154.319.853
0016 - GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE		45.932.400	32.380.045	29.900.000	29.900.000
0122 - SERVIÇOS URBANOS DE ÁGUA E ESGOTO		759.271.204	642.972.738	645.684.387	1.029.801.582
0150 - IDENTIDADE ÉTNICA E PATRIMÔNIO CULTURAL DOS POVOS INDÍGENAS		222.396.319	218.392.345	248.800.000	248.830.000
0750 - APOIO ADMINISTRATIVO		230.431.258	222.297.279	238.366.880	238.366.880
0901 - OPERAÇÕES ESPECIAIS: CUMPRIMENTO DE SENTENÇAS JUDICIAIS		172.007	172.005	540.586	540.586
1138 - DRENAGEM URBANA SUSTENTÁVEL		3.630.000	3.630.000	25.000.000	32.350.000
1203 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS		464.577.053	439.376.178	327.000.000	327.000.000
1287 - SANEAMENTO RURAL		94.149.000	84.687.156	186.100.000	190.247.749
8007 - RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS		65.089.963	52.174.540	43.215.613	57.283.056

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS.

Além dos recursos previstos nos programas do PPA (Plano Plurianual), do orçamento da Funasa, para as ações de saúde, a população indígena é beneficiada com recursos financeiros de duas outras fontes, a saber:

- Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas, também conhecidos como Piso de Atenção Básica (PAB – Saúde Indígena), que se destina às ações de atenção básica e contratação de pessoal;

- Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à Populações Indígenas, que se destina às ações hospitalares realizadas no atendimento das demandas dessas populações.

Instituídos pela Portaria GM/MS n. 1.163, esses incentivos movimentam recursos do Fundo Nacional de Saúde, administrados pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que são repassados “fundo a fundo” aos Estados e municípios para aplicação nas atividades de atenção à saúde indígena.

Mais de 240 municípios receberam recursos desses programas no ano de 2005, quando foram repassados, a título de “incentivo”, cerca de R\$ 118.882 milhões, sendo R\$ 97.906 milhões referente ao PAB (IAE) – Saúde Indígena e R\$ 20.976 milhões destinados à Assistência Hospitalar e Apoio Diagnóstico.

Os recursos obtidos com o estabelecimento de cooperação com organismo multilateral de fomento, no caso específico da saúde indígena, com o Banco Mundial, vêm implementando ações por meio de financiamento para implantação do Projeto Vigisus, com objetivo de desenvolver ações de Vigilância em Saúde.

O Projeto Vigisus está previsto para ser implementado em três fases, tendo a primeira sido encerrada em julho de 2004. Atualmente, o projeto encontra-se em sua segunda fase de execução (Vigisus II), estando dividido em dois grandes componentes:

- a) Componente A – Execução a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; e
- b) Componente B – Execução sob responsabilidade da Funasa/Ministério da Saúde, que o subdividiu em quatro subcomponentes:

- Fortalecimento Institucional com ações estruturantes e de aprimoramento de serviços de atenção à saúde indígena.
- Iniciativas Inovadoras em Saúde Indígena, concentrando pesquisas e intervenções localizadas em saúde mental e medicina tradicional indígena e ainda a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena.
- Iniciativas Comunitárias de Saúde Indígena, em que são apoiados projetos comunitários locais com a parceria de associações indígenas.

- Saneamento Ambiental em Comunidades Quilombolas com a implementação de ações de saneamento e mobilização para a saúde, destacando que a implementação de tais ações (conta obrigatoriamente com a comunidade como agente de agregação e de manutenção do projeto).

O principal objetivo do Vigisus II é o de apoiar a implementação pela Funasa de suas ações junto às populações indígenas e remanescentes de quilombos, seja na concepção e implementação de ações inovadoras, seja no fortalecimento e apoio às ações de infra-estrutura e capacitação realizadas pela Funasa.

Cabe ressaltar que, para essa segunda etapa de execução do Vigisus, o montante estabelecido foi de US\$ 200 milhões, sendo que a divisão do referido valor estipulado proceder-se-á da mesma forma que na primeira fase, ou seja, até US\$ 100 milhões oriundos do Acordo de Empréstimo e US\$ 100 milhões correspondentes à Contrapartida Nacional.

O Projeto sofreu reformulação na sua estrutura e nessa segunda etapa as ações passaram a ser executadas pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional de Saúde por entender ser esta a melhor maneira de implementação do Acordo de Empréstimo. Tal divisão se deveu ao fato de o Cenepi (Centro Nacional de Vigilância Epidemiológica), antes parte integrante da Funasa, ter sido incorporado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no MS, restando apenas a parte relativa à Saúde Indígena sob a competência da Funasa.

Destaca-se que os dados do orçamento da Funasa, conforme tabela apresentada, R\$ 2.089 bilhões, ou seja, 57,7% do total do orçamento foram utilizados com despesas da máquina administrativa, aí incluído o pessoal ativo e inativo da Fundação e a gestão dos diversos programas.

Verifica-se ainda que só com emendas parlamentares foram empenhadas recursos da ordem de R\$ 220.353 milhões em 2005, e está prevista a aplicação de R\$ 473.078 milhões para 2006, ou seja, mais que o dobro do exercício anterior.



7.10.1 Outras informações e análises sobre a política indigenista e financiamento



Foto: Soraya Teixeira.

Apresentamos o resultado da pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc),⁷⁷ sobre ações específicas para os povos indígenas no orçamento brasileiro no período de 2000 a 2005, que apontou, entre outras, as seguintes questões:⁷⁸

- a) Aumentaram as aplicações da administração pública estatal, mas diminuíram os recursos destinados à regularização fundiária e à proteção dos territórios indígenas.
- b) Em valores reais, atualizados pela inflação, o orçamento indigenista cresceu 138%. Foi de R\$ 144.7 milhões, em 2000, para R\$ 345.4 milhões, em 2005.
- c) Ao longo dos seis anos, a pesquisa constata que as políticas indigenista foram distribuídas por diversos ministérios, o que resultou na fragmentação e na falta de coordenação das ações. “Falta uma instância que articule políticas, que dê diretrizes gerais”.

⁷⁷ Pesquisador Dr. Ricardo Verdum. >>>>> NÃO consta nas RB's

⁷⁸ Priscila D. Carvalho de Brasília (DF)- <http://www.brasildefato.com.br/v01.2006-09-01.5161523595>. >>>>> NÃO consta nas RB's



- d) O estudo constata a diminuição do gasto com demarcação de terras indígenas desde 2002. O maior investimento ocorreu em 2001, quando foram gastos R\$ 67,1 milhões, 151% a mais do que no ano anterior. A partir dessa data, os valores caíram de R\$ 53,3 milhões, em 2002, para R\$ 42,49 milhões em 2005. No orçamento de 2006, essa tendência se mantém, pois estão previstos R\$ 42 milhões para o mesmo conjunto de ações.
- e) Do total de investimentos, que soma cerca de R\$ 1,5 bilhão, 64,5% (cerca de R\$ 1 bilhão) foram gastos com ações de prevenção, controle e recuperação da saúde indígena, de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).
- f) Nos últimos seis anos, aumentaram os gastos com suporte a projetos de geração de alternativas econômicas para a população indígena, mas a avaliação é que os resultados práticos ainda estão “aquém” das expectativas.
- g) No Ministério do Meio Ambiente, os Projetos Demonstrativos dos Povos Indígenas (PDPI) ficaram praticamente parados ao longo dos três primeiros anos do atual governo.
- h) O projeto Carteira Indígena, que conta com recursos do Ministério do Desenvolvimento Social para apoiar pequenos projetos de organizações indígenas, também sofreu cortes de recursos e vem tendo dificuldades de superar a ainda incipiente capacidade de monitorar e assessorar os projetos apoiados” (Verdum).
- i) Foi positiva a expansão das ações do Ministério do Meio Ambiente para além da região amazônica e o aumento da atuação do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA).

7.11 Considerações finais

A guisa de considerações finais, pode-se dizer que a situação da saúde dos povos indígenas brasileiros aqui apresentada não traduz a realidade nem esgota a complexidade da questão, ao contrário, demonstra que para seu enfrentamento será necessário unir forças, aprofundar as discussões, elaborar novas propostas,



estabelecer prioridades e escolher a melhor estratégia para que os gestores do SUS, ainda que de forma complementar, possam garantir atenção à saúde de qualidade a essa minoria, que se encontra em situação de grande vulnerabilidade.

Ressalta-se que os mecanismos de integração e articulação entre a Funasa/MS, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os organismos governamentais e não- governamentais que atuam na atenção a saúde indígena são ainda insuficientes e frágeis, podendo-se observar a fragmentação entre ações desenvolvidas, o que possibilita ora duplicidade ora lacuna na atenção e na assistência a esses povos.

Pode-se mensurar a importância dessas parcerias existentes com a Funasa a partir dos diversos convênios assinados com ONGs, Estados e municípios. Nos anos 2004 e 2005, a locação de recursos financeiros totalizou cerca de R\$ 262.495 milhões.

A participação das ONGS deve ser reavaliada, especialmente no que diz respeito às ações realizadas, a articulação e integração com os serviços e redes de saúde do SUS. Urge, portanto, definir com maior clareza as responsabilidades das três esferas de gestão quanto à execução das ações, o sistema de monitoramento, a integração dos sistemas de informação e a regulação das ações.

Cabe aos gestores estaduais e municipais de saúde, à Funasa/MS, a outros Ministérios e demais atores envolvidos, em consonância com as Leis Constitucionais, com os princípios do SUS, com a Lei n. 9.836, avaliar a situação atual de saúde dos povos indígenas e tomar as providências necessárias, que impactem positivamente nos indicadores de saúde dessa população, melhorando a sua condição de vida.



Foto: Soraya Teixeira.

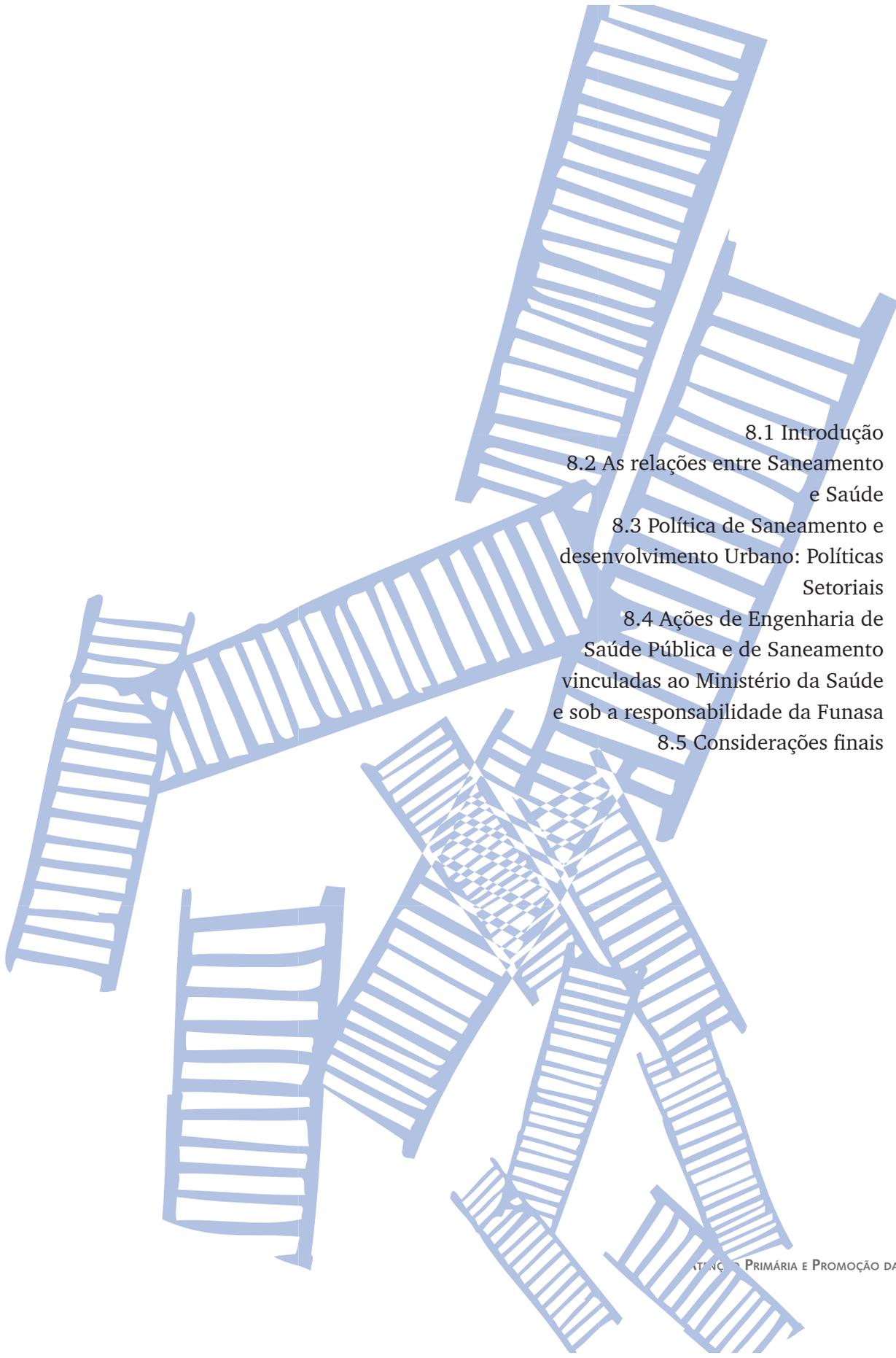




8

AS RELAÇÕES ENTRE SANEAMENTO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE E CONTROLE DE DOENÇAS

- 8.1 Introdução
- 8.2 As relações entre Saneamento e Saúde
- 8.3 Política de Saneamento e desenvolvimento Urbano: Políticas Setoriais
- 8.4 Ações de Engenharia de Saúde Pública e de Saneamento vinculadas ao Ministério da Saúde e sob a responsabilidade da Funasa
- 8.5 Considerações finais



ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA





8

AS RELAÇÕES ENTRE SANEAMENTO, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE E CONTROLE DE DOENÇAS

8.1 Introdução

Este capítulo, de forma sintética, trata da situação da população brasileira em relação ao acesso ao saneamento básico, das relações entre saneamento e saúde, da Política Nacional de Saneamento e Desenvolvimento Urbano e, finalmente, destaca as ações de Engenharia de Saúde Pública e de Saneamento vinculadas ao Ministério da Saúde e que estão sob a responsabilidade da Funasa.



Foto: Funasa - Departamento de Engenharia de Saúde Pública.





O convite é para uma reflexão sobre as relações entre o Saneamento e a Saúde Pública, ou seja, como os gestores da saúde podem planejar ações e desenvolver a articulação intersetorial necessárias para atuar neste campo, a fim de impactar positivamente na saúde da população.

É consenso na literatura que para promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos e doenças, as ações de saneamento básico são fundamentais, constituindo-se também como fator importante no desenvolvimento socioeconômico dos países e na qualidade de vida das pessoas (Banco Mundial, 2000; Ferranti, 2003).⁷⁹ Estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸⁰ aponta que para cada R\$ 1,00 investido em saneamento básico, são economizados pelo menos R\$ 5,00 em remédios e tratamentos de saúde na rede hospitalar.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) vem alertando para a grave situação do saneamento no mundo, destacando o fato de que no começo do século XXI mais de 1 bilhão de pessoas não tinham acesso à água potável. Dos 130 milhões de habitantes da região da América Latina e Caribe, mais de 70 milhões não têm acesso a redes de abastecimento de água; mais de 95 milhões de pessoas não recebem serviços de coleta de lixo e destino dos dejetos; e 194 milhões de pessoas vivem em locais onde os sistemas de esgotamento sanitário não tem nenhum tipo de tratamento.⁸¹

Pesquisas realizadas e publicadas no ano de 2003 pela Opas demonstraram que mais de 1,6 milhões de crianças morrem todos os anos no mundo e que 80% destes óbitos poderiam ser evitados e prevenidos somente utilizando-se a água potável.

Estudo publicado pelo Ministério da Saúde sobre a evolução do saneamento básico no Brasil no período de 1980 a 2000⁸² demonstrou que o país apresenta insuficiências e desigualdades na distribuição dos serviços de saneamento básico, tanto entre populações urbanas e rurais quanto entre populações urbanizadas.

⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2004: Uma análise da Situação de Saúde. Brasília.

⁸⁰ Balanço de 100 dias de gestão da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA – www.funasa.gov.br

⁸¹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Brasil: O perfil do Sistema de Serviços de Saúde. Mar. 2005.

⁸² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2004: Uma análise da Situação de Saúde. Brasília.





Quanto à rede de abastecimento de água, destaca-se que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram, em 2000, os maiores percentuais de cobertura da população, média de 76%, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram os menores percentuais de cobertura, média de 56%, sendo que a região Norte obteve o menor percentual, de 41%.

Com relação à Coleta de lixo, em 2000, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram uma média de cobertura populacional de 84%, e as regiões Norte e Nordeste, de 57%.



Foto: Gisele Bahia/2006.

No que diz respeito à rede geral de esgotamento sanitário, a cobertura de serviços em 2000 foi de 44%, e é essa situação que demonstra a maior desigualdade de infra-estrutura de saneamento básico entre as regiões brasileiras.

Dados do IBGE mostram que várias Unidades da Federação ainda estão defasadas na coleta de esgoto. Resultados da Pnad 2005 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)⁸³ apontam que, em 11 Estados, menos da metade dos lares contam com coleta adequada de esgoto.

Os Estados brasileiros que apresentam as maiores taxas de cobertura são: Distrito Federal (94%); São Paulo (93%); Rio de Janeiro (88%); Santa Catarina (83%); e o Rio Grande do Sul (81%).

⁸³ [Htp: //www.ibge.gov.br/home/estatistica/p.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/p.shtm) >>>> Link incorreto. Ao corrigi-lo, incluir nas RB's.





Em que pese a situação apresentada e as evidências de melhora do acesso da população aos serviços de saneamento básico em todo país, especialmente no abastecimento de água e coleta de resíduo sólido, que foi a mais expressiva, há necessidade de que os gestores busquem estratégias de fortalecimento e cooperação técnica, financeira e gerencial entre os órgãos governamentais responsáveis, para melhorar esses indicadores.



8.2 As relações entre Saneamento e Saúde

“Do estrito ponto de vista da engenharia, o que se avalia em um organismo patogênico não é a sua natureza biológica, nem seu comportamento no corpo, e sim o seu comportamento no meio ambiente, pois é nessa dimensão que as intervenções de saneamento podem influenciar na ação desse patogênico sobre o homem” (Cairncross, 1984).⁸⁴

Para os gestores do SUS é importante considerar as relações entre ações de saneamento e a saúde da população. Torna-se fundamental a análise sobre as doenças cuja transmissão está vinculada às ações de saneamento ou à falta de estrutura adequada deste.

Nos últimos três anos, dados analisados pela Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS/MS), apontaram que em 20% dos municípios brasileiros ocorreu a transmissão autóctone de esquistossomose, sendo que em 71% destes a ocorrência está associada à grave situação do saneamento. Verificou-se também que em 12% dos municípios brasileiros a infestação por *Aedes Aegypti* está associada ao acondicionamento e à destinação inadequados dos resíduos sólidos.

A título de exemplo, listamos doenças que estão associadas à situação do saneamento:

- a) Inadequação ou falta de esgotamento sanitário:
 - diarreias; verminoses; teníase; esquistossomose e cisticercose.
- b) Acondicionamento inadequado ou destino final do lixo:
 - dengue, febre amarela, leishmaniose, salmonelose, leptospirose, peste, toxoplasmose, cisticercose, teníase e rickettsioses.
- c) Inadequação do abastecimento de água:

⁸⁴ Soares, S. A.; Bernardes, R. S.; Netto, O. M. C. Relações entre Saneamento, Saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1713-1724, Nov. a Dez. 2002.

- dengue, febre amarela, hepatite, poliomielite, cólera; febre tifóide e paratifoide; diarreia; tracoma; conjuntivites, escabiose; leptospirose; esquistossomose e malária.

d) Inadequação da habitação:

- doença de Chagas.

e) Ausência de drenagem:

- Malária.

f) Condições sanitárias inadequadas ou inexistentes:

- esquistossomose, diarreias, escabiose, tracoma, conjuntivite e outras verminoses.

Diante dessa situação, urge a necessidade de aproximar as políticas setoriais e construir e implantar instrumentos adequados de planejamento que possibilitem a construção de programas comuns e multissetoriais neste campo.

8.3 Política de Saneamento, desenvolvimento urbano e políticas setoriais

“Cabe ao governo federal definir as diretrizes gerais da Política Nacional de Desenvolvimento Urbano (vide Estatuto do Ministério das Cidades), mas cabe também aos municípios (gestores metropolitanos, definidos por lei estadual) o planejamento e a gestão urbana e metropolitana.”⁸⁵

O Ministério das Cidades foi criado em 1º de Janeiro de 2003 com a missão de combater as desigualdades sociais, transformando as cidades em espaços mais humanizados e ampliando o acesso da população à moradia, ao saneamento e ao transporte. Compete a esse Ministério tratar da Política de Desenvolvimento Urbano

⁸⁵ Idem www.cidades.gov.br



e das Políticas Setoriais de Habitação, Saneamento Ambiental, Transporte urbano e trânsito. Tal trabalho tem sido desenvolvido de forma articulada com estados, municípios e organizações não-governamentais, além dos movimentos sociais.

Atualmente, as cidades brasileiras abrigam aproximadamente 82% da população nacional, sendo que 6,6 milhões de famílias não possuem moradia; 11% dos domicílios urbanos não têm acesso ao sistema de abastecimento de água potável e quase 50% dos domicílios não estão ligados às redes coletoras de esgotamento sanitário.⁸⁶

Segundo dados do IBGE, há ainda a presença de assentamentos irregulares em quase 100% das cidades com mais de 500 mil habitantes e, em menor escala, nas médias e pequenas cidades.

O Brasil possui uma rede urbana complexa e heterogênea conformada particularmente por pequenos municípios, com população de 10 a 20 mil habitantes, que abrigam menos de 20% da população nacional e representam aproximadamente 72,96% do total de municípios brasileiros. Esses pequenos municípios são marcados na sua maioria pelo alto índice de pobreza, baixo índice de desenvolvimento econômico-social e desigualdades sociais, o que implica dificuldades reais de gestão, especialmente na área da saúde.

As Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, com vistas a identificar as áreas de risco e planejar ações para melhoria das condições de saúde da população, têm desenvolvido estudos sobre as condições de saneamento básico nos seus territórios.



Foto: Gisele Bahia/2006.

⁸⁶ Governo Federal. Ministério das Cidades. Disponível em: <www.cidades.gov.br>.



“Sugere-se aos gestores estaduais que articulem com os órgãos e setores competentes do governo, a fim de obter informações sobre possíveis financiamentos, que são destinados aos estados, municípios e entidades privadas sem fins lucrativos e como apresentar projetos e propostas relativas à área de saneamento.”

Governo Federal. Ministério das Cidades. Disponível em: <www.cidades.gov.br>.

8.4 As ações de Engenharia de Saúde Pública e de Saneamento vinculadas ao Ministério da Saúde e sob responsabilidade da Funasa

A complexidade e extensão do tema Saneamento e Saúde Pública, conforme explicitado nos tópicos anteriores, leva-nos a fazer um recorte e dar ênfase às ações de saneamento vinculadas ao Ministério da Saúde e que estão sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, que tem as seguintes atribuições e responsabilidades, desenvolvidas por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública:

- abastecimento de água;
 - esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos;
 - tratamento e destinação dos resíduos sólidos;
 - serviços de drenagem para controle da malária;
 - melhoria habitacional para controle da doença de Chagas; e
- o construção para melhoria de condições sanitárias domiciliares.

Essas ações estão voltadas para atender os pequenos municípios e povoados com população de até 30 mil habitantes e às populações diferenciadas, tais como as comunidades indígenas, comunidades remanescentes de quilombos, os assentamentos da reforma agrária, assentamentos rurais e vilas de seringueiros, além de vilas e povoados localizados no polígono das secas.

Além disso, a Funasa tem integrado e apoiado outros programas do governo, oferecendo orientação técnica, capacitação e financiamento de equipamentos e insumos, como é o caso da fluoretação da água no programa “Brasil Sorridente” e no programa “Água na Escola”, implantando o abastecimento de água em escolas rurais e recuperação das instalações sanitárias e cantinas.⁸⁷

Para o desenvolvimento das ações de saneamento básico, como citado anteriormente, a articulação intersetorial e intra-setorial é a estratégia mais adequada para otimização de recursos para evitar a fragmentação e/ou duplicação das ações, e também se constitui como uma possibilidade de alcançar resultados mais efetivos.

Assim, nesse sentido, a Funasa/MS tem realizado parcerias com vários órgãos visando à implantação dos sistemas simplificados de abastecimento de água e melhorias sanitárias domiciliares em áreas de interesse especial e, no âmbito do Ministério da Saúde, destaca-se o trabalho desenvolvido pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS⁸⁸ relacionado às ações de Vigilância em Saúde ambiental, identificando e controlando as situações de risco no ambiente, que interferem nas condições de saúde da população.

8.4.1 Principais Programas desenvolvidos pela Fundação Nacional de Saúde

8.4.1.1 SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

A Funasa possui 13 Unidades Regionais de Controle da Qualidade da Água (URCQA) localizadas no território nacional que desenvolvem atividades relacionadas aos serviços de abastecimento de água e a garantia da qualidade da água para consumo humano. Possui também sete Unidades Móveis de Controle da Água (UMCQA), veículos adaptados para funcionar como laboratório de campo e que realizam coletas e análises de amostras de água.⁸⁹

⁸⁷ Publicação FUNASA 15 Anos

⁸⁸ Decreto n.4.726/2003 que trata da inserção da saúde ambiental na Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde.

⁸⁹ Publicação: Funasa 15 anos.

No ano de 2005, para execução das ações do Programa Sistema de Abastecimento de Água foram aplicados recursos da ordem de R\$ 142,478, e está previsto no orçamento de 2006 o montante de R\$ 200,898 milhões.

Estão incluídos nesses valores recursos financeiros para:

- apoio à implantação, ampliação ou melhoria de sistema público de abastecimento de água em municípios integrantes de Regiões Metropolitanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride), para prevenção e controle de doenças;
- apoio ao controle de qualidade da água para consumo humano; e
- implantação, ampliação ou melhoria de sistema público de abastecimento de água para a prevenção e controle de agravos em municípios de até 30 mil habitantes, sendo que em tais recursos não foram incluídas as emendas normativas.

8.4.1.2 SISTEMA DE SANEAMENTO BÁSICO

Trata-se da implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água e de soluções dos dejetos, por meio da construção de instalações sanitárias nos diversos usos da água, construção de poços, cacimbas, reservatórios, esgoto domiciliar, privadas higiênicas etc. Para execução desse Programa, em 2005 foram aplicados recursos da ordem de R\$ 33,442 milhões.

Foi previsto no orçamento de 2006 o montante de R\$ 99 milhões, para contemplar as seguintes ações de apoio para o desenvolvimento institucional de operadores públicos de saneamento ambiental:

- regiões metropolitanas com população acima de 30 mil habitantes;
- fomento a educação em saúde voltada para o saneamento ambiental;
- apoio à gestão dos sistemas de saneamento básico em municípios de até 30 mil habitantes; e
- implantação, ampliação ou melhoria do serviço de saneamento em áreas rurais, em áreas especiais (quilombos, assentamentos, comunidades indígenas e reservas extrativistas) e em localidades com população inferior a 2.500 habitantes para prevenção e controle de agravos a saúde.



Destaca-se que os recursos apresentados acima não incluem emendas parlamentares que somadas superam os valores do programa, sendo R\$ 131,069 milhões de 2005 e R\$ 298,544 milhões para 2006, destinados ao financiamento de Saneamento Básico para Controle de Agravos à Saúde.

8.4.1.3 SISTEMA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO

O desenvolvimento do sistema de esgotamento sanitário visa impedir o contato da população com dejetos que contêm microorganismos nocivos à saúde e que, em sua maioria, são responsáveis pela transmissão de diversas doenças, tais como cólera, esquistossomose, diarreias, dengue etc. Também busca a proteção dos mananciais de abastecimento de água e preservação do meio ambiente.

Para execução do Programa citado, investiu-se no exercício de 2005 recursos da ordem de R\$ 172,585 milhões, foi previsto no orçamento de 2006 o montante de R\$ 236 milhões.

Esses valores não incluem emendas normativas e contemplam as ações de apoio à implantação, ampliação ou melhoria de sistema público de esgotamento sanitário em municípios integrantes de regiões metropolitanas e regiões integradas de desenvolvimento econômico (Ride) para prevenção e controle de doenças e de implantação, ampliação ou melhoria de sistema público de esgotamento sanitário para a prevenção e controle de agravos em municípios de até 30 mil habitantes.

8.4.1.4 SISTEMA DE TRATAMENTO E DESTINAÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS



Fotos: Funasa – Departamento de Engenharia de Saúde Pública – 2006.



Uma das formas mais eficazes de evitar a degradação do meio ambiente, preservar os cursos de água já utilizados ou com potencial para utilização no abastecimento da população e impedir a proliferação de vetores em locais de inadequada condição de higiene ambiental é a implantação e monitoramento do sistema de abastecimento e destinação adequada de resíduos sólidos.

Chama atenção a diminuição de investimentos para este Programa, comparando os anos de 2005 e 2006. Em 2005, a Funasa aportou investimentos da ordem de R\$ 42,180 milhões, orçamento superior ao de 2006, da ordem de R\$ 38,051 milhões.

Nos valores apresentados não estão incluídas as emendas parlamentares, mas incluem-se as ações de apoio à implantação, ampliação, melhoria do sistema público de coleta, tratamento e destinação final de resíduos sólidos para prevenção e controle de agravos em municípios com população acima de 250 mil habitantes ou em regiões metropolitanas. Inclui, ainda, recursos para implantação, ampliação ou melhoria do sistema público de coleta, tratamento e destinação final de resíduos sólidos para a prevenção e controle de agravos em municípios de até 30 mil habitantes ou com riscos de transmissão de dengue.

8.4.1.5 SERVIÇOS DE DRENAGEM PARA CONTROLE DA MALÁRIA

A malária é uma doença endêmica que atinge gravemente a região Norte do Brasil, especialmente os Estados que compõem a Amazônia Legal.⁹⁰

As ações de implantação e melhoria de serviços de drenagem e manejo ambiental para prevenção e controle de malária tiveram investimento de R\$ 3.130 milhões no ano de 2005, havendo um acréscimo de R\$ 21,870 milhões em 2006, o que totaliza R\$ 25 milhões para o exercício.

⁹⁰ Vide Coleção Progestores – Vigilância em Saúde - Tomo I.



Fotos: Funasa – Departamento de Engenharia de Saúde Pública – 2006.

8.4.1.6 MELHORIA HABITACIONAL PARA CONTROLE DE CHAGAS E CONSTRUÇÃO PARA MELHORIA SANITÁRIA DOMICILIARES



Fotos: Funasa – Departamento de Engenharia de Saúde Pública – 2006.



As ações desenvolvidas são voltadas para a melhoria das condições de moradia da população residente na área rural e em regiões endêmicas, com o objetivo de reduzir a proliferação dos transmissores da doença, que utilizam para sua sobrevivência e proliferação as sub-habitações, geralmente casas de pau-a-pique e taipa.

Para a ação de implantação de melhorias habitacionais para controle da Doença de Chagas, foi inserido, no orçamento de 2006, um acréscimo de recursos financeiros significativo, passando de R\$ 14.940 milhões em 2005 para R\$ 43 milhões em 2006.

8.4.1.7 SISTEMA DE SANEAMENTO NAS ÁREAS INDÍGENAS⁹¹

O objetivo deste Programa é contribuir para a redução da morbi-mortalidade por doenças de veiculação hídrica, implantando os sistemas simplificados de abastecimento de água que compreendem desde a captação até a distribuição e a implantação do esgotamento sanitário.

Em 2005 foram beneficiadas 322 aldeias,⁹² totalizando 1.216 com sistema de abastecimento de água.

Vale ressaltar que cabe aos Dseis⁹³ viabilizar projetos de obras de saneamento na sua área de abrangência e também fiscalizar e supervisionar a contratação e execução das atividades de saneamento, sendo que, para o exercício de 2006, a Funasa disponibilizou em seu orçamento o valor de R\$ 45 milhões, o que acresce em R\$ 15,883 milhões o aplicado em 2005, que foi da ordem de R\$ 29,117 milhões.

São utilizados critérios epidemiológicos para nortear as ações de saneamento desenvolvidas pela Funasa, quando constatada, por exemplo, a transmissão autóctone de esquistossomose, cólera, tracoma ou febre tifóide; se a mortalidade proporcional por diarreia em menores de um ano se apresentar acima da média do Brasil, ações relacionadas ao saneamento são imediatamente propostas pelos Dseis, e são executadas.

⁹¹ Ver capítulo 7 - Atenção à população Indígena.

⁹² Publicação 15 anos da FUNASA >>>>> Assim como nas RB's, a referência está incompleta.

⁹³ Dseis: Distrito Sanitário Especial Indígena. Ver capítulo 7.



Destaca-se, ainda, o Projeto Alvorada, que buscou reduzir as desigualdades regionais e elevar a qualidade de vida das populações mais carentes do Brasil. Os programas eleitos para o Projeto Alvorada na área do saneamento foram os de abastecimento de água, melhorias sanitárias domiciliares e esgotamento sanitário.⁹⁴



Fotos: Funasa – Departamento de Engenharia de Saúde Pública – 2006.

8.6 Considerações finais

Observa-se nos últimos três anos uma tendência de crescimento dos recursos na área de saneamento básico, e o Ministério das Cidades demonstra a necessidade de investimentos em sistemas de abastecimento de água e esgoto por região brasileira para os próximos 15 anos, conforme se observa no quadro 9.

⁹⁴ BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.



Quadro 9

NECESSIDADE DE INVESTIMENTOS POR REGIÕES

Brasil - Necessidade de Investimentos (em milhões de reais)				
Brasil - Investimentos em Sistemas de Água e Esgoto por Região Expansão e Reposição				
Regiões/investimentos	Em 2000	Em 2010	Em 2015	Em 2020
Norte	6.753,8	11.274,6	13.835,5	16.307,3
Nordeste	16.888,5	27.318,8	32.267,2	37.324,6
Sudeste	27.165,5	50.349,3	62.416,0	74.404,0
Sul	12.984,5	23.211,0	28.098,3	33.055,2
Centro-Oeste	6.320,3	11.470,2	14.506,9	17.314,0
Brasil	70.112,3	123.623,8	151.123,9	178.405,0

Fonte: Ministério das Cidades – Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – Apresentação Engenheiro Marcos Helano Montenegro – 22/09/2004 – Seminário São Paulo

A título de informação, no quadro 10, apresentamos a síntese do PPA 2004-2007, do Ministério das Cidades – Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental.⁹⁵

⁹⁵ Apresentação do Eng. Marcos Helano Montenegro, Diretor de Desenvolvimento e Cooperação Técnica – Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – Ministério das Cidades no Seminário Engenharia e Desenvolvimento realizado em 22 de Setembro de 2004 - São Paulo.

Quadro 10

PPA 2004-2007

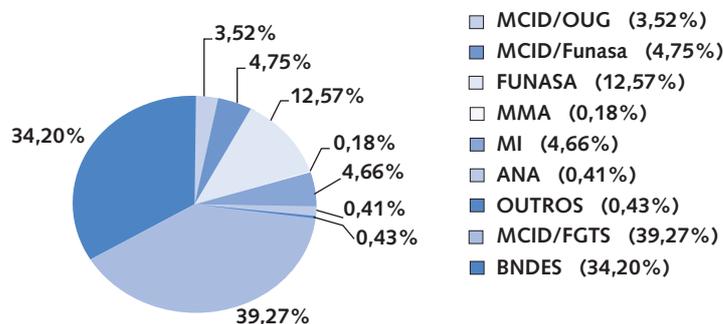
Descrição	Recursos Programados PPA 2004 - 07								
	RECURSOS PROGRAMADOS POR ÓRGÃO								
	Recurso Não Oneroso						Recurso Oneroso		
	MCID	FUNASA	MMA	MI	ANA	Outros	MCID (FGTS)	BNDES	TOTAL (Milhões R\$)
Abast. Água Urbano	75	951	-	71	-	-	1.800	3.000	5.897
Abastecimento Água Rural	-	10	-	5	-	-	-	-	16
Esgoto Sanitário Urbano	148	929	5	-	76	-	2.880	3.059	7.097
Esgoto Sanitário Rural	-	17	-	-	-	-	-	-	17
Resíduos Sólidos Urbanos	42	227	29	-	-	18	360	212	888
Drenagem Urbana	22	45	-	60	-	-	720	-	847
Desenvolv. Institucional e Operacional	119	63	-	-	-	-	486	-	668
Saneamento Integrado	231	570	-	-	-	-	720	-	1.521
Outros	8	362	-	717	-	-	234	-	1.321
Total	645	3.175	34	854	76	18	7.200	6.271	18.272

Fonte: Ministério das Cidades – Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental.

Quanto à distribuição de recursos PPA 2004-2007, o gráfico 4 demonstra a distribuição e o percentual dos recursos distribuídos segundo órgãos gestores:

Gráfico 4

Distribuição % dos Recursos de saneamento Programados no PPA 2004 - 2007, por órgão gestor.



Fonte: Ministério das Cidades – Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental.

Legenda:

MCID/OGU – Ministério das Cidades/Orçamento Geral da União (3,52%)

MCID/FUNASA – Ministério da Cidade/Funasa (4,75%)

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (12,57%)

MMA – Ministério do Meio Ambiente (0,18%)

MI – Ministério da Integração (4,6%)

ANA – Agência Nacional de Águas (0,41%)

OUTROS – (0,43%)

MCID/FGTS – Ministério da Cidade/Fundo Garantia Tempo de Serviço (39,27%)

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Social (34,20%)

Observa-se que, se compararmos as necessidades de investimentos (quadro 8) com os recursos programados na PPA 2004-2007, há um grande déficit de recursos destinados a essa área.

Conclusão

Este capítulo demonstra a importância da relação entre Saneamento e Saúde Pública e a necessidade de integração entre os diversos órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das ações neste campo.



Destaca-se que o saneamento adequado tem estreita ligação com a saúde da população e com a qualidade de vida. Motivo nobre para que se estabeleça uma Política Nacional integrada e efetiva.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde das gestantes em Campinas (SP), Brasil. *Rev. Pan-Americana de Saúde Pública*, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2005.

ALTMAN, B. R.; RICO, A.; BOERMA, W. Primary care in the driver's seat: Organizational reform in European primary care. Disponível em: <http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20020522_7>.

ANDRADE, L. O. M. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNDAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (eds.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 9050 – Acessibilidade a Edificações Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/CORDE/dpdh/corde/normas_abnt.asp>. Acesso em: 02 nov. 2006.

BAKER, R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients satisfaction with consultations. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 46, n. 411, p. 601-605, Out. 1996.

BAKER, R.; STREATFIELD, J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 45, n. 401, p. 654-659, 1996.

BAZZANI, Roberto. et al. Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, 2006.

BOWLING, A.; BOND, M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. Br. J. Gen. Pract., v. 51, n. 465, p. 264-269, Abr. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena – DESAI. COMOA. Relatório de gestão 2003 a 2005. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Institucionalizando a Avaliação da AB no Brasil. Folder. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Folder. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Residências Multiprofissionais em Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, n. 10, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais: Pactos Pela Vida. Em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos Pela Saúde 2006, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/arq/normas.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=943>. Acesso em: 02 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados. Brasília, 2006, 200p.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria GM n. 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-70.htm>>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 106 de 14 de Abril de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 254 de 15 de Janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.163 de 14 de Setembro de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.026/GM de 04 de Julho de 2005. Cria o Selo Hospital Amigo do Índio.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 204/GM de 29 de janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 750/SAS/GM de 10 de outubro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: informes técnicos institucionais. Revista Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Relatório do II Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS 01/02. In: Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2. ed. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Literatura de cordel como instrumento de educação popular para saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília, ano VII, n. 11, p. 17-20, Jul. a Set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica ganha novo dimensionamento. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília, ano VII, n. 9, Jan. a Mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Documento Técnico. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pessoa, Família e Comunidade. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, n. 10, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos Pela Saúde 2006, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24519>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa Saúde da Família. Brasília. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2004: Uma análise da Situação de Saúde. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Decreto n. 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica, de 18 de setembro de 2006. Ref. Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais: Pactos Pela Vida. Em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos Pela Saúde 2006, Brasília, 2006.

_____. Presidência da República. Decreto n. 3.156, de 27 de Agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para assistência dos povos indígenas no âmbito do SUS. Brasília, 1999.

_____. Presidência da República. Decreto n. 4.727 de 09 de Junho de 2003. Aprova estatuto da Fundação Nacional da Saúde – FUNASA.

_____. Presidência da República. Do subsistema de atenção à saúde indígena. In _____ . Lei n. 9.836 de 23 de Setembro de 1999. Capítulo V.

_____. Presidência da República. Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRITT, H. et al. General practice activity in Australia 2004-05. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2005.

BULTZINGSLOWEN, I. et al. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. Family Practice, v. 23, n. 2, p. 210-219, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, F. E. C.; AGUIAR, R. A. T. A expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade. Cadernos RH em Saúde, Brasília, v. 3, n. 1, Mar. 2006.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: _____ et al. (eds.) Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

CHAVES, M. B. G. et al. Implementação da Política de Saúde Indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: Entraves e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, Fev. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto-Socorros Públicos e Privados.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Documenta, n. 2: Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos. Brasília, 2004.

_____. Documenta, n. 7: Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária. Brasília, 2004.

_____. Organização, gestão e financiamento do SUS. In: SEMINÁRIO PARA CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 1. Brasília: 2003.

CUETO, M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. American Journal of Public Health, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, Nov. 2004.

ENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomo I.

FIHN, S.; WICHER, J. Withdrawing routine outpatient medical services: effects on Access and health. J. Gen. Intern. Med., v. 3, n. 4, p. 356-62, Jul. a Ago. 1988.

FORREST, C. B.; STARFIELD, B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health expenditures. J. Fam. Pract., v. 43, n. 1, p. 40-48, Jul. 1996.

FRASER, R. C. Clinical method: a general practice approach. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, 2003.

GÉRVAS Juan; FERNÁNDEZ, M. Pérez. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 205-218, 2005.

GILBODY, S.; SHELDON, T.; WESSELY, S. Should we screen for depression? *BMJ*, v. 332, n. 7548, p. 1027-1030, Abr. 2006.

GOFIN, J.; GOFIN, R.; Community-oriented primary care and primary health care. *Am. J. Public Health*, v. 95, n. 5, p. 757. Maio. 2005.

GOVERNO FEDERAL. Ministério das Cidades. Disponível em: <www.cidades.gov.br>.

Grumbach. K.; Bodenheimer, T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA*, v. 291, n. 10, p. 1246-1251, Mar. 2004.

GUSSO, G. Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos. *SEMERGEN*, v. 30, n. 8, p. 408-410, 2004.

HARZHEIM, E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Tese (Doutorado). Universidad de Alicante, Alicante, 2004.

HURLEY, R.; FREUND, D.; GAGE, B. Gatekeepers' effects on patterns of physician use. *J. Fam. Pract.*, v. 32, n. 2, p. 167-174, Fev. 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2005

KARK, S. L.; KARK, E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr. J. Med. Sci.*, v. 19, n. 8, p. 707-713, Ago. 1983.

KAWACHI, I. Primary healthcare as a determinant of population health: a social epidemiologist's view. In *Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage*. Radcliffe Publishing Ltd, UK. p. 27-32.

LANGDON, J. E. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na Virada de Século. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., Isla de Margarita, Venezuela. Jun. 1999. Disponível em: <www.cfh.ufsc.br>.

LAW, M. R.; WALD, N. J.; MORRIS, J. K. The performance of blood pressure and other cardiovascular risk factors as screening test for ischaemic heart disease and stroke. *Journal of Medical Screening.*, v. 11, n. 1, p. 3-7, 2004.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976. 744 p.

LERNER, B. H. To see today with the eyes of tomorrow: A history of screening mammography. *Can. Bull. Med. Hist.*, v. 20, n. 2, p. 299-321, 2003.

LEWINGTON, S. et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, v. 360, n. 9349, p. 1903-1913. Dez. 2002

MACHADO, M. H. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/index.html>. Acesso em: 07 set. 2006.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MCCOLL, A. et al. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ*, v. 317, n. 7169, p. 1354-1360, Nov. 1998.

MCWHINNEY, I. R. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1997.

MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92 p.

MENDES, E. V. Gestão da Clínica – prática estadual. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/ii_seminario_internacional.php>. Acesso em: 02 nov. 2006.

MOORE, S. Cost containment through risk-sharing by primary care physicians. N. Engl. J. Med., v. 300, n. 24, p. 1359-1362, Jun. 1979.

MOORE, S.; MARTIN, D.; RICHARDSON, W. Does the primary care physicians gatekeeper control the costs of health care? N. Engl. J. Med., v. 309, n. 22, p. 1400-1404, Dez. 1979.

NUTTING, P. A. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research, and education. Am. J. Prev. Med, v. 2, n. 3, p. 140-147, Maio a Jun. 1986.

O'TOOLE, S. J. et al. Insurance-related differences in the presentation of pediatric appendicitis. J. Pediatr. Surg., v. 31, n. 8, p. 1032-1034, Ago. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, 1979. 64p.

_____. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p 19-30.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Brasil: O perfil do Sistema de Serviços de Saúde. Mar. 2005.

_____. Declaração regional sobre as novas orientações para a atenção primária à saúde (APS). Renovação da atenção primária à saúde nas Américas: uma orientação estratégica e programática para a OPS. Agosto, 2005. Disponível em: <<http://www.mex.ops-oms.org/portuguese/gov/cd/cd46-13-p.pdf>>.

_____. Selected annotated bibliography on primary health care in the Americas. Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5520.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 46º CONSELHO DIRETOR. Declaração Regional sobre as novas orientações para a Atenção Primária à Saúde. Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas: uma orientação estratégica e programática para a Organização Pan-Americana da Saúde. In: SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL, 57, 2005, Washington, DC. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46-13-p.pdf>>.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE TENDÊNCIAS FUTURAS E A RENOVAÇÃO DA META SAÚDE PARA TODOS. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

PUSTAI, O. J. A “ordem” de-vida para o médico pensar o paciente: Uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RODEWALD, L. E. et al. Health insurance for low income working families: effect on the provision of immunizations to preschoolage children. Arch. Pediatr. Adolesc. Med., v. 151, n. 8, p. 798-803, 1997.

ROOS, N. Who should do the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in one Canadian Province. Inquiry, v. 16, n. 1, p. 73-83, 1979.

ROSE, G. Sick individuals and sick populations. International Journal of Epidemiology, v. 14, n. 1, p. 32-38, Mar. 1985.

RUSSELL, L. Is prevention better than cure? Washington, DC: The Brookings Institution, 1986. 134 p.

SACKETT, D. L. et al. Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 2000.

SAMPAIO, L. F. R.; SOUZA, H. M. Atenção Básica: políticas, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B. (org.) et al. Recursos Humanos em Saúde. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. São Paulo: UNICAMP, 2002. p. 09-32.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Disponível em: <www.dive.sc.gov.br>.

SHARAN, S. Primary Health Care. Journal of Health Management, v. 7, n. 2, p. 295-302, Out. 2005.

SIMBORG, D. W. et al. Information factors affecting problem follow-up in ambulatory care. Med Care, v. 14, n. 10, p. 848-56, Out. 1876.

SIMPSON L.; KOREMBROT, C.; GREENE, J. Outcomes of enhanced prenatal services for Medicaid-eligible women in public and private settings. Public Health Rep., v. 112, n. 2, p. 122-132, Mar. a Abr. 1997.

SMILLKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J. Fam. Pract., v. 6, n. 6, p. 1231-1239, 1978.

SOARES, S. A.; BERNARDES, R. S.; NETTO, O. M. C. Relações entre Saneamento, Saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1713-1724, Nov. a Dez. 2002.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Effectiveness of medical care: Validation Clinical Wisdom. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.

_____. Is primary-care essential? Lancet, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, Out. 1994.

STARFIELD, B. Is US health really the best in the world? JAMA, v. 284, n. 4, p. 483-485, Jul. 2000

_____. et al. Coordination of care and its relationship to continuity and medical records. Med Care, v. 15, n. 11, p. 929-938, Nov. 1977.

STEIN, A. T. et al. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. Family Practice, v. 19, n. 2, p. 207-210, Abr. 2002.

STEWART, A. et al. Primary Care and Patient perceptions of Access to care. J. Fam. Pract., v. 44, n. 2, p. 177-185, Fev. 1997.

STEWART, M. et al. Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2003.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TAKEDA, S. M. P. Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. (orgs). Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 76-87.

TEIXEIRA, F. C.; PAIM, S. J.; VILASBOAS, L. A. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4.

TESTA, M. Atenção Primária (ou primitiva) de Saúde. In: _____. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 160-174.

VIERHOUT, W. P. M. et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopedic surgeons for locomotor-systems disorders. *Lancet*, v. 346, n. 8981, p. 990-994, Out. 1995.

VUORI, H. Importance and relevance of primary health care. In: *General practice in perspective*. Disponível em: <<http://www.fleshandbones.com/readingroom/pdf/584.pdf>>.

WASSON, J. et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. *JAMA*, v. 252, n. 17, p. 2413-2417, Nov. 1984.

WRIGHT, R. A. Community-oriented primary care. *JAMA*, v. 269, n. 19, p. 2544-2547, Maio. 1993.

WYKE, S.; CAMPBELL, G.; MACIVER, S. Provision of, and patient satisfaction with, primary care services in a relatively affluent area and a relatively deprived area of Glasgow. *Br. J. Gen. Pract.*, v. 42, n. 360, p. 271-275, Jul. 1992.

YARNALL, K. S. H. et al. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 41, p. 635-641, Abr. 2003.

SITES CONSULTADOS:

The Cochrane Collaboration. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/>>. Acesso em: 01 out. 2006.

World Health Organization, Regional Office for Europe. Health Evidence Network. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/HEN>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

Agency for Healthcare Research and Quality. US Preventive Services Task Forces. United States Department of Health and Human Services. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>>. Acesso em: 20 out. 2006.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Health Canadá. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: 30 out. 2006.

Transition Project. Disponível em: <<http://www.transitieproject.nl/>>. Acesso em: 01 nov. 2006

RioSolidaria – A Saúde da criança indígena no Brasil: uma questão de vida ou Morte. Disponível em: <www.risolidaria.org.br>.







