

ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011

volume **3**

Copyright 2011 – 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 Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3)

ISBN: 978-85-89545-63-1



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

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Irani Ribeiro de Moura

Região Nordeste

Herbert Motta de Almeida

Região Norte

Oswaldo Leal

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques

Região Sul

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Osvaldo de Souza Leal Junior
Suely de Souza Melo da Costa

AL Herbert Motta de Almeida
Alexandre de Melo Toledo

AM Agnaldo Gomes da Costa
Wilson Alecrim

AP Eupídio Dias de Carvalho
Evandro Costa Gama

BA Jorge José Santos Pereira Solla

CE Raimundo José Arruda Bastos

DF Fabíola de Aguiar Nunes
Rafael de Aguiar Barbosa

ES Anselmo Tozi
José Tadeu Marino

GO Irani Ribeiro de Moura
Antonio Faleiros

MA José Márcio Soares Leite
Ricardo Murad

MG Antônio Jorge de Souza Marques

MS Beatriz Figueiredo Dobashi

MT Augusto Carlos Patti do Amaral
Pedro Henry Neto

PA Maria Sílvia Martins Comaru Leal
Cláudio Nascimento Valle
Hélio Franco de Macedo Júnior

PB José Maria de França
Mário Toscano de Brito Filho

PE Frederico da Costa Amâncio
Antônio Carlos dos Santos Figueira

PI Telmo Gomes Mesquita
Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins

PR Carlos Augusto Moreira Júnior
Michele Caputo Neto

RJ Sérgio Luiz Côrtes

RN George Antunes de Oliveira
Domicio Arruda

RO Milton Luiz Moreira
Alexandre Carlos Macedo Muller

RR Rodolfo Pereira
Leocádio Vasconcelos Filho

RS Arita Gilda
Ciro Carlos Emerim Simoni

SC Roberto Eduardo Hess de Souza
Dalmo Claro de Oliveira

SE Mônica Sampaio de Carvalho
Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto

SP Luiz Roberto Barradas Barata
Nilson Ferraz Paschoa

Giovanni Guido Cerri

TO Francisco Melquiades Neto
Arnaldo Alves Nunes



COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO
René Santos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
Maria José Evangelista

COLABORADORES*
Antônio Dercy Silveira Filho
Eliana Dourado
Erno Harzheim
Gisele Bahia
Gustavo Diniz Ferreira Gusso
Heloiza Machado de Souza
Luís Fernando Rolim Sampaio
Roberto Vianna
Silvia Takeda

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Roberto Arreguy Maia (coord.)

EDIÇÃO
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

ILUSTRAÇÕES
José Márcio Lara

DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

* Os créditos referem-se às edições de 2007 e de 2011.

SUMÁRIO

Apresentação 7

1	O papel da Atenção Primária na construção do SUS	10
1.1	Introdução	10
1.2	O papel da Atenção Primária na construção do SUS	10
1.3	A atenção à saúde nos sistemas nacionais e a importância da APS	11
1.4	A evolução do termo Atenção Primária à Saúde (APS)	13
1.5	A visão do CONASS sobre a APS e a Saúde da Família	14
1.6	Atenção Primária à Saúde	16
1.7	Entendendo o que é APS no sistema de saúde	17
1.8	O que queremos com a APS	21
1.9	Desafios para a Saúde da Família	22
2	Os fundamentos da Atenção Primária à Saúde	28
2.1	Introdução	28
2.2	As características da Atenção Primária à Saúde	28
3	A operacionalização da Atenção Primária à Saúde	38
3.1	Necessidades em saúde	38
3.2	Planejamento e programação	45
3.3	Diretrizes e ações programáticas	49
4	A Estratégia Saúde da Família	54
4.1	Integralidade, responsabilidade clínica e territorial da Estratégia Saúde da Família (ESF)	54
4.2	Estrutura e processo de trabalho na ESF	57
4.3	Inserção da ESF na rede de atenção à saúde	70
5	As responsabilidades das esferas de governo e o papel da SES na Atenção Primária à Saúde	76
5.1	Introdução	76
5.2	Princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	76
6	O financiamento da Atenção Primária à Saúde	100
6.1	Bases legais para o financiamento no SUS	100
6.2	O financiamento na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	100
6.3	O Piso da Atenção Básica (PAB)	100

6.4	O Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)	101
6.5	O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável)	102
6.6	Requisitos mínimos para manutenção da transferência do PAB	115
6.7	Indicadores de monitoramento e avaliação para a APS	117
6.8	Recursos de estruturação	120
6.9	Incentivos estaduais em Saúde da Família	123
7	A Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde	134
7.1	As Redes de Atenção à Saúde	136
7.2	O papel das SES na organização das Redes de Atenção à Saúde	139
8	A planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados	142
8.1	Introdução	142
8.2	Oficinas sobre Redes de Atenção à Saúde	142
8.3	Objetivos gerais das oficinas da planificação da Atenção Primária à Saúde	143
8.4	Metodologia	144
8.5	Das responsabilidades institucionais	144
8.6	Público-alvo	145
8.7	As oficinas	145
9	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	158
9.1	Aspectos conceituais da Promoção da Saúde	158
9.2	Os determinantes sociais da saúde	162
9.3	A Política Nacional de Promoção da Saúde	164
9.4	Outros atos normativos importantes para a implementação da PNPS	166
9.5	O financiamento da Promoção da Saúde	167
10	Atenção à Saúde da População Indígena	172
10.1	Introdução	172
10.2	O subsistema de Atenção à Saúde Indígena	174
10.3	Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas	176
10.4	Características organizacionais dos serviços de atenção a Saúde Indígena e organização do modelo de atenção	177
10.5	Monitoramento das Ações Desenvolvidas	180
10.6	O Controle Social no Subsistema de Saúde Indígena	180
10.7	Financiamento	181
10.8	A Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai	182
10.9	Considerações finais	183
	Referências Bibliográficas	185



APRESENTAÇÃO

O CONASS, no I Seminário para Construção de Consensos (Sergipe, julho de 2003), elegeu como prioridade o “fortalecimento da Atenção Primária à Saúde 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 a Saúde da Família, o CONASS desencadeou ações visando subsidiar os estados nesse 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 o projeto Aperfeiçoamento da Gestão da Atenção Primária (AGAP), este último, desenvolvido em quatro estados do Nordeste brasileiro. Foram também realizadas: uma parceria com a Faculdade de Enfermagem – Bloomberg Nursing, com o curso de especialização para enfermeiros da APS nos estados do Mato Grosso do Sul e Acre; a constituição da Câmara Técnica de APS do CONASS; as Oficinas de Redes de Atenção à Saúde e a consequente Planificação da APS, com 11 oficinas, como proposta para reorganizar a atenção primária nos estados brasileiros, dentro da lógica das redes de atenção à saúde.

Tratar desse tema na Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011 demonstra a im-


portância dada pelo CONASS à APS, principalmente se considerarmos as discussões já desencadeadas nas 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.

Ressalte-se que a Promoção da Saúde no SUS é aqui entendida como um dos eixos da APS. Inserimos, ainda, neste livro, dois temas importantes: Saúde Indígena e Promoção da Saúde, 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.


Entendemos que o momento é oportuno para discutirmos o fortalecimento da APS como ação fundamental para a implantação das redes de atenção à saúde e a consolidação do SUS. Este livro oferece a oportunidade de aprofundarmos essa discussão.


Boa leitura.

Beatriz Dobashi - 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** A atenção à saúde nos sistemas nacionais e a importância da Atenção Primária à Saúde
 - 1.4** A evolução do termo Atenção Primária à Saúde (APS)
 - 1.5** A visão do CONASS sobre a APS e a Saúde da Família
 - 1.6** Atenção Primária à Saúde 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 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA CONSTRUÇÃO DO SUS

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 a valorização do espaço da APS, recursos humanos, gestão da APS e prática das equipes e financiamento.

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 universais, como os da Europa, o Canadá e a 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, pode-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 ou nos estados, financiados em sua maioria com recursos do Proesf¹.

Outra vertente de discussão que vem ocorrendo 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 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 deste tema no capítulo 9.

1.3 A atenção à saúde nos sistemas nacionais e a importância da APS

A noção de proteção social como uma necessidade das populações inclui a desigualdade social e a 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, surgiu, na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos, a proposta de redes de atenção à saúde, que avançou pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá e depois atingiu alguns países em desenvolvimento (MENDES 2009).

1_ O Proesf é um projeto em curso, com duração total prevista de oito anos, realizado pelo governo brasileiro com parte dos recursos de empréstimo do Banco Mundial, 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).

Shortell et al. (1993) propõem superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde que configurem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida. Todd (1996) identificou que os fatores-chave na integração dos sistemas em uma experiência americana foram eficácia dos sistemas de informação, integração clínica, aumento da produtividade dos serviços hospitalares, realinhamento dos incentivos financeiros, especialmente a superação do pagamento por unidade de serviços ou por procedimentos, e o reforço da atenção primária à saúde. Além disso, redefiniu o conceito de cadeia de valor na atenção à saúde, tirando o foco das condições agudas e dirigindo-o para as condições crônicas, o que significa dar centralidade às ações promocionais e preventivas (MENDES 2009). Griffith (1997) estudou a transformação de hospitais comunitários em organizações integradas de atenção à saúde e chegou à conclusão que os fatores de sucesso foram a combinação de liderança interna e externa, a maior participação dos médicos, o fortalecimento da atenção primária à saúde e a introdução da gestão da clínica, a partir de diretrizes clínicas.

Pointer et al. (1997) elaboraram uma síntese histórica dos sistemas integrados de saúde e identificaram os elementos centrais nesses sistemas: a responsabilização por uma população, o foco na melhoria dos níveis de saúde dessa população, a oferta de um contínuo de serviços, a coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde, a integração clínica e o pagamento por capitação.

Segundo Mendes (2009), no sistema público de atenção à saúde do Canadá, a experiência de redes de atenção à saúde desenvolveu-se, em geral, sob a forma de sistemas integrados de saúde, em que a porta de entrada são os médicos de família e o planejamento tem como base a necessidade da população. Na Europa Ocidental, a introdução das redes de atenção à saúde vem crescendo constantemente. O trabalho precursor foi o clássico Relatório Dawson, produzido em 1920 (DAWSON, 1964), cujos pontos essenciais foram a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na atenção primária à saúde, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais.

Como se pode observar, 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 tecnológica², garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.

² O termo alta densidade tecnológica refere-se 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 renovada⁵.

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

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 reidratação 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, que 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 à saúde de largo escopo e inclusiva (Kark & Kark, 1983).

5_ Para saber mais consulte: Opas - Renovação da Atenção Primária nas Américas, disponível em. <http://www.paho.org/portuguese/govcd/cd46-13-p.pdf>.

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; 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. 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, pode-se corrigir os rumos para a construção do ideal de Atenção Primária à Saúde proposto.

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

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.

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

Nesse documento, ficou clara a visão do CONASS sobre a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo de atenção 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 dessa 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, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social.”

É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, devendo constituir-se 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 Polos de Educação Permanente independentemente do tamanho da população de cada município;
- » criação de formas de garantir a articulação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de SF com o restante da rede assistencial.

Algumas das propostas originadas desse 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, esse 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.

c. Seminário para a Construção de Consensos do CONASS: Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Em 26 de maio de 2009, foi realizado em Brasília um seminário para construção de consensos no CONASS, que teve como objetivo geral discutir e propor estratégias para sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e como objetivos específicos: discutir estratégias para a implementação da APS no Brasil, propor outras formas de financiamento da APS relacionadas ao custeio e ao investimento, discutir estratégias para formação profissional, educação permanente e fixação de profissionais na APS e o papel da Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização da APS.

1.6 Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está 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).

A PNAB ressalta 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 Primária à Saúde (APS) 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 APS 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 descentralizados, 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 de 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;
- » 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 APS no sistema de saúde

De acordo com Mendes (2009), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades, devendo ser articulados pelas necessidades de saúde da população, que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Os Sistemas de Atenção à Saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e Redes de Atenção à Saúde.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária à Saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a Atenção Terciária à Saúde. Diferentemente dos sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde são aquelas organizadas em uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2009).

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigem uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado vigem no SUS, que se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão tem sérios problemas. Ela se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a APS é menos complexa do que a atenção no nível secundário e no terciário (MENDES, 2009).

Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da APS e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas no nível secundário e no terciário de atenção à saúde. Nas Redes de Atenção à Saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

Assim, nas Redes de Atenção à Saúde, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

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 populações⁷, 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 nos últimos 30 anos (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 de atenção (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; autorresponsabilidade; 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 impli-

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 frequentes, 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 frequência não estritamente médicos; (c) entre os problemas mais frequentes 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 biomedicina, sociologia, antropologia, psicologia, educação etc. Apesar disso, tais problemas implicam menor custo financeiro, pois exigem menor densidade tecnológica (equipamentos) para sua resolução.

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.

cações 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.

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 (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 (quadro 1) de um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público e a solidariedade, utilizando um conceito amplo de saúde.

Quadro 1 VALORES, PRINCÍPIOS E ELEMENTOS DE UM MODELO DE SAÚDE BASEADO NA APS 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 de interesse público.	Universidade
	Equidade
	Integralidade
	Participação e controle social
PRINCÍPIOS Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.	Territorialização
	Intersetorialidade
	Carater substitutivo (baseado na pessoa e não na doença)
	Equipes multiprofissionais
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.	Baseado nas necessidades e expectativas das populações
	Voltado para a qualidade de vida
	ÚNICOS DA APS: Primeiro contato integralidade longitudinalidade coordenação
	Derivados dos anteriores
	Enfoque na pessoa (não na doença) e na família
	Valorização dos aspectos culturais
	Orientado para a comunidade
	Não únicos da APS, mas essenciais:
	Resgistro 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: 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; autoresponsabilidade; 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 diferente 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>

1.8 O que queremos com a APS

Muitas mudanças foram empreendidas nas duas últimas décadas do século XX, por meio de reformas em estruturas de governo/estado. Uma das mais amplas foi a Reforma Sanitária. No caminho de sua redemocratização, o país desencadeou um processo que procurou romper as antigas formas de oferecer serviços de saúde à população para um modelo baseado em princípios gerais de ordem doutrinária, como universalidade, integralidade e equidade, que passaram a constituir um direito fundamental do povo brasileiro na área da saúde. Para a consecução de seus objetivos, a própria reforma previu mudanças por meio de princípios organizativos, permeados por mecanismos de descentralização, hierarquização de serviços e estrutura de gerenciamento. Isso exigiu mudanças profundas nas estruturas organizacionais, nos serviços de saúde e no atendimento, suscitando novas formas de prestação de ações e serviços de saúde à população.

O movimento da reforma sanitária, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi

fundamental para a construção do texto da saúde da Constituição promulgada em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em princípios e diretrizes que definiram a APS como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente.

Uma característica marcante no sistema foi a descentralização da gestão e competência da prestação dos serviços aos municípios, com o suporte técnico e financeiro dos estados e governo federal. Nesse contexto, os municípios apresentam um papel relevante na execução dos serviços de assistência à saúde e, mais amplamente, da gestão do nível de APS (GIL, 2006; OLIVEIRA et al., 2007). 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 e 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 ($< 0,7$). Essa observação é muito importante por traduzir que a Estratégia de Saúde da Família é um fator de geração de equidade. Ao demonstrar melhores resultados no agrupamento de municípios de IDH mais baixo, conseguiu aproximar os indicadores destes aos 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 à água tratada como fator de redução da mortalidade. Também confirmou que o número de leitos hospitalares *per capita* tem um peso pequeno nesse indicador.

1.9 Desafios para a Saúde da Família

Ao longo deste livro, serão levantados 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, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Secretarias Estaduais e Municipais e instituições acadêmicas, a partir de notas dos autores. Todos os pontos aqui apontados serão discutidos nos capítulos subsequentes 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 ideias pré-formatadas, ainda não superadas, dos pacotes assistenciais dos anos 1980 e 1990.

A título de exemplo, a desvalorização da APS reflete-se 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, consequente 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 na 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 no Canadá, formação para as equipes estaduais de gestão da APS e o Projeto Aperfeiçoamento da Gestão da Atenção Primária à Saúde (Agap), que está sendo desenvolvido em quatro estados do Nordeste brasileiro, Alagoas, Piauí, Paraíba e Ceará, com 41 projetos de intervenção na área da atenção primária. Também são parceiros nesse projeto a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a Bireme e a Opas.

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 o 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 espelha-se 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 à produção intelectual são cruciais para a fixação dos profissionais e a possibilidade de viabilizarem-se os princípios da APS. Também se deve atentar para as formas de contratação que garantam a perenidade dos profissionais da APS, com adoção de planos de carreira e remuneração adequados para todos os profissionais da ESF, respeitando os arranjos locais garantidos em lei.

Um terceiro grupo de desafios está na inserção da APS, com todo o seu potencial organizador nos sistemas municipais de saúde, no seu papel de coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde.

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, a 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), mas sem perder de vista a observância dos critérios de implantação previstos na PNAB.

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 cinco 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 e também atuar no 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 à interação com a comunidade e à capacidade de ação inter-setorial 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. Em relação à redução de custos, criticada por alguns autores como o eixo de prioridades da APS, é claro que 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), a Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores do Pacto pela Saúde para o biênio 2010/2011, de acordo com a Portaria GM/MS n. 2669, de 3 de novembro de 2009, 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 Secretarias Estaduais de Saúde, com o Conasems, as Secretarias Municipais de Saúde e outros atores 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.



2 OS FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.1 Introdução

2.2 As características da Atenção Primária à Saúde





2 OS FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À 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 (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; ALMEIDA; BARROS, 2005; STARFIELD, 2004; WYKE; CAMPBELL; MACIVER, 1992; BOWLING; BOND, 2001), incluindo o Brasil, e apontam quais características da APS podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menores custos e 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 sua forma de organização para a qualidade de vida dos indivíduos e das populações, essa contribuição encontra seus limites. Equidade e maior qualidade de 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.

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 corresponsabilidade 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

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

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 aos seus problemas de saúde.

A Atenção Primária diferencia-se 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 definidos¹¹. Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, observam-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente 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 (quadro 1). Para fins didáticos, essas características são, a seguir, apresentadas separadamente, mas se salienta 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

11_ Médicos de família e comunidade são procurados em estágios iniciais dos sintomas (febre, dores de cabeça, mal estar etc.), e frequentemente esses sintomas nunca evoluem para uma patologia. Diferentemente dos especialistas em enfermidades (cardiologistas, neurologistas, gastroenterologistas 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 diabetes, 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 desse conceito ampliado.

quando a população e a equipe identificam-no como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Para isso, 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 à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado;
- b. o acesso sócio-organizacional, 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 idosos e portadores de deficiências físicas; 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 resolutividade das equipes, do acolhimento, da capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática baseada na pessoa (e não na doença), na família e na comunidade.

As equipes de 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 acolhimento¹³, a exposição de cartazes com horários de funcionamento e disponibilidade dos integrantes da equipe, os turnos vespertinos e agenda aos 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.

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.

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 e número de exames complementares;
- b. são maiores: o número de ações preventivas, a adequação do cuidado, a qualidade do serviço prestado e 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 Primária à Saúde como porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação da Estratégia 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 observem-se, traduzidos nos indicadores de morbimortalidade, melhores resultados em saúde. Entre esses desafios, 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 emergências¹⁴, não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações.

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 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 assim, 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.

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, observa-se 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;
- » há maior satisfação dos usuários.

A longitudinalidade é especialmente vantajosa para pessoas com doenças crônicas e em comorbidades, 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

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

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para 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 em organizações comunitárias

(creches, clubes de mães, grupos de apoio etc.) e articulações intersetoriais 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)

Coordenação¹⁵, 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 a ação de uma equipe multidisciplinar é necessária para responder a tais 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 obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações prévias, p o r mecanismos de referência e contrarreferência e recomendações escritas aos pacientes.

Os desafios da coordenação fazem-se em diferentes contextos:

- a. na unidade de saúde, quando vários membros da equipe dispõem de diferentes aspectos da informação do paciente;

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

- b. entre diferentes serviços nos casos de referência e contrarreferência;
- 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.

2.2.4.2 OS DESAFIOS DA COORDENAÇÃO NO SUS

Esse 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;
- » implantação de prontuários eletrônicos;
- » constituição de redes de atenção, otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede, assegurando os mecanismos de comunicação, o que qualifica o cuidado (a referência e a contrarreferência);
- » informatização dos sistemas de informações, permitindo que o acompanhamento das informações relativas aos pacientes esteja disponível em qualquer ponto da rede de atenção à saúde¹⁶.

O quadro 1 descreve o conjunto das características da APS, segundo Starfield (2004).

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.

Nesse 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 subpopulações, que podem estar afastadas dos serviços pelas peculiaridades culturais, como diferenças étnicas e raciais, entre outras;
- » a orientação comunitária, que se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos/famílias/populações relacionam-se ao contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento do contexto social.

Essas 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).



3

A OPERACIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 3.1** Necessidades em saúde
- 3.2** Planejamento e programação
- 3.3** Diretrizes e ações programáticas





3 A OPERACIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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. 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, cofinanciamento, 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 Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de acesso universal 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 exame de Papanicolau 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.

Como se origina uma ação de rastreamento? Tomemos 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 mostrou-se 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. Esse 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 (1985) um excelente ponto de partida. 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

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 e os sistemas de saúde, configurados, em muitos países, inclusive no Brasil, como os maiores compradores e produtores de serviços. Paralelamente, a iniciativa privada ocupou-se 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 meta-análises (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 consequências 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 dessa 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, formaram-se incontáveis grupos de pesquisa com o objetivo de sistematizar essas informações e entregá-las prontas para os interessados. Dois exemplos desses 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 desses 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 nesse 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 a 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 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 dessa 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

torna-se 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 essa 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 esse 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 dessa tarefa (GÉR-VAS; 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 cuidados especiais. Portanto, é função dos gestores envolverem-se 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. Isso 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 essa 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 procura ou é procurada 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 essas 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 gerente de recursos. Uma das funções do gestor é disponibilizar o desenvolvimento dessas 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 dos profissionais 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, faz-se 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;
- » mudanças no 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);
- » 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;
- » 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 col-pocitologia oncótica. Esses 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 dessa 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 o estudo de demanda. O primeiro é voltado para questões coletivas e determinantes de saúde (saneamento, coleta de lixo e fornecimento de água), estendendo-se à 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 sensibilizados 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 repassam-nos para as fichas A, B, C e D. O ideal é que eles façam essa atualização diariamente e, depois mensalmente, para evitar 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). Essa 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 desses. Esta é a mais importante ação e tem relação com todas as anteriormente descritas. Para o sucesso dessa 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 essa 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, existência 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, em tempo real, que não constam em outros sistemas de informação. Por intermédio desses dados, é possível 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 como potencializar o uso dessas informações. O mapa deve ser atualizado, de preferência mensalmente, e deve ressaltar a temporalidade das ações, por sinalizações que apontem melhora ou piora dos indicadores. Dependendo da escala, o mapa pode representar a realidade de uma unidade, uma cidade ou um estado.

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 Informações Ambulatoriais (SIA), fornecem dados imprescindíveis para a 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 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 que contém orientações e protocolos de 14 áreas programáticas com flexibilidade para ser adaptado à realidade local. Encontra-se disponível nas publicações do MS e 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 nessa faixa etária, e com pouco ou nenhum caso de desnutrição, esse protocolo pode ser flexibilizado para uma visita a cada dois meses ou até coincidindo com as consultas e calendário vacinal.

Durante a 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.

É importante o envolvimento dos coordenadores regionais, locais e das equipes de saúde para que a adequação aconteça de forma pactuada, o que aumenta consideravelmente a chance de as 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. O 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.

O 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. É função do gestor demonstrar por que determinada programação ou protocolo é importante e não há como ceder na oferta desse 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 estágio muito incipiente. As equipes gestoras, em geral, confiam nas séries históricas e só desconfiam que alguma “meta” não foi cumprida quando algum dado destoa 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 estabelecer um objetivo a ser alcançado no futuro.

Para que todas essas informações de diferentes origens, inclusive temporais, possam ser consolidadas, necessita-se de 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 Atenção à Saúde. Ele vem dividido em 14 áreas temáticas e “alimentado” com algumas informações consideradas importantes, como estimativa das populações-alvo 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 dessa 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 de 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, se for individual, o número um estará nessa 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 o desempenho em cada área programática. A primeira versão do Prograb está disponibilizada e, à medida que as equipes e municípios avançarem na sua capacidade de 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.

3.3 Diretrizes e ações programáticas

Como foi dito no início deste capítulo, é difícil prever todas as ações necessárias para uma determinada população. Há dados de séries históricas, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de sistemas de informação como o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema

de Informações Ambulatoriais do SUS (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, 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 isso, vale fixar-se em estudos de rastreamento cujo desfecho foi a diminuição da morbimortalidade ou melhora da qualidade de vida.

Justificativas do tipo “hemograma é importante porque a prevalência de anemia é alta” não são, em geral, válidas e levam a gastos desnecessários. A pergunta a ser respondida neste caso seria: “diagnosticar anemia assintomática e tratá-la diminui a morbimortalidade ou melhora a qualidade de vida das pessoas?”. Se a resposta for que o diagnóstico e tratamento de anemia assintomática na população geral não afeta o curso normal dessas 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 ocupam-se em 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 esquematizadas 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 a seguir.

ATIVIDADE RELACIONADA COM:	SEQUÊNCIA / POPULAÇÃO-ALVO:	AÇÃO:
Câncer de pulmão e outras doenças causadas pelo tabaco	Intervenção oportunística para tabagistas (especialmente gestantes)	Aconselhamento rotineiro
alcooolismo 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 extremas	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)
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 ano 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, triglicérideo 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 damama	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 ingesta habitual for menor do que 1000mg/ dl de Cálcio e 400 UI/ dl de Vitamina D


Esse esquema é útil, pois dá a dimensão do que um grupo experiente em analisar a literatura científica disponível recomenda para a população geral. Observando-o 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 dessas 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 especialidades, como rastreamento de câncer de próstata, não são recomendadas por esse grupo de trabalho que as considera danosas e não apenas inócuas.

Este capítulo teve como objetivo fornecer subsídios para a operacionalização da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS deve ser o primeiro contato, daí ser fundamental que funcione adequadamente para que todo o sistema possa ser eficiente. Porém, nem tudo se resolve na Atenção Primária e é imperativo organizar uma rede de atenção à saúde, envolvendo os demais níveis de atenção e com sistemas de apoio e logísticos, como já foi citado anteriormente. 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 atenção à saúde**
- 

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 atenção à saúde.

4.1 Integralidade, responsabilidade clínica e territorial da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Em 2003, o CONASS, reunido em Aracaju, Sergipe, apresentou como consenso de suas discussões referentes à organização, gestão e financiamento do SUS a Carta de Sergipe. No item 2 dessa 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 cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação 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 a Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS.

Ao se definir que a ESF é a principal 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 da atenção na Saúde da Família (SF) integral, por meio da responsabilização clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na corresponsabilidade 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. Entende-se a integralidade como proposta por Takeda (ano):

[...] 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 frequentes, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que não são da competência da atenção primária.

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 a APS tenha capacidade de atender as necessidades em saúde da população adscrita, contando com apoio coordenado dos outros pontos e níveis de atenção da rede e com segmentos de outros setores (como, por exemplo, assistência social), além da execução, pela própria equipe da SF, de ações individuais e coletivas fora dos muros da UBS (como visitas domiciliares e 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).

A prática da integralidade deve ser vista como espaço para a construção da autonomia dos indivíduos e comunidades, como defende Campos (2006). Este autor, ao se referir 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 ao encontro da teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Essa 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 assegurar que o principal objetivo seja alcançado, é preciso 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 na Saúde da Família. Estas duas últimas ferramentas significam a ampliação do entendimento entre o profissional de saúde e o paciente, em uma 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 Luis Felipe 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 de 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;
- » prevenção oportuna.

A APS constitui-se com qualidade por meio da presença de profissionais responsáveis e comprometidos perante a comunidade. A relação entre eles 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 profissionais 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. Dessa 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 de 600 a mil famílias, não excedendo o total de quatro mil pessoas moradoras de uma área geográfica definida. Essa 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”. Essa 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 corresponsabilidade, 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. Nesse 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 microáreas 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 microáreas 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 morbimortalidade (exemplo: alta incidência de tuberculose) ou da presença de fatores determinantes desses 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. Esse 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.

Nesse 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, como escolas, igrejas, centros comunitários, entre outros, e a definição das microáreas 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 os recursos, por exemplo, menos visitas domiciliares em certa microárea de menor risco, fato que contribui para diminuir iniquidades. O processo de construção do mapa ideal-

mente deve ser realizado por toda equipe e deve estar em contínua revisão.

O cadastramento da população residente no território é necessário, pois a equipe da Saúde da Família é responsável por ações de vigilância em saúde, que vão além da utilização da UBS. 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 realizado pelos ACS, mesmo que uma parcela dela 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 arquivada dentro do prontuário familiar no centro de saúde (ANDRADE, 2006).

4.2.2 Estrutura física e insumos necessários

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) recomenda, para grandes centros urbanos, que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipes da Saúde da Família seja responsável por até 12 mil habitantes do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, desde que garanta a operacionalização dos quatro elementos (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) que caracterizam a APS, principalmente o acesso. Isso significa que uma UBS pode comportar até quatro equipes da SF. É evidente que, para zonas rurais de menor densidade populacional, o 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 apresentados a seguir foram retirados 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 desses espaços deve ser realizada de forma compartilhada, determinada pelos tipos de ações em saúde a ser realizados 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, que 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, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS para equipe da ESF (Brasil, 2006). A essa composição pode somar-se a equipe de saúde bucal que em sua modalidade 1 é composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, podendo ser reforçada pela presença de um técnico de higiene dental (modalidade 2). Cada equipe de saúde bucal será responsável pela população de uma ou no máximo duas equipes de SF. Vale a pena ressaltar que a jornada de trabalho de todos esses 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. 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). Com a expansão da ESF para 31.423 (trinta mil quatrocentos e vinte três) equipes (informações do DAB/MS até agosto de 2010), a proporção de MFC reduziu ainda mais drasticamente, dada a desproporção das vagas de residência médica a favor de especialistas focais no país. Houve uma grande 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 proposta do modelo de atenção 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 condições agudas e passa a ter seu foco dirigido às condições crônicas, à promoção e manutenção da saúde. Nessa 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 corresponsável 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 à situação de saúde da população adscrita.

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 e cuidado do idoso). O processo de trabalho das equipes da SF não pode basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea (modelo de atenção voltado para as condições agudas), tampouco somente em programas de saúde. A prática de APS pres-

supõe 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 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 Primária;
- » participação nas atividades de educação permanente;
- » implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- » participação 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 ao fortalecimento da gestão local.

4.2.5 Gestão da clínica – instrumentos e ferramentas

Há diversos instrumentos e ferramentas para organização do processo de trabalho com o 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. Nesse prontuário são registradas informações sobre a composição familiar e as características principais de cada família, além de conter as informações individuais de todos os membros. A Ficha A do Siab pode servir de página de rosto para esse prontuário.

Outras ferramentas de auxílio para realizar a atenção centrada na família são o genograma¹⁷ e as escalas de função familiar¹⁸, como o Apgar Familiar (SMILLKSTEIN, 1978). Eugênio Vilaça Mendes tem proposto a adoção da Gestão da Clínica com esse 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.

17_ Genograma: representação gráfica da estrutura e histórico familiar, com informações sobre as relações e papéis dos membros das famílias através de suas múltiplas gerações.

18_ 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 dessa família.

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

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

A gestão da clínica deve inserir-se na prática das equipes da SF, principalmente no cuidado das condições crônicas, como, por exemplo, hipertensão, diabetes, pré-natal etc., por meio da adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, seguidos das ferramentas de microgestão que avaliem e retroalimentem o trabalho 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 de um município ou estado.

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

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

A natureza da prática da atenção à saúde na APS é o enfrentamento das necessidades em saúde da população, inserido no contexto da complexidade dos sujeitos e do processo saúde-doença, na 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 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) e 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 desses 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 vai morar ali deve haver uma atualização, ou quando o ACS identifica que uma pessoa mudou sua situação quanto ao diabetes, deve ser realizada atualização dessa ficha. É comum a equipe preencher a Ficha A somente no momento do cadastramento da comunidade e nunca mais a atualizar, 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 (HAN), respectivamente. Os indivíduos só serão cadastrados em cada uma 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 esse 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 o 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 pontos de atenção à 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 com menos 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 dois, anos o ACS deve utili-

zar, 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. Ela informa a quantidade de atendimentos 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 cinco 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 por 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 UBS, a informatização dos dados dar-se-á em níveis mais centrais das Secretarias Municipais de Saúde (gerências distritais e/ou coordenações municipais da ESF). Os dados mensais serão sempre referentes ao período do dia 20 do mês anterior ao dia 19 do mês atual, de acordo com a Portaria 78, de 23 de fevereiro de 2010, sendo que semestralmente essa portaria é republicada para atualização. Os possíveis relatórios de consolidação são:

- » Relatório A1: consolidado do cadastramento familiar por microárea. 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. 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. 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 âmbito de distritos sanitários ou outra forma de agregação, como as áreas do orçamento participativo, como no caso do município de Porto Alegre;
- » Relatório A4: consolidado do cadastramento familiar por município. Nele 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 desse relatório referem-se à situação das áreas do município cobertas pelas equipes e não do município como um todo. Assim, a expressão “Total” refere-se à 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. Nesse 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. 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. Esse 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 HAN, além de dados da produtividade da equipe (exemplo: número de consultas, número de solicitações de exames de patologia clínica e número de encaminhamentos) e notificações de agravos sentinelas (como internações e óbitos);

- » Relatório SSA4: situação de saúde e acompanhamento das famílias no município. Consolida os dados referentes às áreas de um mesmo município, por modelo de atenção (PACS ou ESF) e de zona (urbana ou rural). As informações contidas nesse relatório referem-se às áreas cobertas pelo PACS e ESF 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 ESF). 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. 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. 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 têm 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 (Datapus), 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 deter-

minante da atualização e fidedignidade dos dados do Siab. Nesse sentido, os ACS devem ser capacitados e conscientizados para a importância dessa atividade. Isso 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 dessa 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 por 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). Nesse 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 ESF na rede de atenção à saúde

4.3.1 Garantia da integração na rede: processo de referência e contrarreferência

A integração das equipes da ESF na rede de atenção à saúde é condição essencial para que as equipes possam exercer seu papel de responsabilização 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 aos pontos de atenção dos outros níveis de atenção e ao sistema de apoio é imprescindível 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 atenção à saúde.

De acordo com Mendes (2009), os sistemas de apoio das redes de atenção à saúde são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

A equipe de Saúde da Família deve mapear os diversos pontos de atenção, dos níveis

secundários e terciários, que são referências para as famílias adscritas. Além disso, ainda segundo Mendes (2009), é necessário que existam os sistemas logísticos, que são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio.

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

- 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 atenção à saúde;
- 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:
 - c.1 qualificar as equipes das regionais e possibilitar a participação do corpo técnico das Secretarias nos planos elaborados e difundir-los;
 - c.2 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;
 - c.3 criar fóruns de discussão entre profissionais da Atenção Primária e Secundária;
 - c.4 utilizar a análise de indicadores da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Vida como instrumento de gestão e articulação;
 - c.5 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 saúde

O fortalecimento da APS, principalmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em redes de atenção à saúde. Atualmente, o modelo de atenção à saúde ainda fortemente hegemônico no SUS é fragmentado, com pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e, por consequência, incapazes de prestar atenção contínua à população. Além disso, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde. As redes de atenção à saúde são organizadas em uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Entretanto, esse papel integrador só será garantido se as características essenciais da APS, já citadas anteriormente, estiverem fortemente presentes no trabalho das equipes.

O primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde favorecem que os distintos pontos dessa rede tenham como elo central de integração e comunicação a APS.

O fortalecimento dessas características será obtido pela qualificação dos profissionais, pelas condições de trabalho das equipes da SF, pelo reconhecimento por parte dos gestores do papel central da APS na reorganização do modelo de atenção à saúde, por um processo formativo de monitoramento e avaliação da APS e de ações que favoreçam o reconhecimento por parte dos gestores e pelos profissionais dos diversos pontos de atenção à saúde e da população.

Sistemas de saúde baseados na APS com forte extensão dessas características, apoiada por sistemas logísticos potentes, como o cartão de identificação dos usuários, o prontuário eletrônico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde, têm capacidade de impedir a fragmentação do sistema 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, 1995). 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 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 da 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.

Neste capítulo, pretendeu-se apresentar uma visão sucinta das normativas e da evolução conceitual da Estratégia Saúde da Família nos seus 16 anos de crescimento e, principalmente, apresentar a visão do CONASS sobre esse processo. Além disso, foram evidenciados aspectos importantes do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde e da sua relação com os pontos de atenção dos outros níveis de atenção à saúde imprescindíveis para a real mudança do modelo de atenção do 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

5.1 Introdução

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





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

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 cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação no âmbito do território regional e estadual.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) 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 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.

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

Nesta última década, a APS 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 APS, 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.

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁹ apresenta uma criteriosa revisão e adequação dos documentos normativos que expressam o amadurecimento e o fortalecimento da APS 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.

A PNAB aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura 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;
- » Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Essa portaria foi republicada em 4 de março de 2008, em função de as categorias profissionais Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta terem jornada de trabalho de 30 horas semanais e, na portaria original, a carga horária para todos os profissionais fora estabelecida em 40 horas semanais;
- » Portaria GM/MS n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão Programa Saúde na Escola (PSE), para municípios com a ESF, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). Essa portaria foi pactuada em função do Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o PSE, com

19_PNAB pode ser acessada em www.saude.gov.br

finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Define que as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas;

- » Portaria GM/MS n 2.226, de 18 de setembro de 2009, que institui, no Âmbito da Política Nacional da Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para equipes de Saúde da Família;
- » Portaria GM/MS n. 1.045, de 6 de maio de 2010, regulamenta, para o ano de 2010, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais (CER), componente da parte variável do Piso da Atenção Básica;
- » Portaria GM/MS, pactuada na CIT de 27 de maio de 2010, que estabelece critérios diferenciados para implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul.

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)²⁰;
- » os papéis das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do DF e do Ministério da Saúde (MS);
- » a infraestrutura 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;
- » a carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes da ESF;
- » a obrigatoriedade de curso introdutório para todos os integrantes das equipes da ESF;
- » que os recursos financeiros do bloco da atenção básica podem ser gastos em qualquer ação da AB descrita nos planos municipais de saúde;

20_ Princípios da Estratégia Saúde da Família: apresentados no capítulo 4 desta publicação.

- » a redução das modalidades de transferências do PAB²¹ variável e extingue as faixas de cobertura, simplificando a forma de repasse dos recursos;
- » 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 APS e algumas especificidades para a ESF. 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, devem 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 relacionadas às oportunidades de bons resultados na atenção à saúde da população. Nesse 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 APS.

5.2.2 Áreas estratégicas de atuação da APS

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

- » eliminação da hanseníase;
- » controle da hipertensão arterial;
- » saúde da criança;
- » saúde da mulher;
- » saúde bucal;
- » controle da tuberculose;
- » controle do diabetes mellitus;
- » eliminação da desnutrição infantil
- » saúde do idoso;
- » promoção da saúde.

Uma atuação efetiva das equipes estaduais de APS nessas áreas, no âmbito das suas

21_ PAB – Piso de Atenção Básica, ver capítulo 6.

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)²², 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 APS, utilizam-se como instrumentos de acompanhamento e avaliação a pactuação de prioridades, objetivos, metas e os indicadores do Pacto pela Saúde²³.

5.2.3 Responsabilidades de cada esfera de governo na gestão e operacionalização da atenção primária à saúde

No processo de revisão e redefinição de competências de cada gestor do SUS no âmbito da APS, inclusive da ESF, a posição dos gestores estaduais pautou-se nas conclusões do Seminário para Construção de Consensos em APS (novembro de 2003), em que os 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 cofinanciamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual²⁴.

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 competências²⁵ das esferas gestoras na APS, inclusive na ESF.

22_ Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é 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 dessa comissão. É a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

23_ Sobre Pacto pela Saúde, ver: Livro 1.

24_ CONASS Documenta n. 2 - Atenção Primária - Seminário do CONASS para construção de consensos.

25_ As competências das diferentes esferas de governo na AB e na ESF estão integralmente descritas na Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica.

5.2.3.1 PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE NA APS, INCLUSIVE NA ESF

- » acompanhar a implantação e execução das ações de APS em seu território, analisando cobertura populacional, perfil de necessidades e oferta de serviços, integração aos demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores e metas pactuados;
- » contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à APS e estímulo à adoção da ESF pelos gestores municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes;
- » regular as ações intermunicipais;
- » 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;
- » cofinanciar as ações da APS e da ESF e ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios;
- » elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da APS/ESF, com vistas à institucionalização da avaliação (competência também do DF);
- » prestar assessoria técnica aos municípios no processo de organização da APS e da implementação da ESF, bem como em seus processos avaliativos;
- » promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da APS.

5.2.3.2 PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E DO DISTRITO FEDERAL NA APS, INCLUSIVE NA ESF

- » definir e implantar o modelo de APS em seu território;
- » inserir, preferencialmente, a ESF em sua rede de atenção à saúde, visando à organização do sistema de saúde;
- » organizar referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da APS;
- » manter as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento;
- » garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

- » cofinanciar as ações de APS e da ESF;
- » selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de APS 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;
- » avaliar o desempenho das equipes de APS 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 APS, INCLUSIVE NA ESF

- » elaborar as diretrizes da PNAB e estimular a adoção da ESF como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;
- » cofinanciar o sistema de APS;
- » 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 APS;
- » 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 APS;
- » propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da APS;
- » manter as bases de dados nacionais;
- » 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 APS.

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 APS:

5.2.4.1 INSERÇÃO DA APS NA ESTRUTURA DA SES

Segundo diagnóstico realizado pelo CONASS em 2003²⁶, existe uma diversidade de denominações e de nível de subordinação das áreas responsáveis pela APS nas estruturas organizacionais das SES. Observa-se que houve uma evolução, mas ainda insuficiente, na articulação da APS com os setores responsáveis pelas áreas programáticas (saúde 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 APS em relação às áreas de planejamento, controle e avaliação, vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador.

A superação gradativa dessa desarticulação é um dos desafios para a melhoria dos processos de gestão da APS, 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^{27 28}, podem contribuir para superar fragilidades e para elevar o grau de importância e de articulação da APS na estrutura das SES:

- » implantação das redes de atenção à saúde, com o modelo de atenção à saúde voltado para as condições crônicas e agudas;
- » inserção, na estrutura institucional, no mesmo nível hierárquico dos setores que fazem a gestão dos demais níveis da atenção à saúde;
- » integração efetiva da coordenação da ESF na coordenação da APS. Compreendendo-se a APS 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 APS na elaboração, operacionalização e revisão dos diversos planos estaduais;
- » 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 APS.

26_ CONASS Documenta n. 2 - Atenção Primária - Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

27_ Recomendações realizadas pelos gestores: Progestores - 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

28_ 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 financeira²⁹ 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 APS, 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^{30 31}, 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 APS como ordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde. Nesse 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:

b.1 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 e linhas guias; diretrizes clínicas; estratégias de educação permanente; planos estaduais e programações pactuadas e integradas; evidências provenientes das experiências locais, regionais, nacional;

b.2 identifiquem parceiros que possam compor uma rede/equipe de apoio na atividade de cooperação técnica: educadores, epidemiologistas, bibliotecárias etc.

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, de planejamento, vigilâncias, controle e avaliação) um conjunto de informações e

29_ Cooperação financeira é abordada no capítulo 4 desta publicação.

30_ Progestores - 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

31_ CONASS Documenta n. 2 - Atenção Primária - Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

indicadores que subsidiem a ação de cooperação com cada município ou regional e, especialmente, identificar, em um 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 macrorregionais 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 APS;
- » definir e implantar, no âmbito de cada estado, propostas de cofinanciamento para a APS, de acordo com critérios definidos pela gestão estadual³².

5.2.4.3 PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA APS

A importância conferida pelos gestores estaduais ao componente da avaliação da APS pode ser expressa pela seguinte afirmação:

O CONASS acredita que o processo de acompanhar, monitorar e avaliar as ações da APS contribui para o aprimoramento das estruturas, processos e resultados, 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, no sistema de saúde³³.

32_ Sobre possibilidades e alternativas de participação dos estados no financiamento da AB/ESF, ver capítulo 4.

33_ CONASS Documenta n. 7 - Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária.

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 à sua qualificação”³⁴.

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”³⁵. Nesse sentido, inserem-se as diversas ações e estratégias para o alcance do que se vem denominando “institucionalização da avaliação”. Os componentes e projetos estratégicos dessa 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 Básica³⁶, 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.

Ainda em 2004, realizou-se uma oficina de trabalho com técnicos das SES, na qual, além da ampliação do debate conceitual, foi feito um diagnóstico preliminar³⁷ da APS nas SES que permitiu a identificação de debilidades para o exercício efetivo das ações de avaliação.

Destacam-se nesse 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 SES³⁸.

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

34_ Progestores - 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

35_ Ministério da Saúde, 2005 - Avaliação na Atenção Básica em Saúde.

36_ Comissão instituída pela Portaria GM/MS n. 676, de 3 de junho de 2003, com a participação de gestores e técnicos de diversos setores do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems.

37_ CONASS Documenta n. 7 - Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária.

38_ 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.

Tripartite (CIT), foi inserida no Componente III do Programa 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 APS. 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 estabelecidos³⁹.

Como se pode observar no quadro 3, o fortalecimento da capacidade técnica das SES em Monitoramento e Avaliação aparece como projeto estratégico em cinco, do total dos seis componentes, a saber: Monitoramento e Avaliação, Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa, Articulação Sistemática e Integração das Ações, Cooperação Técnica e Articulação Inter-setorial, Indução e Gestão de Estudos e Pesquisas e Produção de Informação e Comunicação.

A mobilização e atuação efetiva das equipes gestoras nesses componentes permite, nas SES, os seguintes movimentos:

- » elaboração e execução dos Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da APS – com garantia de alocação de recursos por meio do Proesf;
- » desenvolvimento contínuo das ações de monitoramento 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 APS;
- » articulação entre setores estratégicos e áreas programáticas da APS, com desenvolvimento de atividades integradas de monitoramento e avaliação;
- » contratação dos Centros Colaboradores em Avaliação, com o 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 APS.

39_ Ministério da Saúde, 2006. Fôlder: Institucionalizando a Avaliação da AB no Brasil.

Deve-se observar que, em 2006, essa parceria alcançou 25 estados da Federação, com a participação de vinte centros colaboradores⁴⁰.

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 APS, importantes para o fortalecimento do papel da gestão estadual:

- a. Aperfeiçoamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), tornando-o um instrumento direcionado para toda a atenção primária e não apenas para a ESF e possibilitando o uso da informação referente às áreas programáticas que compõem a APS. Recomenda-se às SES participação ativa no processo de revisão do Siab;
- b. Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, uma metodologia de autogestão ou gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade.

Por meio da autoavaliação e partindo de padrões de qualidade especificamente definidos para a APS, são oferecidos 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 à melhoria da qualidade da estratégia⁴¹.

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

Recomendam-se às SES as seguintes atribuições⁴² para a implantação da AMQ:

- » integração da proposta aos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da APS;
- » 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;

40_ Idem.

41_ BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Fôlder. Brasília, 2006.

42_ Idem

- » acompanhamento e apoio técnico aos municípios no processo de implantação e desenvolvimento da proposta;
- » acompanhamento e avaliação do processo de implantação e desenvolvimento da proposta na esfera estadual.

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 INTERSETORIAL	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) Meta-avaliação dos ELB	3) Comunicação em Eventos Técnicos e Científicos
4) Construção do Monitor AB	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. Mministério da Saúde, 2006

5.2.4.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DA APS

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 APS”⁴³. 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 de atenção privatista”⁴⁴.

Com a importância atualmente atribuída à APS 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. Essa é uma questão diretamente relacionada à qualidade da APS e à 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 necessidades dos serviços de saúde e que expressem os interesses da sociedade, rompendo com práticas em que o mercado e os interesses corporativos dirigem o processo de formação e de especialização dos profissionais de saúde.

Para maiores informações sobre esse tema, ver o capítulo 2 do livro 9 desta coleção. 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:

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 da área da saúde, 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”⁴⁵. 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

43_ Progestores - 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos.

44_ 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.

45_ Ministério da Saúde, 2006. Pró-Saúde: Alternativa Nacional para Multiplicação de Profissionais na Saúde Pública. Revista Brasileira de Saúde da Família n. 10.

cenários de aprendizagem devem apresentar-se 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 APS e apoiando os municípios na estruturação de suas UBS.

No Pró-Saúde 1, foram selecionados 89 cursos, sendo 38 de medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. No Pró-Saúde 2, foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde com impacto sobre aproximadamente 97 mil alunos das 14 áreas envolvidas.

Residência Multiprofissional em Saúde (RMS): após um longo período de discussão entre os diversos atores que interagem no SUS e no 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 essa 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 outras⁴⁶.

A prática multiprofissional é uma exigência dos princípios da APS, 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 país⁴⁷.

A Portaria Interministerial MEC/MS n° 45/2007 estabeleceu as diretrizes para os programas e a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e a Portaria Interministerial MEC/MS n° 698, de 19 de julho de 2007, nomeou os membros da CNMRS, que realizou sua primeira reunião plenária em agosto do mesmo ano.

Em 2009, foi publicada a Portaria Interministerial n. 1.077, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu o Programa Nacional de Bolsas para essas residências, criado com a finalidade

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.

47_ Idem.

de incentivar a formação de especialistas, na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos e prioritários para o Sistema Único de Saúde (SUS) e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde⁴⁸.

Em fevereiro de 2010, durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite, foi divulgado o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde 2010/2011. As instituições foram selecionadas por meio do Edital n. 24/2009. Instituições de todas as regiões do país e de vários estados receberam bolsas para residentes. As bolsas têm o valor de R\$ 1.916,45 (mil novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), equiparado ao valor da bolsa de Residência Médica, fixado pela Lei n. 11.381, de 1º de dezembro de 2006. Ao longo dos dois anos de duração da bolsa, o investimento terá sido de aproximadamente R\$ 21 milhões.

A iniciativa contemplou 59 projetos, com a concessão de mais de 440 bolsas a residentes em programas desenvolvidos em especialidades e áreas temáticas consideradas prioritárias para financiamento, como por exemplo: Atenção Primária/Saúde da Família, Atenção Especializada em Saúde, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Criança, Reabilitação Física, Urgência/Trauma e Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Cursos de Especialização: a formação dos profissionais da APS 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 ESE, destacam-se outras áreas da APS 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 e de reabilitação. 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. Essa modalidade permite formação em larga escala com custos compatíveis e podem utilizar tecnologias de Educação a Distância (EAD). “Pode ainda representar uma opção de

48_ A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinadas às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos.

conversão laboral dos profissionais que já são especializados e evitar a dissociação entre quantidade e qualidade de trabalhadores”⁴⁹. O acesso dos profissionais às 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”⁵⁰. Recomenda-se que as metas de vagas de especialização possam ser gradativamente compatíveis com as metas de expansão da ESF.

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.

Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde: instituído pela Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008, e regulamentado, entre outras normatizações, pela Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010, disponibiliza bolsas para tutores acadêmicos, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Como uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o PET-Saúde iniciou suas atividades em 2009, tendo como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade e o fortalecimento da atenção primária à saúde, a partir da formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, considerando suas equipes básicas, equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Participam do programa instituições de ensino superior, públicas ou privadas, sem fins lucrativos, que tenham firmado parceria com Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde de todas as regiões do país, selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde.

Em 2009, foram aprovados 306 desses grupos e em janeiro de 2010 foram selecio-

49_ 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.
50_ Idem.

nados 111 projetos de 84 instituições de ensino superior e 96 Secretarias de Saúde, as quais envolvem 461 grupos PET-Saúde/Saúde da Família (PET-Saúde/SF), cada grupo formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes e seis preceptores. Em maio de 2010, foram selecionados outros 70 projetos, possibilitando a formação de mais 122 grupos PET-Saúde, objetivando o desenvolvimento de pesquisas na área específica da Vigilância em Saúde. Do início do programa até maio de 2010, foram pagas 85.991 bolsas PET-Saúde/SF.

Programa Nacional de Telessaúde: instituído através da Portaria GM/MS n. 402, de 24 de fevereiro de 2010, esse programa tem o objetivo de qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, a partir da oferta da denominada Segunda Opinião Formativa⁵¹ e outras ações educacionais dirigidas aos diversos profissionais dessas equipes. Nos estados, o programa é gerido pelo Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde, instituído pela CIB de cada estado. Visa ainda à educação para o trabalho, na perspectiva de mudanças das práticas do trabalho, que resulte na qualidade do atendimento da Atenção Primária à Saúde no SUS. Além disso, também pretende integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em APS, diminuindo o custo de saúde através da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e por meio do aumento de atividades de prevenção de doenças.

O programa prevê a implantação de infraestrutura de informática e telecomunicação para o desenvolvimento contínuo à distância, dos profissionais das equipes de Saúde da Família, a partir da utilização de multimeios (biblioteca virtual, videoconferência, canais públicos de televisão, vídeo *streaming* e *chats*); a estruturação de um sistema de consultoria e segunda opinião educacional entre especialistas em Medicina de Família e Comunidade e preceptores de Saúde da Família, profissionais da APS e instituições de ensino superior; disponibiliza ainda a capacitação para o uso das tecnologias de informação e comunicação.

Inicialmente foi implantada uma experiência piloto com nove núcleos, localizados nas universidades dos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (eleitos por já apresentarem expertise na área de Telessaúde). A meta prevista é que cada núcleo esteja conectado a 100 pontos, localizados nas Unidades Básicas de Saúde, constituindo uma rede de cooperação técnica que totaliza 900 pontos, distribuídos por todo o território desses estados.

51_ 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.

Em maio de 2009, já existiam nove Núcleos de Telessaúde, com 735 pontos funcionando em 641 municípios, beneficiando 2.474 equipes de saúde da família, com 4.537 segundas opiniões formativas emitidas.

Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies): A Lei n. 12.202, de janeiro de 2010, alterou a Lei n. 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies). Esse fundo permite o abatimento do saldo devedor do Fies aos profissionais médicos, integrantes de equipes de saúde da família oficialmente cadastradas, com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção desse profissional, definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde⁵². Os profissionais que atuarem na Estratégia Saúde da Família em áreas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde terão abatimento de 1% da dívida e terão ainda o período de carência estendido enquanto durar a residência médica. O benefício é válido para os que ingressarem em programas de residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e em especialidades prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde.

Os gestores do SUS, na perspectiva de promover o acesso dos diversos segmentos populacionais ao Sistema Único de Saúde e a equânime distribuição nacional de profissionais, especialmente aqueles vinculados à Estratégia Saúde da Família, recomendaram a adoção dos critérios para seleção dos municípios onde poderão ser alocados os profissionais que aderirem as novas regras de amortização do Fies: ter menos que 30 mil habitantes, IDH menor que 0,7, pertencer à região da Amazônia Legal e ser município prioritário para redução da mortalidade infantil. Tais critérios levaram à seleção de 2.337 municípios distribuídos em todos os estados do país, com maior concentração nos estados das regiões Norte e Nordeste (75,86%), tendo em vista que, historicamente, são as regiões com menor número de profissionais de saúde, em especial os profissionais médicos.

Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS): a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, em seu artigo 6^o, definiu os requisitos para o exercício das atividades do ACS, entre eles “haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada”. Nesse sentido, a Portaria n. 2.662, de 11 de novembro de 2008, instituiu financiamento federal, na modalidade de repasse regular e automático, fundo a fundo, para a formação de 400 horas do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O montante do recurso financiado pelo governo federal foi calculado multiplicando-se o custo unitário pelo número de Agentes Comunitários de Saúde, indicados no projeto

52_Artigo 6-B da Lei 12.2020/2010

de formação. O custo unitário considerado para cálculo está fixado por regiões e estados, considerando as especificidades geográficas; Região da Amazônia Legal: R\$ 800; Região Nordeste e Estado de Minas Gerais: R\$ 800; Região Centro-Oeste e Distrito Federal: R\$ 700; Região Sudeste (exceto o Estado de Minas Gerais): R\$ 700 e Região Sul: R\$ 700.

Os recursos são repassados para as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, mediante a apresentação de projetos para a formação de 400 horas, seja de seus próprios agentes e/ou de agentes de uma determinada região ou estado, conforme discussão e articulação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies) e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

É repassado ainda, aos Fundos Municipais de Saúde, recurso financeiro a título de incentivo à adesão para a formação – em parcela única, até 30 dias, após o início do processo de formação – calculado pelo número de Agentes Comunitários de Saúde existente em cada município: municípios com até 100 ACS: R\$ 50 por agente; municípios com 101 até 500 ACS: R\$ 30 por agente e municípios com mais de 500 ACS: R\$ 20 por agente.

Em relação aos agentes formadores, a portaria definiu que as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde têm prioridade na formulação e execução técnica/pedagógica dos cursos de formação do Agente Comunitário de Saúde e que outras instituições formadoras podem se contempladas desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para esse fim, quando, em âmbito regional, não houver instituições formadoras públicas ou quando a capacidade da mesma apresentar-se insuficiente para a demanda de formação.

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 a curto prazo, evidencia-se a importância de garantir a oferta oportuna dos cursos introdutórios para todas as equipes que ingressam na ESF. Esses 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 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 o objetivo de apoiar a realização dos cursos introdutórios.

Compete às SES a responsabilidade de garantir a oferta desses cursos 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 APS, 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:

a.1 nos municípios acima de 100 mil habitantes, com capacidades e recursos instalados e desenvolvidos, as SES atuam com parceria e, se necessário, como facilitadoras no processo de educação permanente;

a.2 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:

b.1 a função de regulação na área de formação e educação permanente está sendo adequadamente exercida?

b.2 qual a relação entre as especialidades que estão sendo formadas/financiadas e as necessidades regionais e locais?


b.3 a prioridade anunciada para a reorientação da APS por meio da implantação da ESF está refletida nos gastos com formação e/ou educação permanente dos profissionais de saúde?

As SES seguem seus caminhos na direção da construção de condições favoráveis ao exercício de suas macrofunções para desempenhar os processos de formulação, planejamento, cofinanciamento, formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, 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, abordada no capítulo 9 deste livro.

As equipes técnicas e gestoras dos estados têm a missão de contribuir para a efetiva integração e articulação dessas políticas. Não é possível imaginar a APS em todas as suas dimensões sem incorporar fortemente os princípios, o pensamento e a ação 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.



6 O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 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 Indicadores de monitoramento e avaliação para a APS**
 - 6.8 Recursos de estruturação**
 - 6.9 Incentivos estaduais em Saúde da Família**
- 



6 O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

6.1 Bases legais para o financiamento no SUS

Para compreender o financiamento da APS, 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 2 da Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 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 APS se dá em composição tripartite, sendo que o Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, neste livro denominada de Atenção Primária à Saúde, composto de uma fração fixa e outra variável. O somatório das partes fixa e variável – o Piso da Atenção Básica (PAB) – compõe o Bloco Atenção Básica, conforme estabelecido nas diretrizes do Pacto de Gestão, integrante do Pacto pela Saúde.

Os recursos do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de APS 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 APS, 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;
- » 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 Primária 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 esse fim.

Atualmente, o valor *per capita*/ano referente ao PAB Fixo é de R\$ 18, conforme estabelecido pela Portaria GM n. 2.007, de 1º de setembro de 2009.

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 (ainda é a de julho de 2008, de acordo com a Resolução n. 8, de 27 de agosto de 2008, do IBGE) para cada município está estabelecida pelos Anexos da Portaria GM/MS n. 2.007, de 1º de setembro de 2009.

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 a então fração variável incorporada 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 Primária à Saúde. 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 APS 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, 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. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- i. Programa de Saúde na Escola (PSE);
- j. Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas;
- k. Inclusão do Microscopista na Atenção Básica, nas ações de controle da malária, junto às equipes de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família;
- l. 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 APS, 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 o Distrito Federal recebem recursos específicos para estruturação das unidades básica de saúde de cada equipe de Saúde da Família, visando à melhoria da infraestrutura 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 nos meses subsequentes à implantação, totalizando R\$ 20 mil por equipe SF implantada.

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

a. Equipe Saúde da Família Modalidade 1: são as equipes que atendem os seguintes critérios:

a.1 estarem 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;

a.2 estarem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido no item “a” e que atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de, no mínimo, 70 pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

De acordo com a Portaria GM/MS n. 3.066, de 23 de dezembro de 2008, para as equipes na Modalidade 1 são transferidos do FNS ao FMS, R\$ 9.600,00 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\$ 6.400 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.

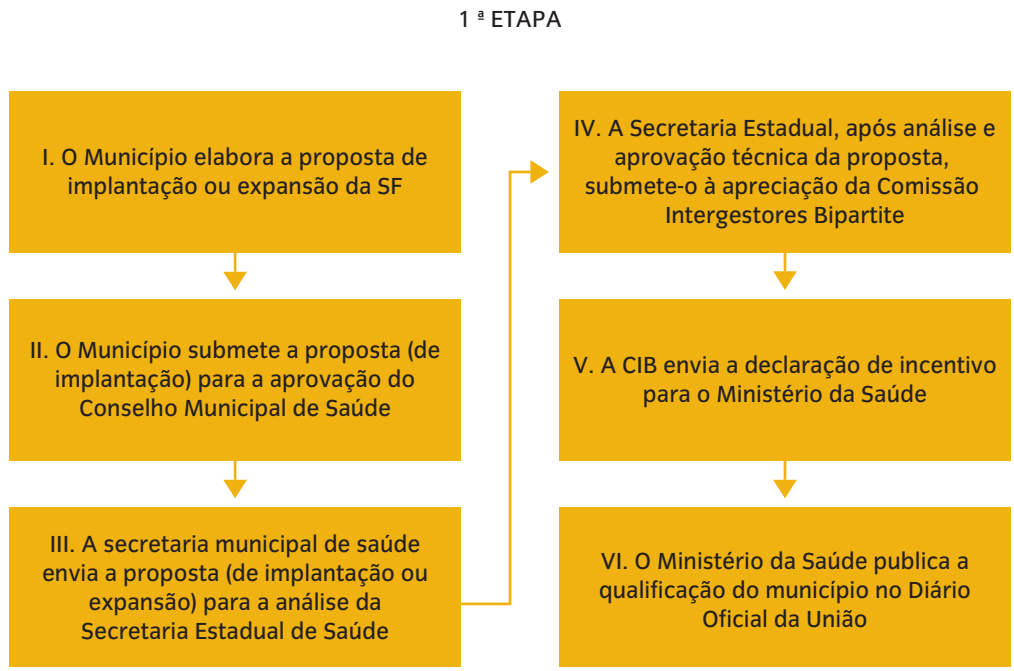
A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

O valor do incentivo financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é de R\$ 651 por ACS a cada mês, em conformidade com a Portaria GM/MS n. 2.008, de 1º de setembro de 2009.

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.

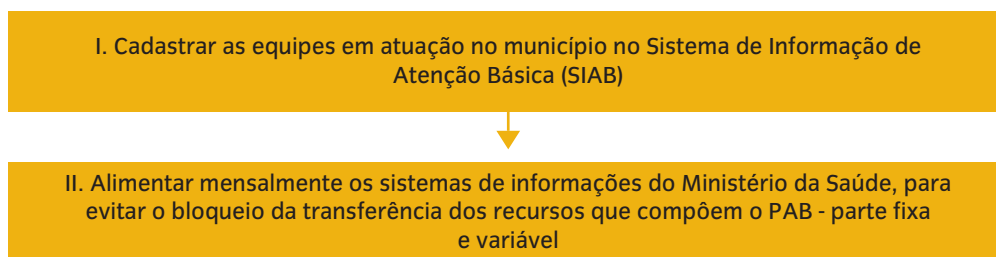
Nas figuras 2 e 3, apresentamos os fluxos para credenciar equipes de Saúde da Família (SF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) para o financiamento do PAB Variável:

Figura 2 FLUXO PARA O CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA (SF) E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) PARA O FINANCIAMENTO DO PAB VARIÁVEL



2ª ETAPA

Depois de publicada a qualificação do município no Diário Oficial, o município estará apto a receber recursos de incentivo federal. Para receber os incentivos, o município deve:



6.5.3 Equipes de Saúde Bucal (SB)

Compreendida como uma estratégia para organização da Saúde Bucal na APS, 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 o Distrito Federal recebem recursos específicos para estruturação das UBS nas quais vão funcionar as ESB. Esses recursos, da ordem de R\$ 7.000 em parcela única, no mês subsequente à implantação, visam à melhoria da infraestrutura, equipamentos e a realização do curso introdutório para essas equipes.

Para o custeio das equipes SB, são estabelecidas duas modalidades de financiamento, ainda de acordo com a Portaria GM/MS n. 3.066, de 23 de dezembro de 2008:

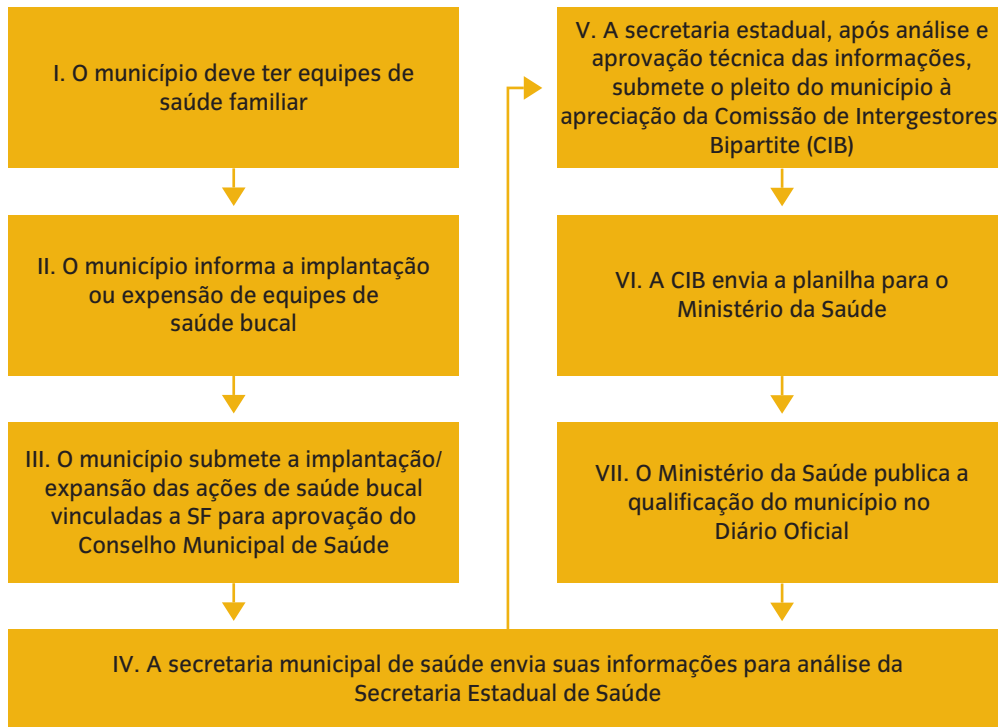
- » Equipe Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário. São transferidos R\$ 2.000 a cada mês, por equipe;
- » Equipe Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Para as ESB na Modalidade 2, são transferidos R\$ 2.600 a cada mês, por equipe.

Além disso, os municípios que recebem o incentivo Saúde da Família na Modalidade 2 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) registradas no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab), na respectiva competência financeira.

Figura 3 FLUXO PARA O CREDENCIAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (SB) PARA O FINANCIAMENTO DO PAB VARIÁVEL

1ª ETAPA



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 (Datapus), 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;
- » o Datasus remete à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do Siab;
- » o Datasus atualiza a Base Nacional do Siab, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 19 de cada mês.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB Variável da Saúde Indígena (SI) tem regulamentação específica. A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB Variável da Saúde no Sistema Penitenciário dão-se em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial n. 1.777, de 9 de setembro de 2003, alterada pela Portaria Interministerial n. 3.343, de 28 de dezembro de 2006.

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/2.400). 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 quatro mil habitantes – máximo recomendado por equipe Saúde da Família, em valores atualizados (2010), conforme Portaria GM/MS n. 2.007, de 1º de setembro de 2009:

1. PAB Fixo

Valor do PAB Fixo = R\$ 18 por habitante/ano

4.000 habitantes x R\$ 18 por habitante/ano = R\$ 72.000 por ano

R\$ 72.000 por ano / 12 meses

PAB Fixo (mínimo) = R\$ 6.000 por mês

2. PAB Variável

2.1 Saúde da Família

Critério – uma equipe SF deve cobrir no máximo 4 mil habitantes (PNAB)

Valor do PAB - SF - Modalidade 1 = R\$ 9.600 por equipe/mês

Valor do PAB - SF - Modalidade 2 = R\$ 6.400 por equipe/mês

2.2 Agentes Comunitários de Saúde

Valor do PAB - ACS - R\$ 651 por ACS/mês em 13 parcelas no ano

R\$ 651 por ACS/mês x 13 parcelas/ano = R\$ 8.463 por ACS/ano

a) Na região Norte, Maranhão, Mato Grosso e área rural – um ACS deverá cobrir em média 280 pessoas (PNAB) – é a base para cálculo do financiamento 4 mil habitantes/280 pessoas = 14 ACS (máximo de ACS por ESF)

14 ACS por ESF x R\$ 8.463 por ACS/ano = R\$ 101.556/ano

R\$ 101.556/ano / 12 meses = R\$ 8.463/mês

b) Demais áreas do país – um ACS deverá cobrir em média 400 pessoas (PNAB) – é a base para cálculo do financiamento 4 mil habitantes/400 pessoas = 6 ACS (mínimo recomendável por equipe)

6 ACS por equipe x R\$ 8.463 por ACS/ano = R\$ 50.778/ano

R\$ 50.778/ano / 12 meses = R\$ 4.231,50/mês

2.3 Saúde Bucal

Critério – segue o critério da SF para implantação – uma equipe SF deve cobrir no máximo 4 mil habitantes (PNAB)

Valor do PAB - SB - Modalidade 1 (sem THD) = R\$ 2.000 por equipe/mês

Valor do PAB - SB - Modalidade 2 (com THD) = R\$ 2.600 por equipe/mês

*THD – Técnico de Higiene Dental

Critério – Caso a Saúde Bucal seja da equipe de Saúde da Família da Modalidade 2, essa equipe recebe 50% a mais sobre esses valores

Valor do PAB - SB - Modalidade 1 (sem THD) nas ESF M1 = R\$ 3.000 por equipe/mês

Valor do PAB - SB - Modalidade 2 (com THD) nas ESF M1 = R\$ 3.900 por equipe/mês

Valor mínimo repassado para 4 mil 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\$ 6.000 por mês PAB Fixo

PAB SF = R\$ 6.400 por equipe/mês

PAB ACS = R\$ 4.231,50/mês

PAB SB = R\$ 0,00

Total = R\$ 16.631,50 ao mês

Valor máximo repassado para 4 mil 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\$ 6.000 por mês PAB Fixo

PAB SF = R\$ 9.600 por equipe/mês

PAB ACS = R\$ 9.873,50/mês

PAB SB = R\$ 3.900/mês

Total = R\$ 29.373,50 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;
- » ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;
- » o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida em política específica.

Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a suspensão dos recursos dar-se-á 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 Departamento Nacional de Auditoria no SUS (Denasus), alguma das seguintes situações:

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

Caso as equipes implantadas sejam desativadas num prazo inferior a 12 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.

6.5.6 Compensação de especificidades regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais são definidos em Portaria Ministerial específica para esse fim e sua utilização é definida periodicamente

pelas CIBs, que devem selecionar os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais e definem 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 e formação de ACS.

6.5.7 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 é 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 são 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 se 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;
- » Unidade Mista - R\$ 1.250/mês por leito na unidade, mais R\$ 11.000/mês referentes aos serviços ambulatoriais.

6.5.8 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 primária à saúde são desenvolvidas por equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem e auxiliar de consultório odontológico), articuladas com os serviços de atenção à saúde. Cada equipe de saúde é 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, vigilância e trabalho interdisciplinar.

Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (Funpen), do Ministério da Justiça, são repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas à 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.

Os recursos de custeio das equipes do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário destinam-se a financiar as ações de promoção da saúde e de atenção primária à saúde relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, saúde mental, hepatite, 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 – nas 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/ano por equipe de saúde implantada;

- » Tipo 2 – nas 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 o Incentivo, no valor de R\$ 32.400/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 infraestrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidades (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;
- » 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. Dezoito estados estão, nesse momento, qualificados à Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, com equipes de saúde multiprofissionais atuando em unidades de saúde de estabelecimentos prisionais, desenvolvendo ações de atenção primária, como controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher, 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 primária, promoção, prevenção e atenção à saúde.

Para maiores informações, consultar 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 e a Portaria Interministerial n. 3.343, de 28 de dezembro de 2006, que altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Portaria SAS n. 268, de 17 de setembro de 2003, que inclui na Tabela do SCNES e do SIA/SUS os códigos de serviço; Portaria SAS n. 749, de 10 de outubro de 2006, que institui a Ficha Complementar de Cadastro de Equipes no SCNES; Portaria GM n. 240 de 31 de janeiro de 2007, que publica os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Portaria SAS n. 333, de 8 de junho de 2007, que prorroga para a competência de setembro de 2007 o prazo para adequação do cadastro conforme orientações da Portaria n. 749/06.

6.5.9 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

Os valores de transferências de recursos para a implantação dos Nasf, segundo sua categoria (Nasf 1 e Nasf 2), repassadas em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES, com a informação do cadastro inicial de cada Nasf 1 e Nasf 2, diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, segundo a Portaria GM/MS n. 154, de 4 de março de 2008.

Os valores do incentivo federal para o custeio de cada Nasf (1 e 2) são, respectivamente, de R\$20.000 e R\$6.000.

6.5.10 Programa de Saúde na Escola (PSE)

O valor dos recursos financeiros referentes à adesão ao PSE corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família que atuam nesse programa.

6.5.11 Populações ribeirinhas

O valor do repasse mensal para o financiamento das Unidades de Saúde da Família Fluviais para população ribeirinha é de R\$ 30.000 mensais, com adicional de R\$ 10.000 mensais caso a Unidade conte com serviço de Saúde Bucal, em conformidade com o Parágrafo Único do Artigo 3º da Portaria GM/MS n. 2.191, de 3 de agosto de 2010.

6.5.12 Microscopista na Atenção Primária

O valor do incentivo financeiro referente à inclusão de um microscopista na Atenção

Primária, especificamente nas equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, será o mesmo do incentivo repassado mensalmente para um ACS, conforme a Portaria GM/MS n. 2.143, de 9 de outubro de 2008.

6.6 Requisitos mínimos para manutenção da transferência do PAB

De acordo com a Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006, que institui a PNAB, 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 Primária à Saúde 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 deve 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 Primária à Saúde, e deve ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Apesar de a PNAB estabelecer que os valores do PAB devem ser corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica, e 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, na prática, esses valores nunca não foram corrigidos.

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 (Sinam);
- » 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. for detectada, 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 Distrito Federal e 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;
- » 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 Indicadores de monitoramento e avaliação para a APS

Os indicadores de monitoramento e avaliação para a Atenção Primária à Saúde fazem parte do objetivo VI – fortalecimento da Atenção Básica –, estabelecido pela Portaria GM/MS n. 2.669, de 3 de novembro de 2009, atualizada em 4 de dezembro de 2009, que trata da orientação acerca dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, nos Componentes pela Vida e de Gestão para o biênio 2010 – 2011.

a. Indicador: proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família

Ações:

- » sensibilizar o gestor municipal sobre as vantagens da conversão do modelo de Atenção Básica tradicional para o da Estratégia Saúde da Família;
- » apresentar as responsabilidades municipais definidas na PNAB que justificam a conversão do modelo de Atenção Básica;
- » apontar as vantagens financeiras e técnicas da substituição das equipes tradicionais de AB pelas Equipes de SF.

b. Indicador: proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.

Ações:

- » estimular a programação de metas para a cobertura de consultas pré-natal realizadas por médicos e enfermeiros da equipe de Saúde da Família para a população adscrita;
- » disponibilizar o Caderno de Atenção Básica – Pré-Natal (CAB-Pré-Natal) e estimular sua implantação;
- » estimular e apoiar a implantação da ferramenta de Programação da Atenção Básica (Prograb);
- » estimular e apoiar a implantação do projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ);
- » estimular que os núcleos estaduais de monitoramento e avaliação realizem a supervisão das equipes de Saúde da Família e a discussão periódica dos resultados alcançados;

- » estimular a realização de capacitação/atualização dos profissionais da equipe nas áreas de saúde da mulher e da criança;
- » estimular a realização de diagnóstico relacionado ao indicador que não obteve o desempenho esperado: sub-registro da informação? Baixa captação das gestantes pela Atenção Primária à Saúde? Dificuldade de acesso? Problemas no preenchimento do cartão da Gestante? Falta de infraestrutura em materiais e equipamentos para a realização do pré-natal?;
- » realizar busca ativa de gestantes para início do pré-natal no 1º trimestre;
- » realizar consultas de pré-natal com médico e enfermeiro da equipe SF, prioritariamente para a população adstrita;
- » realizar busca ativa de gestantes faltosas às consultas de pré-natal através do ACS;
- » verificar o Cartão do Pré-Natal nas visitas domiciliares e em todos os atendimentos na unidade de saúde;
- » realizar processos educativos com a comunidade, priorizando atividades em grupo direcionadas às gestantes;
- » monitorar os dados de cobertura de pré-natal sob responsabilidade das equipes de SF;
- » pactuar metas de desempenho com as equipes da Atenção Primária/Saúde da Família, inclusive para as coberturas de pré-natal;
- » orientar as gestantes sobre a importância de levar o cartão para a maternidade.

c. Indicadores: taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas complicações

Ações:

- » capacitar/atualizar os profissionais das equipes de SF para as ações de controle da hipertensão e diabetes;
- » melhorar o acesso regular a medicamentos para controle de hipertensão e diabetes, com base no elenco padronizado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename);.
- » implantar o(s) protocolo(s) de controle de hipertensão e diabetes nas equipes da SF segundo os Cadernos da Atenção Básica n. 14, 15 e 16, disponíveis no site do Ministério da Saúde;

- » realizar classificação de risco dos pacientes, conforme protocolo de prevenção clínica de doença cardiovascular e cerebrovascular e renal crônica, metodologia de avaliação de risco global pelo Escore de Framingham, definido no Caderno de Atenção Básica n. 14;
 - » definir os níveis de resolatividade da AB/SF nas ações de controle de hipertensão e diabetes;
 - » disponibilizar os exames complementares definidos nos protocolos de controle da hipertensão e diabetes, assim como os serviços de referência especializada;
 - » realizar busca ativa de hipertensos e diabéticos na comunidade por meio de campanhas de rastreamento e/ou levantamento cadastral;
 - » realizar atividades educativas e de promoção à saúde para hipertensos, diabéticos e familiares, com o objetivo de estimular o autocuidado, a adesão ao tratamento e as recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física e lazer);
 - » atualizar o cadastramento de todos os usuários nos diversos sistemas, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado;
 - » avaliar a qualidade do cuidado prestado e planejar ou reformular as ações em saúde, como o monitoramento dos casos de AVC em residentes da área de cobertura das equipes;
 - » capacitar mil e cem tutores nos estados brasileiros que servirão de multiplicadores para formar uma rede para o autocuidado em diabetes (capacitação presencial e a distância) por meio de convênio com universidades, SES/BA e o Telessaúde.
- d. Indicador: percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.

Ações:

- » estimular que o grupo de risco nutricional seja priorizado para realizar o acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento, com atenção especial ao público mais vulnerável, como os beneficiários do Programa Bolsa Família e outras populações em situação de vulnerabilidade econômica, social e de saúde;
- » estimular a implantação do Protocolo de Atenção à Criança Desnutrida e de Atenção à Saúde da Criança do Caderno de Atenção Básica – Pré-Natal (CAB-Pré-Natal);
- » monitorar faltosos às consultas de acompanhamento e priorizar as visitas dos agentes comunitários de saúde a esse grupo de risco, de modo a promover maior adesão às recomendações para recuperação do estado nutricional;

- » supervisionar as equipes de Saúde da Família e discutir periodicamente os resultados alcançados;
- » estimular e apoiar a implantação da Estratégia de Alimentação Complementar;
- » fortalecer a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A;
- » apoiar ações de estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade;
- » monitorar a alimentação e utilização do Sistema Informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan-Web) para o diagnóstico nutricional individual e coletivo.

e. Indicador: percentual de famílias com perfil de saúde de beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica

Ações:

- » estimular o monitoramento de famílias em situação de descumprimento das condições e articulação com outros setores sociais (assistência social e educação) para intervir individual e conjuntamente sobre as vulnerabilidades das famílias;
- » estimular as coordenações municipais do Programa Bolsa Família a informarem sobre situações de mudança de endereço, famílias não localizadas e outros problemas cadastrais das famílias beneficiárias com perfil saúde;
- » estimular que as coordenações municipais e estaduais do Programa Bolsa Família realizem supervisão e discussão periódica dos resultados alcançados;
- » estimular a implantação do Protocolo de Atenção à Saúde da Criança e do Caderno de Atenção Básica - Pré-Natal (CAB-Pré-Natal);
- » expandir o curso de Educação a Distância (EAD) em gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

6.8 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 três modalidades de transferências de recursos para estruturação: os Convênios, o Programa de Expansão em Saúde da Família (Proesf) e o Plano Nacional de Implantação de UBS para a Estratégia Saúde da Família.

6.8.1 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 2010 das normas foi aprovada na Portaria Ministerial n. 686, de 30 de março. São recursos para “Despesas destinadas a 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”.

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

Resultante de um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), visa 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 Proesf é composto por três fases.

O período de implementação da Fase 1 compreendeu os anos de 2002 a 2009, com um investimento de US\$ 550 milhões, sendo 50% financiado pelo Bird e 50% de contrapartida pelo governo federal.

A Fase 2 tem os objetivos de continuar o desenvolvimento, aperfeiçoamento, implantação e consolidação das estratégias e sistemas de Monitoramento e Avaliação (M&A), no âmbito do SUS/Atenção Básica/Saúde da Família, e continuar o desenvolvimento, aperfeiçoamento, implantação e consolidação das estratégias e atividades de formação, capacitação e treinamento dos profissionais das equipes de AB/SF, visando qualificar os processos de trabalho.

No planejamento das ações relacionadas ao M&A, o Plano Estadual e do Distrito Federal deverá incorporar estratégias para consolidar e qualificar os processos iniciados na Fase 1, afeitos à sistematização e integração de ações de M&A, bem como para capacitar os técnicos para o manuseio de técnicas e instrumentos, vislumbrando a otimização dos registros e análises, com base em indicadores prioritários e adequados para as diferentes realidades.

As fases são compostas de três componentes. Na Fase 1:

- » o Componente 1 - Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde destinou-se aos municípios com mais de 100 mil habitantes e visava estimular a estruturação da Saúde da Família nos grandes centros urbanos, para qualificá-la como porta de entrada do sistema de saúde, com vistas a assegurar assistência integral aos usuários. Reunia 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, destinado a todos os municípios brasileiros, buscou reforçar a política de recursos humanos na implementação e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, objetivando 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, objetivava apoiar à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos para o acompanhamento e a avaliação sistemática da Atenção Primária à Saúde, observando aspectos estruturais, de processo e de desempenho dos serviços de saúde, tendo como foco a institucionalização da avaliação da APS pelas três esferas de gestão.

A Fase 2 do Proesf está iniciando e o desenho é o seguinte:

- » Componente 1: continuar a apoiar a conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde em municípios com mais de cem mil habitantes atendidos com recursos do Bird durante a Fase 1 que prestaram contas e atingiram as metas;
- » Componente 2: continuar a apoiar o desenvolvimento, implantação e execução das ações de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica em 27 Secretarias Estaduais de Saúde;
- » Componente 3: execução federal para fortalecimento da supervisão da Estratégia de Saúde da Família.

Os recursos financeiros para essa fase correspondem a US\$ 83.450.000, sendo US\$ 11.100.000 para bens, consultorias, serviços e treinamento federal; US\$ 55.000.000 para os municípios; US\$ 12.450.000 para os estados e US\$ 3.500.000 para custos operacionais incrementais.

6.9 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 responsabilidade dos estados na gestão da Atenção Primária é o monitoramento e, nesse sentido, o desenvolvimento de estratégias de qualificação da atenção prestada é sempre muito importante, com destaque para as metodologias de valorização dos resultados.

O apoio financeiro dos estados às ações de Atenção Primária 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 (d) contratando pessoal para a estratégia Saúde da Família, entre outros.

Praticamente todos os estados possuem algum tipo de incentivo financeiro com recursos próprios para a APS. Em estudo feito pelo DAB/MS em junho de 2009 e de acordo com informações das coordenações estaduais de APS em junho de 2010, a situação era a seguinte:

Acre

O estado possui incentivo estadual para Atenção Primária à Saúde. Em 2008, dos 22 municípios do estado, 20 receberam o incentivo estadual. Ficaram fora do repasse do recurso do estado Rio Branco e Cruzeiro do Sul, que são os dois maiores municípios. Foi definido um valor *per capita*/ano relacionado ao acesso geográfico. Sendo dois cortes: acesso restrito – R\$ 8/hab e acesso livre – R\$ 4/hab.

Em 2009, o financiamento foi realizado para 100% dos municípios na modalidade convênio com recursos provenientes do Bird. As linhas de ações prioritárias na APS são:

- » adequação de ESF;
- » aquisição de filtros para populações isoladas;
- » aquisição de equipamentos para ESF móvel;
- » aquisição de unidades de apoio móvel (carro e barco) para ESF móvel;
- » pagamento por serviço realizado na linha de cuidado materno-infantil.

Para cada linha de ação, existem critérios de elegibilidade para acessar o financiamento.

Alagoas

O estado instituiu em 2009 o Programa de Fortalecimento da Atenção Básica do Estado de Alagoas (Prosaúde), que possui oito componentes de financiamento:

- » custeio para ações e serviços da Atenção Básica;
- » construção de Unidades Básicas de Saúde;
- » equipamentos de Unidades de Saúde;
- » construção da Unidade Ambulatorial de Saúde Pública (Uasp);
- » construção dos Centros Regionais Prosaúde;
- » aquisição de 100 kits Prosaúde;
- » aquisição de Ambulâncias Cidadãs;
- » aquisição de equipamentos e materiais permanentes para apoio a postos de coleta.

O componente 1 refere-se ao incentivo estadual para custeio das ações e serviços da atenção básica do Prosaúde, que beneficiará os municípios com até 100 mil habitantes. Os recursos financeiros serão utilizados exclusivamente para a estruturação e organização das ações e serviços da APS.

O requisito mínimo para o recebimento direto dos recursos financeiros estaduais do Prosaúde é a adesão ao Pacto pela Saúde. As metas e indicadores utilizados para o monitoramento e avaliação dos municípios junto ao Prosaúde são os do Pacto pela Saúde, traduzidos no Termo de Compromisso de Gestão, pactuado por cada município.

Os valores financeiros que os municípios que têm direito ao repasse direto do componente de custeio do Prosaúde obedecerão à seguinte tabela, de acordo com o seu porte populacional:

Quadro 5 - VALORES DO PROSAÚDE REPASSADO AOS MUNICÍPIOS DE ALAGOAS

FAIXA POPULACIONAL	N. DE MUNICÍPIOS	VALOR DO REPASSE MENSAL (R\$)
Até 6.000 hab.	11	5.000
6.001 a 10.000 hab.	16	7.000
10.001 a 15.000 hab.	21	8.000
15.001 a 20.000 hab.	15	9.000
20.001 a 25.000 hab.	9	10.000

(Continuação)

FAIXA POPULACIONAL	N. DE MUNICÍPIOS	VALOR DO REPASSE MENSAL (R\$)
25.001 a 30.000 hab.	11	11.000
30.001 a 40.000 hab.	5	13.000
40.001 a 50.000 hab.	5	15.000
Acima de 50.000 hab.	7	17.000
TOTAL	100	-

FONTE: Coordenação Estadual da APS – AL

Amapá

O estado possui incentivo estadual para a APS regulamentado no Pacto Estadual de Gestão para Reorganização do SUS, com repasse *per capita* de R\$ 1,80/hab para municípios com população acima de 100 mil habitantes e R\$ 3,80/hab para municípios com menos de 100 mil habitantes.

Bahia

Até abril de 2009, o estado realizava o pagamento de acordo com critérios de certificação estabelecidos anteriormente. Em maio de 2009, encerrou a vigência do programa de certificação e está sendo pago o valor fixo de R\$ 1.500 por equipe. A Secretaria do Estado está discutindo nova proposta, a fim de apresentar para pactuação na CIB. Também existem investimentos na Atenção Básica dos municípios, com a celebração de convênios para construção de Unidades de Saúde da Família. O estado construirá 400 USF até o final de 2010 e também distribuirá alguns materiais permanentes e equipamentos, conforme IDH e arrecadação *per capita*, além de material de trabalho para todos os ACS do estado.

Ceará

Conforme informações da Secretaria Estadual de Saúde, o estado do Ceará possui incentivo para os ACS que estão no exercício do cargo, de acordo com a Lei de criação n. 10.507, de 10 de julho de 2002, e a Lei Estadual n. 14.101, de 10 de abril de 2008, que estadualiza os ACS. Além disso, foram alocados para 2010 R\$ 40 milhões para reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde.

Distrito Federal

O Distrito Federal (DF) é a unidade federativa que possui caráter e funções de mu-

nicípio e estado ao mesmo tempo, por isso a ela não se aplica incentivo estadual para atenção básica, pois realiza financiamento da AB com base nas atribuições de município.

Espírito Santo

O estado possui um projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, dentro da implantação das redes de atenção à saúde, que visa estruturar e fortalecer a atenção primária à saúde como primeiro nível de atenção aos serviços de saúde, organizando, assim, o sistema local. O mesmo contempla investimentos alocados nas seguintes etapas estruturantes:

- » construção de unidades de saúde denominadas “Saúde da Gente”;
- » entrega de kits contendo 81 componentes com 123 equipamentos e materiais permanentes;
- » qualificação dos profissionais que atuam na atenção primária por meio do Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde.

Goiás

O estado estabeleceu como contrapartida estadual o repasse financeiro de 25% do valor do PAB Variável federal para a(s) equipe(s) de Saúde da Família (SF), Saúde Bucal (SB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O repasse é realizado mensalmente conforme equipes de SF e SB implantadas e número de ACS informados no Siab, do fundo estadual de saúde para o fundo municipal de saúde, até o 5º dia útil do mês.

O valor repassado deverá ser aplicado integralmente nas atividades da APS obedecendo às seguintes proporcionalidades:

- » 50% para a(s) equipe(s) de Saúde da Família;
- » 25% para a(s) equipe(s) de Saúde Bucal;
- » 25% para os Agentes Comunitários de Saúde.

Para recebimento dos incentivos estaduais, deverá ser celebrado um termo de compromisso entre os municípios interessados e o estado.

Mato Grosso

O estado possui quatro modalidades de incentivos financeiros estaduais para Atenção Básica, são eles:

- » incentivo para implantação das ESF;

- » incentivo para implantação das ESB;
- » incentivo para implantação de Agentes Comunitários de Saúde em assentamentos rurais (ACSR);
- » programa de incentivo ao alcance de metas dos indicadores da Atenção Básica, inseridos no Pacto pela Saúde.

Esses incentivos são repassados mensalmente aos municípios do fundo estadual ao fundo municipal de saúde. Os critérios utilizados para repasse do incentivo para implantação das ESF e ESB são: equipes implantadas, completas e cumprimento de carga horária de 40 horas semanais por todos os membros da equipe.

O valor mensal recebido pelo município varia de acordo com a sua localização, número de ESF implantadas e cobertura pela estratégia no município. Os valores variam entre R\$ 2.400, R\$ 4.000, R\$ 4.800 ou R\$ 8.000/equipe SF/mês, conforme critérios acima citados.

Para o repasse dos incentivos aos ACS de assentamentos rurais (ACSR), o critério é ter assentamento oficializado pelo Incra e possuir mais de 50 famílias. O teto de implantação, bem como os municípios contemplados, encontram-se definidos em portaria específica. O incentivo para o Programa de Apoio aos ACS de assentamentos rurais é de R\$ 415/ACS/mês.

Os municípios que possuem ESB completas, cujos profissionais cumprem a carga horária de 40 horas semanais e que executam determinadas ações propostas pelo estado recebem o incentivo estadual, por equipe. Os valores variam entre R\$ 1.400, R\$ 1.900 ou R\$ 2.400/equipe/mês, conforme modalidade I ou II e cobertura das ESB no município.

Para o repasse dos incentivos para o alcance de metas dos indicadores da AB, utiliza-se o percentual do alcance de metas dos indicadores da AB, inseridos no Pacto pela Saúde.

Mato Grosso do Sul

O estado possui três modalidades de incentivos financeiros estaduais para APS:

- » incentivo para a Estratégia de Saúde da Família, incluindo equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e ACS;
- » incentivo para os Centros de Atenção Psicossocial;
- » incentivo para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Para a Estratégia de Saúde da Família, são repassados os valores a título de incentivo financeiro anual, conforme demonstrado no quadro 6:

Quadro 6 – INCENTIVO ANUAL PARA A ESF E SB

% COBERTURA POPULACIONAL	ANUAL COM SB MOD I (EM R\$)	ANUAL COM SB MOD II (EM R\$)
0 a 29,9%	27.000	30.000
30 a 49,9%	29.400	32.400
50 a 69,9%	31.800	34.800
70% e mais	34.200	37.200

FONTE: Coordenação estadual da APS – MS

Se as equipes de SF não possuírem equipe de SB correspondente, os valores são diferenciados e estão demonstrados no quadro 7:

Quadro 7 – INCENTIVO ANUAL PARA ESF SEM SB

% COBERTURA POPULACIONAL	ANUAL/EQUIPE SEM SB (EM R\$)
0 a 29,9%	16.800
30 a 49,9%	19.200
50 a 69,9%	21.600
70% e mais	24.000

FONTE: Coordenação estadual da APS – MS

Os valores de incentivo financeiro anual por equipe repassado aos municípios terão acréscimo de 17% se o município comprovar o cumprimento de vários indicadores de saúde estabelecidos pelo estado.

Para os Agentes Comunitários de Saúde, é financiado pelo estado o valor correspondente a R\$ 1.296 para cada agente por ano.

O estado de MS também possui incentivo estadual para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), visando ao apoio e ao desenvolvimento da área de saúde mental, e o incentivo estadual para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), visando atender

os municípios que estão impossibilitados de cumprir os requisitos exigidos pela Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde.

Minas Gerais

O estado instituiu em 2005 o incentivo financeiro estadual para a APS. Esse incentivo é repassado mensalmente, de forma direta e automática, do fundo estadual de saúde aos fundos municipais de saúde. Recebem o recurso os municípios que acordarem a implantação e implementação das equipes do Programa Saúde em Casa e do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde, pela Estratégia Saúde da Família, que faz parte da estratégia de implantação das redes de atenção à saúde. Para recebimento desse recurso, os municípios devem possuir equipe do Programa Saúde em Casa em funcionamento.

O município receberá mensalmente, de acordo com o fator de alocação de recursos financeiros para Atenção à Saúde, elaborado pela Fundação João Pinheiro e disponibilizado no site da referida instituição (www.fjp.mg.gov.br), os seguintes valores:

- » municípios incluídos no 1º grupo R\$ 1.000;
- » municípios incluídos no 2º grupo R\$1.250;
- » municípios incluídos no 3º grupo R\$ 1.750;
- » municípios incluídos no 4º grupo R\$ 2.000.

O repasse dos recursos ficará condicionado ao cumprimento de metas.

Paraná

O estado possui incentivo estadual aos Programas da Saúde da Família e o repasse é fixo e mensal, do fundo estadual aos fundos municipais de saúde e o valor fica limitado ao teto mensal de R\$ 10.000 por município. O valor mensal do incentivo será calculado com base no número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal qualificadas e efetivamente atuantes no município. Para isso, é utilizado o número de equipes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

Recebem o incentivo estadual os municípios que tenham implantado a Estratégia Saúde da Família, com ou sem profissionais de saúde bucal, de acordo com os respectivos IDH (Índice de Desenvolvimento Humano):

- » para os municípios com IDH abaixo da média do Estado (0,786): R\$ 1.000 por equipe de Saúde da Família implantada e R\$ 500 por equipe de Saúde Bucal implantada;

- » para os municípios com IDH acima da média do Estado: R\$ 500 por equipe de Saúde da Família implantada e R\$ 250 por equipe de Saúde Bucal implantada.

Além desses critérios, o estado estabeleceu outros requisitos a serem atendidos pelo município para qualificação ao recebimento do incentivo.

Pernambuco

O estado possui implantado incentivo específico para a APS. São repassados mensalmente R\$ 1.200 por equipe certificada para os municípios habilitados na Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária. Os critérios estabelecidos pelo estado para recebimento do recurso são:

- » apresentar equipe de Saúde da Família completa, com equipe de saúde bucal;
- » desenvolver as atividades de atenção à saúde, no período da manhã e da tarde, durante os cinco dias da semana e apresentar estrutura física em conformidade com a preconização do Ministério da Saúde.

Conforme informações da Secretaria Estadual de Saúde, das 1.830 equipes de Saúde da Família implantadas, 295 equipes estão certificadas na Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, cabendo ao estado a revisão do processo de certificação, de forma a serem redefinidos os critérios e a forma de pagamento, com foco na avaliação interna continuada.

Rio Grande do Sul

O estado possui incentivos estaduais para equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi), equipes de SF em áreas municipais de maior vulnerabilidade, incluídas no Programa de Prevenção da Violência (PPV) e Agentes Comunitários de Saúde.

O valor é de R\$ 2.000 mensais, por Equipe de Saúde da Família (ESF) implantada, e de R\$ 4.000 mensais por Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (Emsi) implantada em área exclusivamente indígena e por Equipe de Saúde da Família implantada em áreas municipais de maior vulnerabilidade, incluídas no Programa de Prevenção da Violência (PPV). O valor do Incentivo por Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantada é de R\$ 500 mensais. O incentivo financeiro adicional para a estratégia de Agentes Comunitários de Saúde é no valor de R\$ 240 anuais, por Agente Comunitário de Saúde. Esse recurso é transferido anualmente em parcela única e o recebimento dos incentivos, por parte dos municípios, é vinculado a critérios, com cumprimento de metas.

Rio de Janeiro

Existem no estado duas resoluções que versam a respeito do incentivo estadual para a APS. Uma delas aprova os critérios para a qualificação das unidades e equipes de Atenção Básica e regulamenta o repasse de incentivo financeiro de recursos estaduais; a outra aprova o fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde.

O estado criou o Programa Saúde na Área como incentivo financeiro para os municípios do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar as unidades e equipes de Atenção Básica.

Rondônia

O estado pactuou em 2008 o repasse financeiro estadual como contrapartida para APS para os municípios, no valor de R\$ 5 milhões, sendo R\$ 1,25 milhão para o ano de 2008, correspondendo a 25%; 50% em 2009 e 75% em 2010, totalizando 100% de transferência dos recursos em 2011. Os critérios são definidos no Termo de Compromisso com o município, bem como a avaliação e monitoramento da aplicação do recurso.

Santa Catarina

O estado delibera anualmente a execução de recursos para a APS. Nessas deliberações, considera a inclusão no Plano Estadual de Saúde da diretriz de cofinanciamento da Atenção Básica pela SES, através de incentivo para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nessa mesma deliberação, são estabelecidos os critérios para a habilitação do município para recebimento do recurso.

São Paulo

O estado possui vários recursos de investimentos e de custeio para ações e serviços saúde na APS, entre eles pode-se citar:

- » Programa Qualis Mais;
- » Programa Sorria São Paulo;
- » Assistência Farmacêutica Básica;
- » programa de incentivo ao tratamento da tuberculose;
- » além de recursos para investimentos em infraestrutura e recursos humanos.

A modalidade de transferência dos recursos é do fundo estadual de saúde para fundos municipais de saúde. O estado estabelece vários critérios condicionantes aos municípios

para habilitação ao recebimento dos recursos e regionaliza o acompanhamento desses critérios, estabelecendo funções para cada nível de gestão do estado.

Sergipe


O estado possui incentivo estadual para construção, ampliação e reforma de unidades de Saúde da Família em parceria com os municípios. O investimento previsto foi da ordem de R\$ 60 milhões, através da construção de unidades de Saúde da Família em todos os 75 municípios sergipanos. O estado também se responsabilizou por equipar as unidades construídas.

Tocantins

O estado estabeleceu no Decreto n. 3.188, de 26 de outubro de 2007, a cessão de profissionais da saúde mediante convênio, que ocorre da seguinte forma:

- » para médicos e cirurgiões-dentistas, a carga horária não pode exceder a 20 horas semanais;
- » aos demais profissionais, a carga horária é de 30 horas semanais, estabelecida na Lei n. 1.588, de 30 de junho de 2005;
- » o ônus para a Secretaria da Saúde é permitido, exclusivamente, quando o cessionário tratar-se de município, unidade hospitalar e ambulatorial de filantropia, de entidade filantrópica de assistência a idosos, de Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae), de Centro de Atendimento Psicossocial do Estado (Caps) e da Fundação Nacional da Saúde (Funasa).

Com isso, o estado contrata os profissionais para compor as equipes de Saúde da Família. Além disso, realiza o financiamento de ações como seleção dos ACS para os municípios.




7 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

7.1 As Redes de Atenção à Saúde

7.2 O papel das SES na organização das Redes de Atenção à Saúde





7 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Atualmente, diferentes sistemas de saúde têm-se organizado fortemente com base na reestruturação da APS. É indiscutível a importância de se organizar o sistema de saúde com base em uma atenção primária atuando como porta de entrada do sistema, ordenadora do cuidado aos usuários e responsável pela grande maioria dos problemas de saúde de determinada população em determinado território. A APS tem um papel crucial para alcançar os objetivos para o desenvolvimento e para enfrentar os determinantes sociais da saúde. A APS é importante para assegurar que os sistemas de saúde possam ser acessíveis às pessoas e para que se alcancem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado que os novos desafios demandam.

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (2008), Atenção Primária à Saúde - Agora mais do que nunca,

[...] a APS tem mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais frequentes; tem o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas, embora sejam mais lentos a adotá-las; prescrevem poucas intervenções invasivas, as hospitalizações das suas iniciativas são menos frequentes e mais curtas e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção. Tudo isto resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos, com impactos na saúde pelo menos idênticos e com maior satisfação do doente (WHO, 2008a).

As evidências demonstram que os sistemas de saúde que estruturaram seus modelos com base em uma APS forte, resolutiva e coordenadora do cuidado do usuário têm resultados sanitários melhores que os sistemas com APS frágil (HEALTH EVIDENCE NETWORK, 2009a). Portanto, é necessário que o sistema de saúde brasileiro avance nessa perspectiva e adote-a como uma estratégia de reorganização do sistema de saúde (MENDES, 2009a).

É preciso ampliar o acesso, mas principalmente é necessário melhorar as estruturas físicas dos pontos de atenção da APS, capacitar os recursos humanos, incorporar novas tecnologias e estruturar os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos, para que a APS possa ser mais eficiente, efetiva e com mais qualidade.

Há no país experiências exitosas nessa área, estados e municípios que estão reorganizando os seus modelos de atenção implantando as redes de atenção à saúde.

Há um movimento das SES no sentido de apoiar a reestruturação da APS para exercer efetivamente o seu papel na coordenação do cuidado, integradora e articuladora dos diversos pontos de atenção, adotando estratégias combinadas de equipes de atenção primária e equipes de saúde da família.

É evidente que muitos são os desafios a ser enfrentados. Como exemplo, cita-se a questão relacionada aos recursos humanos; em muitos municípios, não há profissionais em quantidade suficiente para atender toda a demanda, aliada a uma formação voltada para atuar no atendimento focado nas condições agudas e na cura, enquanto o estudo da carga de doença no Brasil mostra-nos que 2/3 da carga da doença é por condições crônicas. Porém, é consenso entre os gestores do SUS que há condições para se enfrentarem as dificuldades com a implementação de um processo pactuado de responsabilidades solidárias, de acordo com as diferentes realidades regionais e locais e o aumento de recursos financeiros para o setor (CONASS, 2009a).

Nesse contexto, surgiu o Pacto pela Saúde, que reconhece a autonomia dos três entes gestores, não obstante a necessidade da constante pactuação e formulação de consensos para a melhoria da gestão do sistema e a definição das responsabilidades de cada um perante a organização do sistema como um contínuo da atenção e não em níveis hierárquicos, recolocando as necessidades das pessoas como determinantes do planejamento das ações e dos serviços, e não a sua oferta.

Dessa forma, a APS deixa de ter a conotação de apenas um nível de atenção que encaminha indivíduos para os demais níveis, para se tornar o eixo ordenador do sistema de saúde e exercer o seu papel responsável pela saúde de uma população em determinado território. Esses são princípios fundamentais para a construção de um sistema integrado de saúde, ou seja, sem uma APS organizada, com equipe preparada, cumprindo o seu papel no sistema de identificar as necessidades de saúde e planejar os demais níveis de atenção, não haverá Redes de Atenção à Saúde.

Em 2008, em razão dessa compreensão que a APS deveria exercer novo papel no SUS e da avaliação das oficinas de Redes com as equipes estaduais, o CONASS identificou a necessidade de dar concretude à proposta de fortalecimento da APS e de atuar junto às SES nesse sentido. Uma das grandes reflexões emanadas das oficinas foi sobre o papel da APS no sistema de saúde. Em razão disso, foi elaborada uma proposta metodológica: as Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados (CONASS, 2009c), detalhadas no próximo capítulo deste livro.

7.1 As Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde ou Sistemas Integrados de Saúde, terminologia utilizada em vários países, têm-se tornado o tema internacional do momento. Na América do Norte, na Europa e em muitos países, tem-se debatido a sua estruturação para desenvolver melhores sistemas de saúde e mais custo-efetivos. Integração está no cerne da teoria dos sistemas e é fundamental para a sua concepção e desempenho (KODNER, D. L. SPREEUWENBERG, C., 2002). Nesse contexto, integração é o elemento que junta as partes de um todo e permite alcançar objetivos comuns e melhora os resultados.

Os sistemas de saúde e as instituições de saúde estão entre as mais complexas interdependentes instituições da sociedade. Historicamente, muitos fatores têm influenciado na divisão das instituições e dos serviços de saúde, na especialização das profissões de saúde e na administração dos serviços. Sem integração nos vários níveis, todos os aspectos do desempenho do sistema de saúde sofrem. Pacientes ficam perdidos, os serviços necessários não são prestados, ou são postergados, a qualidade e a satisfação do usuário caem e o custo-benefício diminui.

De acordo com o *Jornal Internacional de Cuidados Integrados*, integração é um conjunto coerente de métodos e modelos que se aplicam no financiamento, na administração e na organização da prestação de serviços e níveis de atenção, planejado para criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro do setor e entre os prestadores de cuidado. O objetivo é melhorar a qualidade do cuidado e melhorar a qualidade de vida das pessoas, a satisfação do usuário e a eficiência do sistema para pacientes com problemas complexos e de longo termo, que necessitam de múltiplos serviços e de diferentes prestadores (KODNER, D. L.; SPREEUWENBERG, C., 2002).

A necessidade de mudar e reformar os sistemas de saúde parece similar nos diferentes países. Demandas econômicas, políticas e sociodemográficas têm provocado mudanças do modelo de atenção do paradigma do evento agudo para uma visão mais abrangente da saúde. O cerne desse movimento é coordenar um contínuo de serviços para atender aqueles com condições crônicas e melhorar a saúde de determinada população. Muitos gestores acreditam que constituir redes de atenção melhora a qualidade da atenção, diminui custos e melhora a satisfação dos usuários (STRANDBERG-LARSEN, M.; KRASNI, A., 2009).

Em razão dessa necessidade, muitos autores e pesquisadores desde o início dos anos 1990 têm produzido trabalhos apresentando conceitos, métodos e analisando modelos de integração dos sistemas de saúde. Shortell, em 1993, em trabalho precursor sobre Redes de Atenção ou Sistemas Integrados de Saúde, propôs a seguinte definição:

“sistemas organizados de prestação de serviços de saúde que configurem um continuum coordenado de serviços para uma população definida e que se responsabilizem pelos resultados sanitários e econômicos em relação à população-alvo do sistema”.

A rede de atenção consiste em pontos de atenção à saúde que são lugares institucionais (organizações) em que se ofertam determinados serviços por meio de uma função de produção singular. É uma estratégia de organizar serviços de saúde de maneira racional e efetiva, mas não existe consenso sobre a forma mais “correta” ou “melhor” para fazer isso, depende das condições regionais e locais (BANCO MUNDIAL, 2006; CERCONE, J., 2006).

Mendes, em 2009, publicou o livro *Redes de Atenção à Saúde* que traz a seguinte definição:

[...] as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

A Organização Mundial de Saúde conceitua Redes como: “a organização e o gerenciamento dos serviços de saúde de forma a ofertar às pessoas o cuidado de que necessitam, quando necessário, de forma acessível, que permite o alcance dos resultados esperados com o custo adequado” (WHO, 2008).

Nesse documento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça que a integração é um meio para atingir um fim, e não um fim em si mesmo. A integração dos serviços de saúde refere-se à necessidade de se ofertar uma gama de serviços para determinada população em determinado território e sob uma única gestão, a fim de garantir a continuidade do cuidado durante todo o ciclo de uma condição ou doença. Integração também se refere aos diferentes níveis de atenção, que requer uma gestão que integra esses níveis e os diferentes serviços. Do mesmo modo, requer a integração das políticas para a tomada de decisão.

Em 2007, Mendes realizou extensa revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Nessa revisão, reuniu vários autores que abordam o tema. Além disso, identifica os fundamentos da construção de Redes de Atenção à Saúde, relevantes para a compreensão das bases conceituais que a justificam; reforça o papel da Atenção Primária à Saúde, exercendo a coordenação do cuidado como o centro de comunicação, e reúne o relato de experiências de Redes de Atenção à Saúde em vários países (MENDES, 2007).

Relata ainda que essa discussão é recente, com sua origem nos Sistemas Integrados de Saúde surgidos nos anos 1990 nos Estados Unidos e que, posteriormente, evoluíram para a Europa Ocidental e o Canadá e, mais recentemente, para alguns países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (MENDES, 2007).

São consideradas características das Redes de Atenção:

- » missão e objetivos comuns;
- » ação cooperativa e interdependente entre prestadores e profissionais;
- » responsabilidade por uma população definida, articulada em territórios sanitários;
- » organização de forma poliárquica;
- » organização por um contínuo de atenção: primária, secundária e terciária;
- » organização de forma integral: ações de promoção da saúde e de prevenção, cura, cuidado, reabilitação ou tratamento paliativo das doenças;
- » Ccoordenação do cuidado pela APS, orientada para a atenção às condições agudas e crônicas;
- » foco no ciclo completo de vida ou de uma condição de saúde.

As condições de saúde não se resolvem em geral em serviços ou unidades isoladas, mas requerem a ação de vários serviços e unidades de maneira articulada e coordenada. Isso é especialmente o caso para condições crônicas que exigem que os sistemas de saúde organizem-se com foco nas necessidades de saúde da população, com correspondência entre a oferta de serviços e as necessidades. Há, portanto, a necessidade de um sistema coordenado e articulado envolvendo diferentes profissionais e prestadores, com sistemas de informação articulando pacientes, prestadores e pagadores e subsidiando a tomada de decisão, com melhoria da qualidade e da efetividade do cuidado e da satisfação do usuário. É imprescindível que esse sistema tenha incentivos financeiros e estruturas organizacionais para harmonizar os diversos níveis decisórios, induzindo o compartilhamento de objetivos.

As Redes de Atenção facilitam a reorganização de uma oferta fragmentada de serviços, pois se beneficiam de economias de escala e escopo e também do relacionamento entre escala e qualidade. Propiciam os investimentos de forma mais racional, a responsabilização (*accountability*) compartilhada para melhorar a saúde populacional, o incentivo para reconhecer as vantagens de serviços de promoção de saúde, a prevenção e o incentivo para reconhecer a continuidade de atenção entre diferentes níveis de cuidado e diferentes organizações (BANCO MUNDIAL, 2006).

De acordo com dados de 2002, do Ministério da Saúde, citados em Mendes (2009), o gasto de tratamento das condições crônicas no Brasil já representa 69,1% dos gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS. Portanto, considerando a realidade brasileira, tanto do ponto de vista demográfico quanto epidemiológico e econômico, e em razão da necessidade premente de melhorar esse sistema, tornando fato os preceitos constitucionais e os princípios basilares do SUS, urge implantar as Redes de Atenção à Saúde.

7.2 O papel das SES na organização das Redes de Atenção à Saúde

A modelagem e a implantação das Redes de Atenção à Saúde fazem-se com base na combinação dos princípios da economia de escala, qualidade e acesso aos serviços de saúde, para determinada população em determinado território sanitário e em níveis de atenção (MENDES, 2009b).

No Brasil, há enormes diferenças entre os estados e até dentro do próprio estado, além do fato de mais de 75% dos municípios brasileiros terem menos de 20 mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde eficientes e de qualidade. Por isso, as Redes de Atenção têm de se organizar com autossuficiência na atenção especializada nas regiões de saúde e também na atenção especializada de alta complexidade nas macrorregiões. Essas situações colocam para as SES o papel preponderante de coordenador e indutor de novo modelo de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população, em territórios sanitários e não de acordo com a oferta disponível em territórios político-administrativos.

Obviamente, as equipes municipais têm papel fundamental na organização do sistema de saúde, não se trata aqui de se estabelecer hierarquia, ou subordinação, mas de reconhecer que é papel das equipes estaduais coordenarem as ações para a integração do cuidado do cidadão, garantindo a integralidade por todo o ciclo de vida das pessoas ou de uma condição ou doença.

Para isso, é imprescindível implementar sistemas de informações potentes, sistemas logísticos e de apoio diagnóstico e terapêutico, além de sistema de gestão das Redes de Atenção à Saúde. Sem esses sistemas, não é possível vislumbrar a integração entre os diversos pontos de atenção e do próprio cuidado. Portanto, é necessário um projeto coerente e uma atuação consistente da gestão estadual, apoiando técnica e financeiramente as equipes municipais, propiciando as ferramentas para a integração do cuidado.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde requer uma atuação conjunta dos gestores do SUS e de equipes capacitadas para, com base nos indicadores, nas evidências e nas distintas realidades, planejarem e implantarem as Redes de Atenção à Saúde.



8

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ESTADOS

- 8.1** Introdução
- 8.2** Oficinas sobre Redes de Atenção à Saúde
- 8.3** Objetivos gerais das oficinas da planificação da Atenção Primária à Saúde
- 8.4** Metodologia
- 8.5** Das responsabilidades institucionais
- 8.6** Público-alvo
- 8.7** As oficinas



8 A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS ESTADOS

8.1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) organizada e exercendo o seu papel de coordenadora do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade é fundamental para a conformação de redes de atenção à saúde. Para que a Atenção Primária à Saúde (APS) exerça de fato o seu papel estratégico, o CONASS está propondo a sua planificação, aqui entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde que leva em consideração todas as suas etapas.

Em razão do exposto, foi elaborada a proposta de capacitação, para o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados, que se dará por meio da realização de 11 oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão ao final de cada uma. Essas atividades de dispersão constituir-se-ão, ao final do processo, em um plano de intervenção da APS no âmbito locorregional e estadual.

A proposta metodológica está organizada em duas partes. No primeiro momento, a equipe do CONASS capacitará equipes gestoras estaduais para a realização das oficinas no estado, no âmbito das regiões de saúde. No segundo momento, a equipe estadual, a seu critério, reproduzirá as oficinas para as equipes municipais.

Neste capítulo, serão apresentados os objetivos propostos para cada oficina, assim como as orientações para a sua realização no âmbito das SES. Salienta-se que este é um processo que deverá necessariamente ser adaptado à realidade de cada estado.

Esse trabalho desenvolvido pelo CONASS foi baseado no processo em implantação no Estado de Minas Gerais, pela Secretaria Estadual de Saúde, das oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.

8.2 Oficinas sobre Redes de Atenção à Saúde

Em 2005, o CONASS deu início ao trabalho de elaboração da oficina sobre Redes de Atenção à Saúde, que também faz parte do elenco das oficinas trabalhadas no fortalecimento da APS no âmbito dos estados.

A oficina de Redes de Atenção à Saúde permite uma reflexão sobre o modelo de atenção vigente no SUS, que é fragmentado e baseado na oferta de ações e serviços e desconhece as necessidades de saúde de uma população que vive em determinado território, considerando seus determinantes sociais, voltado para atender a demanda espontânea, os eventos agudos; propõe um alinhamento conceitual sobre redes de atenção, seus fundamentos e a estrutura operacional das redes de atenção e termina com um exercício de modelagem de uma rede de atenção.

A lógica de organização dos serviços de saúde ao longo dos anos no país foi construída e implantada com base na oferta, sem o compromisso com a escala adequada – o que compromete a qualidade da prestação dos serviços –, de forma fragmentada – o que afeta os resultados da atenção, pois não há comunicação e integração entre os diversos pontos de atenção à saúde.

Existe no SUS uma grave crise do sistema de atenção à saúde que é determinada pela incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pela dupla carga da doença com predominância relativa das condições crônicas e um sistema de organização dos serviços voltados para as condições agudas.

Considerando as características distintas das condições agudas e crônicas, há necessidade de os sistemas de saúde organizarem-se de modo a dar conta dessas diferenças. A reformulação do sistema de atenção voltado para o atendimento das condições crônicas deve ser preocupação dos gestores do sistema de saúde, na busca pela eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços de saúde e no alcance dos resultados.

Para dar conta dessa missão, é necessário que as Secretarias Estaduais de Saúde estejam embasadas teórica e conceitualmente, como também possam, a partir das realidades epidemiológica, demográficas e socioeconômicas, coordenar a conformação das redes de atenção à saúde no âmbito dos seus estados.

8.3 Objetivos gerais das oficinas da planificação da Atenção Primária à Saúde

- » assessorar as SES na reorganização do seu sistema de saúde, promovendo a integração das ações e serviços de saúde, o fortalecimento da APS e a implantação das redes de atenção à saúde;
- » proporcionar às equipes das SES instrumentos, ferramentas e tecnologias de planejamento da atenção à saúde e formas de organizar o processo de trabalho das equipes de APS nos seus municípios;
- » capacitar equipes estaduais para adequação e reprodução localregional das oficinas para os municípios.

8.4 Metodologia

O CONASS propõe às SES a realização de 11 oficinas de trabalho presenciais, com carga horária de 16 horas cada, com períodos de dispersão, em média, de 35 a 45 dias. Cada estado poderá redefinir os períodos de dispersão e o número de oficinas que deseja realizar, de acordo com as suas peculiaridades.

A proposta é de construção coletiva de conhecimentos, propiciando a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a sua aplicação, adequados às características da realidade dos participantes. Desse ponto de vista, pressupõe-se a relação do binômio facilitador/participante da oficina de forma horizontalizada, prevalecendo a troca de informações e a construção coletiva de propostas.

Essa metodologia possibilita a participação dos dirigentes e técnicos que atuam nas regionais de saúde e dos gestores municipais e suas equipes.

As atividades das oficinas compreenderão: trabalhos de grupo, exposições, debates, leitura de textos de apoio, dramatizações, exercícios e utilização de roteiro para trabalho de campo.

Entende-se que esse processo trabalha a capacitação de equipes com um projeto de intervenção na organização da atenção com foco na APS e implica adesão e compromissos das instâncias envolvidas.

8.5 Das responsabilidades institucionais

Da Secretaria Executiva do CONASS:

- » elaborar a proposta metodológica das oficinas de fortalecimento da APS para os estados;
- » capacitar as equipes estaduais para a realização das oficinas no âmbito dos estados;
- » apoiar as equipes estaduais na adequação do material instrucional à realidade estadual;
- » apoiar, quando necessário, a realização das oficinas em cada estado;
- » disponibilizar material de apoio e assessoria às SES, quando necessário;
- » acompanhar o processo de implantação das oficinas e o seu impacto na organização da atenção no âmbito dos estados.

Das Secretarias Estaduais de Saúde:

- » solicitar ao CONASS o apoio à realização das oficinas no âmbito do estado;

- » adequar o material instrucional à sua realidade;
- » definir uma equipe de condução do processo e preparar os facilitadores para a realização das oficinas no âmbito das regiões de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;
- » definir um cronograma de execução das oficinas e de acordo com sua proposta de intervenção na APS;
- » prover os recursos necessários para a organização e execução das oficinas no estado;
- » acompanhar o processo de implantação das propostas definidas nas oficinas.
- » monitorar e avaliar o impacto das oficinas na organização da atenção no âmbito locorregional.

Das Secretarias Municipais de Saúde:

- » conhecer a proposta do plano de fortalecimento da APS;
- » aderir e disponibilizar suas equipes para participar das oficinas;
- » disponibilizar informações necessárias para a realização das atividades das oficinas;
- » assumir o compromisso de implementar as propostas elaboradas pela sua equipe no processo de capacitação;
- » monitorar e avaliar o impacto dessas propostas no âmbito local.

8.6 Público-alvo

Diretores, coordenadores e técnicos da SES, no primeiro momento do processo de capacitação, e gestores municipais e suas equipes, no segundo momento da capacitação.

8.7 As oficinas

Oficina 1 – As Redes de Atenção à Saúde

Esta primeira oficina oferece uma reflexão sobre a situação de saúde, os principais problemas de saúde a serem enfrentados e a necessidade de mudar o modelo de atenção para atender as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema.

Objetivos:

- » compreender a significação da situação de saúde;
- » compreender os objetivos dos sistemas de Atenção à Saúde;

- » compreender os fundamentos que dão base à construção de redes de Atenção à Saúde;
- » compreender a estrutura operacional de uma rede de Atenção à Saúde;
- » compreender os modelos de atenção à saúde;
- » utilizar o processo de modelagem das redes de Atenção à Saúde.

Objetivos específicos:

- » conceituar condição aguda e condição crônica;
- » compreender que a situação de saúde é determinada pela situação epidemiológica e situação demográfica;
- » conceituar sistema de atenção à saúde e definir seus objetivos;
- » conceituar rede de atenção à saúde;
- » enunciar os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde;
- » compreender por que o SUS deve organizar-se em redes de atenção à saúde;
- » compreender o conceito de economia de escala;
- » compreender o conceito de qualidade em saúde;
- » compreender a importância do conceito de território sanitário na conformação das redes;
- » compreender o conceito de pontos de atenção à saúde;
- » compreender os atributos da atenção primária à saúde e sua função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde;
- » compreender o conceito de sistemas de apoio às redes de atenção à saúde (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação);
- » compreender o conceito de sistemas logísticos das redes de atenção à saúde (Cartão SUS, prontuários familiares eletrônicos, centrais de regulação e sistema de transporte sanitário);
- » conceituar modelo de atenção à saúde;
- » descrever os momentos do processo de modelagem das redes de atenção à saúde;
- » exercitar a modelagem de uma rede de atenção à saúde da mulher e da criança.

Trabalho de dispersão:

Elaborar a matriz de desenho da rede de atenção à gestante e à criança no município.

Oficina 2 – A Atenção Primária à Saúde no Estado

Esta oficina promove análise da APS nos municípios, a sua forma de organização, a sua resolutividade e permite aos participantes a reflexão da complexidade dos problemas que as equipas da APS têm que enfrentar na sua rotina. Trabalha a importância da mudança na concepção da APS para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde.

Objetivos:

- » compreender e discutir a evolução do conceito de Atenção Primária em Saúde (APS);
- » compreender e discutir os elementos constituintes da Atenção Primária em Saúde (APS);
- » compreender e discutir a realidade locorregional, visando ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde nessa realidade.

Objetivos específicos:

- » compreender e discutir o conceito de Atenção Primária em Saúde e sua evolução pós Alma-Ata até os dias atuais;
- » compreender e discutir o conceito de APS e sua articulação com a Promoção à Saúde;
- » conhecer, compreender, discutir e exercitar os elementos constituintes da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação e centralidade na família;
- » compreender e discutir a orientação comunitária e promoção à saúde como elementos característicos da APS;
- » compreender, discutir e exercitar proposta de fortalecimento da APS em seu município frente à sua realidade sanitária e os condicionantes existentes.

Trabalhos de dispersão:

- » fazer a análise da APS em seu município de acordo com os seus elementos constituintes;
- » elaborar um plano de fortalecimento da APS no seu município;
- » expor propostas de articulação da APS e ações de promoção à saúde nos municípios.

Oficina 3 – Territorialização

Esta oficina tem o objetivo de discutir a territorialização e adscrição dos usuários às UBS/ESF como estratégia de organização da atenção e elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipas de APS.

Objetivos:

- » compreender e discutir o conceito de território e sua utilização em saúde;
- » compreender e discutir o objetivo e a elaboração de análise situacional de saúde frente à APS;
- » compreender e discutir a articulação da APS com a Vigilância à Saúde.

Objetivos específicos:

- » compreender, analisar e discutir o conceito de território, sua evolução e utilização em saúde;
- » compreender e discutir a utilização do “território” como elemento fundamental para a implantação da APS;
- » compreender e discutir a articulação do conceito de território e risco em saúde;
- » compreender, discutir e exercitar as ferramentas utilizadas, tendo como base o território delimitado, cadastramento familiar, diagnóstico socio sanitário, aplicação de critérios de risco;
- » conhecer, compreender e discutir a importância da análise situacional em saúde e sua articulação com a APS;
- » compreender e discutir os elementos componentes da análise situacional em saúde tais como: análise territorial e ambiental, demográfica, sociocultural e econômica, epidemiológica e assistencial;
- » compreender e discutir o conceito de vigilância à saúde e seus componentes: vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental;
- » compreender, discutir e exercitar a articulação entre território, vigilância à saúde e APS.

Trabalho de dispersão:

Elaborar e apresentar a territorialização das UBS/ESF em seu município.

Oficina 4 – A Vigilância em Saúde

Esta oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes à vigilância em saúde e sua fundamental inserção na organização e no processo de trabalho das equipes da APS.

Objetivos:

- » conhecer e compreender os conceitos e elementos da vigilância em saúde;

- » compreender a importância da inserção desses conceitos e elementos na organização do processo de trabalho das equipes da APS;
- » compreender e discutir a articulação da APS com a vigilância em saúde.

Objetivos específicos:

- » realizar o alinhamento conceitual sobre vigilância em saúde;
- » compreender e discutir o conceito de vigilância à saúde e seus componentes: vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e saúde do trabalhador;
- » compreender e discutir e exercitar a articulação entre território, vigilância à saúde e APS;
- » conhecer e discutir a estruturação e ações da vigilância em saúde desenvolvidas no seu estado e no seu município;
- » discutir formas de integração das ações da vigilância em saúde com a Atenção Primária no seu estado e no seu município.

Trabalho de dispersão:

Elaborar a Matriz Programática das Diretrizes de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde.

Oficina 5 – A Organização dos Processos de Trabalho em Saúde

Esta oficina propõe uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e apresenta metodologias e propostas para a melhoria do acesso e da resolutividade da atenção à saúde.

Objetivos:

- » conhecer as características definidoras do processo de trabalho em saúde;
- » conhecer e discutir os conceitos de humanização dos processos de trabalho em saúde e seus principais dispositivos: acolhimento e classificação de risco;
- » conhecer e discutir os conceitos que embasam a gestão da clínica, diretrizes clínicas e protocolos clínicos;
- » conhecer e discutir os elementos de planejamento da organização à demanda programada;
- » conhecer e discutir os elementos de planejamento da organização à demanda espontânea;
- » discutir as metas e indicadores estabelecidos no Pacto da Saúde frente à realidade local/regional.

Objetivos específicos:

- » conceituar o processo de trabalho em saúde e seus determinantes;
- » discutir as principais características do processo de trabalho em saúde e suas implicações na organização dos serviços de saúde, notadamente na implantação da APS;
- » conceituar o processo de humanização em saúde, acolhimento e classificação de risco;
- » discutir a articulação do processo de humanização, acolhimento e classificação de risco como um dos elementos ordenadores do processo de trabalho em saúde frente à APS;
- » discutir e exercitar os mecanismos de gestão da clínica, diretrizes e protocolos clínicos como ferramentas de organização da prática da APS;
- » conceituar, discutir e exercitar os procedimentos de organização à demanda programada;
- » conceituar, discutir e exercitar os procedimentos de organização à demanda espontânea;
- » conhecer e discutir as metas e indicadores estabelecidos no Pacto de Saúde frente à realidade local/regional.

Trabalho de dispersão:

Realizar a leitura da revisão bibliográfica sobre As Evidências sobre a Atenção Primária à Saúde.

Oficina 6 – A Organização da Atenção à Saúde na Unidade Básica de Saúde

Esta oficina apresenta os modelos de classificação de risco para as condições agudas e crônicas e permite aos participantes a compreensão da necessidade de se incorporar mudanças no processo de trabalho dos pontos de atenção, para acolher adequadamente os usuários de acordo com as suas necessidades.

Objetivo:

Promover a reflexão das equipes de saúde da importância da adoção de sistemas de acolhimento e classificação de risco na organização do processo de trabalho das unidades de saúde ambulatorial e hospitalar.

Objetivos específicos:

- » conhecer as diretrizes e dispositivos de acolhimento e classificação de risco do Ministério da Saúde;

- » compreender o conceito de acolhimento e classificação de risco;
- » conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento as urgências e emergências;
- » elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência na construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde;
- » conhecer os modelos de classificação de risco para atendimento a grupos de risco e ciclo de vida das pessoas;
- » estimular a implementação do acolhimento com classificação de risco na rede de atenção à saúde.

Trabalho de dispersão:

- » elaborar uma proposta de programação da atenção à demanda espontânea e de implantação de classificação de risco para a urgência e emergência no município;
- » elaborar a programação das UBS/ESF para a atenção no ciclo de vida das pessoas e das condições crônicas mais prevalentes (diabetes e hipertensão) com estratificação de risco.

Oficina 7 – A Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar

Esta oficina permite a reflexão sobre a incorporação de instrumentos de análise da situação em que as pessoas vivem e trabalham e a importância de se adotar esses instrumentos no planejamento das ações de saúde na APS.

Objetivo:

Desenvolver competências para adoção dos instrumentos de abordagem familiar e a implantação do prontuário familiar.

Objetivos específicos:

- » conhecer o conceito de prontuário familiar, suas funções e os aspectos éticos e legais;
- » discutir o objetivo do prontuário familiar, sua funcionalidade e estrutura;
- » realizar o alinhamento conceitual sobre abordagem familiar;
- » realizar o alinhamento conceitual sobre os instrumentos de abordagem familiar;
- » compreender a complexidade da relação equipe de saúde, indivíduo e família;

- » discutir a importância da organização da atenção por ciclos de vida das pessoas;
- » conhecer o instrumento de abordagem familiar – genograma;
- » compreender a importância da adoção de instrumentos de avaliação.

Trabalho de dispersão:

Elaborar uma proposta de implantação do prontuário familiar nas UBS do município.

Oficina 8 – A Assistência Farmacêutica

A oficina propõe uma reflexão sobre a organização da assistência farmacêutica no âmbito da APS. O planejamento das ações relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica e a importância da sua estruturação para a melhoria dos resultados da atenção à saúde.

Objetivo:

Compreender a importância da estruturação da assistência farmacêutica na organização da APS.

Objetivos específicos:

- » realizar o alinhamento conceitual sobre a terminologia utilizada na assistência farmacêutica;
- » conhecer as ferramentas de planejamento das ações relacionadas ao ciclo de assistência farmacêutica (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação);
- » compreender a importância do profissional farmacêutico nas equipes da APS;
- » compreender as responsabilidades das instâncias gestoras com relação à assistência farmacêutica;
- » compreender a importância do acompanhamento farmacoterapêutico na APS e promoção do uso racional de medicamentos na APS;
- » apresentar o plano de assistência farmacêutica no estado.

Trabalho de dispersão:

Elaborar uma proposta de plano anual para a assistência farmacêutica na APS.

Oficina 9 – Os sistemas de Informação em Saúde

A oficina apresenta os sistemas de informação em saúde e permite a reflexão da importância da alimentação e da utilização das informações para o planejamento, programação e tomada de decisão, monitoramento e avaliação.

Objetivos:

- » apresentar os principais sistemas de informação utilizados no SUS;
- » compreender a importância dos sistemas de informação para o planejamento, programação, monitoramento e avaliação das ações na APS.

Objetivos específicos:

- » apresentar os sistemas de informação (SIM, Sinan, Sinasc, SIA, SIH, Siscolo, Sisma, Sishiperdia, Siab, Sisvan, PNI, GIL e Sis prenatal);
- » conhecer os instrumentos de coleta de dados;
- » analisar as informações geradas pelo Siab e comparar com os demais sistemas;
- » discutir a importância de coleta de dados e da alimentação dos diversos sistemas de informação;
- » realizar análise das informações geradas pelos sistemas citados;
- » discutir a importância da utilização das informações no planejamento e programação das atividades das UBS e na tomada de decisão;
- » conhecer e avaliar o pacto de indicadores do seu estado e/ou municípios, correlacionando com os indicadores do estado.

Trabalho de dispersão:

Realizar análise dos indicadores do município, comparando as informações disponíveis entre os vários sistemas de informação.

Oficina 10 – Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento

A oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes aos sistemas de apoio diagnóstico e logísticos e a compreensão da estruturação desses apoios para a APS. Aborda também as metodologias de monitoramento e avaliação da APS.

Objetivos:

- » conceituar e compreender a importância da estruturação dos sistemas de apoio diagnóstico e sistemas logísticos na organização da APS;
- » conhecer os sistemas de monitoramento e avaliação utilizados na APS.

Objetivos específicos:

- » conceituar e discutir os elementos integrantes do sistema de apoio diagnóstico;

- » discutir a estruturação do sistema de apoio diagnóstico em sua realidade local, tais como carteira de exames, coleta local, envio dos resultados e o uso racional da patologia clínica;
- » conceituar e discutir os elementos integrantes do sistema logístico;
- » compreender a importância da utilização do conceito de economia de escala no planejamento dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
- » conhecer o sistema do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);
- » conhecer sistemas informatizados de Prontuário Familiar;
- » compreender a importância da informatização das UBS para a melhoria da integração dos diversos pontos de atenção e do cuidado integral ao usuário;
- » compreender a importância da organização do sistema de apoio diagnóstico para melhoria da resolutividade da APS;
- » compreender a importância da estruturação do sistema logístico para garantir a integração dos pontos de atenção;
- » conhecer as metodologias de monitoramento e avaliação;
- » conhecer e discutir as metodologias da qualificação da APS.

Trabalho de dispersão:

- » elaborar um projeto municipal para os sistemas de apoio diagnóstico e logístico frente às necessidades da implantação da APS em seu município;
- » elaborar um plano de implantação da AMQ nas UBS do município.

Oficina 11 – A Contratualização das Equipes da APS

Esta oficina introduz o instrumento de contrato de gestão e a utilização de incentivos para as equipes como instrumento de melhoria da qualidade da atenção prestada, dos resultados da atenção e de estímulo às equipes.

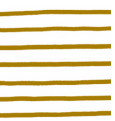
Objetivos:

- » compreender a importância da utilização de sistemas de incentivos e de avaliação para as equipes para a melhoria dos resultados da atenção;
- » realizar a avaliação das oficinas e do processo de implantação dos trabalhos de dispersão.


Objetivos específicos:


- » realizar o alinhamento conceitual sobre contratualização e contrato de gestão;
- » compreender a importância da avaliação de resultados para a melhoria das ações e serviços da APS;
- » discutir as formas de contratualização das equipes;
- » conhecer experiências de implantação de contrato de gestão das equipes da APS;
- » avaliar o desenvolvimento da planificação da APS no estado;
- » realizar uma síntese das atividades desenvolvidas durante as oficinas;
- » elaborar o plano de intervenção da APS no âmbito da região de saúde.

Alguns estados já vêm desenvolvendo essa experiência em conjunto com os municípios, e os resultados têm sido bastante animadores. O tempo médio para a operacionalização desse conjunto de oficinas é em torno de um ano e meio.



9 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS)

- 9.1 Aspectos conceituais da Promoção da Saúde
 - 9.2 Os determinantes sociais da saúde
 - 9.3 A Política Nacional de Promoção da Saúde
 - 9.4 Outros atos normativos importantes para a implementação da PNPS
 - 9.5 O financiamento da Promoção da Saúde
- 



9 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS)

9.1 Aspectos conceituais da Promoção da Saúde

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. O enfoque biológico e social do processo saúde-doença esteve no centro do debate entre saúde pública e medicina durante boa parte do século XX, até que, em abril de 1974, o Relatório Lalonde, produzido na gestão do Ministro da Saúde canadense Marc Lalonde, destacou a importância do estilo de vida (comportamento) como foco principal, ao lado da biologia humana e fatores ambientais como as principais causas de morbimortalidade, passando a ser um referencial importante nos debates e documentos que foram produzidos desde então.

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986, enfatizou a importância da Atenção Primária em Saúde defendida pela OMS como a chave para uma promoção da saúde de caráter universal. Nessa conferência, em decorrência dos progressos alcançados após a Declaração de Alma-Ata para a Atenção Primária à Saúde em 1978 e a partir do documento da OMS “As Metas da Saúde para Todos”, foi elaborada a Carta de Ottawa que passou a ser uma referência permanente na reflexão sobre os determinantes sociais em saúde em todas as conferências que seguiram e na evolução conceitual da promoção da saúde (OMS, 1986).

A Carta de Ottawa ampliou o conceito de promoção da saúde para além de um estilo de vida saudável, indicado como pré-requisitos básicos para alcançar saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. As dimensões socioeconômicas, políticas e culturais incidem sobre as condições de saúde, não sendo, assim, responsabilidade exclusiva do setor saúde.

Além disso, a Carta de Ottawa indica que a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos para estabelecer estratégias que devem refletir as necessidades locais e as diferenças socioeconômicas e culturais para a construção de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária na direção dos assuntos de saúde, desenvolver habilidades pessoais através da divulgação de informação, educação para a saúde e reorientar os serviços de saúde para a

promoção da saúde com a participação da comunidade e de outros setores.

Seguiu-se, em 1988, a II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde⁵³, em Adelaide, na Austrália, cujo tema central foi voltado para as políticas públicas saudáveis. A Conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e ambientes saudáveis.

Os participantes da Conferência de Adelaide reafirmaram os compromissos assumidos na Carta de Ottawa e a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde⁵⁴ realizada em Sundsvall (Suécia), em 1991, precedendo a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, pautou como tema principal os ambientes favoráveis à saúde, identificando que o termo “ambientes favoráveis” refere-se, no contexto da saúde, aos aspectos físico e social e sua importância para a saúde.

Essa conferência elencou quatro estratégias para o desenvolvimento das ações em saúde pública, visando promover a criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde:

- reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres;
- capacitar comunidades e indivíduos sobre saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão;
- construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de maneira a reforçar a cooperação entre as campanhas e estratégias nas áreas da saúde e do ambiente;
- mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.

Na América Latina, o primeiro Encontro Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu em Santa Fé de Bogotá (Colômbia)⁵⁵, em 1992, e reuniu os representantes de 21 países da América Latina, Canadá e Espanha, com o objetivo de debater princípios e definir o significado da promoção da saúde na América Latina.

A situação de saúde vigente caracterizava-se pela persistência ou ressurgimento de endemias como a malária, cólera, tuberculose e desnutrição; pelo aumento de problemas como câncer e doenças cardiovasculares; pelo surgimento de novas enfermidades como Aids e as resultantes da deterioração ambiental e aumento da violência causando inúmeras

53_ Declaração de Adelaide, 1988.

54_ Declaração de Sundsvall, 1991.

55_ Primeiro encontro internacional sobre promoção da saúde, 1992.

ros problemas psicossociais e um aumento de riscos para a saúde. A partir dessa análise, é destacada a importância de se trabalhar a promoção da saúde voltada prioritariamente para a identificação dos fatores que favorecem a iniquidade e a proposição de ações que diminuam seus efeitos (OMS, 1992).

Foram destacadas como principais estratégias definidas no Encontro Internacional:

- » os princípios da Carta de Ottawa como indispensáveis para a promoção da saúde na América Latina;
- » a reorientação do setor saúde, colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde;
- » impulsionar o conceito de saúde condicionado por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos;
- » promoção da saúde como estratégia para modificar esses fatores condicionantes.
- » articular as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, a fim de criar e manter ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais, econômicos e políticos que tenham a intenção de promover a vida, e não degradá-la;
- » incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis.

Em 1997, é realizada a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Jacarta (Indonésia)⁵⁶, sendo a primeira conferência a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ocasão para refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, reconhecendo-se que cada vez mais é um elemento essencial para a redução das iniquidades em questões de saúde mediante ações sobre os determinantes sociais.

A Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde no século XXI. Após dez anos, as condições para a saúde estabelecidas na Carta de Ottawa são ampliadas: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, ecossistema estável, uso sustentável dos recursos naturais, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade (OMS, 1997).

São recomendações da Conferência para a promoção da saúde no século XXI:

- » promover a responsabilidade social para com a saúde;

56_ IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1997.

- » aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
- » consolidar e expandir parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governabilidade e da sociedade;
- » aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;

Para conseguir infraestrutura para a promoção da saúde, faz-se necessário encontrar novos mecanismos para seu custeio nos níveis locais, nacional e mundial. “Localidades para a saúde” representam a base organizacional necessária para a promoção da saúde.

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na Cidade do México⁵⁷ (México), em 2000, constata que nos últimos anos houve melhoria significativa da saúde e aumento do acesso aos serviços de saúde em muitos países do mundo. Mas, apesar desse progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico. É recomendada a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade e colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, assumindo um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde (OMS, 2000).

Em 2005, foi realizada a VI Conferência Global de Promoção da Saúde⁵⁸, em Bangkok, na Tailândia. Nessa conferência, foram identificadas as ações para abordar os determinantes da saúde por intermédio da promoção da saúde e alguns fatores críticos que influenciam a saúde. Algumas estratégias foram propostas para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através de intervenções efetivas do setor saúde para que mais avanços sejam obtidos na implementação das ações de promoção da saúde e complementou os valores e princípios da promoção da saúde, estabelecidos pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, assim como as recomendações das conferências internacionais subsequentes (OMS, 2005).

Em novembro de 2009, foi realizada em Nairóbi a VII Conferência Global de Promoção da Saúde, organizada pela OMS e Ministério da Saúde Pública do Quênia, que reafirma os compromissos das conferências anteriores. O tema dessa conferência foi Promovendo

57_ V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 2000.

58_ VI Conferência Global de Promoção da Saúde, 2005.

a Saúde e o Desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação⁵⁹. As discussões desenvolveram-se em torno dos seguintes assuntos:

- » empoderamento da comunidade (autonomia comunitária);
- » conhecimento sobre saúde e comportamento (autonomia individual);
- » reforço dos sistemas de saúde;
- » parcerias e ação intersetorial;
- » construção de competências para a promoção da saúde.

No Brasil, o conceito ampliado de saúde e a associação entre determinantes sociais e condições de saúde tiveram contribuição significativa a partir do movimento da reforma sanitária brasileira, especialmente nas discussões ocorridas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde Brasil, de 1986, que definiu que “A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” e que “há necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais”⁶⁰, condições asseguradas posteriormente em 1988 no texto constitucional – seção II da Saúde e na Lei Orgânica da Saúde.

9.2 Os determinantes sociais da saúde

O Brasil foi o primeiro país a implantar, por meio de Decreto Presidencial de 13 março de 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que teve como objetivo apoiar e articular a atuação do setor público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre os determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades. O decreto constituiu também um Grupo de Trabalho Intersetorial, integrado por diversos ministérios relacionados com os DSS, além do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (PELLEGRINI; BUSS, 2007).

Para o alcance dos objetivos propostos, a CNDSS produziu conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde, com vistas a fundamentar políticas e programas, além de concluir e entregar em 2008 o relatório intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”⁶¹.

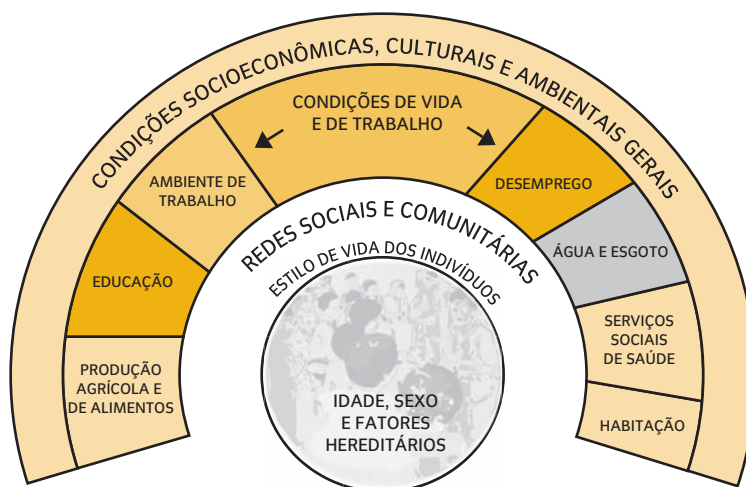
59_ VII Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, 2009.

60_ Relatório final da VIII CNS, 1986.

61_ Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008.

A comissão optou como base para orientar a organização de suas atividades o modelo elaborado por Dahlgren e Whitehead (1991), que explica, com simplicidade e visualização gráfica, as relações entre os diversos níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS dispostos em camadas de atuação, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, em que se situam os macrodeterminantes.

Figura 4 DETERMINANTES SOCIAIS – MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD



Como se pode ver na figura 4, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, de fato, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limite entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer (PELLEGRINI; BUSS, 2007).

Ainda de acordo com os autores citados, a camada seguinte destaca a influência das

redes sociais e comunitárias, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso aos ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, que possuem grande influência sobre as demais camadas.

9.3 A Política Nacional de Promoção da Saúde

A partir de 2000, vários atos normativos precederam a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde, como a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), com foco na promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; a portaria que incentiva a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (2004).

Os gestores estaduais enfatizaram a importância da Promoção da Saúde no 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos, realizado em julho de 2003, em Aracaju, Sergipe. Nessa ocasião, os secretários defenderam

a valorização e a priorização da estruturação organizacional para o desenvolvimento das atividades de Promoção da Saúde a partir do enfoque mais abrangente do conceito de saúde e de seus múltiplos determinantes, com ênfase na articulação intersetorial devendo constar das políticas, planos e orçamentos estaduais como um dos eixos para a mudança do modelo de atenção à saúde⁶².

Em novembro de 2003, no 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos sobre Atenção Primária, realizado em Salvador, Bahia, os secretários estaduais reafirmaram a priorização das ações de Promoção da Saúde na consolidação da integralidade da atenção à saúde, com estímulo e valorização da incorporação de práticas intersetoriais, considerando-a como uma ação transversal coordenada pela Atenção Primária (CONASS Documenta, v. 2, 2004).

62_ Carta de Sergipe, 12 de julho de 2003 – CONASS Documenta v. 8, 2005.

A Promoção da Saúde esteve entre os dez pontos de consensos defendidos pelo CONASS na 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003.

A partir de 2004, iniciou-se no Ministério da Saúde a revisão dos atos normativos do SUS relacionados com o processo de gestão do SUS, com a participação do CONASS, Conasems e do Ministério da Saúde. O CONASS apresentou propostas e suas teses com base nos consensos definidos sobre os temas no Seminário para a Construção de Consensos de 2003, que subsidiou a elaboração do Pacto da Saúde, publicado na Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, e suas Diretrizes Operacionais, regulamentadas pela Portaria GM/MS n. 699, em 3 de abril de 2006, estando a Promoção da Saúde contemplada entre as prioridades do Pacto pela Vida, firmado entre as três esferas de governo e tendo como compromissos:

- » enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular e combate ao tabagismo;
- » articular e promover os diversos programas de promoção de atividades físicas já existentes e apoiar a criação de outros;
- » promover medidas concretas pelo hábito da alimentação adequada e saudável;
- » elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de responsabilidade dos três esferas de gestores do SUS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)[□] é instituída em seguida à publicação do Pacto pela Saúde, por meio da portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006, tendo 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, acesso a bens e serviços essenciais.

Estabelece como diretrizes ações que estimulam as ações intersetoriais e o fortalecimento da participação social que promovam resultados na busca da equidade e o empoderamento individual e comunitário, além da promoção de mudanças organizacionais com vistas à busca de práticas horizontais.

As ações priorizadas pela política para o biênio 2006-2007 foram voltadas para a divulgação e implementação da PNPS, a alimentação saudável, a prática corporal/atividade física, a prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a promoção

do desenvolvimento sustentável com estímulo à inserção das ações principalmente na Atenção Primária à Saúde.

De acordo com a PNPS, as SES têm a responsabilidade de:

- » manter articulação com municípios para apoio à implantação/supervisão das ações de Promoção da Saúde;
- » promover cooperação referente às experiências de Promoção da Saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

Além das competências estabelecidas pela portaria, as SES devem 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 morbimortalidade 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 Saúde da Família ficam ainda mais sensíveis e vulneráveis a esse 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.

9.4 Outros atos normativos importantes para a implementação da PNPS

Na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco durante a 52ª Assembleia Mundial de Saúde (OMS, 1999), os Estados Membros das Nações Unidas propuseram a adoção do 1º Tratado Internacional sobre Saúde Pública, que determinou um conjunto de medidas com o objetivo de deter a expansão do consumo do tabaco e seus danos à saúde, assinado pelo Brasil em 2003.

A Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006, instituiu as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

A portaria GM n. 1.409, de 13 de junho de 2007, instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, incluindo na sua composição um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A Portaria GM/MS n. 1.861, de 4 de setembro de 2008, estabeleceu recursos financeiros aos municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE) e a Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008, republicada em 27 de agosto de 2008, instituiu a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.

9.5 O financiamento da Promoção da Saúde

Em 2004, foram firmados convênios com 40 entes federados para implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (NPVPS). A partir de 2005, foram transferidos recursos financeiros a estados e capitais para desenvolver ações voltadas para a estratégia global de alimentação saudável, a prática de atividades físicas e fomento a ambientes livres de tabaco. Esses recursos foram distribuídos conforme⁶³ a Portaria GM/MS n. 2.608, de 28 de dezembro 2005.

Em junho de 2006⁶⁴, foi instituído um incentivo a alguns estados e municípios selecionados para as ações de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela.

Durante os dois anos seguintes à publicação da PNPS, as ações foram financiadas utilizando-se a modalidade de editais. O Edital SVS/MS n. 2 de 2007 selecionou 209 projetos com ênfase em ações coletivas relacionadas a práticas corporais e atividade física.

A partir de 2008, houve um avanço no sentido da integração das ações da PNPS com a Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, mediante a apresentação de projetos selecionados por critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Em 2009 e 2010, estabeleceu-se, respectivamente, através das Portarias SVS/MS n. 139 e n. 184, o repasse financeiro para ações específicas da PNPS, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família. Os créditos orçamentários destinados a atender essas portarias oneram o teto financeiro para as ações de Vigilância em Saúde, pois não existem recursos financeiros específicos para a implementação da política.

63_ Portaria GM/MS n. 1.356, de 23 de junho de 2006.

64_ Idem

Figura 5 MAPA DA REDE NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM 2009
1.465 MUNICÍPIOS E 27 ESTADOS




FONTE: Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Departamento de Análise de Situação de Saúde/SVS/MS

Os resultados da indução das ações de promoção da saúde através da seleção de projetos financiados pelo MS em estados e municípios são crescentes, conforme se pode visualizar acima. Até 2009, foram envolvidos 27 estados e 1.465 municípios do país.

Por fim, em junho de 2010, foi realizado o II Seminário Nacional de Promoção da Saúde promovido pelo MS, em que foi apontada a necessidade de revisão da atual Política Nacional de Promoção da Saúde, visando a atualização, elaboração de novas estratégias e ações que induzam maior articulação da rede de promoção da saúde no país, institucionalização e financiamento permanente voltado às dimensões mais estruturantes da


promoção da saúde. Foi discutida também a necessidade de fomentar conteúdos sobre os determinantes sociais e sua relação com a promoção da saúde, conforme encaminhamentos do relatório produzido pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS).

Além disso, vem sendo estimulada a elaboração de projetos em que as ações de promoção da saúde devem estar integradas no cotidiano das equipes da APS. A revisão da política é fundamental para viabilizar a real integração com a política da atenção primária à saúde.



10

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

- 10.1 **Introdução**
 - 10.2 **O subsistema de Atenção à Saúde Indígena**
 - 10.3 **Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas**
 - 10.4 **Características organizacionais dos serviços de Atenção à Saúde Indígena e organização do modelo de atenção**
 - 10.5 **Monitoramento das ações desenvolvidas**
 - 10.6 **O controle social no Subsistema de Saúde Indígena**
 - 10.7 **Financiamento**
 - 10.8 **A Secretaria Especial de Saúde Indígena - Sesai**
 - 10.9 **Considerações Finais**
- 

10 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

10.1 Introdução

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 600.518 indígenas cadastrados, distribuídos em 4.774 aldeias dentro ou fora dos limites de 615 terras indígenas, correspondendo a 448 municípios em 24 estados brasileiros⁶⁵. Na última década a população indígena vem crescendo de forma expressiva. Entre 2000 e 2008 foi registrado um aumento de 78,3%, passando de 306.849 indígenas para uma população total cadastrada de 547.169. Os dados do Sistema de Informação da Saúde Indígena (Siasi) apontam que 44% da população indígena encontra-se na Região Norte do País dos quais 54,2% na Amazônia Legal, que compreende a totalidade dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima e parte dos estados do Mato Grosso, Tocantins e Maranhão. A região engloba uma superfície de aproximadamente 5,2 milhões de quilômetros quadrados, correspondente a cerca de 61% do território brasileiro. Pelos dados do Siasi, é possível constatar, também, que a população indígena é, predominantemente jovem, com 12,5% de crianças menores de cinco anos, e mais da metade (54%) com menos de 20 anos. Na população brasileira, em 2005, havia 33,9 idosos maiores de 60 anos para cada 100 menores de 15 anos. Entre os indígenas esta relação foi de 12,5 em 2008.

Os dados apontam um avanço significativo na melhoria de vários indicadores epidemiológicos entre eles:

- » uma redução significativa da mortalidade infantil, passando de 74,61, em 2000, para 44,35 por mil nascidos vivos, em 2008. Ou seja, uma queda de 40,55% em oito anos.
- » 63.4% de população com esquema vacinal completo.
- » tendência de queda da tuberculose no período de 2000 a 2008: em 2008 foram

⁶⁵_ Sistema de Informação da Saúde Indígena (Siasi) – 2010.

registrados no Siasi 356 casos de tuberculose de todas as formas, o que representa a incidência de 67.6 por 100 mil habitantes, enquanto que no caso da tuberculose pulmonar foram registrados 189 casos, uma incidência de 35.9 por 100 mil habitantes. No ano 2000, o coeficiente era de 144.4 por 100 mil habitantes para os casos de todas as formas, e de 84.3 para a incidência pulmonar.

- » Em relação à malária, em 2008 verificou-se uma inversão na tendência da curva epidemiológica da doença, quando foram computados 29,2 mil casos.

Em 2008, 79,5% da população indígena nacional receberam uma escova e um creme dental a cada três meses, o que representou um incremento aproximado de 796% em relação a 2007, quando apenas 8,89%, em média, da população receberam escovas e cremes dentais quatro vezes ao ano.

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 ameçam 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.

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.⁶⁶

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 estabelecem como um dos maiores desafios na questão da saúde desses povos.

66_ 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>.

10.2 O subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A Constituição Federal de 1988 traz em seu Capítulo VIII - Da ordem social - Dos direitos indígenas,⁶⁷ 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.⁶⁸

§ 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 ex-

67_ Arts. 231 e 232 da CF

68_ 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.

ploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante 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/MS n. de 14 de setembro de 1999.

A Funasa definiu enquanto missão “promover a inclusão social por meio de ações de saneamento ambiental e de ações de atenção integral à saúde dos povos indígenas com excelência na gestão e em consonância com o Sistema Único de Saúde”⁶⁹ e, nos últimos anos, deflagrou várias medidas, por meio de normas e portarias, com o objetivo de organizar o subsistema.

Entre essas medidas 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.

Entretanto, permanece a dificuldade de avançar no processo de integração entre o

69_ BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública: a visão da Funasa - Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004

modelo de atenção do SUS e o modelo do subsistema de Atenção à Saúde Indígena: como os gestores estaduais e municipais podem 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 de atenção é diferenciado e tem regionalização específica, hierarquia e legislação próprias.

10.3 Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas

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.⁷⁰

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.

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 intersetoriais 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,

70_ Idem, nota 2; 4

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 intersetorial 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).
- » Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS): de acordo com a legislação vigente 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).
- » Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) - Conselho Nacional de Saúde: uma comissão intersetorial de saúde indígena que assessora o Conselho Nacional de Saúde e atende as 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.

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

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.

Os DSEIs são unidades organizacionais da Funasa, com base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária identificada, que 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. Ao todo 34 DSEIS possuem rede de serviços de saúde na própria aldeia e integram com a rede municipal e estadual do SUS.

Os DSEIS são responsáveis pelos serviços de atenção primária à saúde. São compostos por 297 pólos-base, 717 Postos de Saúde e 55 Casas de Saúde do Índio.

Os Pólo-Base são unidades de referência para atenção primária 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 a atuação de 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 de atenção à saúde, 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.

Os 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 (malária, 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, vinculados ao DSEI e 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): compostas por médicos, cirurgiões dentistas, 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.

10.5 Monitoramento das Ações Desenvolvidas

Para acompanhar as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, foi estruturado o Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que também dá subsídios às gestões local e nacional para a definição de estratégias de intervenção, prioridades e a planejar as ações. Os dados obtidos no atendimento são encaminhados às equipes multidisciplinares.

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.

10.6 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, Estaduais 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.

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 Intersectorial de Saúde indígena.

10.7 Financiamento

A Portaria GM/MS n. 1163, de 14 de Setembro de 1999, instituiu 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). 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 primária 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.

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.

Faz-se importante registrar que, com a transferência das ações e dos programas, voltados para a população indígena, da Funai para a Funasa,⁷¹ 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.

71_ 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.

10.8 A Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai

Considerando que os mecanismos de integração e articulação entre a Funasa, 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, gerando fragmentação entre ações desenvolvidas, foi criado em 2008, por meio da Portaria GM/MS n. 3.034/2008 um Grupo de Trabalho (GT) Saúde Indígena, com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. Formado por um grupo misto com 17 indígenas e nove não-indígenas, o GT realizou reuniões com lideranças das comunidades indígenas de várias partes do Brasil, realizou visitou a aldeias, Distritos Especiais de Saúde, Pólos-base e todo restante da estrutura de assistência à saúde dos índios e realizou quatro seminários regionais, a fim de identificar as necessidades e os anseios da população indígena, entre eles a transição da saúde dos índios da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para o Ministério da Saúde.

Em 2010, a Lei n. 12.314, de 19 de agosto, autorizou a criação de mais uma secretaria no Ministério da Saúde, específica para a saúde da população indígena, e em 19 de novembro do mesmo ano, o decreto n. 7.336 criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional. A Sesai tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS.

Cabe a Sesai coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena: promoção, articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena. É responsabilidade da Secretaria também identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações

nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Em relação ao controle social é responsabilidade da Sesai a promoção, o fortalecimento e apoio o exercício pleno do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais. Em sua estrutura administrativa a Secretaria conta com dois Departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena e Departamento de Atenção à Saúde Indígena.

10.9 Considerações finais

Pode-se dizer que a situação de 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.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALETRAS, V. et al. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B. et al. (Editors). Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

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>. Acesso em: (Colocar a data)

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.

ANDRADE, M. V. et al. Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2007.

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: 2 nov. 2006.

BANTA, H. D; BOS, M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. Health policy, v.18 , p.1-10, 1991.

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, 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, R. 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.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 Anos. Brasília, 2009.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2009. 112 p.; il.

_____. 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. Fôlder. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Fôlder. 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 n. 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/servicosaude/arq/normas.htm>>. Acesso em: 2 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: 2 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, 200 p.

_____. 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>>. Acesso em: data

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.163, de 14 de setembro de 1999. Inserir a descrição.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Institui a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

_____. 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. 106, de 14 de abril de 2004. Inserir a descrição.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 936, de 19 de maio de 2004. Aprova a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.026/GM, de 4 de julho de 2005. Cria o Selo Hospital Amigo do Índio.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005. 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 e Secretarias Municipais de Saúde das capitais.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido Pacto.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. 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 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao DF e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinelas, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 750, de 10 de outubro de 2006. Unifica os cadastros das Equipes de Saúde da Família (ESF), de Saúde Bucal (ESFSB) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo como fonte de informação única o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 3.343/GM, de 28 de dezembro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 91, de 10 de janeiro de 2007. Dispõe as prioridades e objetivos do Pacto pela Vida.

_____. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.384, de 12 de junho de 2007. Institui incentivo aos estados e municípios para a realização da pesquisa de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) em Serviços Sentinelas.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades no Pacto pela Vida: Promoção da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2143, de 9 de outubro de 2008. Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na Atenção Básica para realizar prioritariamente ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.034, de 17 de dezembro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS n. 79, de 23 de setembro de 2008, Secretaria de Vigilância em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 48, de 12 de janeiro de 2009. Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde.

_____. Ministério da Saúde. PT SVS/MS n. 139, de 11 de agosto de 2009, Secretaria de Vigilância em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.226, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre as prioridades do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, para o biênio 2010-2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.060, de 9 de dezembro de 2009. Inserir a descrição.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Inserir a descrição.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 184, de 24 de junho de 2010. Inserir a descrição.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.191, de 3 de agosto de 2010. Institui critérios diferenciados com vistas à implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul.

_____. 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>. Acesso em:

_____. _____. 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>. Acesso em:

_____. 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 9 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. Decreto n. 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Edital n. 3, de 11 de setembro de 2006, DOU n. 179, de 18 de setembro de 2006.

_____. 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 Sentinelas (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 de 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 9 de junho de 2003. Aprova estatuto da Fundação Nacional da Saúde (Funasa).

_____. Presidência da República. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

_____. Presidência da República. Decreto n. 7.336, de 19 de outubro de 2010.

_____. 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.

BUNKER, J. P. et al. Should surgery be regionalised? *Surgical Clinics of North America*, 62: 657-668, 1982.

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 Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: _____ et al. (eds.) *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

CARR-HILL, R. et al. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B. et al. (Editors). *Concentration and choice in health care*. London, Financial Times Healthcare, 1997.

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, 2006.

CONRAD, D. A. Developing a strategy for managed care contracting. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – *Integrated delivery systems: creation, management and governance*. Chicago, Health Administration Press, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência e 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.

_____. *Documenta*, n. 8: Relatório de Gestão da diretoria do CONASS. Atividades e Resultados.

_____. *Documenta*, n. 21: As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde: Brasília, 2010.

_____. Organização, gestão e financiamento do SUS. In: SEMINÁRIO PARA CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 1. Brasília: 2003.

_____. *Caderno de Apresentação: Oficinas de Planificação da Atenção Primária nos estados*. Brasil, 2009c.

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.

DLUGACZ, Y. D. et al. *The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs*. San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

FERGUSON, B. et al. Introduction. In: FERGUSON, B. et al. (Editors) – Concentration and choice in healthcare. London, FT Healthcare, 1997.

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>. Acesso em:

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

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise. N. 13, edição especial, Brasília, 2007.

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.

Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians working document Ottawa, Ontario, Canada: Minitier of Supply and Services; 1974. 77p.

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

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: 7 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. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomo I.

MENDES, E. V. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Publica do Ceará; 2002. 92 p.

- MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomo I.
- MENDES, E. V. Gestão da Clínica - prática estadual. Disponível em: <[http:// dtr2004.saude.gov.br/dab/ii_seminario_internacional.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/ii_seminario_internacional.php)>. Acesso em: 2 nov. 2006.
- MENDES, Eugenio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Minas Gerais: Escola de Saúde Pública, MG, 2009.
- 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.
- NOLTE, E. & McKEE, M. – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives: an introduction. In: NOLTE, E.; McKEE, M (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.
- NORONHA, J. C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. 1781- 89, 2003.
- 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. 64 p.
- _____. 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>>. Acesso em:

_____. Selected annotated bibliography on primary health care in the Americas. Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5520.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA 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>>. Acesso em:

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 RENOVACÃO DA META SAÚDE PARA TODOS. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

POINTER, D.D. et al. Loosening the gordian knot of governance in integrated health care delivery systems. In: CONRAD, D.A. – Integrated delivery systems: creation, management and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

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: política, 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.
- SHORTELL, S.M. et al. Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Hosp. Health Service Adm.*, 38:447-466, 1993.
- 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.

TODD, W.E. Strategic alliances. In: TODD, W.E.; NASH, D. (Editors). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

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>>. Acesso em:

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:

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.

Anais do I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anais_1_seminario_politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em 26 jul. 2010.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Health Canadá. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: 30 out. 2006.

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986, Nov. 17-21, Ottawa, Ca. Disponível em: <HTTP://www.opas.org.br/promocao>. Acesso em 26 jul. 2010.

Declaração de Adelaide. Segunda conferência internacional sobre promoção da saúde; 1988; abril 5-9; Adelaide, Austrália. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 27 jul. 2010.

Declaração de Sundsvall. Terceira conferência internacional de promoção da saúde; 1991; jun. 9-15; Sundsvall, Suécia. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 22 jul. 2010.

Financiamento do Ministério da Saúde para os Primeiros Cuidados em Saúde. Disponível em: <HTTP://www.idisa.org.br>. Acesso em: 19 jul. 2010.

IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde; 1997; Jacarta; Indonésia. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 22 jul. 2010.

VI Conferência Global de promoção da saúde; 2005. Bankok; Tailândia. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 21 jul. 2010.

VII Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, 2009. Nairóbi; Quênia. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 21 jul. 2010.

Primeiro encontro internacional sobre promoção da saúde; 1992 nov 9-12; Santa Fé de Bogotá. Disponível em :<http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 22 jul. 2010.

The Cochrane Collaboration. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/>>. Acesso em: 1º out. 2006.

Transition Project. Disponível em: <<http://www.transitieproject.nl/>>. Acesso em: 1º nov. 2006.

V Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 2000; Cidade do México; México. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 21 jul. 2010.

World Health Organization, Regional Office for Europe. Health Evidence Network. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/HEN>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

Rio Solidária - A Saúde da criança indígena no Brasil: uma questão de vida ou Morte. Disponível em: <www.risolidaria.org.br>. Acesso em:

