



A Saúde Bucal faz parte da Saúde da Família?

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

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

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

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

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

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

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

Como deve ser a atuação da ESB numa USF?

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

Veja alguns exemplos:

- Participar do processo de planejamento, acompanha-

mento e avaliação das ações desenvolvidas no território adstrito

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





A implantação do PSF deve começar pela periferia?

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

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

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

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

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

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

A demanda aumenta, no início da implantação?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que instalações e equipamentos deve ter a USF?

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

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

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

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

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

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



Em sua estrutura mínima, a USF deve ter:

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

Bases das ações da ESF e ESB

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

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

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

I. Planejamento de ações

II. Saúde, Promoção e Vigilância

III. Trabalho interdisciplinar em equipe

IV. Abordagem integral da família

A seguir, falaremos detalhadamente sobre cada uma dessas atribuições.

I. Planejamento das ações

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

A equipe deve:

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

II. Saúde, Promoção e Vigilância à saúde

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

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

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

Os profissionais devem:

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

III. Trabalho interdisciplinar em equipe

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

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

A equipe deve:

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

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

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

IV. Abordagem integral da família

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

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

A equipe deve:

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

Atribuições de cada membro das ESF e das ESB

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

Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes:

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

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

Atribuições específicas do médico:

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

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

Atribuições específicas do enfermeiro

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

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

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

Atribuições específicas da auxiliar de enfermagem

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

Atribuições específicas do cirurgião dentista

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

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

para as ações coletivas;

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

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

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



– cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

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

Atribuições específicas do ACD (Atendente de Consultório Dentário)

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

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

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

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

– cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

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

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

Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde

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

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

funciona como elo entre a equipe e a comunidade.

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

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

– realizar mapeamento de sua área;

– cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;

– identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;

– identificar áreas de risco;

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

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

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

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

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

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

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

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



Seleção e Capacitação

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

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

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

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

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

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

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

Como selecionar profissionais para cada ESF e ESB?

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

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

Como age a comissão responsável pela seleção?

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

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

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

Atribuições da comissão no recrutamento e seleção

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



Como selecionar o ACS?

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

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

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

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

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

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

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

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

Como contratar os profissionais da ESF?

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

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

Como se inicia a capacitação das ESF?

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

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

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



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

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

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

- a definição territorial/adstrição da clientela;

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

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

Pólo de Capacitação – o que é e como funciona

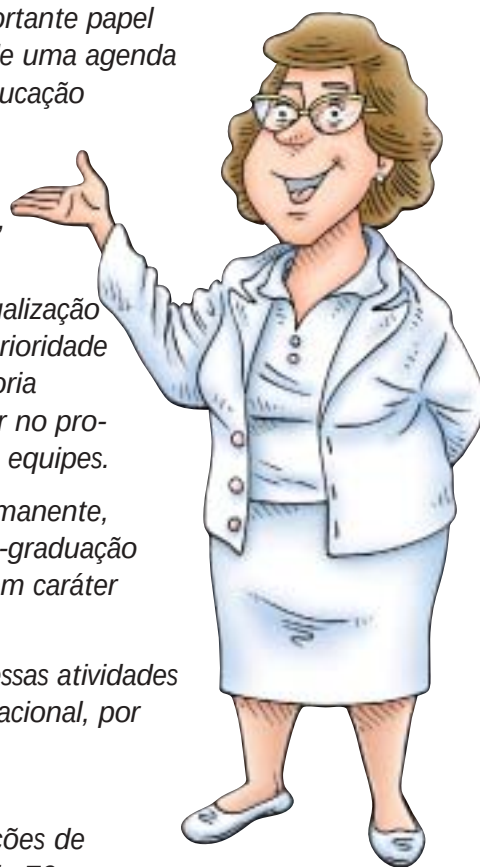
- O Pólo de Capacitação é o espaço de articulação de uma ou mais entidades voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde. Essas entidades são vinculadas às universidades ou instituições de ensino superior e se integram com secretarias estaduais e municipais de saúde para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

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

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

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

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





Qual a metodologia recomendada?

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

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

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

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

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

Espera-se que o instrutor tenha:

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

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

Como realizar a Educação Permanente?

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

As Equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

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

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

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

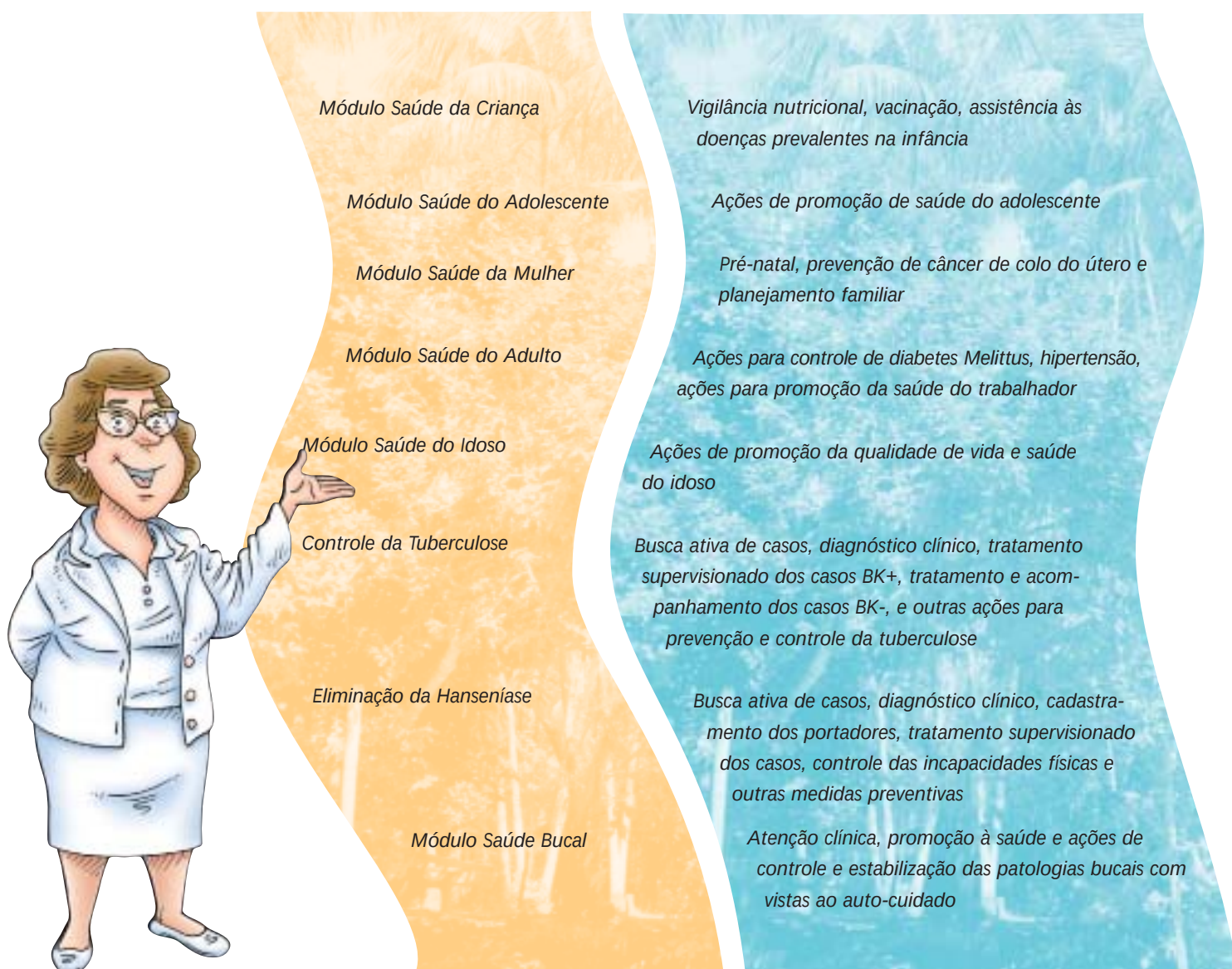
– participar do processo de planejamento das ações de saúde em sua área de abrangência, tendo por base o conhecimento da realidade social, econômica, cultural, e o perfil epidemiológico da população, com enfoque estratégico;

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

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

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

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



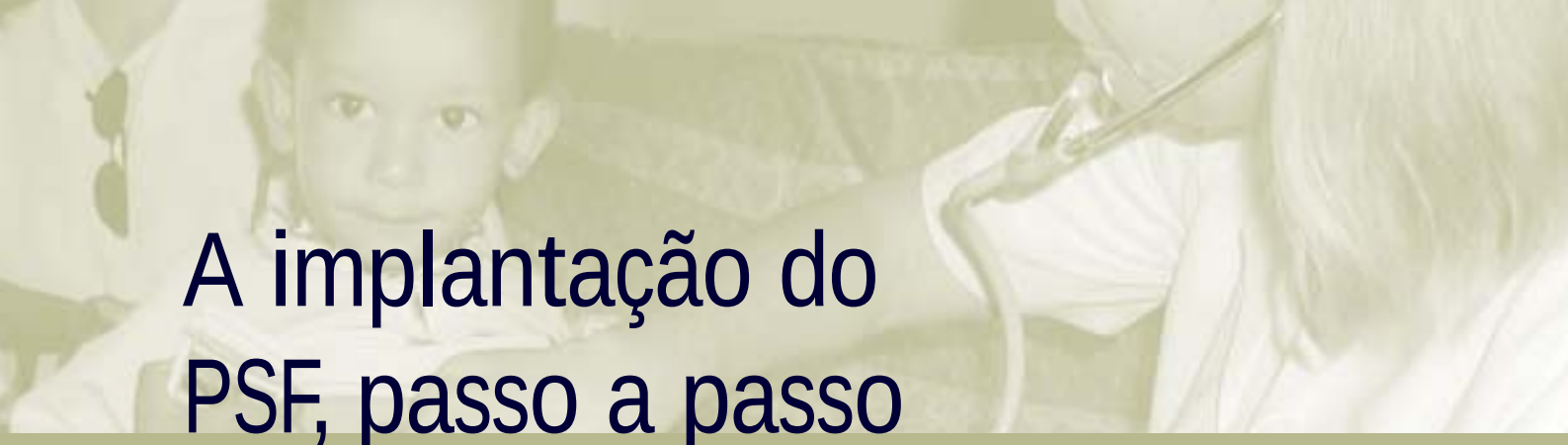
Algumas prioridades da Educação Permanente

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

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

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





A implantação do PSF, passo a passo

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

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

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

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

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

humanos que atuam no município ou na região.

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

Como elaborar a proposta de implantação?

A proposta de implantação do PSF deve prever:

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

A proposta de implantação do PSF deve apontar:

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

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

Identificar as áreas prioritárias

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

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

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

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

Levantar o número de habitantes

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

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

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

Calcular o número de ACS, ESF e ESB

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

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

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

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

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

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

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

Mapear as áreas e microáreas

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

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

Como iniciar o diagnóstico

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

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

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

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

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

Como fazer a coleta de dados?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estratégias de cadastramento

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

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

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

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

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

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

www.saude.gov.br/cartao

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

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

a. Dados demográficos:

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

b. Dados sócioeconômicos:

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



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

c. Dados socioculturais:

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

Que dados completam o cadastramento das famílias?

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

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

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

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

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

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

Como se faz a análise de dados?

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

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

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

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

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

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

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

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

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





Acompanhamento e avaliação das atividades

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

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

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

O SIAB e o Cartão Nacional de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pacto dos Indicadores da Atenção Básica

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

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

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

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

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

Monitoramento da implantação das equipes

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

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

São verificados pontos relativos ao processo de traba-

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

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

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





Responsabilidades de cada nível de governo no Programa Saúde da Família

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

Compete ao Ministério da Saúde

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

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

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

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde

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

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

Tipos de Incentivos ao PSF promovidos pelos Estados

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

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



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

Compete às Secretarias Municipais de Saúde

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

Financiamento e Qualificação

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

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

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

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

Os recursos do PAB se dividem em duas partes:

fixa

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

variável

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

Quais são essas ações estratégicas? São as seguintes:

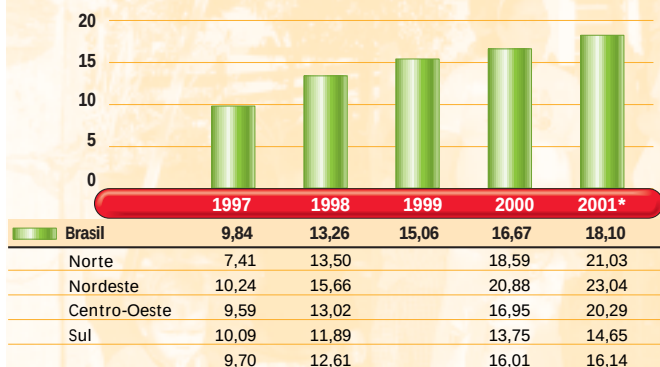
- Vigilância Sanitária
- Assistência Farmacêutica Básica
- Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Combate a Carências Nutricionais
- Programa Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde

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

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

Evolução dos valores per capita da Atenção Básica à Saúde

Brasil 1997 - 2001, em R\$

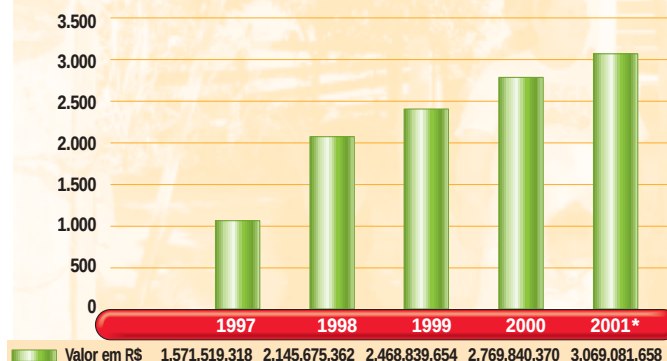


Fonte: SE/MS

*2001 dados sujeitos a revisão

Evolução dos recursos orçamentários da Atenção Básica à Saúde

Brasil 1997 - 2001, em R\$ milhões

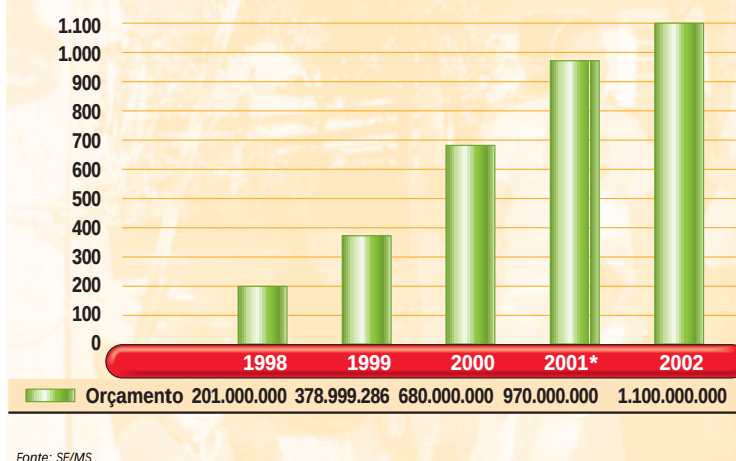


Fonte: SE/MS

*2001 dados sujeitos a revisão

Evolução do orçamento do incentivo federal do PACS/PSF

Brasil 1998 - 2002, em R\$ milhões



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

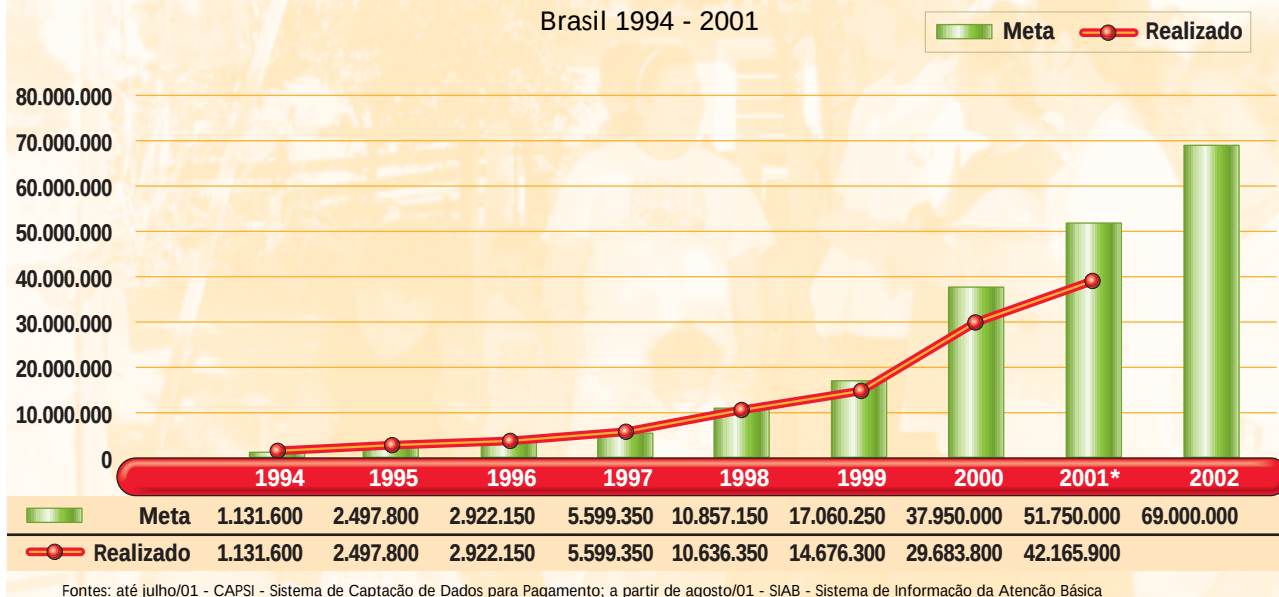
A partir da implantação dessa nova sistemática de dis-

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

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

Evolução da população coberta por equipes de Saúde da Família implantadas

Brasil 1994 - 2001



Primeiro,

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

Segundo,

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

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

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

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

Um

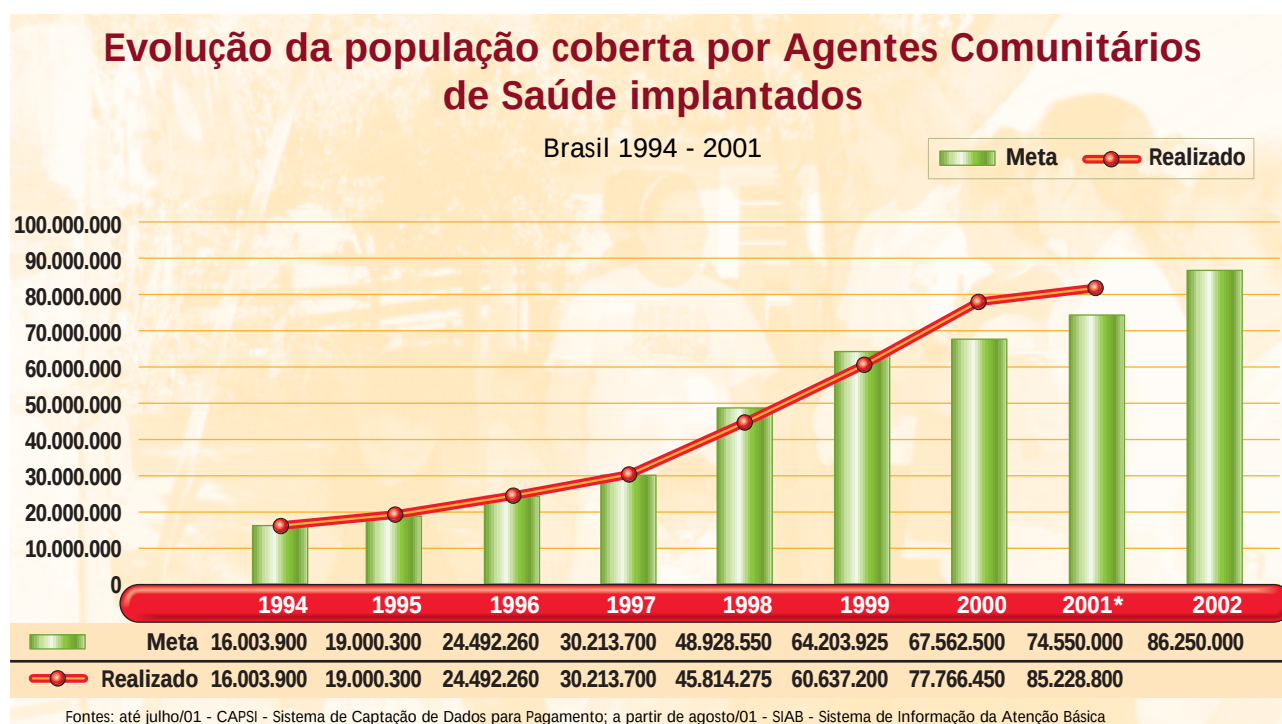
para implantação, no valor de R\$ 5.000,00, transferido em uma parcela, sempre que uma equipe nova começar atuar.

Outro

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

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

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



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

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

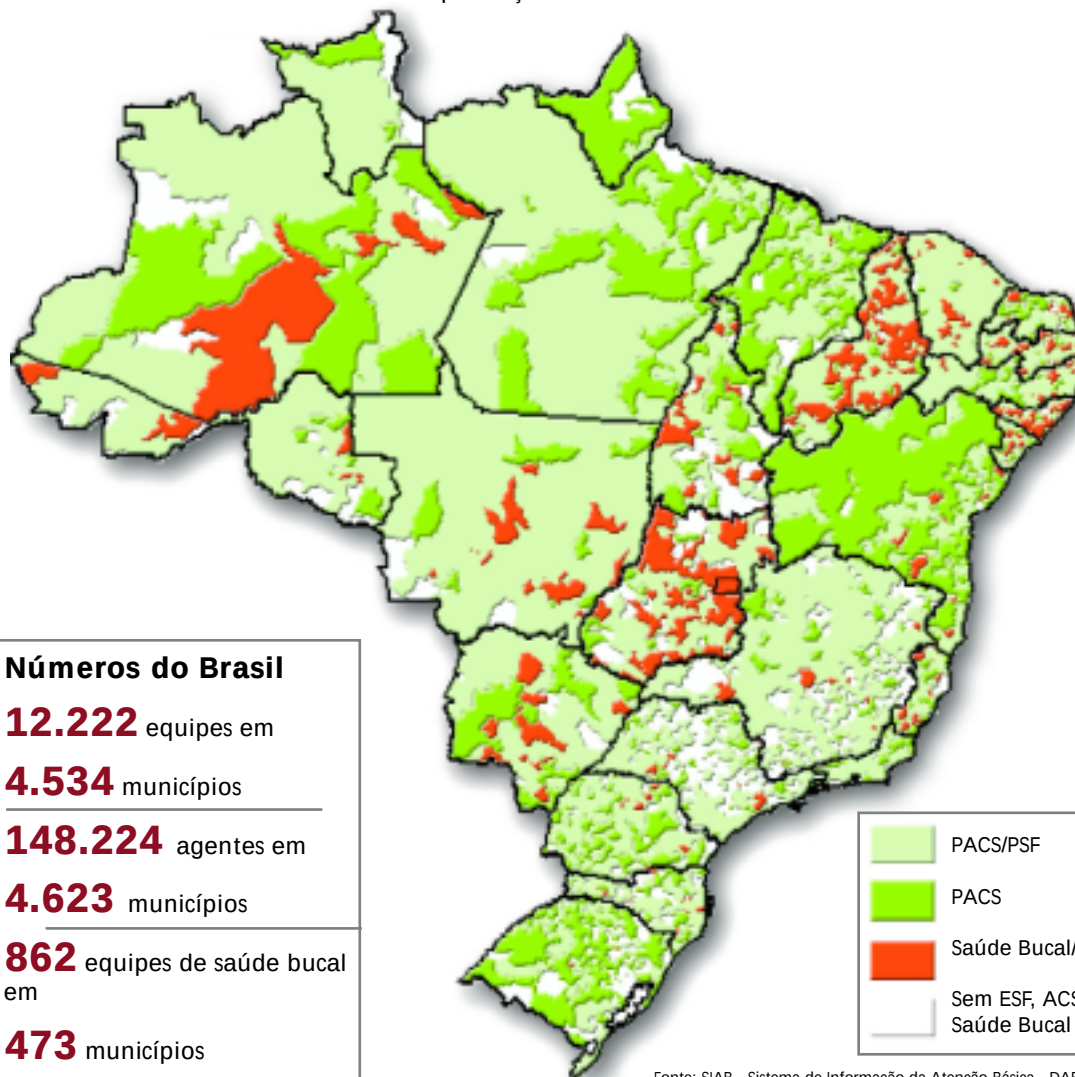
Distribuição Estimada do Percentual dos Gastos com o PSF no Município

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



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

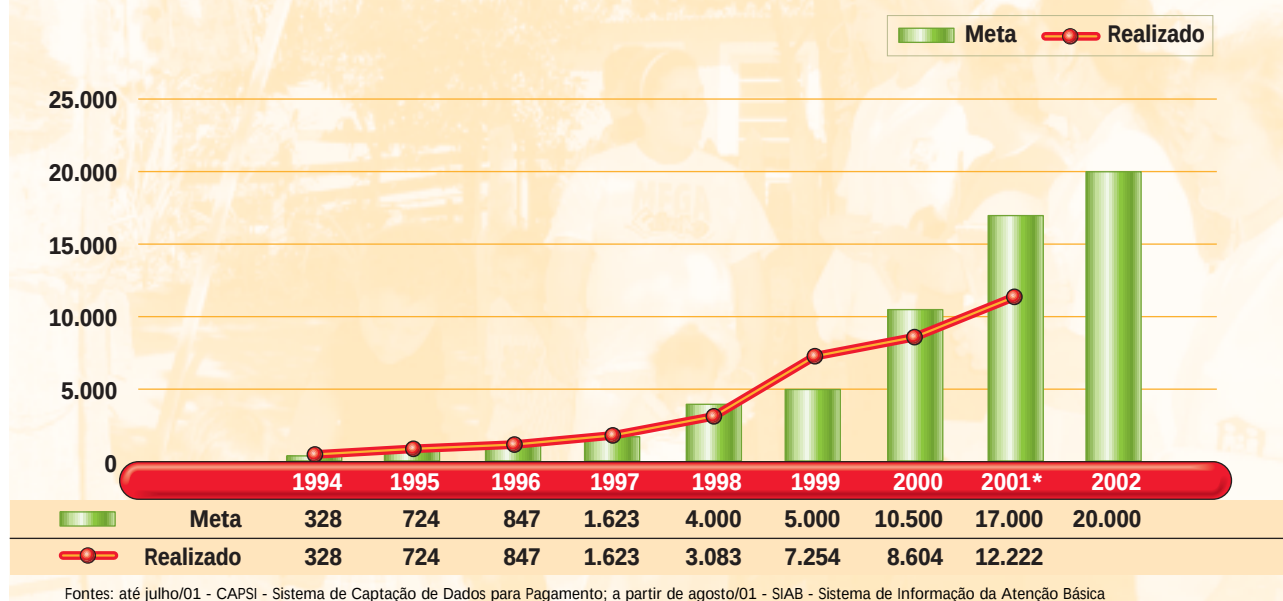
Implantação - outubro de 2001



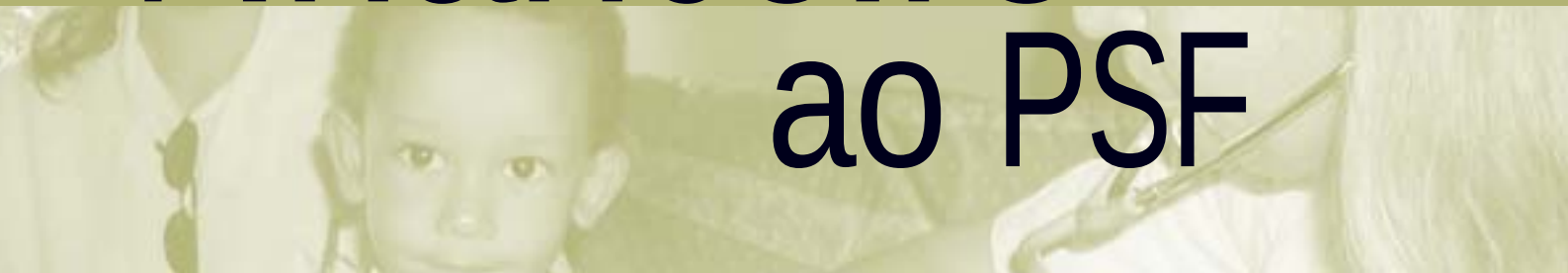
Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica - DAB/SPS/MS

Evolução do número de equipes de Saúde da Família implantadas

Brasil 1994 - 2001



Incentivo Financeiro ao PSF



Veja como receber,
passo a passo

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



PRIMEIRA ETAPA

Para qualificar as equipes e agentes comunitários:

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

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

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

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



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



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

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



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

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

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

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

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

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

SEGUNDA ETAPA

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

Para receber os incentivos, o município deve:

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

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

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

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

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

Incentivo Financeiro às ações da

Veja como receber,
passo a passo

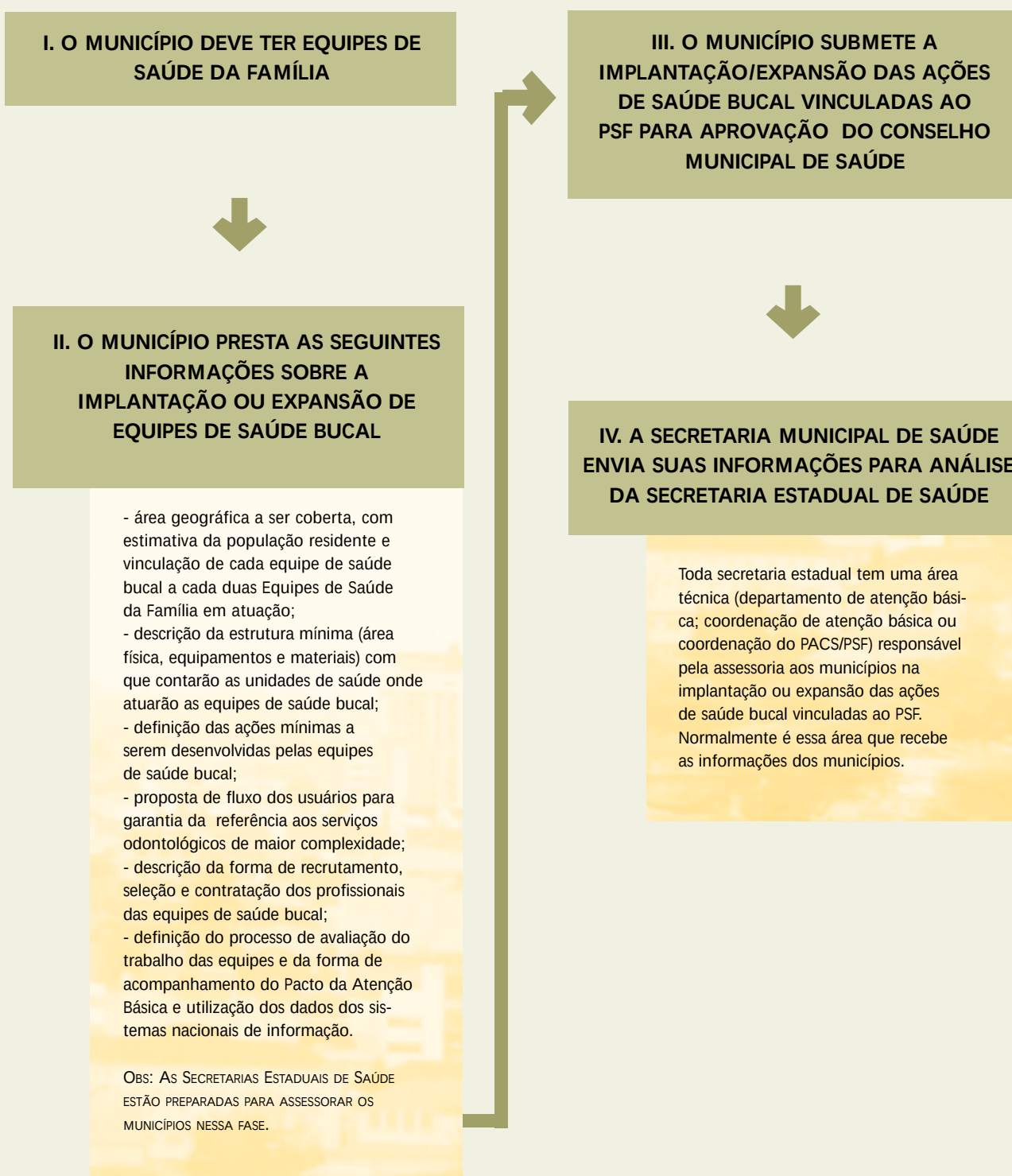
**Os municípios que vão
iniciar a implantação ou
ampliação das ações de
saúde bucal vinculadas ao
PSF devem percorrer os
seguintes passos:**

Saúde Bucal vinculadas ao PSF



PRIMEIRA ETAPA

Para qualificação das equipes de Saúde Bucal:





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

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



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

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



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

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

SEGUNDA ETAPA

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

Para receber os incentivos, o município deve:

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

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



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

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

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

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



ELEMENTO E EQUIPAMENTOS

ÁREA E DESTINAÇÃO

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Amalgamador

Aparelho Fotopolimerizador

Cadeira odontológica

Compressor

Equipo odontológico com pontas

Estufa ou autoclave

Mocho

Refletor

Unidade auxiliar

INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS:

Alveolótomo

Alavanca inox adulto

Alavanca inox infantil

Alavanca Seldim adulto

Aplicador para cimento (duplo)

Aplicador para hidróxido de cálcio

Bandeja de aço

Brunidor

Cabo para bisturi

Cabo para espelho

Caixa inoxidável com tampa

Condensador Hollemback 01 e 02

Condensador Eames

Condensador Clev-dent

Corrente para prender guardanapo

Cureta alveolar

Cureta de periodontia Gracey (vários nºs)

Escavador de dentina nº 05 e nº 11,5

Escavador para pulpotomia

Esculpidor Hollemback 3s

Espátula de cera nº 7

Espátula de cimento nº 24

Espelho bucal

Espelho de mão e de parede

Extrator de tártaro 1/10

Fôrceps infantis e adultos (vários nºs)

Frasco de Dappen

Gengivótomo de Kirkland

Gengivótomo de Orban

Lamparina

Limpador de brocas

Maco escova

Macro modelo

Estojos de inox (tipo marmitta)

Óculos de proteção

Lima óssea

Pinça Clínica

Pinça Halstead (mosquito) curva e reta

Pinça para algodão

Placa de vidro

Porta agulha

Porta amálgama

Porta matriz

Removedor de brocas

Seringa Carpule

Sindesmótomo

Sonda exploradora

Sonda periodontal milimetrada

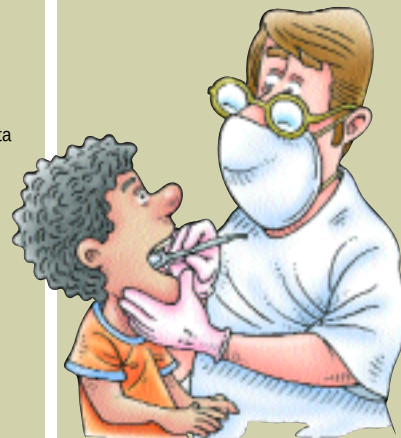
Tesoura cirúrgica reta e curva

Tesoura íris

Tesoura standart

16m²

Ambiente destinado ao serviço de odontologia



GUARDA DE MATERIAL E INSUMOS

12 prateleiras (tipo pranchas)

1m²

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

SALA DE MULTI-USO com local para escovação

1 mesa para exame clínico

4 bancos 0,40x2m

6 cadeiras

1 quadro p/ mural 1x2m

1 armário tipo guarda roupa

1 biombo

1 espelho de parede



25m²

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

SALA PARA PREPARO DE MATERIAL E UTILIDADES

1 Auto - clave vertical cap. 12 l.

1 Mesa ou bancada para preparo de material

1 Armário tipo guarda roupa

2 cadeiras

8m²

Ambiente destinado a preparo, esterilização e guarda de material.

COPA

1 mesa de copa c/ 4 cadeiras

1 refrigerador cap. 260 litros

1 fogão

1 armário tipo guarda roupa

6m²

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

SALA PARA MATERIAL DE LIMPEZA

1 armário

1 hamper (suporte)

5m²

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

SANITÁRIOS c/ chuveiros

(observar adequação a necessidades dos portadores de deficiência física)

10m²

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



Mais apoio à Atenção Básica, ao PSF e aos Municípios

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

Procure saber mais sobre os seguintes:

Farmácia Popular

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

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

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

Para mais informações, entre em contato com:

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

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

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

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

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

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

Mais informações podem ser obtidas na Central de Atendimento:

Telefones: (61) 315 2542 ou 315 2562

Fax: (61) 325 20 94

E-mail: psf@saude.gov.br

Bolsa-Alimentação

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

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

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

Para receber o benefício, as mães têm que:

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

Saúde da Mulher – Humanização do Pré-Natal e Nascimento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programas e Projetos – Saúde da Mulher

Saúde da Criança

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

Aleitamento materno

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

Carteiro amigo

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

Atenção às doenças mais comuns na infância

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

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

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

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

Projeto Alvorada

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

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

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

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

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

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

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

Projeto Alvorada Saúde: (61) 315 3373.

Para mais informações, procure a:

Coordenação Nacional do Projeto Alvorada
Secretaria de Assistência Social.

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

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

Fax: (61) 225-2496

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



Publicações

do Ministério da Saúde

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

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

Telefones: (61) 315 2542 ou 315 2562

Fax: (61) 325 20 94

E-mail: psf@saude.gov.br

Informe da Atenção Básica

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

Estas publicações podem ser encontradas no endereço :

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



Cadernos de Atenção Básica

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

Títulos disponíveis:

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

Os outros números estão em fase de edição.



Informe Agentes em Ação

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

Títulos disponíveis:

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

Revista Brasileira de Saúde da Família

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

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



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

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

Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis – Livro da Família

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

O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

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



A Saúde Contra a Seca

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

Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar – Informações para ACS

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



SIAB — Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica

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

Manual de Condutas para ACS (AIDPI)

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

Esta publicação estará disponível a partir de janeiro de 2002.



A Saúde de Adolescentes e Jovens

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



Parto, Aborto e Puerpério - Assistência à Humanização da Mulher

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



Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempo de AIDS

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



Tuberculose: informações para Agentes Comunitários de Saúde

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



Espaço do leitor

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

GUIA PRÁTICO DO PSF

1- O que achou deste guia?

() Bom () Regular () Insatisfatório

2- Este Guia?

Recebeu no próprio serviço ()

Recebeu em eventos ()

Recebeu direto do MS ()

Outros

3- Qual sua área de atuação?

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

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

Secretário da saúde () Prefeito () Outros

4- O que você achou do conteúdo deste guia?

Bom () Regular () Insatisfatório ()

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

Sim () Não () Parcial ()

Por quê?

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

PRT 108/98

UPACDF - Rádio Center

DR/Bsb

CARTÃO RESPOSTA
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O selo será pago por
Ministério da Saúde

70.730-980 Brasília - DF

-

Endereço:

Remetente:

Informações úteis

Disque Saúde

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

0800 - 61 19 97

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

Central de Atendimento do Programa Saúde da Família

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

(61) 315 2542 ou 315 2562

Fax: (61) 325 20 94

E-mail: psf@saude.gov.br

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

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

Banco de Trabalho do Programa Saúde da Família

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

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

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

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

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

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

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

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

www.saude.gov.br

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

Banco de Trabalho – Programa Saúde da Família.



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

