

Guia prático do Programa Saúde da Família



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



MINISTÉRIO
DA SAÚDE



GOVERNO
FEDERAL

Que todos sejam saudáveis

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

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

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

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

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

José Serra
Ministro da Saúde

Índice:

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



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





O agente é a gente

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

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



Ferver a água, usar plantas da região

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

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

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

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

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

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

Vigilância contínua à saúde

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

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

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

Está melhor que antes

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

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

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





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

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

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

Hoje tenho mais segurança

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

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

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

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

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

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

Treinamento no dia-a-dia

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

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

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

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

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

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



Agentes em ação

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

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

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



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

Atenção

desde o início da vida

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

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



Senti confiança na hora

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

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

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

A gente trata a água que bebe

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

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

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

A coisa mudou, graças a Deus

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

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

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

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

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

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

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

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

Acabou a fila, acabou a espera

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

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

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

Preciso cuidar mais de mim

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

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



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





A força de quem decide

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

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

O novo conceito é desospitalizar

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

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

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

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

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

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

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

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

Eles recebem carinho, atenção

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

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

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

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

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

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

É necessário descentralizar

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

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

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

“ Também os idosos merecem atenção especial, em

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

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

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





No comando

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

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

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

da operação





A própria unidade resolve os problemas

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

Os resultados do programa em Caruaru são visíveis e

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

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

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

A máquina federal é mais avançada

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

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

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

O sucesso vem da vontade política

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

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

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

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

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

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



Da boca, do corpo, da vida

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

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

Me tornei uma pessoa melhor

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

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

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

Somos amigos da comunidade

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

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

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

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

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

Minha visão de saúde mudou

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

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

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

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

Auxiliar para salvar

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

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

A enfermagem está nas veias

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

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

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

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

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

Descobri que esta é a minha profissão

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

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

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

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





Ocupação plena e qualificada

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

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

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

Uma reviravolta no sistema de saúde

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

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

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

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

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

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

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

O crescimento profissional vem logo

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

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

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

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

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

Eles cuidam de cada um, Eles cuidam de todos

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



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

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

Aqui você se sente mais útil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A qualidade de vida compensa

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

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

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

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

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

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

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

Frente a frente com as doenças

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

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

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

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

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

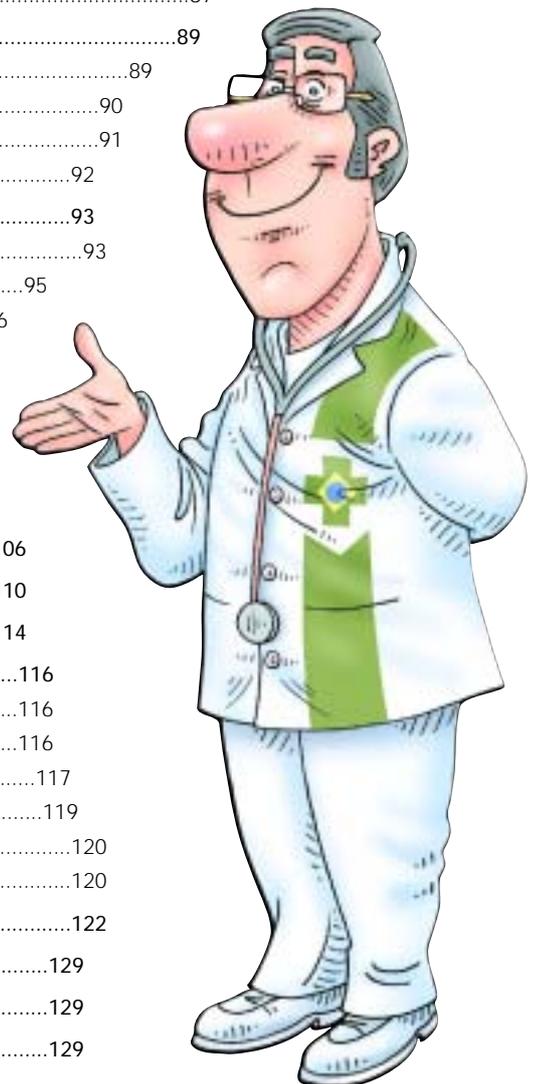
Moacir Cerqueira tem 37 anos, formou-se na UFMG e fez especialização em Saúde da Família. Trabalhou na área rural na primeira fase de implementação do PSF em Brumadinho, em 1994: “Acho importantíssimo este programa. A família fica mais mobilizada; o paciente, mais autônomo e participante”. Segundo ele,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

Por que a reunião na igreja?

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



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





Onde entra a

saúde,

a

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



doença vai embora

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



Neste Guia Prático, estamos explicando:

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

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



E a Saúde, como vai?

Tá melhorando, tá ficando boa...

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



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

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

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

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

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

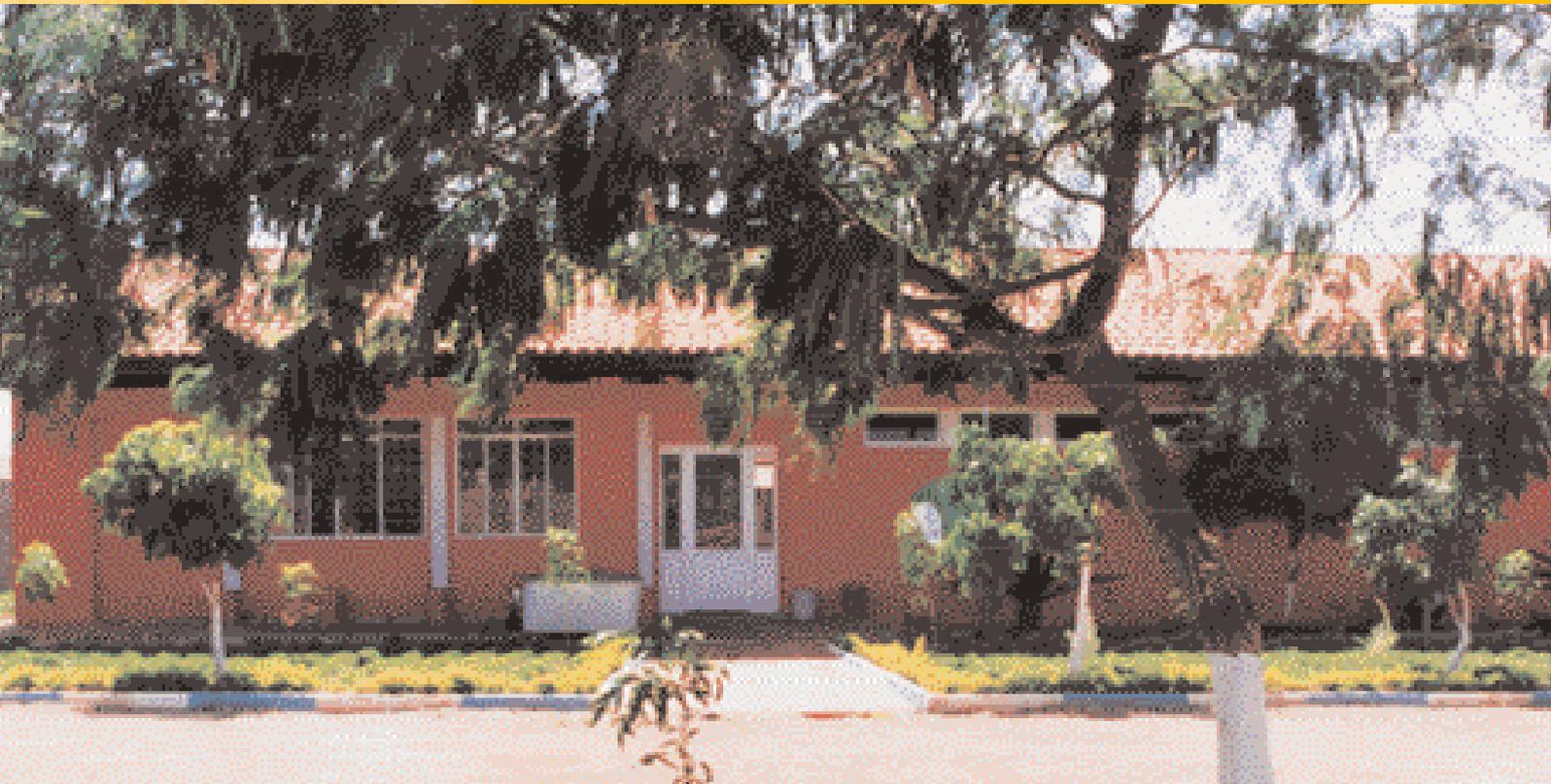
Em Florianópolis, capital de Santa Catarina, o índice de mortalidade infantil era de 21,6 para cada mil nascidos vivos, em 1996. Atualmente, é de 9 para cada mil nascidos vivos. Florianópolis foi a primeira capital a atingir 100% de cobertura com os Agentes Comunitários de Saúde.



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

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

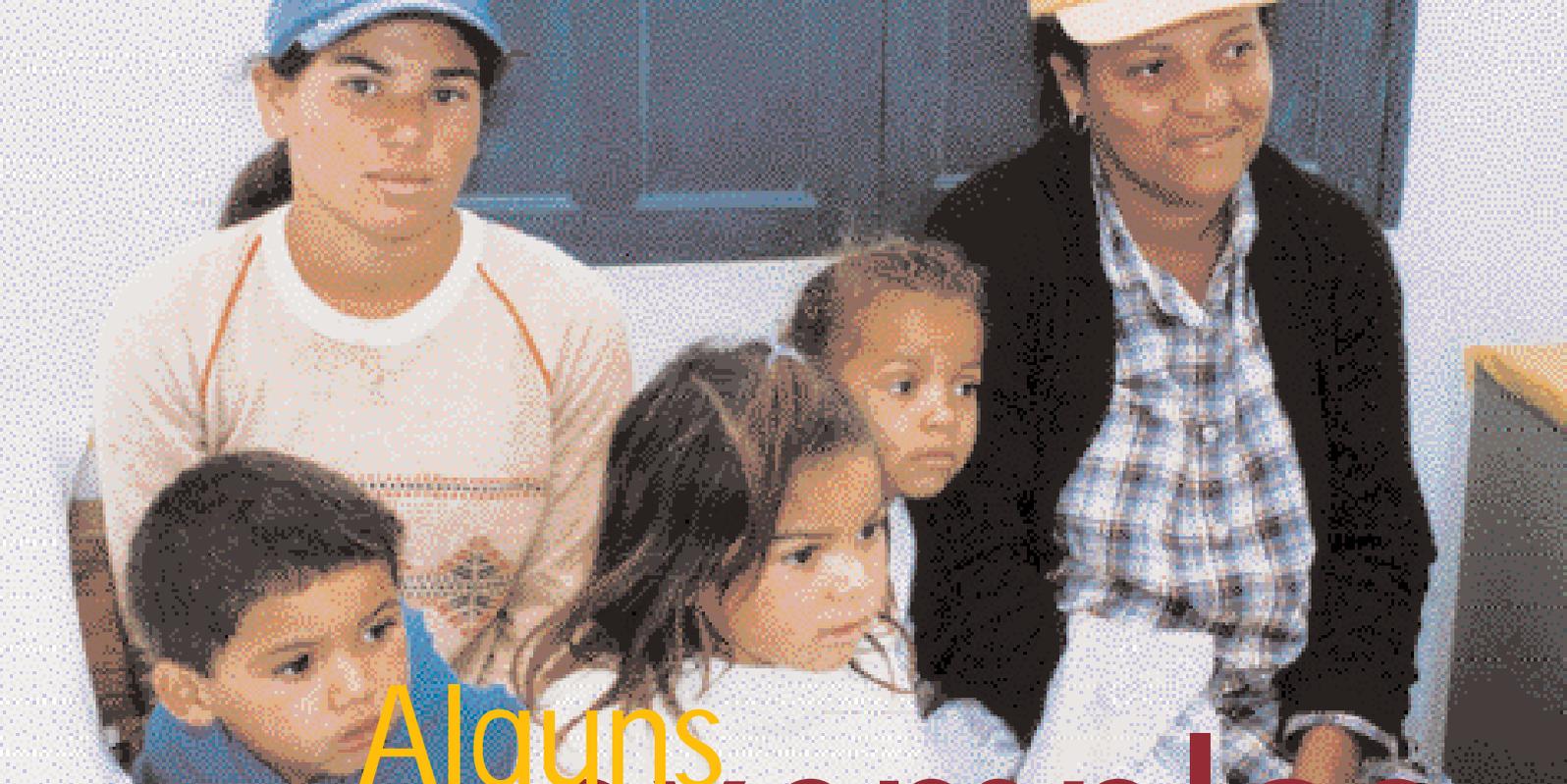
Em Vitória da Conquista, interior da Bahia, todas as gestantes das áreas cobertas pelo PSF fazem o pré-natal, recebem todas as vacinas, fazem exames de DST/Aids. Desde que o programa foi implantado, em 1998, já se detectaram nove casos de mães que tinham o vírus da Aids. Eram soropositivas, como se diz.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



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

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





Alguns exemplos:

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

Médico Guilherme Menezes,
prefeito de Vitória da Conquista

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

Médico Oscar Capistrano dos Santos,
secretário de Saúde de Caruaru

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

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

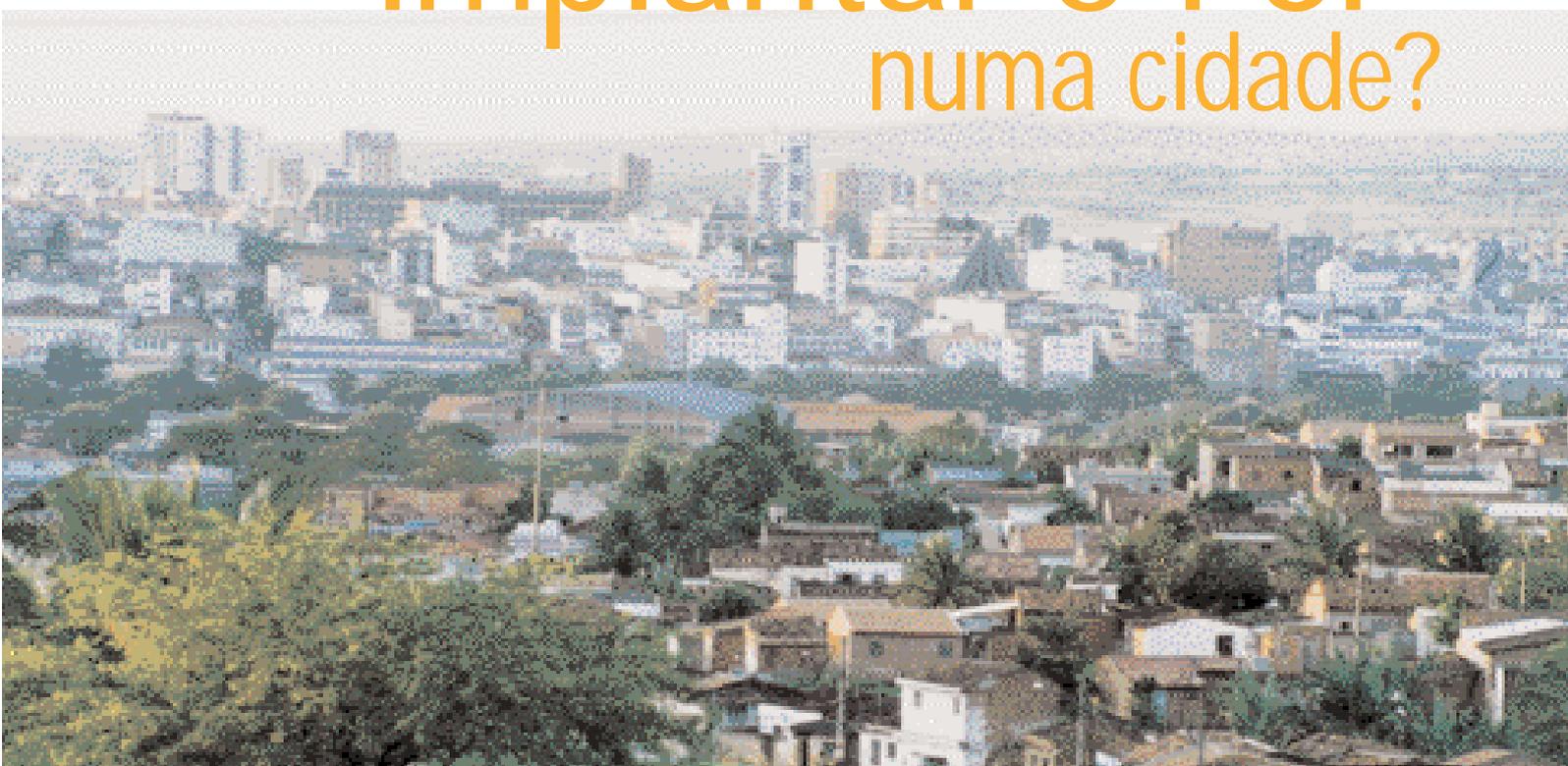
“A maior dificuldade do PSF está na contratação do profissional de saúde. O perfil é diferente. Ele precisa saber trabalhar em equipe. Outro desafio é a criação de estratégia para a manutenção do profissional na equipe”.

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

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

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

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



Compensa, sem dúvida.

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



Lucas do Rio Verde

O programa resistiu ao
inchaço da população

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

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

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

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

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

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

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

Belém

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



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

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

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

Agentes a bordo dos barcos “popopô”

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

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

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

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

Um problema: as adolescentes grávidas



Esperança

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

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

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

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

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

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

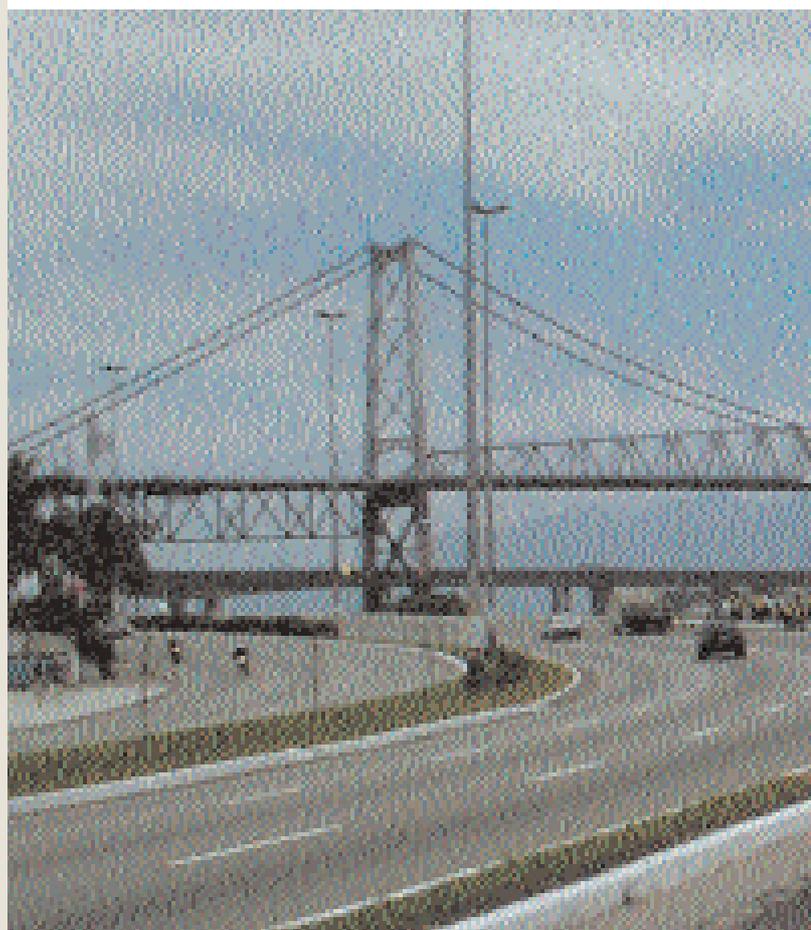
A saúde local ainda demanda cuidados em relação à prevenção da gravidez na adolescência: 30% das gestantes são jovens entre 10 e 19 anos, especialmente na zona rural. "As mulheres costumam procurar os serviços de saúde, mas voltadas à prevenção ao câncer. É preciso um trabalho anterior, para evitar a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

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

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

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

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



Florianópolis

Saúde 10, na terra do tenista nº 1

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

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

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

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

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

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



Campo Grande

A Saúde da Família atende melhor



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

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

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

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

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

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

Caruaru

Mais aleitamento, menos desnutrição



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

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

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

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

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

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

Pedras de Fogo



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

A população quer mais PSF

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

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

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

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

PSF em Piraju

Inspiração que veio de Cuba

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

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

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

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

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

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

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

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

São Gonçalo

Levantamento de rua por rua, casa por casa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Atenção
completa,
consultas
sem filas



Vitória

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

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

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

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

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



O médico aparece todo dia
e fica o dia todo

Vitória da Conquista

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Daqui
tudo vai ser

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

pra frente diferente



por favor, responda sinceramente:
– os serviços públicos de
saúde de seu município
merecem confiança?

– você deixaria seu filho ser atendido
em uma unidade básica
de saúde de seu município?



Até aqui, neste Guia Prático do PSF,

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

Reorganizar por quê?

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

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

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

Reorganizar para quê?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Ações de Saúde da Criança

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



O que é a NOAS – 2001?

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

Como reorganizar a Atenção Básica por meio do PSF?

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

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

II. Ações de Saúde da Mulher

Responsabilidades

Pré-Natal

Atividades

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

Prevenção de câncer de colo de útero

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

Planejamento familiar

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

Prevenção dos problemas odontológicos em gestantes

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Controle da Hipertensão

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

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

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

IV. Controle da Diabetes Mellitus

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

V. Controle da Tuberculose

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



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



VI. Eliminação da Hanseníase

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

VII. Ações de Saúde Bucal

Responsabilidades

Cadastramento de usuários, Planejamento, Execução e Acompanhamento de ações

Atividades

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



Unidade de Saúde da Família

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quantas equipes atuam numa USF?

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

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

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

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

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



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

Quantas pessoas são atendidas pelas ESF?

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

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

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

Quem são os componentes de uma ESF?

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

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

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

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