

SUS Painel

de indicadores do SUS N° 4

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

S

Temático

Saúde da Família

V.II

O **Painel de Indicadores do SUS** é distribuído gratuitamente.

Para recebê-lo, escreva ao

Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-sede, 4º Andar, Salas 412 a 414

70058-900 Brasília-DF

gestaoparticipativa@saude.gov.br

Ou à

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

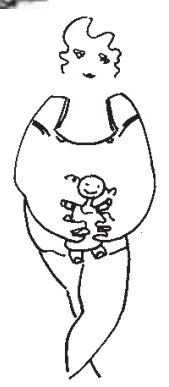
SEN, Lote 19

70800-400 Brasília-DF

Caixa Postal: 08729

SUMÁRIO

4	APRESENTAÇÕES
6	EDITORIAIS
9	PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL
10	GESTÃO PARTICIPATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA
12	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
12	Conquista da equidade no acesso à saúde
13	Cobertura da Saúde da Família
15	Projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família – Proesf
16	FAZENDO A DIFERENÇA
17	OS CICLOS DE VIDA
18	Vacinação de idosos
19	Acompanhamento pré-natal
20	O CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES
22	UM BRASIL QUE SORRI MAIS
23	Centros de Especialidades Odontológicas – CEO
24	A NUTRIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA
25	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan
26	AMPLIANDO A INCLUSÃO
27	A INTEGRAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
28	LINHA DO TEMPO DA SAÚDE DA FAMÍLIA
30	AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
32	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
32	PROMOÇÃO DA SAÚDE
32	A Saúde da Família na Política Nacional de Atenção Básica
33	Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde
34	Tabagismo
34	Consumo de bebidas alcoólicas
34	Excesso de peso e obesidade
35	Atividade física e sedentarismo
35	Rede Nacional de Projetos de Práticas Corporais/Atividade Física
36	ATENÇÃO INTEGRAL E DIFERENCIADA PARA OS POVOS INDÍGENAS
37	O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA SAÚDE DA FAMÍLIA
38	QUALIFICAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA
39	O Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde
40	INSTRUMENTOS QUE FACILITAM O AVANÇO DA QUALIDADE NA SAÚDE DA FAMÍLIA
40	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Saúde da Família – AMQ
40	Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica – Prograb
41	PERSPECTIVAS E DESAFIOS
44	OS DESAFIOS DA RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AMÉRICAS
46	GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
46	Ouvidoria Geral do SUS, um importante instrumento de gestão e participação
47	Os Conselhos de Saúde e o Programa de Inclusão Digital – PID
47	Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus
48	METAS DO MILÊNIO
50	NA INTERNET
52	PUBLICAÇÕES
56	SIGLÁRIO



APRESENTAÇÕES

Quando celebramos mundialmente os 30 anos de Alma-Ata, podemos observar, orgulhosos, que a Atenção Primária em Saúde no Brasil alcançou notáveis progressos. De 1994 até hoje, a estratégia Saúde da Família cresceu com velocidade acelerada, chegando à marca de quase 30.000 equipes multiprofissionais que prestam cuidado universal, integral e gratuito. Todo esse esforço já se reflete na melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, notadamente nas áreas onde a cobertura da Saúde da Família é maior e suas ações estão mais integradas às redes locais de saúde.

O trabalho em Atenção Primária não é fácil. Cuidar de indivíduos e famílias, inseridos em ambientes geográficos, sociais, econômicos e culturais os mais diversos, é atividade de alta complexidade, que requer muita qualificação profissional e habilidade para lidar com os determinantes de saúde que extrapolam o campo específico das ações sanitárias. Requer, também, decisão dos gestores no sentido de angariar apoio político, manter o suporte econômico, prover condições adequadas de trabalho e garantir educação continuada em serviço, a fim de que a continuidade do processo de cuidado não seja comprometida e sofra solução de continuidade.

A OPAS-OMS tem como prioridade apoiar a Renovação da Atenção Primária em Saúde – APS – nas Américas. Esta organização entende que não existe possibilidade de êxito no dimensionamento e implementação de redes de atenção e linhas de cuidado sem a participação protagônica da APS no processo. Convido a todos que analisem o documento de posição da OPAS sobre este assunto, como contribuição à formulação de uma nova forma de pensar e de agir em saúde.

Acreditamos no futuro do Sistema Único de Saúde, SUS, e da Atenção Primária no Brasil. Os olhares do mundo já se voltam para o trabalho de qualidade feito aqui, o que nos traz, ao mesmo tempo, a alegria por essa conquista e a responsabilidade em mantermos acesa uma luz que possa brilhar e ajudar a iluminar os rumos da APS em outros países.

Diego Victoria Mejía

Representante da OPAS/OMS no Brasil

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde, publica este quarto número do Painel de Indicadores do SUS, dedicado a comemorar os 15 anos da Estratégia Saúde da Família. Um presente a todos que caminharam conosco e fizeram dessa empreitada uma jornada vitoriosa.

A implementação da Saúde da Família – SF – representou um momento importante na consolidação das políticas públicas de saúde e um significativo passo rumo à revolução silenciosa, eficaz e transformadora empreendida pelo Sistema Único de Saúde – SUS – na vida de milhões de brasileiros, em todo o território nacional.

Desde sua criação, em dezembro de 1994, a SF tem se mostrado um modelo de excelência para a atenção básica, sobretudo em pequenas cidades e comunidades. Também o número de atendimentos da SF às populações de nossas grandes cidades vem crescendo, dia a dia.

Os 500 mil profissionais que trabalham na SF, entre agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário, fazem da estratégia Saúde da Família um verdadeiro exército de paz.

Neste ano, festejamos os 20 anos do SUS. Trata-se, portanto, de dois importantes marcos na evolução da Saúde no Brasil. Alguns de seus resultados exitosos podem ser conferidos nas páginas deste *Painel*.

Agradeço e felicito a todos que, com seu esforço conjunto, ajudaram a construir mais um capítulo importante da grande história de sucesso do maior sistema universal de saúde do planeta.

Boa Leitura a todos!

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

EDITORIAIS

A Saúde da Família comemora 15 anos de existência em 2008, considerando-se a marcante reunião acontecida em dezembro de 1993, a partir da qual o Ministério da Saúde decidiu investir nesse caminho. E essa foi uma decisão acertada. Do programa que nasceu na Fundação Nacional de Saúde, com transferências convenientes de recursos, hoje temos uma estratégia de abrangência nacional, presente em todos os Estados da Federação e em quase 100% dos Municípios. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde.

Seu caminho não foi fácil. Muitos desafios tiveram de ser superados, passo a passo, para alcançarmos o sucesso atual, reconhecido não apenas no Brasil como em todo o mundo. Após 15 anos, temos muitos resultados a mostrar. Este Painel de Indicadores do SUS apresenta alguns deles: ampliação do acesso à saúde, especialmente de populações historicamente excluídas das políticas públicas, promoção de equidade, melhoria das condições de vida e outras conquistas que, cada vez mais, são divulgadas por diversas publicações nacionais e internacionais.

A Saúde da Família trilha seu caminho, abre horizontes e supera desafios, adolescente que é e reclama espaço para o novo. Desafios como o de explicitar conflitos difíceis de superar, a exemplo da desconformidade na formação dos profissionais de saúde frente às necessidades do SUS, ou da proposição de uma nova lógica de organização para o sistema de saúde, baseada no trabalho em equipe, intersetorial, focado na promoção da saúde e na prevenção de agravos, sem esquecer sua precípua responsabilidade setorial de realizar o tratamento e a reabilitação dos doentes.

Este é o momento, sobretudo, de celebrar. Celebrar 20 anos do SUS e 15 anos da Saúde da Família, estratégia que já envolve mais de meio milhão de trabalhadores, apresenta uma cobertura superior a 90 milhões de habitantes e constitui uma prioridade dos gestores federal, estadual e municipal.

Esta contribuição do *Painel Temático Saúde da Família*, certamente, ajudará a coroar o esforço de milhares de agentes comunitários, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e de consultório odontológico, técnicos e também administrativos, motoristas, auxiliares de limpeza e todos que, em cada rincão deste país, sabem o que é lutar pela construção de uma saúde melhor e, sobretudo, de um país mais justo.

Cleuza Bernardo
Secretária da SAS Substituta

2008 é um ano importante para o Ministério da Saúde e para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Compartilhamos e festejamos com todos os brasileiros e brasileiras, simultaneamente, três importantes marcos para a consolidação de nossas políticas públicas de saúde: 20 anos da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS –, 15 anos da estratégia Saúde da Família e cinco anos da nossa Secretaria.

A SGEP, no âmbito das comemorações pelo vigésimo aniversário do SUS, tem o orgulho de presentear a todos os que ajudaram a construir essa história de duas décadas de êxito e labor coletivo com este número especial do *Painel de Indicadores do SUS*, edição integralmente dedicada aos 15 anos da Saúde da Família. O *Painel* é uma publicação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, desta Secretaria, em parceria com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde.

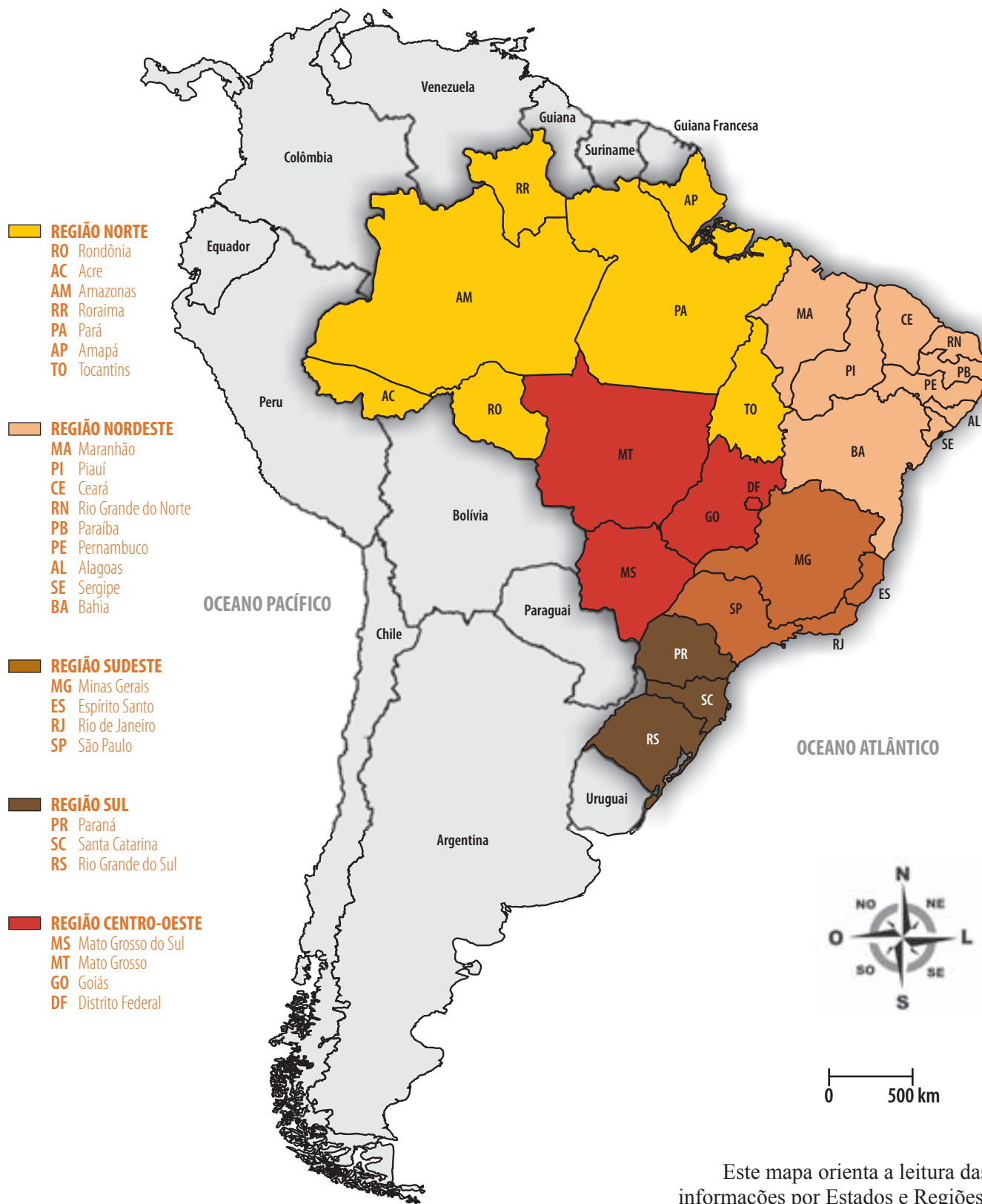
Desde que foi implantada em 1994, seguindo os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, a Saúde da Família foi responsável pela melhoria da qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o Brasil. Ela contribuiu decisivamente para a mudança de nosso modelo de atenção à saúde, tornando-o mais eficiente, equânime e mais próximo à realidade de cada usuário, de cada comunidade, respeitando suas especificidades sócio-regionais.

Hoje, 28.100 equipes de Saúde da Família, 218.300 agentes comunitários de saúde e 16.552 equipes de Saúde Bucal constituem um exército silencioso, atuante em diferentes trincheiras, em prol da saúde de milhões de brasileiros. Rua a rua, casa a casa, nos igarapés, nas serras e fronteiras, por todo o país, as ações da estratégia são pautadas no comprometimento de cada um e de todos os profissionais que compõem suas milhares de equipes, trabalhadores obstinados a desenvolver práticas de saúde integrais, contribuir com o fortalecimento da participação popular e, acima de tudo, dispensar cuidado especial às cidadãs e cidadãos brasileiros acolhidos pela Saúde da Família em todo o território nacional.

Esta edição comemorativa do Painel do SUS faz um balanço das ações da Saúde da Família ao longo desses 15 anos, explicita conquistas alcançadas e aponta desafios a serem transpostos no futuro. O conteúdo que se apresenta nas próximas páginas é o resultado do esforço desse enorme contingente de trabalhadores e trabalhadoras que, no cotidiano da saúde do nosso Brasil, faz da ação profissional um instrumento de inclusão social, exercício da cultura de paz, respeito e empenho no diálogo, priorização da **participação popular** e, acima de tudo, defesa da vida. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa felicita a todos e todas que fazem dessa iniciativa um marco na mudança da qualidade de vida em nosso país. Parabéns!

Viva o Saúde da Família e boa leitura!

Antônio Alves de Souza
Secretário da SGEP



Este mapa orienta a leitura das informações por Estados e Regiões.

PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL

O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca pela equidade social.

De acordo com o estabelecido no regulamento do Pacto pela Saúde, os gestores devem avaliar sua implementação com vistas à revisão dos objetivos, metas e indicadores, sendo março o mês de referência para as três esferas de gestão.

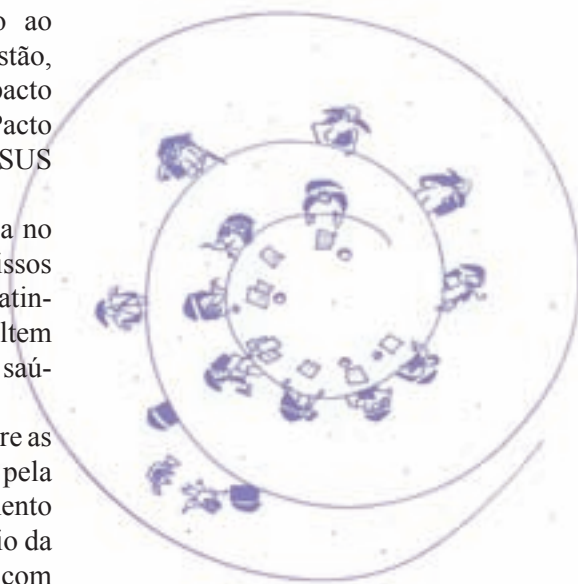
O Ministério da Saúde definiu um grupo permanente de trabalho, o GT de Monitoramento, responsável pelo acompanhamento e análise dos indicadores pactuados. Os Conselhos de Saúde, em cada esfera do SUS, são fundamentais nesse processo.

A implementação do Pacto pela Saúde se dá por meio da adesão de

Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão, renovado anualmente. Esse pacto é composto por outros três: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida se destaca no estabelecimento de compromissos entre os gestores do SUS para atingir metas sanitárias que resultem em impacto no nível de vida e saúde da população brasileira.

Nos anos de 2007 e 2008, entre as prioridades definidas no Pacto pela Vida, encontra-se o fortalecimento da atenção básica por intermédio da estratégia **Saúde da Família**, com objetivos, metas e indicadores específicos para pactuação e acompanhamento da situação de saúde dos brasileiros.



Para saber mais:

Acesse www.saude.gov.br/dab e clique em **Pacto pela Saúde**

Indicadores da atenção básica no Pacto pela Vida 2008

Proporção da população cadastrada pela estratégia Saúde da Família
Proporção de Municípios e equipes de Saúde da Família com o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) implantado
Recurso financeiro próprio (em R\$) dispendido na atenção básica
Média anual da ação coletiva Escovação Dental supervisionada
Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Taxa de internações por acidente vascular cerebral – AVC
Taxa de internação por diabetes <i>mellitus</i> e suas complicações na população de 30 anos de idade e mais
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais e 7 ou mais consultas de pré-natal
Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por agente comunitário de saúde – ACS
Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade
Percentual de famílias com perfil Saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica

Os gestores municipais, estaduais e federal estabeleceram metas para os indicadores da atenção básica do Pacto pela Vida em 2008.



PARTICIPE DESTA PACTO. O SUS AGRADECE.

GESTÃO PARTICIPATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

A ampliação da atenção básica nos últimos 15 anos trouxe importantes conquistas para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde, o SUS, e da universalização do direito à saúde no Brasil. A persistência das desigualdades em saúde indica um conjunto de desafios, entre os quais se situa o fortalecimento da gestão democrática e participativa. A construção de sujeitos autônomos e cidadãos tem importante contribuição nos processos de educação em saúde, que devem ser qualificados e priorizados na atenção básica. A redução das iniquidades, ou seja, das desigualdades possíveis de modificação, deve ser uma diretriz do SUS, considerando não apenas aquelas desigualdades identificáveis pelos indicadores de saúde como também as condições de exclusão por preconceito, como o racismo e as intolerâncias às diferenças. Essas questões são objeto da gestão participativa, cujas práticas permitem a ampliação do diagnóstico das necessidades de saúde mediante a escuta dos processos participativos: comitês, conselhos, conferências, pesquisas com usuários, ouvidorias e outros.

A contribuição da gestão participativa para a estratégia Saúde da Família tem como referência o modelo do cuidado centrado no usuário e no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, valorizado como base estruturante do fazer e produzir saúde.

Entre os diversos avanços que o SUS pôde registrar em seus 20 anos de existência, destaca-se a ampliação da participação social. Desde sua criação, foram realizadas cinco **Conferências Nacionais de Saúde**, com suas respectivas etapas estaduais

e municipais, a instalação e o funcionamento de 5.564 Conselhos Municipais e 26 Conselhos Estaduais de Saúde, além de iniciativas de implementação de conselhos locais gestores, regionais e distritais. Esses fatos criam base para o avanço da democracia participativa, embora ainda haja um longo caminho a percorrer no sentido de seu aperfeiçoamento. O setor Saúde congrega cerca de 77 mil conselheiros atuantes nos Conselhos de Saúde, e outras tantas lideranças de movimentos sociais, o que, sem dúvida, contribui para a qualificação dos processos de gestão democrática e participativa do SUS.

O Sistema Nacional de Informações sobre Conselhos de Saúde – ParticipaNetSUS – oferece um conjunto de informações para a gestão dos processos participativos dos Conselhos Municipais e Estaduais. Tal Sistema permite que esses órgãos colegiados sejam monitorados por indicadores de processo e de resultados. Dados do ParticipaNetSUS apontam que, entre os conselheiros, há um desconhecimento sobre a temática da atenção básica, sinalizando uma demanda por processos de capacitação, previstos na educação permanente para o controle social em saúde. Eis uma questão a reforçar a necessidade de priorização e qualificação da gestão participativa, especialmente de seu componente de fortalecimento de infra-estrutura, técnico e político dos Conselhos na agenda do Ministério da Saúde, especialmente na atenção básica.

Em muitos territórios, os serviços de atenção básica apresentam-se no contexto dos equipamentos sociais existentes, o único serviço

disponível e acessível de forma pública e gratuita. Ou seja, a única representação e presença do Estado reconhecida pela população.

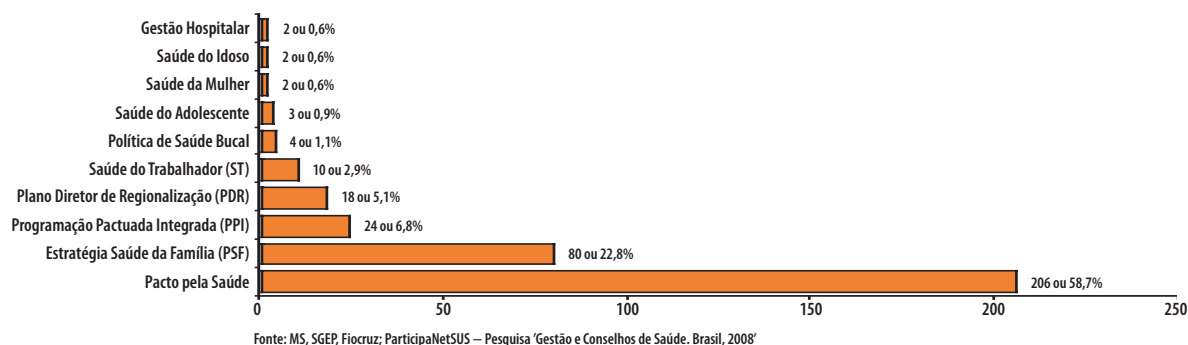
A atenção básica pode funcionar como ferramenta articuladora da participação cidadã e da ampliação da democracia. Ela é capaz de expressar a importância dos sujeitos e sua participação na melhoria da comunidade, ao promover o encontro entre os saberes tradicional e popular e o trabalho em saúde, agregar atividades culturais e educacionais e estabelecer novos espaços de participação social.

Essas reflexões marcam o caráter educativo, vocalizador da consciência sanitária, que será desenvolvido nos espaços de participação a serem construídos no interior das unidades básicas de saúde e pela estratégia Saúde da Família, materializada na proposta de Conselhos de Gestão Participativa.

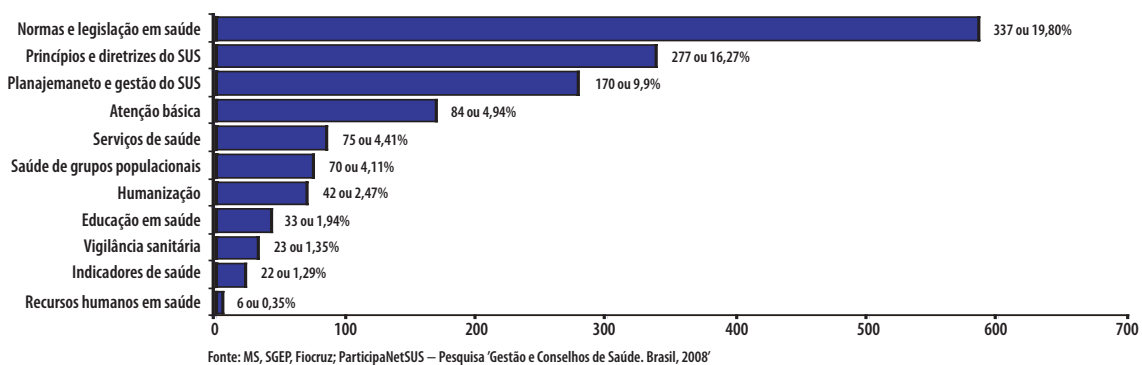
Os Conselhos de Gestão Participativa das unidades de saúde são órgãos colegiados permanentes, cuja finalidade é assegurar a participação social no planejamento e no acompanhamento, fiscalização, avaliação e controle da execução das políticas e ações de saúde. São novos espaços abertos a novos valores e forças criativas, que emanam da sociedade.

Diversos Municípios têm se dedicado, de forma estratégica, à abertura e consolidação desses espaços. Eles entendem que a participação social, mais que a utopia da democratização, significa uma qualificação da gestão no processo de controle social, do qual emanam novas referências para a organização dos serviços e a tomada de decisão.

Áreas-tema de Saúde Pública no SUS demandadas pelos Conselhos Municipais de Saúde



Itens propostos sobre Saúde Pública no SUS demandados pelos Conselhos Municipais de Saúde



O aperfeiçoamento do diagnóstico das condições de desigualdade tem permitido a identificação de novas iniquidades em saúde. A equidade em saúde apresenta-se como um dos princípios fundamentais para as mudanças do modelo de atenção básica em curso. Assim, a explicitação das iniquidades envolve desafios para o SUS, que exigirão inovações nas políticas, na gestão e no cuidado, de sorte a efetivar avanços no processo de democratização da Saúde Pública brasileira.

Trata-se de garantir voz e visibilidade aos segmentos populacionais – negros; lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT);

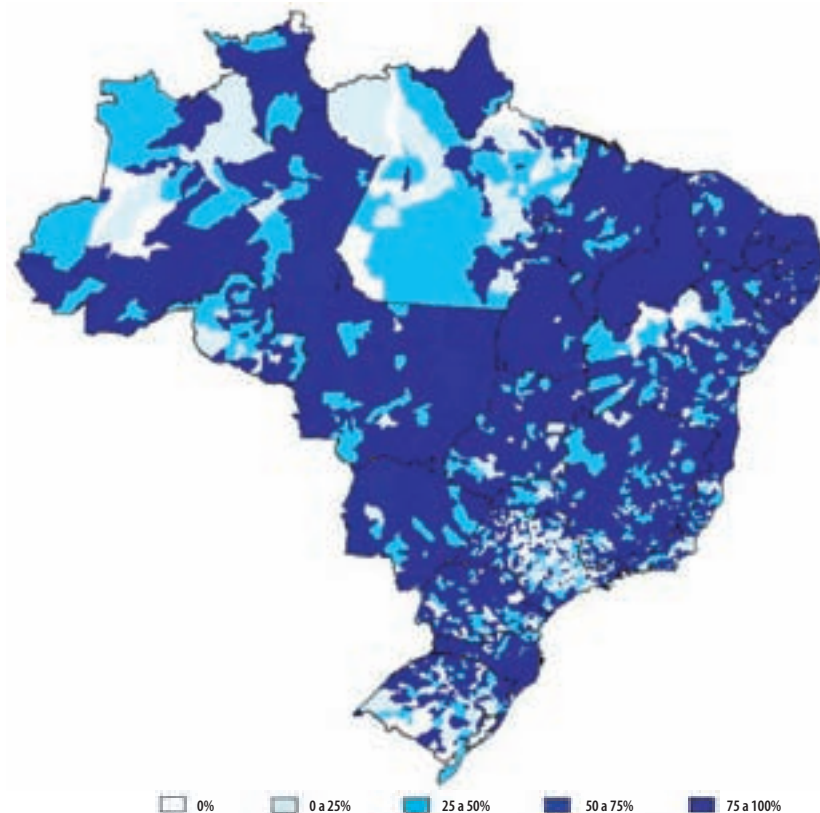
camponeses, moradores da floresta; indivíduos em situação de rua; ciganos; e outros – em condição de desigualdade, pela interlocução com seus representantes nos espaços de participação social. E também, de garantir o atendimento das necessidades desses segmentos na definição do eixo de planejamento e execução das ações em saúde.

A perspectiva adotada pela gestão participativa é aquela que promove movimentos dialógicos e de co-responsabilização entre Estado e sociedade civil, possibilitando a instituição de espaços públicos nos quais aconteça o processo democrático de construção de políticas públicas

de saúde. Os sujeitos sociais são concebidos no exercício da gestão participativa. Não se trata apenas de sujeitos de direito, senão também de sujeitos ativos, que sustentam suas experiências. E assim, são reconhecidos, como protagonistas no esclarecimento de suas necessidades e demandas a partir de suas próprias realidades e responsabilidades coletivas, em consideração e respeito aos valores e diferentes modos de vida que determinam o bem-viver. E o conviver. Na defesa da democratização e da politização do Sistema Único de Saúde, cabe à gestão participativa o papel de fortalecer a atenção básica no SUS.

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Cobertura populacional da estratégia Saúde da Família por Municípios em julho de 2007



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB

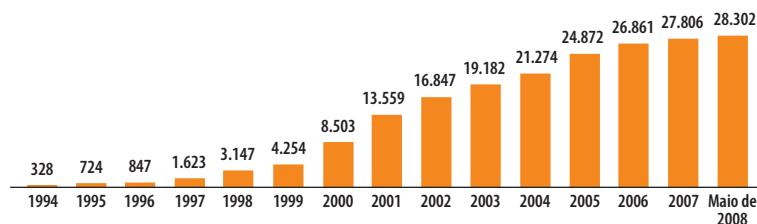
A estratégia Saúde da Família – SF –, desenvolvida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é um modelo de atenção à saúde eficaz, eficiente e adequado ao fortalecimento da atenção básica no país. Porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema, a SF compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, a cargo das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e dos agentes comunitários de saúde – ACS. São ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população atendida. A SF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social.

A Saúde da Família veio melhorar a qualidade dos serviços, ao fortalecer o vínculo entre suas equipes e a população, humanizar o cuidado e resolver os principais problemas de saúde.

Conquista da equidade no acesso à saúde

A expansão da Saúde da Família ampliou de maneira impactante o alcance da Saúde Pública, principalmente ao assegurar à população brasileira equidade no acesso a seus serviços. O grupo de Municípios com renda mais baixa e menor porte populacional apresentou coberturas da SF mais elevadas que as identificadas para os grupos de renda mais elevada e maior número de habitantes.

Número de equipes de Saúde da Família no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB

Você sabia?

- Em dezembro de 1994, 328 equipes de Saúde da Família e 29 mil agentes comunitários de saúde atuavam no Brasil. Em maio de 2008, esses números já alcançavam 28.300 equipes de SF, 220.080 ACS e 16.756 equipes de Saúde Bucal..

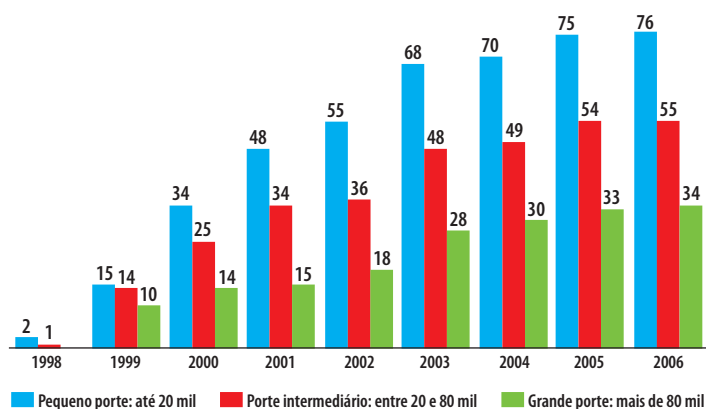
Para saber mais:

Conheça as ações da estratégia Saúde da Família. Acesse:

www.saude.gov.br/dab

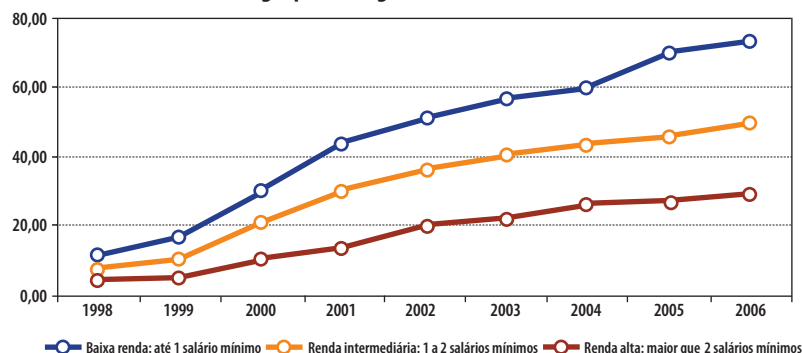
Cobertura da Saúde da Família

Cobertura (%) da Saúde da Família segundo o número de habitantes do Município



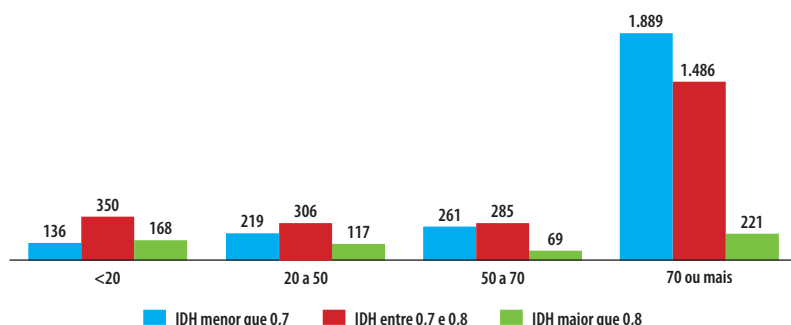
Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB: "Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006"

Evolução da cobertura (%) da Saúde da Família nos Municípios brasileiros agrupados segundo a faixa de renda



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB: "Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006"

Distribuição dos Municípios brasileiros nos estratos de cobertura da Saúde da Família segundo faixas de índice de desenvolvimento humano – IDH – em 2006



Fonte: Ministério da Saúde, estudo "Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006."

Em 1998, menos de 10% da população brasileira residente em Municípios pequenos (menos de 20 mil habitantes) era atendida por equipes de Saúde da Família. Em 2002, essa proporção quase alcançava 60%, e em 2006, chegava a 76%.

Os Municípios de grande porte também apresentaram um aumento significativo na cobertura da SF, que passou de 10% em 1999 para 34% em 2006. É nesse grupo de Municípios que se concentra o maior número de pessoas. Aumento na cobertura da SF também é observado nos Municípios de médio porte.

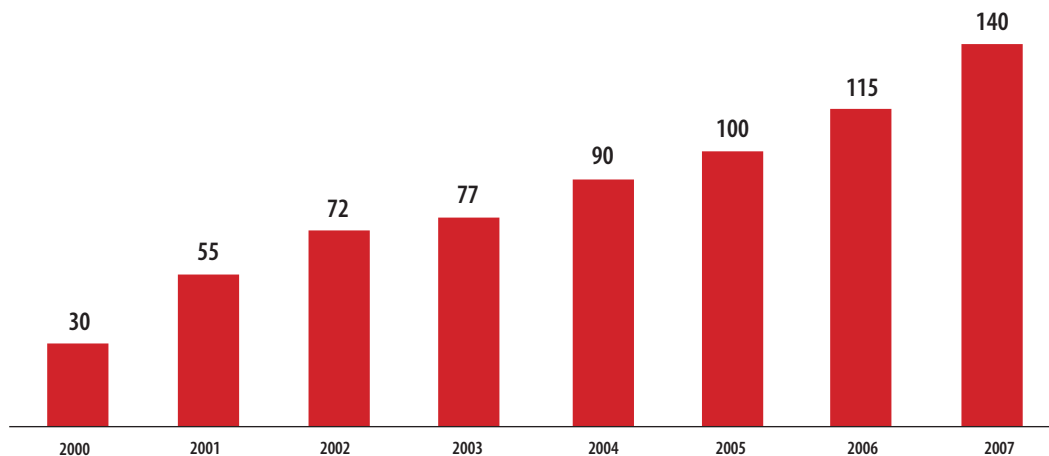
Nos Municípios com renda *per capita* familiar média menor que um salário mínimo (renda baixa), essa expansão foi tão ou mais ampla: no início de 1998, contavam com 10% de sua população coberta por equipes de SF; em 2006, essa cobertura ultrapassava 70%.

IDH

O índice de desenvolvimento humano – IDH – é uma medida comparativa de riqueza, alfabetização, educação, esperança média de vida, natalidade e outros fatores. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, especialmente o bem-estar infantil. O índice foi desenvolvido em 1990, pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD – em seu relatório anual. A cada ano, os países membros da ONU são classificados de acordo com seu respectivo IDH mensurado.

A maioria dos Municípios brasileiros (75%) de baixo IDH, concentra-se no estrato de maior cobertura da Saúde da Família (70% e mais)

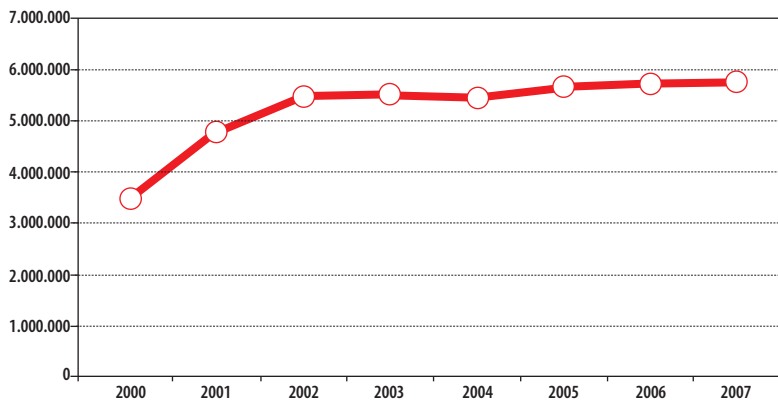
Consultas médicas – em milhões – realizadas pela Saúde da Família



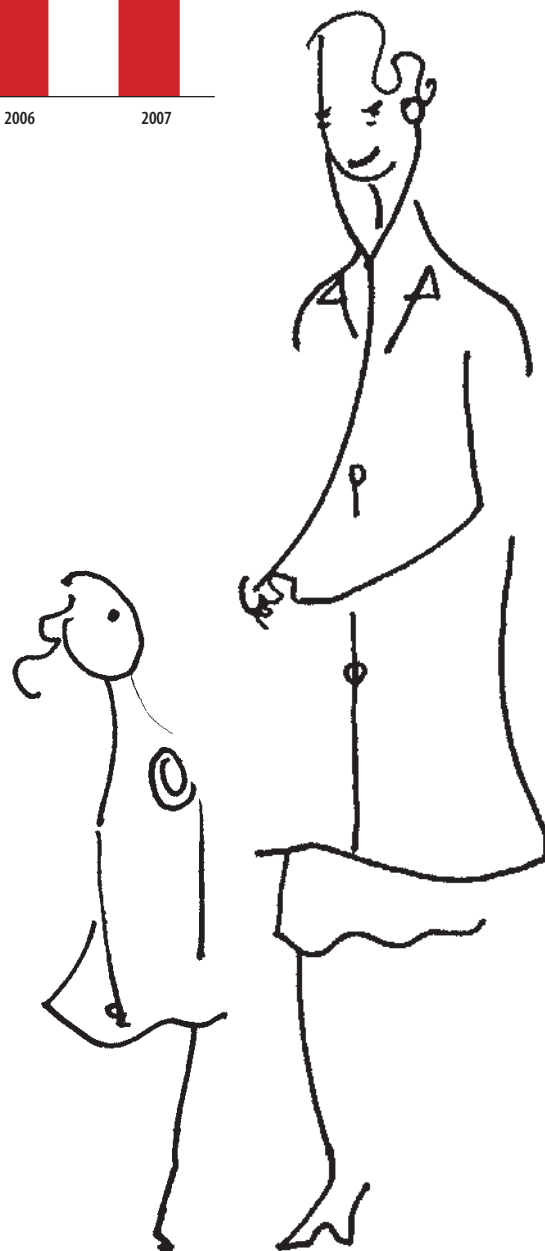
Fonte: Ministério da Saúde, Siab

Com a ampliação da cobertura da estratégia Saúde da Família, também melhorou o acesso da população aos serviços de saúde, conforme se observa no aumento do número de consultas e visitas médicas realizadas pelas equipes de SF ao longo dos últimos anos.

Número de visitas domiciliares realizadas pela Saúde da Família



Fonte: Ministério da Saúde, Siab



Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Proesf

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Proesf – é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada pelo acordo de empréstimo firmado com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), o Banco Mundial.

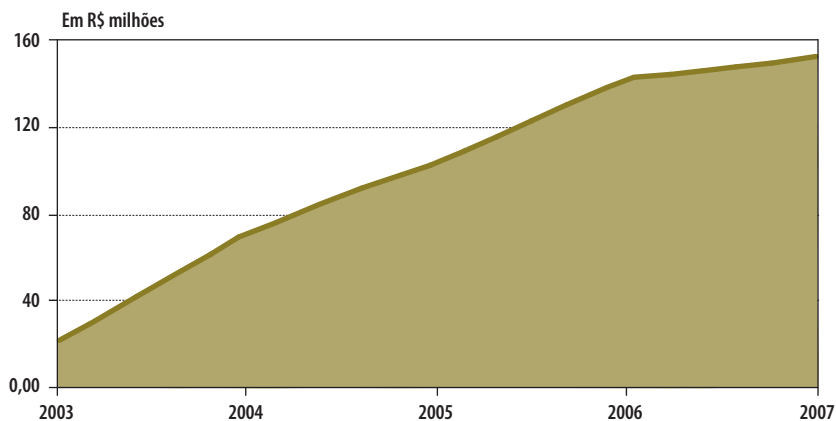
O Proesf tem como principal objetivo apoiar, mediante transferência de recursos financeiros, a expansão da cobertura e a qualificação da Saúde da Família nos Municípios com mais de 100 mil habitantes.

A evolução da cobertura da SF nos 187 Municípios participantes do Proesf, em sua **Fase 1**, mostrou um aumento de 43% no número de equipes implantadas entre dezembro de 2003 e junho de 2007. A cobertura média da população passou de 25,7 para 34,4% no período.

A Fase 1 foi concluída em 2007, com a participação efetiva de todos os Estados e do Distrito Federal, além dos 187 Municípios – estes, candidatos potenciais a passar à Fase 2 do Proesf, prevista para início em 2009.



Recursos repassados a Estados e Municípios com população acima de 100 mil habitantes na Fase 1 do Proesf



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Gerenciamento do Proesf - Fase 1

Para saber mais:

Em www.saude.gov.br,
clique **Saúde da Família**
e você encontrará notícias e informações
sobre
a Saúde da Família e o Proesf.
ACESSE

FAZENDO A DIFERENÇA

Impacto da Saúde da Família na taxa de mortalidade infantil

Ação (Aumento em %)	Resultado da TMI ^a (Redução em %)
10% de cobertura da Saúde da Família	4,6
10% de abastecimento de água	3,0
10% de leitos hospitalares	1,4

a) TMI: taxa de mortalidade infantil

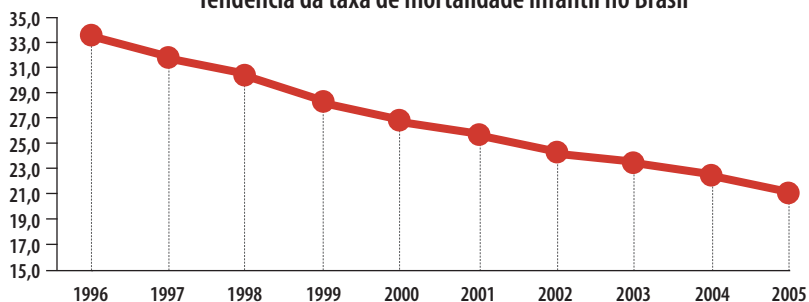


A organização do sistema de saúde influi diretamente sobre o perfil de adoecimento e morte da população e sua qualidade de vida. Diversas pesquisas científicas publicadas mostram que os sistemas de saúde baseados na atenção primária ou atenção básica são mais efetivos no cuidado e manutenção da vida da população, porque resultam em:

- Menor número de crianças com baixo peso ao nascer.
- Menor mortalidade infantil, especialmente pós-neonatal.
- Menor perda de anos de vida para quase todas as causas – exceção para as causas externas.
- Maior expectativa de vida em todas as idades – exceção para aqueles e aquelas com 80 anos de idade e mais.

Desde 1994, o Ministério da Saúde investe no fortalecimento da atenção básica e sua opção pela estratégia Saúde da Família tem valido a pena. O impacto positivo da SF é evidente, inclusive, em indicadores de saúde como a taxa de mortalidade infantil e a qualidade de vida do idoso.

Tendência da taxa de mortalidade infantil no Brasil



Fonte: MS, SVS, Dasis, CGIAE

Você sabia?

- Em 2006, estudo da Universidade Federal de Pelotas comparou a atenção básica tradicional à estratégia Saúde da Família. O cuidado com os idosos foi maior nas áreas atendidas pela SF, comparativamente à atenção prestada pelas unidades de saúde tradicionais. Outra vantagem da SF foi dispor de profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde dedicados a esse cuidado.
- O Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF – divulgou o relatório “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil”. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil reduziu-se à metade entre 1990 e 2006, de 46,9 por mil para 24,9 por mil nascidos vivos. A mortalidade em menores de cinco anos mostrou queda ainda maior: de 57 por mil em 1990 para 20 por mil nascidos vivos em 2006. Para tanto, contribuiu a atenção à saúde da criança – com vacinação e ações de segurança alimentar e nutricional –, o saneamento básico e ações da Saúde da Família. Nesse sentido, o Brasil avançou mais do que a média mundial e caminha para alcançar a meta número 4 dos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, que prevê a redução da TMI pela metade até 2015. Para o país cumprir o quarto Objetivo do Milênio, precisa reduzir sua mortalidade infantil para menos de 18 por mil nascidos vivos até 2015. De 60 países, o Brasil é um dos sete em condições de atingi-la e apresentar, então, a segunda menor taxa de mortalidade infantil entre esses países.
- O estudo “Avaliação do Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre a Mortalidade Infantil, 1990-2002”, realizado pelo Ministério da Saúde com a colaboração da Universidade de Nova York, analisou o comportamento de diversos indicadores de saúde em um período de 13 anos. O aumento da cobertura populacional da SF teve maior impacto na redução da TMI: para cada 10% de aumento na população coberta pela SF, houve redução média de 4,6% na taxa de mortalidade infantil, enquanto, por exemplo, a expansão da cobertura do abastecimento de água em 10% representou queda de 3% e a ampliação do acesso a leitos hospitalares em 10% reduziu a taxa de mortalidade infantil em 1,4%.

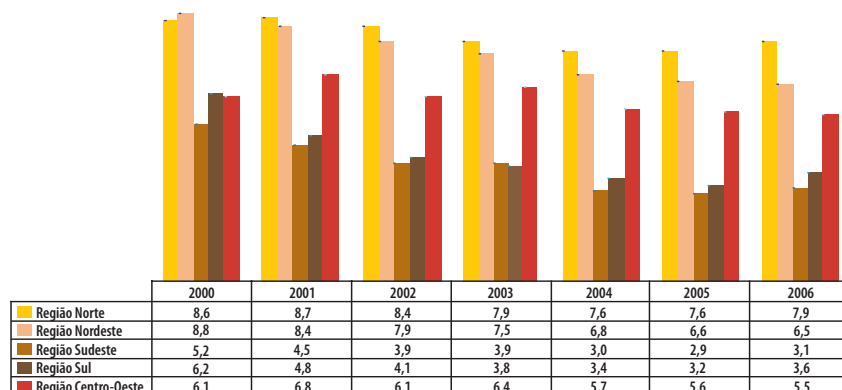
70% das mortes evitáveis dependem da atenção direta à saúde da mulher na gestação e no parto, e ao recém nascido nos primeiros dias de vida, com investimento tecnológico, garantia de acesso e qualidade.

Para saber mais:

Sobre os Objetivos do Milênio, acesse: www.objetivosdomilenio.org.br

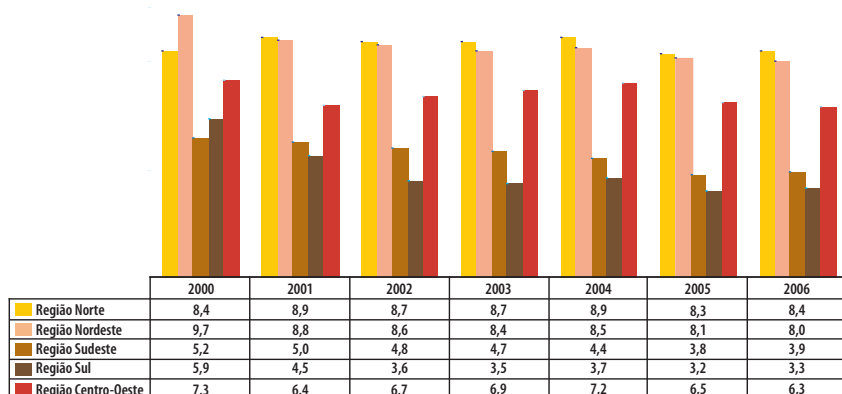
OS CICLOS DE VIDA

Percentual (%) de crianças menores de dois anos com diarreia atendidas pelas equipes de Saúde da Família por Região



Fonte: Ministério da Saúde, Siab

Percentual (%) de crianças menores de dois anos com infecção respiratória aguda atendidas pelas equipes de Saúde da Família por Região



Fonte: Ministério da Saúde, Siab

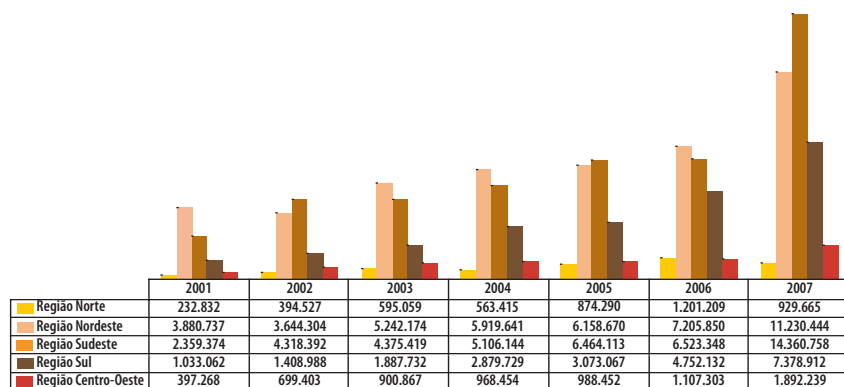
As equipes de Saúde da Família desenvolvem um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação voltados aos problemas de saúde de maior frequência e relevância nos distintos ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso.

Para as crianças, as equipes de SF acompanham o crescimento e desenvolvimento, o calendário vacinal, as doenças mais prevalentes e a alimentação e nutrição, entre outras condições. Ao longo de sete anos, esse trabalho resultou na diminuição do número de internações por infecções respiratórias e diarreias na infância.

Para os adolescentes e adultos, as equipes acompanham a situação vacinal, a alimentação e nutrição, o controle da hipertensão e do diabetes, a saúde sexual e reprodutiva. E desenvolvem ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.



Número de consultas médicas para maiores de 60 anos de idade por Região brasileira



Fonte: SIAB/MS

Em 2007, do total de consultas médicas pela Saúde da Família, 35.792.018, ou 25% desse total, foram para maiores de 60 anos de idade.

Dos 18 milhões de pessoas com 60 anos de idade e mais no Brasil em 2007, 10.648.377 – 58% dessa população – encontravam-se cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab.

Vacinação de idosos

Os idosos brasileiros estavam ausentes dos serviços de saúde em geral.

Desde 1999, o percentual de Municípios que alcançaram a meta da campanha de vacinação tem crescido, ano a ano. Segundo a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI –, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em 2006, dos 5.564 Municípios brasileiros, apenas 255 (4,59%) não atingiram a meta de Campanha.

Após oito anos de mobilizações nacionais em campanhas de vacinação para idosos e mais de 90 milhões de doses de vacina contra influenza administradas, o Programa Nacional de Imunizações – PNI – já identifica os importantes resultados e benefícios alcançados pela ação.

Os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE – também dispõem da vacina contra influenza para portadores de diversas doenças, população indígena e profissionais de saúde, entre outros.



Para saber mais:

Você obtém mais informações sobre o Siab e os dados gerados pelas equipes de Saúde da Família no endereço

www.datasus.gov.br

Clique em **Acesse Rápido: SIAB** e faça sua consulta.

Informações sobre vacinas você encontrará em:

www.saude.gov.br/svs

Clique em **Imunizacao**

O SIAB

O Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – foi criado em 1997 com o objetivo de registrar informações referentes às equipes e às condições de saúde da população correspondente à área de atuação da Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde. Em dezembro de 2007, 109 milhões de pessoas encontravam-se cadastradas no Siab.

Acompanhamento pré-natal

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS: de 1,2 consulta por parto em 1995 para 5,45 consultas em 2005. A qualidade da atenção prestada, entretanto, ainda apresenta problemas, evidenciados, por exemplo, na ocorrência de sífilis congênita e no fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil.

O percentual de gestantes das áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família que realizaram ao menos uma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro no mês de referência, em uma unidade de saúde, apresentou aumento de 84% em 2000 para 91% em 2006. O percentual daquelas que iniciaram o pré-natal nos primeiros três meses de gestação também aumentou, de 62,4% em 2000 para 77,1% em 2006.

Ter acesso a 7 ou mais consultas de pré-natal está associado a maior

escolaridade das mães e boas condições socioeconômicas do Município.

É cinco vezes maior o número de mulheres negras, em relação às brancas, que não realizaram qualquer consulta de pré-natal. Essa desigualdade persiste, em menor escala, entre as que têm 12 ou mais anos de estudo. As mães que se declararam solteiras tiveram menos consultas de pré-natal que as casadas.

Isso também acontece com as mães adolescentes. Mães que residiam em Municípios com cobertura de até 25% da Saúde da Família, tiveram 34% mais chance de não ter realizado 7 ou mais consultas de pré-natal, comparadas às dos Municípios com cobertura de 90% ou mais. Isso mostra que a SF pode ser um fator de mudança e redução da desigualdade no acesso ao pré-natal, além de ser responsável direta pelo aumento do direito de acesso aos serviços e da melhoria dos indicadores de saúde.

Entre 2000 e 2004, diminuiu em 19% o número médio de filhos de mães adolescentes, embora ainda seja preocupante.

Em 2004, nasceram cerca de 3 milhões de crianças no Brasil, das quais 26.752 de mães entre 10 e 14 anos de idade.

Ainda em 2004, 7 em cada 100 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade tornaram-se mães.



O risco de ser mãe até os 14 anos de idade é maior na Região Norte e Centro-Oeste, no Maranhão, Piauí e Alagoas.

Esse risco é 60% maior entre meninas negras, e mais comum nos Municípios menores e de baixa renda, onde 22% das adolescentes grávidas realizaram menos de 4 consultas de pré-natal.

Este Painel adota o quesito raça/cor conforme definição do IBGE: população negra corresponde a pretos e pardos.



Você sabia?

- O número de gestantes que nunca realizaram consulta de pré-natal diminuiu nas áreas cobertas pela Saúde da Família, de 6,23% em 1998 para 2,68% em 2005.
- Fazendo os exames de pré-natal, a mulher pode saber se tem sífilis, hepatite, toxoplasmose e aids. Há meios de evitar que essas doenças passem para o bebê.
- Em 2004, a mortalidade neonatal (até 27 dias de vida), associada ao acesso e qualidade dos serviços de saúde – pré-natal, hospitais, maternidades –, respondia por 57% das mortes de menores de um ano (30.900 óbitos). Não obstante em queda acentuada, em 2006, morreram 1.153 crianças menores de um ano por diarreia e 409 por desnutrição. Chama a atenção a morte de 57 crianças por sífilis congênita, denotando falta de acesso – ou qualidade – do pré-natal.
- O risco de uma criança negra morrer antes dos cinco anos de idade é 60% maior que o de uma criança branca.

Para saber mais:

Conheça a Política de Saúde da Mulher e de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde.

Acesse www.saude.gov.br

Clique em Cidadão e logo, em

Saúde da Mulher

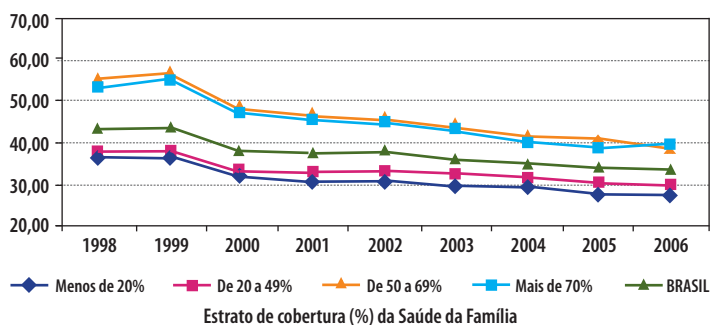
O CONTROLE DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES

O Brasil vive grandes mudanças nas formas de adoecimento e morte, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas, como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

O documento “Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006” procurou abordar a relação da estratégia SF com indicadores de saúde, agrupando os Municípios em quatro estratos de cobertura da SF.

Entre os indicadores selecionados, encontram-se a taxa de internações por acidente vascular cerebral – AVC – e a taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva – ICC –, ambos na população de 40 anos de idade e mais.

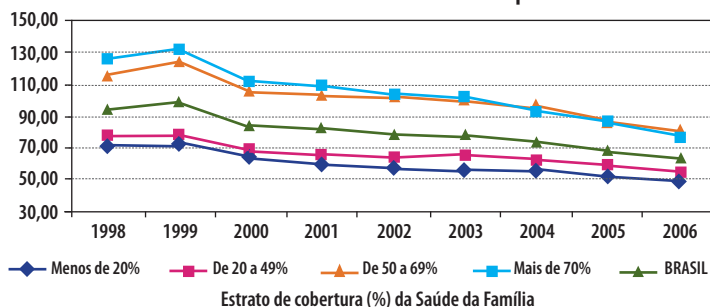
Taxa de internação por acidente vascular cerebral (por 10.000 habitantes) na população de 40 anos de idade e mais, segundo percentual de cobertura da Saúde da Família nos Municípios brasileiros



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB – “Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006”

O comportamento evolutivo da taxa de internações por AVC permite avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva. Esse indicador vem declinando no Brasil: os Municípios com maior cobertura da Saúde da Família apresentaram quedas maiores do que aqueles em que a cobertura da SF é mais baixa.

Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva na população de 40 anos de idade ou mais, segundo estrato de cobertura da Saúde da Família nos Municípios brasileiros



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB – “Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006”

A taxa de internação por ICC apresenta tendência de queda no país em todos os estratos de cobertura da Saúde da Família. O maior declínio ocorreu nos Municípios onde a cobertura da SF foi mais elevada.



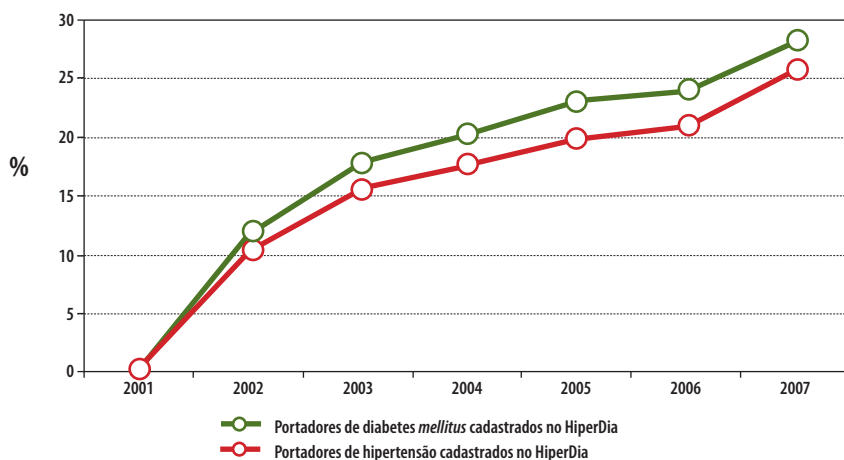
Você sabia?

- Considerando-se que o sedentarismo e o excesso de peso são os principais fatores de risco para doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, o Vigitel mostra que 43,4% da população brasileira apresenta excesso de peso, mais frequente em homens que em mulheres.

VIGITEL

O Vigitel é um sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – realizado por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, com o objetivo de elaborar estimativas sobre a frequência e distribuição sócio-demográfica desses fatores de risco para doenças crônicas.

Percentual de portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* cadastrados no HiperDia e acompanhados nas unidades básicas de saúde



Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, HiperDia

HiperDia

O HiperDia é um sistema que permite, após confirmação diagnóstica, cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* e gerar informações importantes para a gestão municipal e estadual, para o Ministério da Saúde e para o controle social.

O número de portadores de diabetes tem aumentado e as internações por suas complicações, reduzido. O fato pode ser atribuído à disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle e à qualidade da atenção prestada aos portadores dessas doenças.

Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, nas capitais brasileiras em 2007

Variáveis	Sexo	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Anos de idade		
18 a 24	0,4	0,6
25 a 34	1,2	2,1
35 a 44	2,7	3,1
45 a 54	8,8	6,6
55 a 64	14,6	15,9
65 e mais	17,6	19,9
Anos de escolaridade		
0 a 8	5,5	8,1
9 a 11	3,6	3,4
12 e mais	4,9	2,5

Fonte: Ministério da Saúde, SVS, Vigitel

Considerando-se que a média nacional de pessoas que referem diagnóstico médico de diabetes é de 4,8% nos homens e de 5,7% nas mulheres, observa-se, também, que o diabetes aumenta muito com a idade e diminui com a escolaridade, em ambos os sexos.

Conforme a informação do Vigitel, em 2007, 5,3% da população brasileira com 18 anos de idade e mais (5,7% das mulheres e 4,8% dos homens) referem ter diabetes.

Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial por sexo, segundo idade e anos de escolaridade, nas capitais brasileiras em 2007

Variáveis	Sexo	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Anos de idade		
18 a 24	4,5	6,9
25 a 34	10,4	10,9
35 a 44	18,1	20,6
45 a 54	34,9	37,1
55 a 64	45,9	51,4
65 e mais	49,4	62,9
Anos de escolaridade		
0 a 8	23,4	33,4
9 a 11	15,0	16,2
12 e mais	19,7	15,1

Fonte: Ministério da Saúde, SVS, Vigitel

A média nacional de pessoas que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial é de 20,3% em homens e de 25,1% em mulheres. A hipertensão também aumenta muito com a idade e diminui com a escolaridade, em ambos os sexos.

Segundo o Vigitel, em 2007, 22,9% da população brasileira com 18 anos de idade e mais (25,1% das mulheres e 20,3% dos homens) referem ter hipertensão arterial.

UM BRASIL QUE SORRI MAIS

A inserção de ações de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, regulamentada em dezembro de 2000, significa a criação de um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da Saúde Bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Há duas modalidades de equipes de Saúde Bucal:

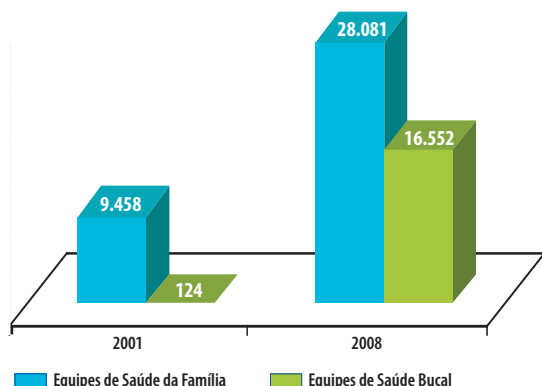
- **Modalidade I:** cirurgião-dentista – CD – e auxiliar de consultório dentário – ACD.
- **Modalidade II:** CD, ACD e técnico em higiene dental – THD

Entre 2001 e 2003, uma equipe de Saúde Bucal estava vinculada a duas equipes de Saúde da Família. Essa condição, por demandar dos profissionais um volume de procedimentos clínicos curativos bastante elevado, comprometia a realização das ações de promoção e prevenção.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde também passou a financiar equipes de Saúde Bucal vinculadas a apenas uma equipe de Saúde da Família e aumentou 60%, em média, o valor desses incentivos financeiros. O reflexo dessas iniciativas pode ser observado no aumento considerável do número de equipes de Saúde Bucal e sua cobertura populacional.

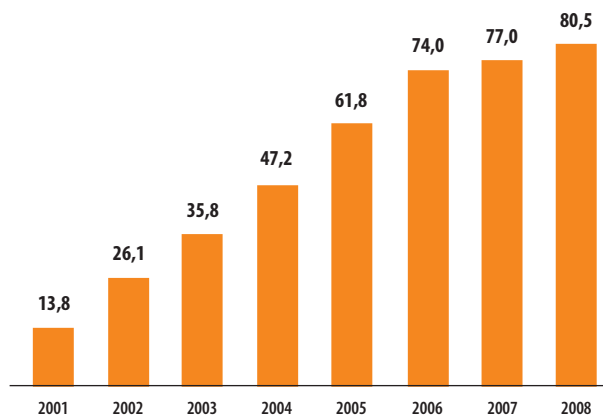


Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal



Fonte: Ministério da Saúde, Siab

População coberta – em milhões – pelas equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família



Fonte: Ministério da Saúde, Siab

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Instituída em janeiro de 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal tem como diretrizes e principais linhas de ação:

- Reorganização da atenção básica na Saúde Bucal, especialmente por meio da estratégia Saúde da Família.
- Ampliação e qualificação da atenção especializada, principalmente por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.
- Expansão da cobertura de fluoretação da água de abastecimento público.

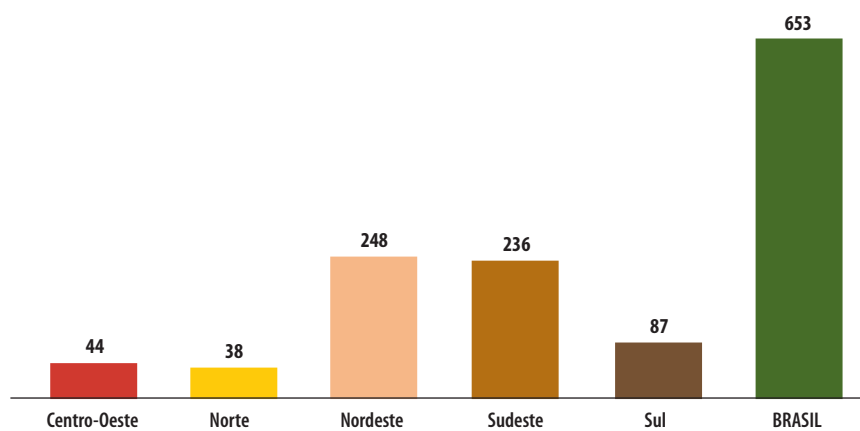
Centros de Especialidades Odontológicas – CEO

Os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – oferecem tratamento de canal, atendimento a pacientes especiais, tratamento de doenças da gengiva, cirurgia oral de

menor complexidade e diagnóstico bucal – com ênfase no diagnóstico de câncer bucal –, além de outras especialidades a serem definidas localmente.

Em um período de dois anos, de janeiro de 2005 a dezembro de 2007, foram realizados mais de 12 milhões de procedimentos odontológicos pelos CEO.

Centros Especializados Odontológicos – CEO – implantados por Regiões brasileiras em abril de 2008



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAE, Coordenação Nacional de Saúde Bucal



Você sabia?

- A população coberta pela Saúde Bucal é calculada multiplicando-se o número de equipes cadastradas no Siab por 6.900 pessoas.
- Desde 2001, cerca de 2 milhões de dentes deixaram de ser extraídos. Este importante indicador de saúde demonstra a melhoria na qualidade da atenção à saúde bucal no país.
- No Brasil, o câncer bucal ocupa o 5º lugar entre os tipos de câncer mais incidentes no sexo masculino; e o 7º, no sexo feminino. Os dados são do Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde.
- Pesquisas mostram que a fluoretação da água potável pode reduzir em até 60% a incidência de cárie. A Política Nacional de Saúde Bucal preocupa-se com o excesso ou falta de flúor na água tratada. Ela monitora sua quantidade, tanto nas estações de tratamento como nas pontas de rede, onde a carência costuma ser maior.
- A política de formação e incorporação pelo SUS dos auxiliares de consultório dentário – ACD – e dos técnicos em higiene dental – THD – tem aumentado significativamente a qualidade e a extensão de cobertura das ações.
- De 2003 a 2007, o Brasil investiu mais de R\$ 1,2 bilhão na Saúde Bucal. Entre 2007 e 2010, o montante investido pelo Ministério da Saúde alcançará mais de R\$ 2,7 bilhões.

Para saber mais:

Conheça a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente –, os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – e as equipes de Saúde Bucal, passo a passo, em sua cidade:

www.saude.gov.br/dab

Clique em
Saúde Bucal

A NUTRIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

A alimentação e a nutrição são condições fundamentais para o crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. A atual realidade de saúde e nutrição no Brasil caracteriza-se pela presença de doenças crônicas não transmissíveis

– DCNT –, como diabetes, hipertensão e obesidade, e doenças causadas pela falta de nutrientes, como desnutrição, anemia e deficiência de vitamina A. Entre as principais causas dessa situação constatada, encontram-se a alimentação inadequada e a má distribuição de ali-

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – PNaN

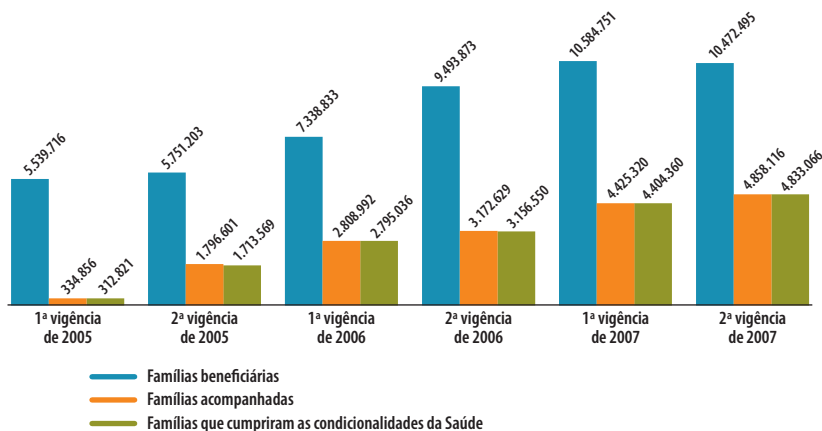
Instituída em 1999, a PNaN tem como diretrizes e principais linhas de ação:

- Estímulo às ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos.
- Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços.
- Monitoramento da situação alimentar e nutricional.
- Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
- Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição.
- Promoção de linhas de investigação.
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.



Instituído em 2004, o **Programa Bolsa Família**, uma das principais ações do Governo Federal no combate à pobreza, define, para o setor da Saúde, o acompanhamento nutricional e o cumprimento do calendário de vacinação das crianças menores de sete anos de idade, e a realização do pré-natal para as gestantes beneficiárias do Programa. Tais ações, formalmente estabelecidas em Portaria, são as chamadas condicionalidades da Saúde para a implementação do Bolsa Família.

Famílias beneficiárias acompanhadas que cumpriram totalmente as condicionalidades do setor Saúde do Programa Bolsa Família



Nota: A primeira vigência do ano corresponde ao período de 1º de dezembro a 31 de maio; e a segunda vigência, ao período de 1º de junho a 30 de novembro.
Fonte: Relatórios Consolidados do Programa Bolsa Família, disponíveis em: www.saude.gov.br/nutricao

Para saber mais :

Conheça mais sobre o Bolsa Família.
Acesse
www.saude.gov.br/dab
Clique em
Alimentação e Nutrição
e em
Bolsa Família.

De 2005 a 2007, observa-se uma evolução do número de famílias beneficiárias acompanhadas pela Saúde.

É destacável o papel da estratégia Saúde da Família no acompanhamento das condicionalidades do setor.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan – permite o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira. Uma de suas estratégias de ação consiste no acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, um grupo de grande vulnerabilidade social, visando à identificação de seu risco nutricional precoce, para a conseqüente tomada de decisão.

A partir da segunda vigência do Bolsa Família do ano de 2006, o Ministério da Saúde ofereceu a possibilidade de registrar o estado nutricional dos beneficiários do Programa com perfil Saúde (crianças menores de sete anos de idade e mulheres em idade fértil) no módulo de gestão do sistema na internet, tornando possível o acompanhamento das condicionalidades do setor. O número de registros do estado nutricional passou de 3,7

milhões na 2ª vigência de 2006 para 7,3 milhões na 2ª vigência de 2007. A maior parte desses registros corresponde a dados do estado nutricional da população infantil.

A vigilância alimentar e nutricional serve para o diagnóstico coletivo das condições de nutrição da população local. Em conjunto com o “Guia Alimentar para a População Brasileira”, ela subsidia as ações de promoção de uma alimentação saudável.

ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Índice de peso por idade

Reflete a situação global da criança e permite avaliar seu crescimento. Este índice é apresentado na **Caderneta de Saúde da Criança**.

No segundo semestre de 2007, 7,9% das crianças beneficiárias do Bolsa Família apresentavam baixo peso para a idade. Entre as Regiões, o problema foi mais prevalente no Norte, onde o percentual de crianças com baixo peso alcançou 11,7%. A menor prevalência de baixo peso por idade foi observada na Região Sul: 4,6%

Índice de estatura por idade

Expressa o crescimento linear da criança. A baixa estatura é um problema muito mais prevalente do que o *deficit* de peso, a despeito de apresentar características semelhantes na distribuição geográfica do baixo peso por idade. No Brasil, 15,1% das crianças beneficiárias menores de sete anos apresentavam baixa estatura na última vigência encerrada (2ª de 2007). A Região com maior percentual de *deficit* de estatura, a exemplo do *deficit* de peso, foi a Norte (22,1%), e a com menor, a Sudeste (9,9%).

Índice de peso por estatura

É sensível ao diagnóstico do excesso de peso na população infantil. No segundo semestre de 2007, 10,6% das crianças menores de sete anos de idade encontravam-se com peso elevado para estatura. As maiores prevalências foram encontradas nas Regiões Sul (11,5%), Nordeste (11,4%) e Sudeste (10,3%).

A prevalência de baixo peso entre as crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família diminuiu em todas as Regiões do país, de 8,3% em 2006 para 7,9% em 2007.

O percentual de baixa estatura também sofreu redução no período, de 16,8 para 15,1%.

Prevalência (%) de baixo peso por idade, baixa estatura por idade e peso elevado por estatura entre as crianças menores de sete anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família segundo as Regiões brasileiras, em 2007



Baixo peso por idade

Menos de 5%



Baixa estatura por idade

De 5 a 10%

De 10 a 15%

De 15 a 20%



Peso elevado por estatura

De 20 a 25%

Fonte: Ministério da Saúde, Sisvan

AMPLIANDO A INCLUSÃO

Para promover o acesso dos diversos segmentos populacionais ao SUS e a equânime distribuição nacional dos incentivos destinados à implementação da estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde publicou, em julho de 2004, uma Portaria que amplia em 50% os recursos destinados ao custeio das equipes de SF que atendem comunidades quilombolas, assenta-

mentos rurais da reforma agrária e Municípios de pequeno porte com índice de desenvolvimento humano – IDH – menor ou igual a 0,7.

Em 2007, a população assentada passa de 1.453.543 a 1.829.664 pessoas; e a quilombola, de 62.345 para 266.117. Essa imensa variação explica-se pela atualização das informações da Fundação Cultural Palmares e do Ministério do De-

senvolvimento Agrário, a partir de demandas do movimento social quilombola e organizações representativas das famílias assentadas pela reforma agrária.

De janeiro de 2007 a março de 2008, o número de Municípios beneficiados com recursos da Saúde diferenciados para a população quilombola e assentada da reforma agrária, aumentou de 1.905 para 2.197.



Comunidades quilombolas

Saúde da Família em comunidades quilombolas e assentamentos da reforma agrária

	População quilombola	População assentada	Recursos	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Saúde Bucal
Janeiro de 2007	62.345	1.453.543	81.797.000,00	373	271
Abril de 2008	266.117	1.829.664	133.931.560,00	721	518

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB

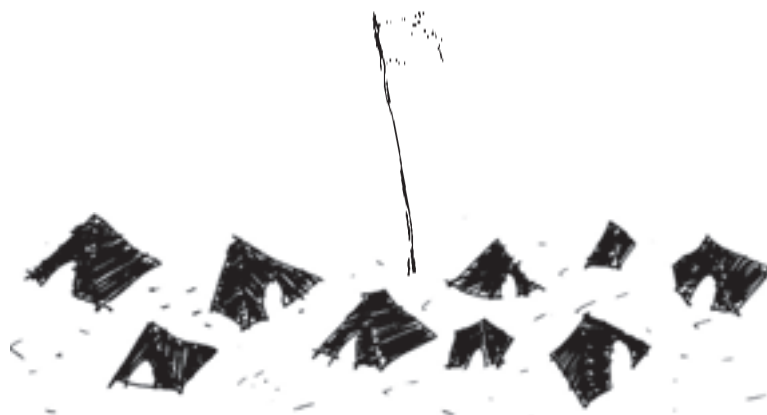
	Comunidades identificadas	Comunidades certificadas ^a
Janeiro de 2003	743	–
Abril de 2008	3.215	1.218

a) Reconhecidas oficialmente pela Fundação Cultural Palmares e pelo Ministério da Cultura, conforme Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.

Fonte: Ministério da Cultura, Fundação Cultural Palmares

Você sabia?

- Comunidades quilombolas são os remanescentes dos quilombos. Constituem grupos étnico-raciais com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à escravidão.



A INTEGRAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O Programa Saúde na Escola – PSE – foi instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, graças à parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de integrar as redes do Sistema de Educação e do Sistema Único de Saúde mediante articulação das escolas públicas, unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família.

O Município, em parceria com seu Estado, define a vinculação de cada escola a uma unidade básica de saúde ou unidade de Saúde da

Família. As equipes da Educação e da Saúde planejam, conjuntamente, ações de promoção da qualidade de vida dos alunos.

As ações de saúde a serem desenvolvidas na rede pública de ensino são:

- Avaliação de condições de saúde.
- Promoção da saúde e prevenção.
- Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.
- Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de jovens para o PSE.

Você sabia?

- As equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal receberão recurso financeiro adicional a partir da adesão do Município ao Programa Saúde na Escola – PSE. Esse recurso será repassado ao Município em parcela única, no último trimestre de cada ano, com base no número de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal que participem do PSE.
- O **Programa Territórios da Cidadania** mobiliza a Casa Civil da Presidência da República e 18 Ministérios e Secretarias Nacionais: Desenvolvimento Agrário; Desenvolvimento Social; Saúde; Educação; Integração Nacional; Trabalho e Emprego; Meio Ambiente; Cidades; Minas e Energia; Justiça/Funai; Agricultura, Agropecuária e Abastecimento; Cultura; Planejamento, Orçamento e Gestão; Secretaria de Políticas para Mulheres; Secretaria de Promoção da Igualdade Racial; Secretaria de Agricultura e Pesca; Secretaria de Relações Institucionais; e Secretaria Geral.

Assim como o SUS, os Territórios da Cidadania contam com a participação de governos e da sociedade civil organizada.

O Ministério da Saúde disponibilizou cinco ações para os Territórios da Cidadania. Quatro delas são da estratégia Saúde da Família e uma dos programas Farmácia Popular do Brasil e Aqui tem Farmácia, a saber:

- Ampliação do acesso da população dos Territórios da Cidadania à atenção básica, pelas equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde.
- Ampliação do acesso à Saúde Bucal na atenção básica.
- Ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.
- Ampliação do acesso da população dos Territórios da Cidadania aos medicamentos essenciais disponíveis na Farmácia Popular do Brasil e no Aqui tem Farmácia.

TERRITÓRIOS DA CIDADANIA NA AGENDA SOCIAL DO GOVERNO

A Agenda Social do Governo Federal tem como principal objetivo buscar a gestão integrada de políticas públicas, promovendo oportunidades. É composta por sete eixos de ação: redução das desigualdades; juventude; direitos de cidadania; cultura; educação; saúde; e segurança.

O programa Territórios da Cidadania, lançado em fevereiro de 2008, faz parte da Agenda Social do Governo Federal e é coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário e pela Casa Civil. Cada Território da Cidadania constitui um conjunto de Municípios com igual perfil econômico e ambiental, identidade e coesão social e cultural.

Açu-Mossoró-RN
Agreste Meridional-PE
Alto Acre e Capixaba-AC
Alto Rio Negro
Alto Sertão-SE
Baixo Amazonas-AM
Baixo Amazonas-PA
Baixo Araguaia-MT
Baixo Parnaíba-MA
Bico do Papagaio-TO
Borborema-PB
Cantuiriguáçu-PR
Carnaubais-PI
Central (Ji-Paraná)-RO
Chapada Diamantina-BA
Cocais-MA
Da Reforma-MS
Das Águas Emendadas-DF/GO/MG
Do Agreste-AL
Do Alto Sertão-AL
Do Litoral Norte-AL
Do Sisal-BA
Entorno de Manaus-AM
Entre Rios-PI

Grande Dourados-MS
Inhamuns Crateús-CE
Itapipoca-CE
Lençóis Maranhenses/Munim-MA
Marajó-PA
Mata Sul-PE
Mato Grande-RN
Médio Jequitinhonha-MG
Meio Oeste Contestado-SC
Nordeste Paraense-PA
Noroeste de Minas-MG
Norte-ES

Norte-RJ
Pontal do Paranapanema-SP
Portal da Amazônia-MT
Serra da Capivara-PI
Serra Geral-MG
Sertão Central-CE
Sertão do Apodi-RN
Sertão do Pajeú-PE
Sertão Ocidental-SE
Sudeste Paraense-PA
Sul-BA
Sul de Roraima-RR
Sul do Amapá-AP
Transamazônica-PA
Vale do Guaribas-PI
Vale do Itapecuru-MA
Vale do Mucuri-MG
Vale do Ribeira-PR
Vale do Ribeira-SP
Vale do Rio Vermelho-GO
Velho Chico-BA
Zona da Mata Sul-PB
Zona Sul do Estado-RS
Zona da Mata Norte-PB



Fonte: www.territoriosdacidadania.gov.br

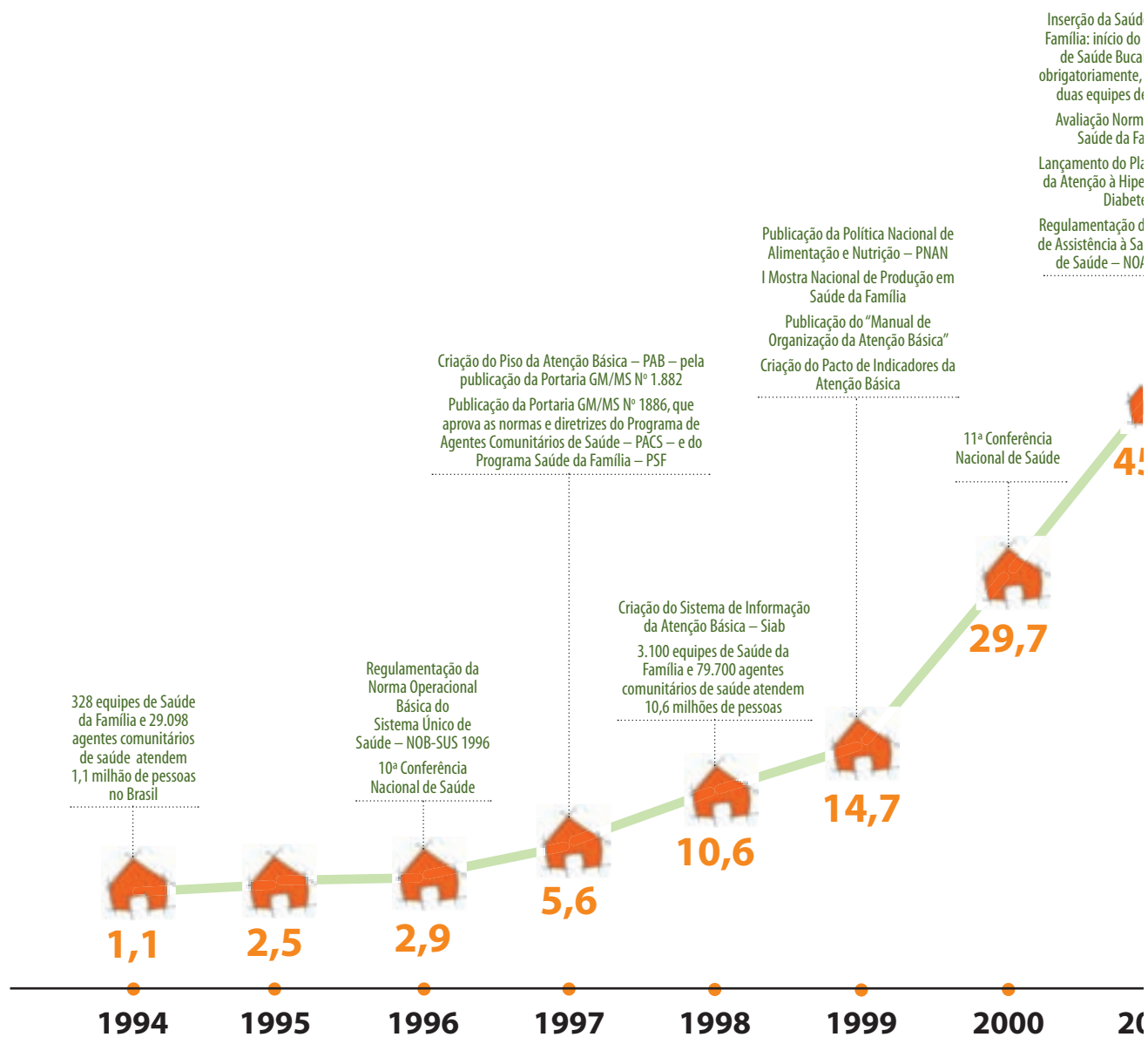
Para saber mais:

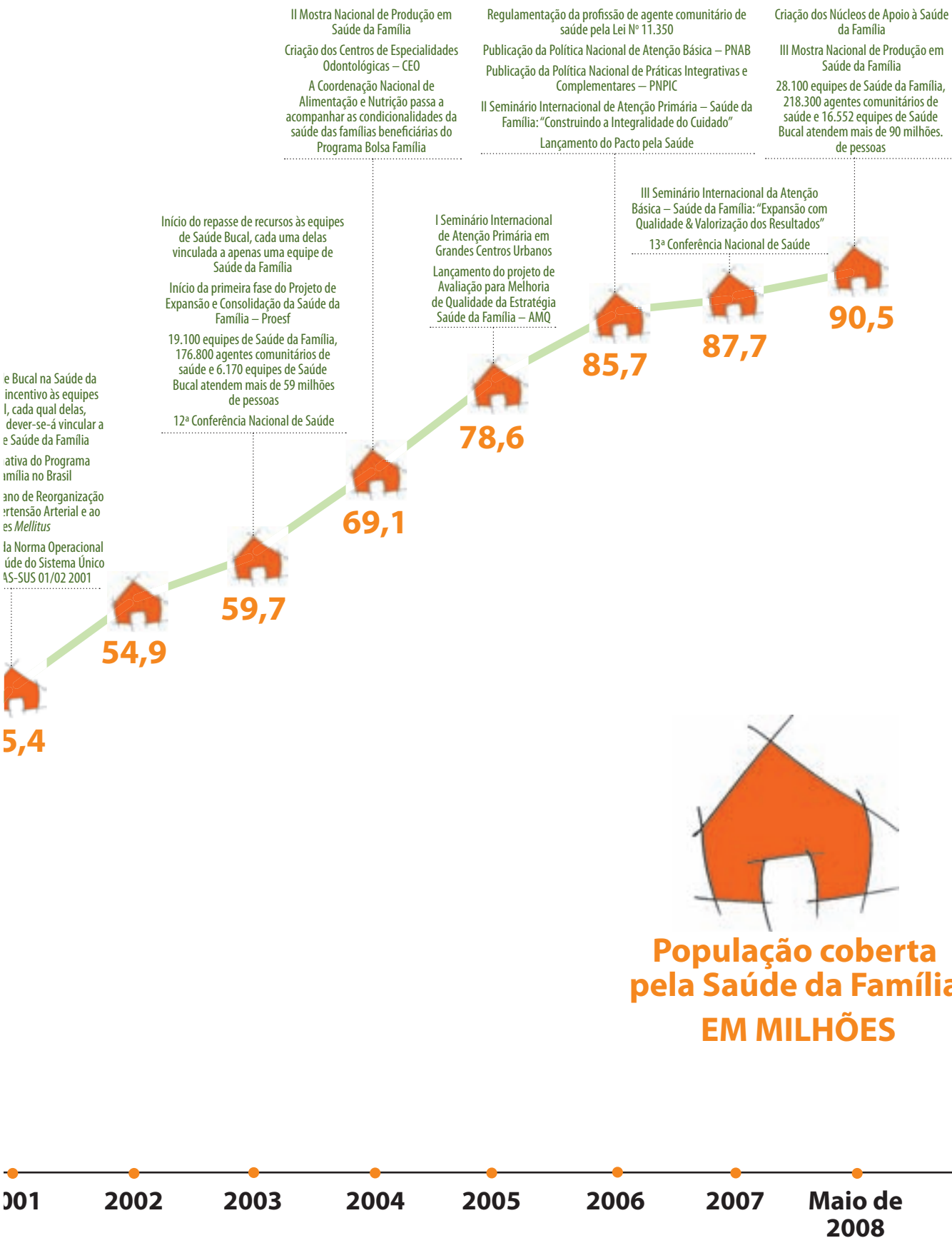
Conheça o programa Territórios da Cidadania:

www.territoriosdacidadania.gov.br

ACESSE

LINHA DO TEMPO DA SAÚDE DA FAMÍLIA





População coberta pela Saúde da Família EM MILHÕES

AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC – no Sistema Único de Saúde, marco decisivo no processo de institucionalização dessas abordagens, que passam a constituir referência à es-

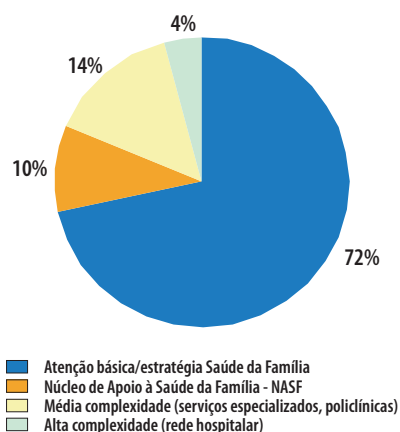
truturação de tais práticas no sistema de saúde brasileiro.

As práticas previstas por essa política são: medicina tradicional chinesa-acupuntura; homeopatia; tratamento com plantas medicinais e fitoterápicos; medicina an-

troposófica; e termalismo-crenoterapia.

Em 2008, pesquisa realizada em 4.050 Municípios identificou que 72% deles já contavam com práticas integrativas e complementares inseridas na atenção básica.

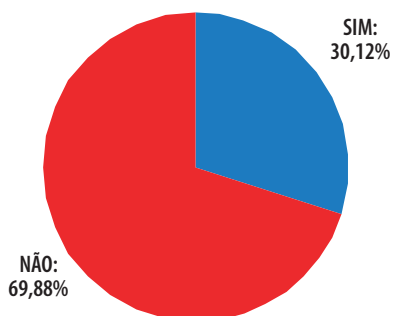
Percentual de Municípios brasileiros pesquisados que contavam com práticas integrativas e complementares, por modelo e nível de atenção, em 2008



Fonte: Ministério da Saúde – SAS, DAB; SGEP

30% dos Municípios pesquisados pelo Ministério da Saúde apresentam ato ou lei regulamentando as práticas integrativas e complementares.

Percentual de Municípios brasileiros pesquisados que contam com Ato Normativo ou Lei que regulamenta a inserção das práticas integrativas e complementares, em 2008

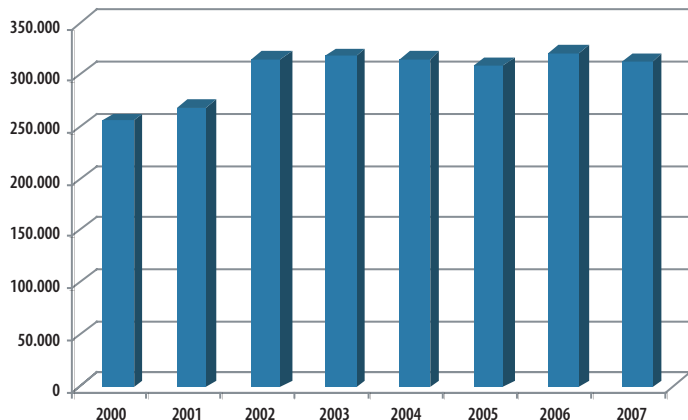


Fonte: Ministério da Saúde – SAS, DAB; SGEP



Entre 2000 e 2007, observa-se um aumento no número de consultas homeopáticas no Brasil.

Consultas homeopáticas no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, SIA/SUS

Número de Municípios por unidade federada que oferecem homeopatia em 2008



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB e SGEF

Dos 4.050 Municípios que responderam ao estudo promovido pelo Ministério da Saúde, 350 afirmaram possuir algum tipo de assistência em

homeopatia, dos quais 63% garantem fornecimento de medicamento homeopático. Sobre a presença do farmacêutico homeopata, dos 41

Municípios que referiram possuir farmácia de manipulação própria, 71% contavam com a presença do profissional nessas unidades.

Número de Municípios por unidade federada que oferecem acupuntura em 2008



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB e SGEF

Procedimentos da **medicina tradicional chinesa-acupuntura** foram identificados em 4,5% dos Municípios consultados pela pesquisa do Ministério da Saúde. As agulhas para acupuntura são fornecidas pelos Municípios em quase 80% dos casos.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Medicina tradicional chinesa

Prática milenar, trata a pessoa como um todo, inserida em seu contexto social e cultural e em harmonia com a natureza. As formas de tratamento previstas são: acupuntura (recurso terapêutico); uso de plantas medicinais; dieta; práticas corporais; e outras.

A acupuntura é um dos recursos terapêuticos da medicina tradicional chinesa. Consiste na aplicação de agulhas em pontos estratégicos do corpo - os meridianos -, buscando liberar os fluxos energéticos e assim, restabelecer o equilíbrio vital e a saúde.

Homeopatia

Prática vitalista que considera a pessoa como um todo, inserida em seu contexto social e cultural. O tratamento busca restabelecer o equilíbrio emocional e orgânico das pessoas por meio da aplicação de substâncias minerais e vegetais extraídas da natureza. Seus medicamentos são individualizados, ou seja, para cada pessoa um medicamento próprio.

Plantas medicinais e fitoterápicos

Prática milenar, incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Usa plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas.

Medicina antroposófica ou antroposofia

Baseia-se no método fundado na Europa por Rudolf Steiner. Considera a saúde como o resultado do equilíbrio entre corpo, mente e espírito. Suas práticas terapêuticas envolvem medicamentos, biografia, estímulos a movimentos corporais e massagens, além do desenvolvimento de habilidades artísticas.

Termalismo e crenoterapia

Uso de águas minerais e ou termais com propriedades medicamentosas, que podem complementar o tratamento de vários problemas de saúde.

Número de Municípios por unidade federada que garantem fitoterápicos em 2008



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB e SGEF

A **fitoterapia** consiste na modalidade das práticas integrativas e complementares mais frequentemente encontrada no Sistema Único de Saúde. Ela foi identificada em 9% dos Municípios pesquisados pelo Ministério da Saúde no ano de 2008.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Para cumprir seu propósito de ampliar a capacidade resolutiva e a qualidade da atenção básica com ênfase na estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica – DAB – discutiu, de forma tripartite, uma proposta de incentivo financeiro aos Municípios para que organizem Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Os NASF são constituídos por equipes de profissionais atuantes em diferentes áreas do conhecimento, em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família. No NASF, todos compartilham a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados, com base no diagnóstico da situação de saúde da população dos territórios sob responsabilidade da equipe.

Profissionais que podem compor o NASF: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional.

Você sabia?

- Os NASF permitem a atuação de profissionais nutricionistas, de educação física e outros na atenção básica, promoção da saúde, estímulo à atividade física, alimentação saudável e controle do tabagismo. Estudo realizado pela Universidade Federal de Pelotas em 2006, ao comparar a atenção básica tradicional à estratégia Saúde da Família, mostrou que a recomendação de exercício físico era significativamente maior na SF.
- Em 2008, foram credenciados os primeiros 92 Municípios interessados na constituição de NASF. Se aprovados, eles receberão incentivo financeiro para formação de 188 Núcleos. A portaria GM/MS N° 154, que cria os NASF, entrou em vigor em janeiro de 2008.

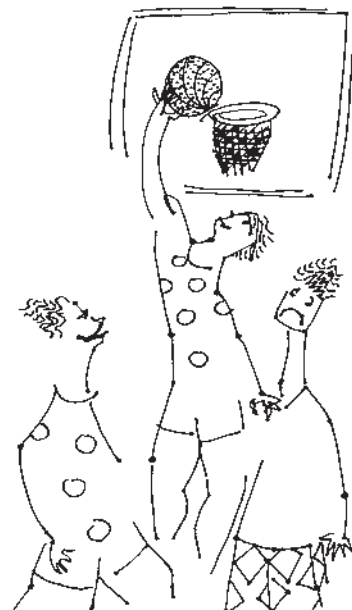
PROMOÇÃO DA SAÚDE

No SUS, a promoção da saúde significa a possibilidade de intervir em aspectos que determinam o processo de saúde e de doença da população. Em 2006, o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde contribuiu, mediante ações educativas e de orientação aos indivíduos e comunidades, para ampliar suas possibilidades de realizar escolhas e assim diminuir seus riscos de adoecimento relacionados aos modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A Saúde da Família na Política Nacional de Atenção Básica

Na **Política Nacional de Atenção Básica**, destaca-se o papel da Saúde da Família na promoção da saúde. As equipes de SF são capazes de dar resposta imediata às necessidades de saúde, fatores de risco e de proteção presentes em seu território. As ações de promoção da saúde contribuem para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos positivo para sua saúde.

A **Política Nacional de Promoção da Saúde** está direcionada por sete eixos de intervenção: alimentação saudável; práticas corporais-atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução do adoecimento e morte pelo uso abusivo de álcool e outras drogas; redução dos acidentes de trânsito e suas conseqüências; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável.



Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

No ano de 2001, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, cujas diretrizes prioritárias são:

- Promoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.
- Vigilância e monitoramento da ocorrência de violências e acidentes, e de seus fatores de risco e de proteção.
- Atenção integral e humanizada à vítima de violências e acidentes em todos os níveis de atenção – básica, média e alta complexidade, assim como todo o atendimento pré-hospitalar e reabilitação.
- Capacitação de recursos humanos.
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Para o desenvolvimento dessas ações no nível local, foi instituída a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, responsável pela articulação e apoio às ações da atenção básica com ênfase na estratégia

Saúde da Família. Os Núcleos articulam, no plano local, as redes de atenção e de proteção social às vítimas de violências. O Ministério da Saúde tem investido no apoio técnico, repasse de recursos financeiros e monitoramento desses núcleos, criando as condições necessárias a sua estruturação e consolidação. Desde sua criação em 2004, quando eram aproximadamente 40 Núcleos participantes da Rede Nacional, seu número cresceu para 78 em 2006, 130 em 2007 e 203 Núcleos já financiados em 2008.

A ação das equipes de Saúde da Família é estratégica na identificação e prevenção de todas as formas de violências, principalmente da violência intra-familiar, como o trabalho infantil, os maus tratos contra crianças, adolescentes e pessoas idosas, e da violência contra a mulher. As equipes de SF ainda desempenham papel importante na vigilância e prevenção de todos os acidentes, principalmente os domésticos, como queimaduras, intoxicações e quedas.

Para saber mais:

Violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas são de notificação obrigatória, de responsabilidade do profissional de saúde, independentemente de sua natureza: sexual; física; psicológica-mental; de negligência-abandono; ou financeira/patrimonial. Conheça as leis sobre o tema: Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069/90); Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741/03); Notificação de Violência contra a Mulher (Lei Nº 10.778/03. Conheça mais sobre a Política Nacional de Prevenção de Violências e Acidentes e a Política Nacional de Promoção da Saúde:

www.saude.gov.br

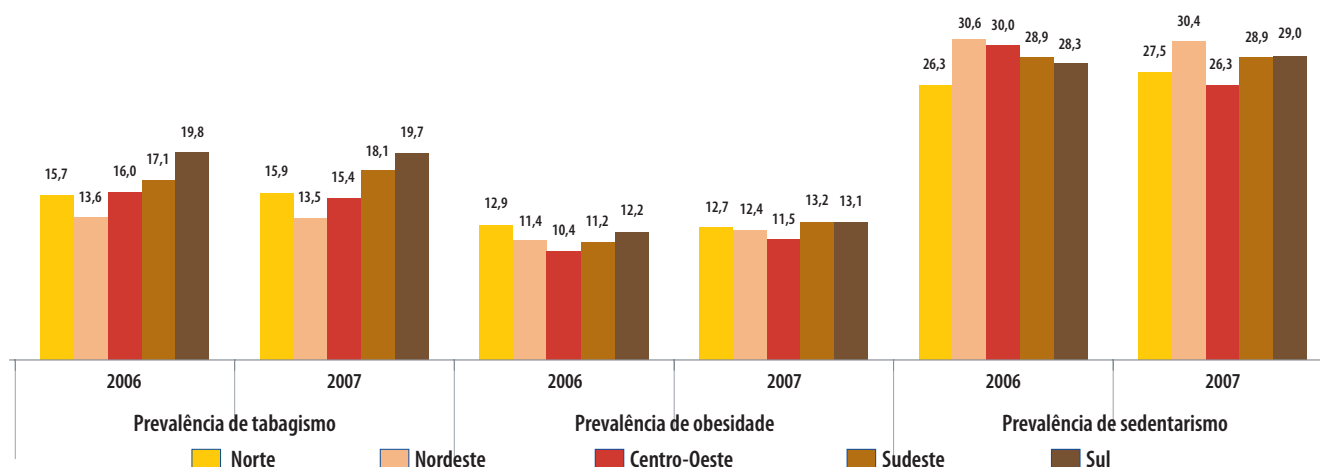


Em 2006, o Ministério da Saúde publicou duas políticas importantes, fortemente relacionadas entre si: a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde. Acesse:

www.saude.gov.br/dab

www.saude.gov.br/svs

Pessoas com 18 anos de idade e mais que referiram fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – por Estados e Regiões brasileiras



Fonte: IBGE

Tabagismo

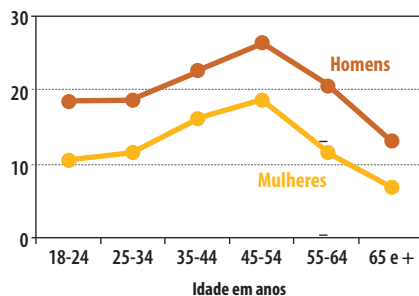
Considerado pela Organização Mundial da Saúde – OMS – como grande problema de Saúde Pública, ao tabagismo são atribuídas cerca de 5 milhões de mortes ao ano, em todo o mundo.

O fumo é responsável pelo aumento do adoecimento e morte por causas coronarianas, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre as neoplasias associadas, destacam-se o câncer de pulmão (com risco atribuível de

90%), de faringe, de esôfago, dos lábios e do colo de útero.

Pesquisa domiciliar realizada em 2002-2003, em 16 capitais e no Distrito Federal, encontrou prevalência de fumantes de 19%. Outra pesquisa por telefone em 2006, em todas as capitais, observou prevalência de fumantes de 16%. O consumo do cigarro é maior entre as gerações dos anos 1930, 40 e 50, e entre homens. O hábito de fumar vem-se reduzindo progressivamente, no Brasil.

Percentual (%) de brasileiros e brasileiras fumantes segundo faixas etárias em 2006



Fonte: MS, SVS e SGEP; USP, FSP – Vigitel.

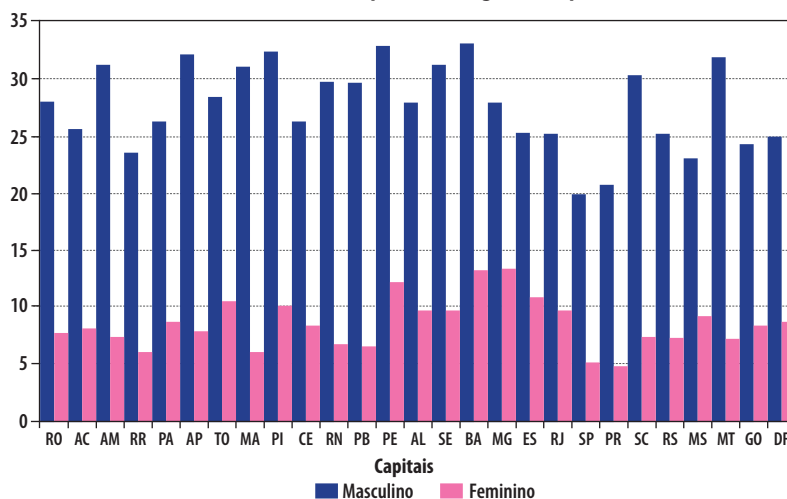
Consumo de bebidas alcoólicas

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é muito maior entre os homens.

E alto na maioria das capitais.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um sério problema de Saúde Pública. Está associado a doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo (aposentadorias precoces e hospitalizações), acidentes de trabalho e de trânsito, violência e suicídios. E a uma elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares.

Percentual (%) de adultos que consumiram mais de quatro doses de bebida alcóolica em um único dia, por sexo, segundo capitais brasileiras



Fonte: MS, SVS e SGEP; USP, FSP – Vigitel.

Nota: considerou-se uso excessivo de álcool pelos homens, cinco ou mais doses de bebida durante pelo menos um dia do último mês; e pelas mulheres, quatro ou mais doses.

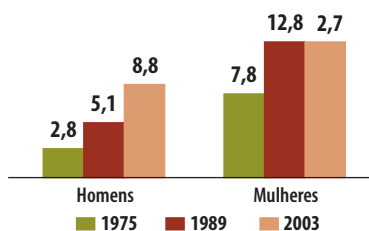
Excesso de peso e obesidade

De acordo com a OMS, a obesidade é um dos grandes problemas mundiais: mais de 2 bilhões de pessoas com excesso de peso e 400 milhões de obesos. Fatores ambientais, estilos de vida não saudáveis, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo desempenham papel preponderante na ocorrência da

obesidade, independentemente de fatores genéticos e/ou familiares atuarem no sentido de aumentar a suscetibilidade ao ganho de peso.

Doenças cardíacas – como infarto e hipertensão –, diabetes, câncer de mama, câncer de cólon e outras estão associados ao excesso de peso e à obesidade.

Tendência da obesidade no Brasil



Fonte: Monteiro, 2005

Atividade física e sedentarismo

São recentes as evidências de que um estilo de vida ativo protege o indivíduo de várias doenças, incluindo doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, diabetes tipo II, osteoporose, câncer de cólon e reto, câncer de mama e depressão. Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas parecem ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege das doenças crônicas.

43,4% da população brasileira apresenta excesso de peso e 29,2% afirmam ser fisicamente inativos.

Dos homens, 12,9% já estão obesos.

Eles são significativamente mais sedentários que as mulheres.



Rede Nacional de Projetos de Práticas Corporais/Atividade Física

Desde 2005, o Ministério da Saúde tem apoiado, com recursos financeiros, a consecução de projetos de promoção de práticas corporais e atividade física nos Estados e Municípios, resultando na estruturação de uma Rede Nacional de Projetos de Práticas Corporais/Atividade Física que conta com 286 entes federados financiados em 2007.

Os projetos caracterizam-se por ações que promovem a articulação entre a vigilância e a atenção à saúde, especialmente no âmbito da estratégia Saúde da Família, desenvolvendo, juntamente com as equipes das unidades básicas de saúde, atividades de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – e a prática da atividade física.

O QUE É UM GRUPO POPULACIONAL VULNERÁVEL?

Um grupo populacional vulnerável é formado por indivíduos sob condições de vida que os tornam mais susceptíveis a problemas de saúde. São exemplos de grupos populacionais vulneráveis: indivíduos em condições de extrema pobreza; vítimas de violência; e pessoas com comportamento de risco, como alcoolismo e tabagismo, ou com história familiar de alguma doença.

Apesar de os benefícios da prática de atividade física serem significativamente difundidos e conhecidos da população, eles não são suficientes para impelir um movimento de adesão aos hábitos que favorecem a melhoria da saúde. Por isso, é tão relevante a discussão sobre a organização das cidades e sua conformação pouco convidativa à prática do lazer: geralmente, são desprovidas de praças adequadas, parques ou meios de acesso a espaços públicos propícios à atividade física e à recreação. Exemplo desses espaços, as ciclovias favorecem o uso de bicicleta e contribuem para a fluência do trânsito e menor poluição do ar, constituindo-se em uma das pautas da implementação da Política de Promoção da Saúde.

ATENÇÃO INTEGRAL E DIFERENCIADA PARA OS POVOS INDÍGENAS

Desde agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa –, assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde, o SUS.

O desenvolvimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas assegura o acesso às ações de saúde e reconhece a diversidade e as especificidades étnico-culturais desses povos, seus direitos sociais e territoriais.

Estima-se que a população indígena brasileira se encontre em torno de 490.000 pessoas, pertencentes a 220 povos que, em seu conjunto, falam mais de 180

línguas. Cada um desses povos apresenta diversas modelos de organização diante do mundo e, conseqüentemente, diferentes formas de representação do processo saúde-doença e das intervenções terapêuticas.

Em atenção a tantas diferenças culturais, foram estruturados 34 Distritos Especiais Indígenas – DSEI –, buscando a inclusão dessa população no SUS.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, que define as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e regulamenta os incentivos da Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

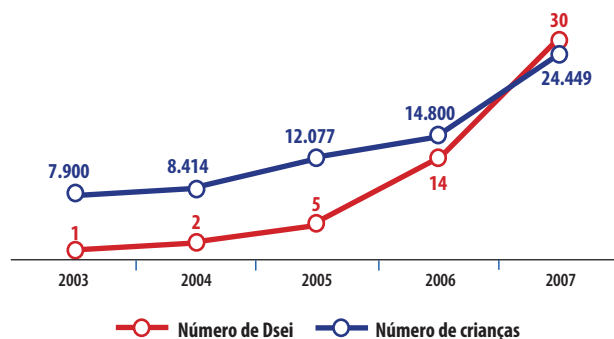
Os Distritos Especiais Indígenas – DSEI – existentes no Brasil em setembro de 2003



- | | |
|------------------------------------|--|
| 01 - Alagoas e Sergipe - AL/SE | 18 - Manaus - AM |
| 02 - Altamira - PA | 19 - Maranhão - MA |
| 03 - Alto Rio Juruá - AC | 20 - Mato Grosso do Sul - MS |
| 04 - Alto Rio Negro - AM | 21 - Médio Rio Purús - AM |
| 05 - Alto Rio Purús - AC/AM/RO | 22 - Médio Rio Solimões e Afluentes - M |
| 06 - Alto Rio Solimões - AM | 23 - Minas Gerais e Espírito Santo - ES/MG |
| 07 - Amapá e Norte do Pará - AM/PA | 24 - Parintins - AM/PA |
| 08 - Araguaia - GO/MT/TO | 25 - Parque Indígena do Xingu - MT |
| 09 - Bahia - BA | 26 - Pernambuco - PE |
| 10 - Ceará - CE | 27 - Porto Velho - AM/MT/RO |
| 11 - Cuiabá - MT | 28 - Potiguara - PB |
| 12 - Guamã - Tocantins - MA/PA | 29 - Rio Tapajós - PA |
| 13 - Interior Sul - PR/RS/SC/SP | 30 - Tocantins - TO |
| 14 - Caiapó do Mato Grosso - MT/PA | 31 - Vale do Rio Javari - AM |
| 15 - Caiapó do Pará - PA | 32 - Vilhena - MT/RO |
| 16 - Leste de Roraima - RR | 33 - Xavante - MT |
| 17 - Litoral Sul - PR/RJ/RS/SC/SP | 34 - Ianomami - AM/RR |

Fonte: Ministério da Saúde, Funasa, DESAI

Média de crianças menores de cinco anos de idade acompanhadas pelo Sisvan Indígena segundo o ano de referência a e o quantitativo de Distritos Especiais Indígenas – DSEI – com o sistema implantado em 2007



a) Dado parcial, sujeito a modificação
Fonte: Ministério da Saúde, Sisvan Indígena

Você sabia?

- As equipes de atenção à saúde indígena têm composição variada. Podem-se constituir de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, técnicos em higiene dental, auxiliares de consultório dentário, nutricionistas, antropólogos, historiadores e sociólogos.
- O agente indígena de saúde é um componente fundamental da equipe na integração da comunidade indígena com os profissionais das equipes de saúde.

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA SAÚDE DA FAMÍLIA

As ações de atenção básica, como as demais ações do SUS, devem ser financiadas com recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Para garantir esse financiamento, a Emenda Constitucional Nº 29 – EC 29 – define que, a partir de 2004, os Estados e os Municípios devem aplicar em saúde 12% e 15% de suas arrecadações de impostos, respectivamente. No que diz respeito aos recursos federais, a lei que regulamenta a EC 29 está em discussão no Congresso Nacional.

No financiamento da atenção básica, destaca-se o Piso da Atenção Básica – PAB –, criado pela Portaria GM/MS Nº 1.882/97, com suas frações fixa e variável. O PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados exclusivamente aos procedimentos e ações de atenção básica à saúde.

Os valores referentes ao PAB, tanto fixo como variável, são transferidos aos Municípios de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde – FNS – diretamente ao Fundo Municipal de Saúde.

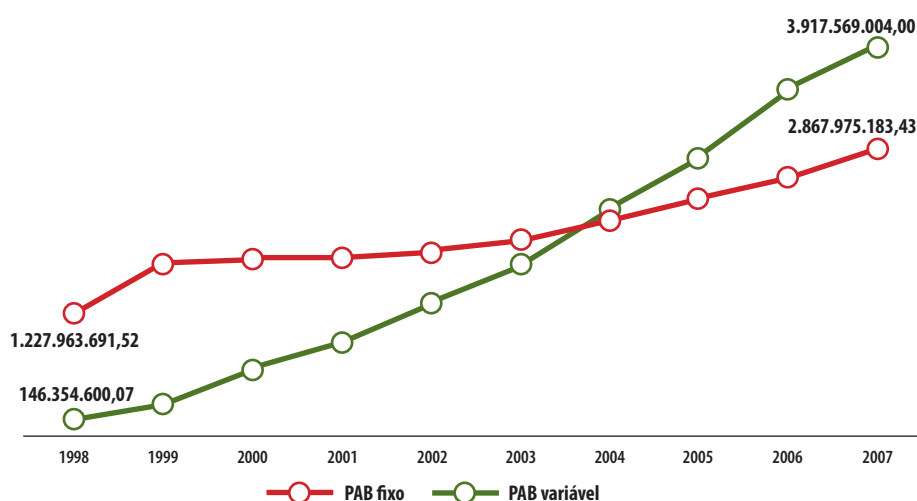
Compete à gestão do Município administrar o Fundo Municipal de Saúde. Ao Conselho Municipal de Saúde cabe verificar a existência e o pleno funcionamento desse Fundo.

O PAB fixo é estabelecido por um valor *per capita*/ano, destinado ao financiamento das ações de atenção básica em geral. Ele é calculado multiplicando-se o número de habitantes de cada Município ou do Distrito Federal por um determinado valor. Em 1997, o PAB fixo foi estabelecido em R\$10,00, passando a R\$13,00 em 2004. Em junho de 2008, esse valor variava de R\$15,00 a R\$18,00.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias de organização da atenção básica. Para receber o PAB variável, o Município deve aderir às estratégias da atenção básica: Saúde da Família; agentes comunitários de saúde; Saúde Bucal; compensação de especificidades regionais; Saúde Indígena; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os recursos financeiros repassados aos Municípios referentes ao PAB variável cresceram muito, nos últimos anos: de R\$146 milhões em 1998 para R\$3,9 bilhões em 2007. Esse aumento explicita a prioridade concedida à Saúde da Família pelo Ministério da Saúde. Atualmente, a transferência do PAB variável obedece critérios definidos na Política Nacional de Atenção Básica e estabelecidos pela Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006.

Valores do Piso de Atenção Básica – PAB – fixo e variável repassados aos Municípios brasileiros



Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB

Ano	PAB fixo	PAB variável
1998	1.227.963.691,52	146.354.600,07
1999	1.721.671.030,72	307.591.059,50
2000	1.759.494.245,49	664.764.229,14
2001	1.801.672.599,82	927.760.781,32
2002	1.838.668.784,99	1.313.504.418,41
2003	1.950.589.104,40	1.707.811.827,90
2004	2.150.652.361,61	2.250.530.899,00
2005	2.351.263.279,34	2.779.137.280,50
2006	2.580.794.189,37	3.442.636.908,00
2007	2.867.975.183,43	3.917.569.004,00

QUALIFICAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

A formação e a qualificação dos profissionais que atuam na Saúde da Família são preocupações que já existiam desde o início da estratégia.

A partir dessa necessidade, foram criados os Pólos de Capacitação e Educação Continuada em 1997 com recursos do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – Reforsus. Em seu tempo, os Pólos foram espaços importantes de articulação entre instituições de ensino e pesquisa e gestores estaduais e municipais de saúde. Seu principal objetivo era promover mudanças nas áreas da graduação e da educação permanente dos profissionais que integravam as equipes de Saúde da Família. Alguns, inclusive, realizaram cursos de especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família.

Em 2003, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que passou a assumir a responsabilidade pela formulação

e implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde do país. A execução dessa política acontecia por intermédio dos Pólos de Educação Permanente, instâncias locais que atuavam de forma colegiada, com a participação de representantes da gestão, dos serviços, do controle social e das instituições formadoras.

Em janeiro de 2007, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Telessaúde com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e, sobretudo, de educação permanente para os trabalhadores da Saúde da Família. O Telessaúde visa à educação para o trabalho, na perspectiva de mudanças em suas práticas que resultem na melhoria da qualidade da atenção.

O Programa desenvolve-se a partir de uma ampla ação governamental, intersetorial, coordenada pelo Ministério da Saúde em parceria

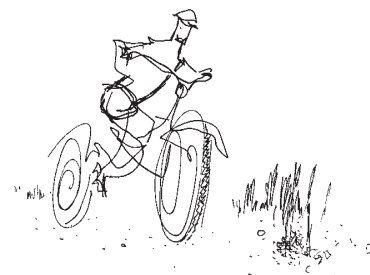
com os seguintes Ministérios: Educação; Ciência e Tecnologia; Defesa e Comunicações; e com a Casa Civil da Presidência da República e a Organização Pan-Americana da Saúde.

A estratégia de criar nove núcleos do Telessaúde, nos Estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, faz parte do projeto-piloto do Telessaúde. Os núcleos contemplam 2.700 equipes de Saúde da Família e beneficiam aproximados 11 milhões de habitantes.

Esses Estados foram escolhidos por representar as cinco Regiões do país e por já apresentarem experiência com o Telessaúde.

A segunda fase do projeto, a ser iniciada após a avaliação do projeto-piloto, prevê a implementação de pelo menos um núcleo do Telessaúde em cada unidade federada, para que se alcance uma cobertura nacional sustentável.

NÚCLEOS DO TELESSAÚDE	
Amazonas	Universidade do Estado do Amazonas e Universidade Federal do Amazonas
Ceará	Universidade Federal do Ceará
Pernambuco	Universidade Federal de Pernambuco
Goiás	Universidade Federal de Goiás
Minas Gerais	Universidade Federal de Minas Gerais
Rio de Janeiro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
São Paulo	Universidade de São Paulo
Santa Catarina	Universidade Federal de Santa Catarina
Rio Grande do Sul	Universidade Federal do Rio Grande do Sul



O Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – foi criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação em novembro de 2005.

O principal objetivo do Pró-Saúde consiste em induzir mudanças nos cursos de graduação da área da Saúde, com vistas à formação de profissionais capazes de oferecer respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira e estímulo à integração entre o ensino e o serviço de saúde, com ênfase na atenção básica.

Na primeira etapa do Pró-Saúde, 89 cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia e as Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios-sede desses cursos foram contemplados com financiamento federal.

Sua segunda etapa, ao ampliar as ações do Pró-Saúde para os demais cursos de graduação da área da Saúde, já alcançou 265 cursos em 68 universidades.



De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o ponto de partida do processo de capacitação, por meio de curso introdutório, deve coincidir com o momento de início dos trabalhos das equipes. A responsabilidade pela realização desse curso – e de outros – para a educação permanente das equipes é da Secretaria Municipal de Saúde nos Municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria de Estado da Saúde nos Municípios com população inferior a 100 mil.

Crescimento do número de trabalhadores da Saúde da Família

Para saber mais:

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Para conhecê-la, acesse

www.saude.gov.br

e clique em **Gestão da Educação**

E para saber mais sobre o Telessaúde, acesse

www.telessaudebrasil.org.br

Trabalhador	Dezembro de 1994	Mai de 2008
Agente comunitário de saúde	29.098	220.080
Médico	328	27.764
Enfermeiro	328	28.712
Dentista	-	16.740
Técnico de higiene dental	-	1.327
Auxiliar de consultório dentário	-	16.975
Técnico e auxiliar de enfermagem	328	29.071

Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB; Datasus, SCNES

INSTRUMENTOS QUE FACILITAM O AVANÇO DA QUALIDADE NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Saúde da Família – AMQ

No ano de 2005, frente à aceleração da expansão da estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde desenvolveu o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Saúde da Família – AMQ – com o objetivo de qualificar a SF.

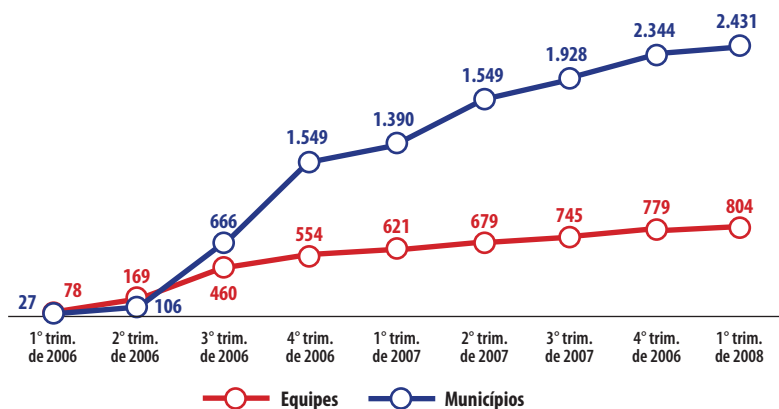
O projeto convida os profissionais e coordenadores das equipes

– e a livre adesão dos gestores municipais, sem condicionantes, premiações ou punições financeiras – para refletirem sobre seus processos de trabalho e desenvolverem iniciativas de melhoria da qualidade, com base nos próprios recursos e na realidade local.

A AMQ é uma importante ferramenta de apoio ao planejamento e

à gestão da qualidade da estratégia Saúde da Família, reconhecida pela crescente adesão dos Municípios e das equipes de SF. Até junho de 2008, 840 Municípios, 16,3% dos Municípios brasileiros com SF implantada e 2.431 equipes, (8,7% das equipes de SF) encontravam-se cadastrados nesse projeto de avaliação de qualidade.

Evolução do número de equipes de Saúde da Família e de Municípios cadastrados no projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade – AMQ – por trimestre



Fonte: Ministério da Saúde/DAB. Aplicativo digital AMQ. Junho de 2008

Você Sabia?

- O AMQ permite avaliar duas distintas esferas de atuação em Saúde da Família – gestão local e equipes – por meio de cinco diferentes instrumentos de auto-avaliação e 300 padrões de qualidade. Cada um desses padrões foi validado por mais de 700 equipes de Saúde da Família, distribuídas por todas as regiões do País.

Para saber mais

Conheça mais sobre o projeto AMQ. Acesse:

www.saude.gov.br/amq

O Prograb está disponível para download na seguinte página:

www.saude.gov.br/dab

Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica – Prograb

A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica – Prograb – baseia-se em um *software* desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para auxiliar na programação das ações das equipes de atenção básica e de Saúde da Família.

Trata-se de uma ferramenta de programação informatizada, cujo princípio é a integralidade da atenção. Seu objetivo central é fortalecer a capacidade municipal no planejamento em saúde, subsidiando a

gestão com base no desempenho. O Prograb propõe um conjunto de ações a serem implementadas no cotidiano das equipes de atenção básica: consultas programadas; atendimento das pessoas que procuram a unidade espontaneamente; atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação; e atividades a serem desenvolvidas entre diversos setores da sociedade e instituições.

Além da programação local, o *software* também pode constituir

um instrumento de pactuação entre as equipes da atenção básica, gestores locais e Conselhos de Saúde. A explicitação do compromisso das equipes com a população permite ao gestor e aos Conselhos um acompanhamento contínuo do trabalho das equipes.

O Prograb também proporciona a vinculação das metas das equipes de saúde com as metas de gestão assumidas pelo Município junto às outras esferas de governo, a exemplo do Pacto pela Saúde.

PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Em seus 15 anos de vida, a Saúde da Família tem muitas conquistas a comemorar. Ela promoveu uma enorme ampliação de acesso aos serviços de saúde ao incluir milhões de brasileiros, antes sem a garantia desse direito, conquistou e consolidou seu espaço de política pública bem sucedida.

Vários obstáculos já foram superados, desde a proposta idealista de gestores e profissionais que acreditavam em um sistema de saúde baseado no cuidado integral e integrado, longitudinal, focado nos indivíduos e suas famílias, até o êxito e reconhecimento social do momento presente. O Ministério da Saúde aposta na Saúde da Família como um instrumento para fortalecer, expandir e qualificar a atenção básica como estratégia central de reordenamento de nosso sistema nacional de saúde.

São mais de 28.000 equipes a cuidar de um contingente superior a 90 milhões de pessoas, em quase todos os Municípios brasileiros. Vários estudos confirmam que o caminho está correto, que o modelo provoca impacto positivo no perfil de saúde de nossa população e o investimento vale a pena.

Assim como na vida pessoal, também no campo das políticas sociais, o amadurecimento e a conquista de espaço próprio geram responsabilidades e desafios. E quais seriam os principais desafios que o tempo presente coloca para a Saúde da Família? Onde e como queremos estar quando completarmos 20 anos de existência?

I. Valorização política e social da atenção básica e da Saúde da Família

É importante alcançar maior apoio para o fortalecimento da Saúde da Família junto aos gestores do SUS, aos responsáveis pela formação acadêmica, trabalhadores, formadores de opinião e população geral. A atenção básica deve ocupar a posição de condutora da comunidade na definição das necessidades e direitos de saúde, incorporando o conceito de empoderamento e capital social. É necessário, por exemplo, que as coordenações municipais e estaduais de Saúde da Família sejam fortalecidas e que profissionais de saúde recém-formados se inspirem e sejam atraídos a trabalhar nessa área. E que esses profissionais, atuantes, sintam-se valorizados e reconhecidos por seu trabalho.

O resultado final esperado, com a superação desse desafio, estará na identificação de um cidadão satisfeito com os serviços oferecidos pela Saúde da Família, disposto a defender seu modelo de ação em Saúde Pública e aprovar o financiamento necessário a sua manutenção.

II. Gestão descentralizada

Outro grande desafio a considerar diz respeito ao papel da Saúde da Família na organização dos sistemas municipais de saúde. O SUS é formado por uma rede de quase 50 mil unidades, muitas das quais ainda não funcionam exclusivamente na lógica da Saúde da Família.

O **Mais Saúde**, um plano de reorientação da política nacional de saúde, apóia o caráter substitutivo da estratégia Saúde da Família e prevê o alcance, no prazo de quatro anos, da meta de 40 mil equipes com potencial de atendimento a 130 milhões de brasileiros.

Outra missão a ser cumprida é do fortalecimento da capacitação dos gestores. Entre os Municípios brasileiros, 80% são de pequeno porte, responsáveis tão-somente pela oferta de serviços de atenção básica. Daí a importância de um trabalho articulado com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass – e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems.

Se a Saúde da Família é a porta de entrada e a linha-guia da organização do Sistema Único de Saúde, o SUS. Mais um desafio para seu futuro encontra-se no alinhamento de princípios para a atenção secundária e hospitalar. Por exemplo, a adscrição dos usuários. Espera-se chegar a um estágio em que a Saúde da Família possa influenciar outras esferas da Saúde, exercendo maior poder de autoridade e controle sobre os prestadores de outros níveis de atividades – fixação de custos, poder de compra, qualidade da atenção hospitalar.

Outrossim, para um melhor acompanhamento de processos e seus resultados, é necessária uma reformulação dos sistemas de informações em saúde no sentido de disponibilizar dados individualizados dos usuários, capazes de subsidiar a coordenação da rede de serviços.



III. Financiamento

Os grandes avanços alcançados nos últimos anos em relação ao aumento dos valores de financiamento da Saúde da Família apontam para a necessidade de aperfeiçoamento dos aspectos de avaliação e acompanhamento de sua aplicação.

Maiores recursos serão transferidos de acordo com o cumprimento das metas de saúde acordadas e pactuadas entre os gestores, na perspectiva da gestão por resultados. Da mesma maneira, poder-se-ão conduzir negociações com os profissionais lotados nos Municípios, em que parte dos salários esteja vinculada ao cumprimento de objetivos pré-estabelecidos.

É preciso fortalecer e aperfeiçoar o monitoramento, a avaliação, a regulação e o controle dos recursos nos três níveis de gestão do SUS. Para tanto, entre outras medidas, prevê-se a interação – fundamental – da Saúde da Família com as instâncias de controle social.

Embora o financiamento da estratégia já aconteça de forma diferenciada, segundo as especificidades regionais, essa experiência pode ser ampliada e aperfeiçoada. Aqui, o maior desafio continua a ser a inversão da lógica global de financiamento do sistema de saúde, pois os recursos orçamentários da atenção especializada, todavia, superam, consideravelmente, os alcançados pela atenção básica.

IV. Formação e educação permanente dos profissionais

Muito esforço e proporcional volume de investimentos têm sido feitos nos últimos anos, na ampliação das oportunidades de formação e educação permanente dos profissionais. Exemplo disso é a criação da unidade docente-assistencial – PET Saúde –, que valoriza e oportuniza a integração da formação acadêmica voltada aos serviços na área da Saúde, na perspectiva da Saúde da Família.

Outras iniciativas, junto ao Ministério da Educação e instituições, vêm sendo promovidas para que todos os interessados em trabalhar nessa estratégia de ação encontrem vagas de residência e especialização em número à demanda. Algumas dessas iniciativas são de formação em larga escala, nos serviços e na titulação de especialistas, como a universidade aberta e os editais de formação.

Uma fronteira ainda a ser desbravada é a de uma educação permanente organizada e efetiva na formação de competências que incrementem a capacidade de resolubilidade e sejam motivadoras à criação de mecanismos para que os profissionais da Saúde da Família adquiram habilidade e segurança na realização dos diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários a sua prática cotidiana.

V. Prática das equipes

Das equipes de Saúde da Família, espera-se que avancem, de maneira decisiva, no alcance de melhores níveis de qualidade em seu trabalho. Isso implica aprofundar, entre outros aspectos, os conceitos de responsabilidade sanitária pelo território e de vínculo entre equipes e usuários. É mister que as equipes de SF conheçam, cada vez mais, os condicionantes de saúde, risco e vulnerabilidade de grupos populacionais, famílias ou indivíduos e, dessa forma, sejam capazes de desenvolver projetos de intervenção focalizados em características pessoais ou segmentos específicos. Trata-se de uma verdadeira reformulação de saberes e práticas, incorporadora de conceitos das ciências sociais e de outros campos do conhecimento humano, mediante programas de educação permanente ministrados com propriedade, de maneira adequada.

É preciso, ademais, que as atividades de assistência individual estejam equilibradas com as atividades coletivas, educativas e participativas. As equipes devem estar aptas a utilizar, com segurança, todas as tecnologias disponíveis para seu trabalho. Entre os desafios envolvidos nessa questão, destaca-se a missão de fortalecimento da capacidade das equipes no planejamento e avaliação de resultados em saúde, juntamente com a comunidade participativa, transformando a experiência de apreciar a situação de trabalho em oportunidade de aprendizagem.

Ainda no bojo do tema da prática das equipes, abre-se uma nova perspectiva, bastante positiva e animadora, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF, unidades congregadoras de diversos profissionais especializados que ampliarão, de várias formas, os horizontes do cuidado na lógica da multidisciplinariedade.

Por fim, outro grande desafio está na implantação de redes de atenção de cuidado com unidades espacialmente distribuídas em territórios definidos, na busca da maior efetividade e qualidade dos serviços. São os chamados **Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS** –, a serem constituídos dentro dos seguintes pressupostos: (i) população e área geográfica definidas; (ii) atenção à saúde coordenada pela atenção básica; e (iii) integração com os demais pontos de atenção estruturados, para dar conta dos agravos mais importantes presentes na população circunscrita a cada um desses Territórios. As TEIA integrarão ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e vigilância, em uma perspectiva ampla de atenção à saúde, para o alcance da equidade em sua dimensão pessoal e geográfico-territorial. Os Territórios Integrados de Atenção à Saúde serão indutores de ações intersetoriais com as demais políticas sociais, como o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Ministério da Justiça), Saúde na Escola (Ministério da Educação), Um Milhão de Cisternas e Centros de Referência de Assistência Social (Ministério do Desenvolvimento Social), Territórios de Cidadania (Ministério do Desenvolvimento Agrário), Pontos de Cultura (Ministério da Cultura), Saúde Quilombola (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial) e Saúde Indígena (Fundação Nacional de Saúde). Sua estruturação, fundamentada no fortalecimento da atenção básica, é adequada, porque se organiza conforme as necessidades de saúde da população geral, de maneira efetiva e eficiente, para resolver os mesmos problemas com menos recursos e auxiliar no grande desafio de promover **Mais Saúde** para mais brasileiros.

OS DESAFIOS DA RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AMÉRICAS



O continente americano apresenta uma situação bastante diversa sobre a forma como cada sistema nacional de saúde implementou serviços de Atenção Primária em Saúde – APS –, desde realidades onde o acesso é universal e gratuito, com prestação de cuidados ofertada de forma integral, a contextos em que coexistem segmentação, copagamento e privatização. Em um cenário de tal natureza, cabe à Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – expressar seu entendimento sobre a matéria e promover a discussão dos princípios, diretrizes, dificuldades e caminhos a seguir.

O ano de 2008 imprime alta carga simbólica à APS em todo o mundo. Celebram-se 30 anos da Conferência de Alma-Ata e sua atemporal Declaração, momento histórico que trouxe dimensão global à responsabilidade de oferecer atenção à saúde para todas as pessoas e colocou os governos de todo o mundo na posição de protagonistas dessa grandiosa tarefa.

Diz o parágrafo quinto da Declaração de Alma-Ata:

“Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.”

A meta prevista no parágrafo quinto não foi alcançada, seja nas Américas, seja nas demais macrorregiões do planeta, o que nos impôs a necessidade de reafirmar esse compromisso e promover uma releitura dos princípios da Declaração à luz do atual contexto econômico, político, social e cultural do continente. A OPAS assumiu esta tarefa, coordenou 20 consultas nacionais sobre APS entre maio e julho de 2005 e produziu o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, fruto deste esforço transnacional de estabelecer um marco conceitual digno de sustentar o legado de Alma-Ata.

Os conceitos e princípios da Atenção Primária Renovada devem nortear a organização deste nível de cuidado nos Sistemas Nacionais de Saúde, sendo a APS, ao mesmo tempo, porta preferencial de acesso e *locus* responsável por coordenar a progressão dos usuários a outros níveis de atenção. Seus serviços devem ser implementados o mais próximo possível das pessoas e comunidades, visando configurar uma responsabilidade sanitária definida de acordo com uma ampla gama de determinantes de saúde – biológicos e não biológicos – e disponibilizando ações que incluam a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação, ponto de partida de uma linha de cuidado integral e contínuo. Em suma, a APS renovada precisa ser encarada como Direito Humano inalienável, que deve ser amparado por mecanismos legais e compromissos financeiros que garantam sua manutenção ao longo do tempo.

O quadro a seguir, integrante do documento de renovação acima citado, expressa o consenso regional sobre os fatores facilitadores e as principais barreiras à implementação da APS nas Américas.

Facilitadores e barreiras à implementação eficaz da Atenção Primária à Saúde nas Américas

Área	Fatores facilitadores	Barreiras
Visão/abordagem à saúde	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem integrada à saúde e seus determinantes Promoção da saúde da comunidade Promoção da auto-responsabilidade individual, familiar e comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> Visão fragmentada da saúde e conceitos de desenvolvimento Indiferença quanto aos determinantes da saúde Falta de abordagem preventiva e de auto-cuidados Enfoque excessivo na atenção curativa e especializada Operacionalização insuficiente de conceitos de APS Diferentes interpretações de APS
Características de sistemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura universal como parte da inclusão social Serviços baseados nas necessidades da população Funções de coordenação em todos os níveis Cuidados baseados em evidências e qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> Reformas de saúde que segmentaram as pessoas com base em sua capacidade de pagar por serviços de saúde Divisão entre o setor público, privado e de seguridade social Falta de coordenação e sistemas de referência Capacidade regulatória deficiente
Liderança e gestão	<ul style="list-style-type: none"> Avaliações regulares do desempenho Processos de reforma participativa Identificação correta de prioridades setoriais Práticas para chegar ao consenso Integração da cooperação local e global Sistemas fortalecidos e integrados de informação em saúde e gestão 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de comprometimento político Centralização excessiva de planejamento e gestão Liderança frágil e falta de credibilidade ante os cidadãos Mobilização de interesses opostos à APS Participação limitada da comunidade e exclusão de outros grupos de interesse
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Ênfase na qualidade e melhora contínua Educação profissional contínua Desenvolvimento de equipes multidisciplinares Promoção da pesquisa Desenvolvimento de capacidades de gestão 	<ul style="list-style-type: none"> Condições inadequadas de emprego Competências pouco desenvolvidas Interesse limitado em pesquisa e desenvolvimento operacional Pouco uso de técnicas de gestão e de comunicação Predominância de abordagens curativas e biomédicas
Condições macroeconômicas e de financiamento	<ul style="list-style-type: none"> Políticas para garantir o financiamento adequado com o tempo Sistemas para a utilização eficiente e equitativa de recursos Políticas macroeconômicas mais sólidas, favorecendo os pobres 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de sustentabilidade financeira para a APS Gastos públicos concentrados em especialidades médicas, hospitais e alta tecnologia Orçamentos inadequados dedicados à APS Pressões pela globalização e instabilidade econômica
Abordagem de cooperação internacional para o setor Saúde	<ul style="list-style-type: none"> A APS reflete os valores sociais e as necessidades de saúde da população APS como elemento central das políticas nacionais de saúde As reformas fortalecem o papel dirigente do Estado Estruturas políticas e legais para as reformas da saúde Políticas progressivas de descentralização As reformas de saúde fortalecem em vez de enfraquecer os sistemas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Estratégias e prioridades específicas por doenças Valores da sociedade não considerados em iniciativas de reformas Alvos limitados e muito vinculados a tempo, que não refletem as prioridades da população Pouca continuidade das políticas de saúde Abordagens excessivamente verticais e centralizadas Custos transferidos a cidadãos, com consulta limitada

Fonte: "Renovação da APS nas Américas - Documento de Posicionamento OPAS-OMS – 2007"

Ainda há muito que avançar. Onde houve falhas na implementação, deve-se corrigi-las e concluir o processo. Onde há equívocos de conceito e entendimento, promover a discussão ampla com os atores envolvidos e o controle social. Onde a posição institucional da APS for débil, ampliar as ações de advocacy e produzir evidências que a consolidem ao longo de governos e transições econômicas. A APS, assim como qualquer outra política pública, não se sustentará sem o aval da população a quem servir. E a população, por sua vez, não irá referendar ações não resolutivas, que caiam no discurso vazio e não agreguem valor a sua qualidade de vida.

GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE – do Ministério da Saúde foi criada para estimular e apoiar a participação social em todas as esferas do SUS, incluindo os Conselhos e Conferências, Comitês de Promoção da

Eqüidade em Saúde e Educação Permanente para o Controle Social, além de contar com o trabalho do Departamento Nacional de Auditoria (Denasus), do Departamento de Ouvidorias Geral do SUS e do Departamento de Monitoramento

e Avaliação da Gestão. Assim, a SGEPE cria processos e instrumentos voltados à produção e manutenção de espaços e instrumentos democráticos de gestão, abertos à participação e ao controle social.

PARTICIPE!

Ouvidoria Geral do SUS, um importante instrumento de gestão e participação

Ao longo de todo o ano de 2007, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges) recebeu 7.468.478 ligações em sua central de teleatendimento, produzindo mais de 13 milhões de atendimentos à população. De janeiro a junho de 2008, ou seja, em apenas seis meses, enquanto o número de ligações foi de 4.065.840, o número de atendimentos gerados foi de 9.155.263. Em uma projeção desses números até dezembro de 2008, enquanto o número de ligações tenderia a 8.131.680, o número de atendimentos gerados chegaria a 18.310.526, superando, assim, os quantitativos do ano anterior.

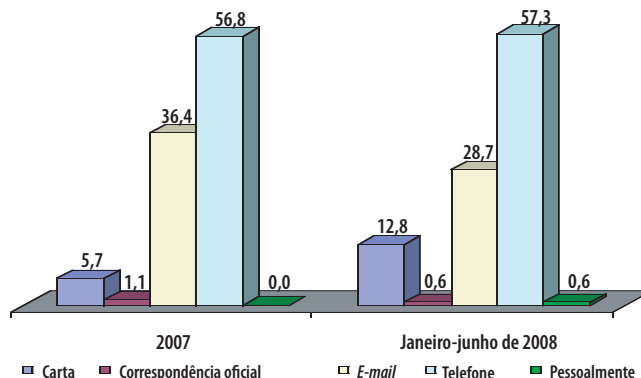
Em abril de 2006, foi implantado o ‘Sistema Ouvidor SUS’, que organiza, acompanha e controla todas as demandas encaminhadas à Ouvidoria por carta, e-mail, telefone ou fax, ou ainda, pessoalmente. Ao comparar os encaminhamentos de janeiro a dezembro de 2007 com os de janeiro a junho de 2008 (períodos de seis meses) relacionados à estratégia Saúde da Família, vemos que, enquanto os índices percentuais de chamadas telefônicas praticamente se mantiveram, os encaminhamentos por carta aumentaram em 7,1% e os encaminhamentos por e-mail foram 7,7% menores que os do ano anterior.

Número de ligações recebidas e atendimentos realizados pela Ouvidoria Geral do SUS por intermédio do serviço Disque Saúde, em 2007 e de janeiro a junho de 2008



Fonte: MS, SGEPE, Ouvidoria Geral do SUS

Percentual das formas de encaminhamento de demandas à estratégia Saúde da Família registradas pela Ouvidoria Geral do SUS, em 2007 e de janeiro a junho de 2008



Fonte: MS, SGEPE, Ouvidoria Geral do SUS

Para saber mais:

Para montar uma Ouvidoria em seu Estado ou Município, acesse: www.saude.gov.br
E clique em Ouvidoria

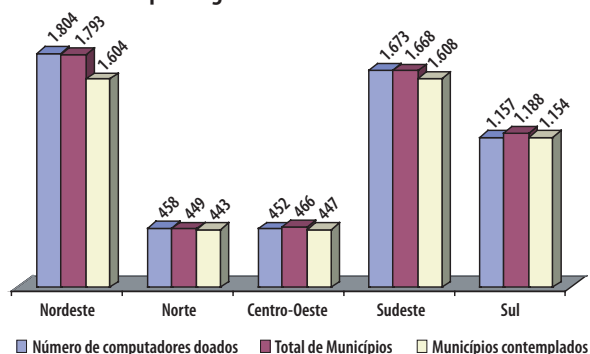
Os Conselhos de Saúde e o Programa de Inclusão Digital – PID

O Projeto de Inclusão Digital – PID – dos Conselhos de Saúde é uma parceria entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e o Conselho Nacional de Saúde – CNS – com o objetivo de assegurar aos Conselhos os equipamentos de informática necessários e as condições de acesso à internet.

Para que os Conselhos Municipais e Estaduais sejam contemplados pelo PID, é preciso que a gestão – municipal ou estadual – garanta o funcionamento e a manutenção das sedes desses Conselhos e, além disso, que eles estejam inscritos no cadastro nacional do Conselho Nacional de Saúde.

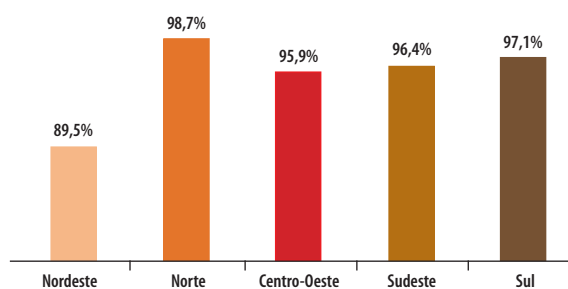
O PID assegura aos Conselhos ferramentas importantes para a consolidação de um processo intensivo e continuado de apropriação e uso de informações e comunicações, importantes para o exercício do controle social em saúde, conforme orienta a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

Número de computadores distribuídos pelo PID por Regiões brasileiras em 2008



Fonte: MS, SGEPE, CNS

Percentual de Municípios cadastrados/contemplados na distribuição de computadores pelo PID para os Conselhos Municipais de Saúde por Regiões brasileiras em 2008



Fonte: MS, SGEPE, CNS

Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus

A auditoria, vista como instrumento de gestão para proteger e fortalecer o Sistema Único de Saúde, contribui efetivamente para a alocação e aplicação adequada dos recursos e para a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos.

Em consonância com as diretrizes do sistema, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus – é o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria – SNA. O Denasus tem se afirmado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, na lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando o acompanhamento das ações de saúde e a análise de seus resultados.

O Sistema de Auditoria do SUS – Sisaud/SUS – é um sistema informatizado, voltado para a interação e integração do SNA. O Sisaud/SUS tem por objetivo a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria.

**Disque Saúde:
0800 61 1997**

*Serviço gratuito,
segunda a segunda,
24 horas por dia.*

*Atendimento ao vivo,
de segunda a sexta-feira,
das 7 às 19h.*



CADASTRO NACIONAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Seu Município está cadastrado? Seus dados estão atualizados?
Conheça e visite o Conselho Nacional de Saúde na Internet:

www.conselho.saude.gov.br

METAS DO MILÊNIO

A Assembleia Geral das Nações Unidas, no ano de 2000, reunindo 191 países na Cúpula do Milênio, comprometeu-se a cumprir os seguintes OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO:

Até 2015,

Erradicar a extrema pobreza e a fome



Metas

- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar, calculado pela paridade de seu poder de compra em cada país.
- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome.

Atingir o ensino básico universal



Meta

- Garantir que, até 2015, todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino básico.

Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres



Meta

- Eliminar a disparidade entre os sexos no ensino primário e secundário, se possível até 2005, e em todos os níveis de ensino, mais tardar até 2015.

Reduzir a mortalidade na infância



Meta

- Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

Melhorar a saúde materna



Meta

- Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.



Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças

Metas

- Até 2015, ter detido a propagação do HIV/aids e começado a inverter a tendência atual
- Até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual



Garantir a sustentabilidade ambiental

Metas

- Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável às políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais.
- Reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável segura.
- Até 2020, ter alcançado uma melhora significativa nas vidas de pelo menos 100 milhões de habitantes de bairros degradados.



Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Metas

- Avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras, previsível e não discriminatório.
- Atender as necessidades especiais dos países menos desenvolvidos
- Atender às necessidades especiais dos países sem acesso ao mar e dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento
- Tratar globalmente o problema da dívida dos países em desenvolvimento, mediante medidas nacionais e internacionais, de modo a tornar sua dívida sustentável a longo prazo
- Em cooperação com os países em desenvolvimento, formular e executar estratégias que permitam aos jovens obter um trabalho digno e produtivo
- Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento; em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, especialmente das tecnologias de informação e de comunicações.

NA INTERNET

BRASIL

Governo Federal
www.brasil.gov.br

MS

Ministério da Saúde
www.saude.gov.br

OPAS

Organização Pan-Americana da Saúde
www.opas.org.br

CNS

Conselho Nacional de Saúde/MS
www.conselho.saude.gov.br

RIPSA

Rede Interagencial de Informação para a Saúde
www.opas.org.br/ripsa

BVS/MS

Biblioteca Virtual em Saúde/MS
www.ministerio.saude.bvs.br

CONASS

Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde
www.conass.org.br

CONASEMS

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
www.conasems.org.br

Datasus

Departamento de Informação e Informática do SUS/MS
www.datasus.gov.br

CADERNOS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>

CGU

Controladoria-Geral da União
www.portaldatransparencia.gov.br

IPEA

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
www.ipea.gov.br

IBGE

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
www.ibge.gov.br

DIEESE

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
www.dieese.org.br

Notícias e informações de todos os Ministérios, Secretarias, Programas e Projetos

Informações para usuários, trabalhadores e gestores da Saúde, com acesso a todas as Secretarias, programas e projetos do Ministério. Legislação, publicações e mais.

Informações e atualidades, acesso a redes e ao boletim eletrônico, informativos e publicações. Acesso à OMS e outras instituições.

Informação atualizada sobre o Conselho, conferências, lutas e atividades em curso. Boletins, jornais e publicações. Acesso ao Cadastro Nacional, pautas, deliberações e muito mais.

Os Indicadores e Dados Básicos para Saúde – IDB – são os principais produtos da Ripsa, atualizados a cada ano. Notícias e informações sobre sua estrutura e funcionamento.

Importante repositório de textos e publicações da área da Saúde, com entradas para redes e bibliotecas virtuais, Legislação Federal, bases de dados e notícias.

Notícias e informação atualizada sobre o Conselho, as Secretarias de Estado da Saúde e atividades em curso. Publicações, Coleção Progestores, Legislação do SUS e outras matérias de interesse.

Portal das Secretarias Municipais de Saúde. Informação atualizada e notícias. Publicações, acesso a outros portais, Legislação do SUS e muito mais.

Acesso interativo às principais bases de dados do Ministério da Saúde. informações em saúde, produção ambulatorial e hospitalar, aplicativos (*softwares*), arquivos e publicações.

Dados de saúde, saneamento, financiamento, produção e mais, atualizados, por Região, Estado ou Município. Na página do Datasus / informações em saúde / indicadores de saúde / cadernos de saúde

O Portal da Transparência permite ao cidadão acompanhar a execução orçamentária dos programas e ações do Governo Federal e os recursos transferidos a Estados e Municípios.

Informações socioeconômicas sobre o país, publicações, arquivos e biblioteca, estudos e pesquisas setoriais voltados ao planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

Portal brasileiro da informação. Censos, estudos e pesquisas que podem ser “baixados” pela internet, sem custo para o usuário. Informações sobre todos os Municípios e Estados. Mapas interativos. Biblioteca, loja virtual e muito mais.

Informações sobre emprego e desemprego, custo de vida, cesta básica, salário mínimo. Publicações, estudos e pesquisas, notas técnicas, indicadores, metodologias e cooperação técnica.

Monitoraids

Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

www.aids.gov.br/monitoraids

Instrumento de monitoramento da epidemia de aids, com indicadores socioeconômicos e epidemiológicos para o Brasil, Regiões e Estados. Boletins epidemiológicos, textos e informação.

BIREME

Biblioteca Virtual em Saúde/OPAS

www.bireme.br

Pesquisa e acesso eletrônico a textos, livros, revistas e artigos na área da Saúde, acesso às bases Lilacs, SciELO, Cochrane e a outras bibliotecas virtuais temáticas. Fotocopiagem.

ABRASCO

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

www.abrasco.org.br

Notícias e informação atualizada na área da Saúde Coletiva. Biblioteca e livreria. Boletins, revistas e livros. Relatórios e textos dos grupos de trabalho temáticos.

FGV

Fundação Getúlio Vargas

www.fgv.br

Pesquisas, bibliotecas e publicações. Indicadores econômicos.

IBASE

Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

www.ibase.org.br

Notícias e informações, projetos e pesquisas sobre economia solidária, Fórum Social Mundial, monitoramento de políticas públicas, segurança alimentar, juventude e meio ambiente. Campanhas e acesso a outras redes.

REDE FEMINISTA DE SAÚDEwww.redesaude.org.br

Portal da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, reúne informações, documentos, publicações e links com outros movimentos e entidades, além de publicar boletins eletrônicos

Domínio público

Biblioteca Digital do Ministério de Educação (MEC)

www.dominiopublico.gov.br

Milhares de livros, vídeos, fitas de áudio e imagens de domínio público disponibilizadas gratuitamente pela Internet.

Banco de preços em saúde<http://dtr2001.saude.gov.br/banco/index.htm>

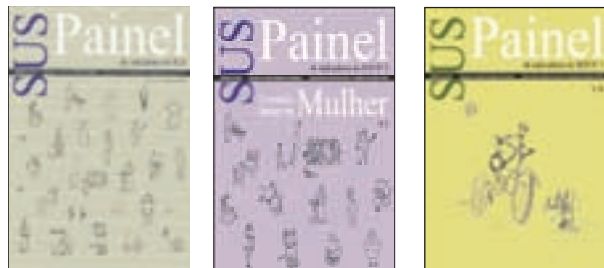
Serviço do Ministério da Saúde com informações de preços e relatórios gerenciais visando não apenas à divulgação dos preços como também auxiliar as instituições na melhor gestão de seus recursos financeiros, bem como de seus produtos de saúde.

Sistemas de Informações para a Gestão do Trabalho em Saúdehttp://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1078

Bancos de dados com informações sobre o mercado de trabalho em saúde. Instrumento para a tomada de decisão e apoio à formulação de políticas pelos três níveis da Saúde Pública e pela Saúde Complementar privada.



PUBLICAÇÕES



Painel de Indicadores do SUS

Visão panorâmica e exploratória da Saúde Pública, o Painel de Indicadores do SUS, dirige-se aos Conselheiros de Saúde – usuários, trabalhadores e gestores –, apresenta um breve perfil dos impactos da transição demográfica, novos modos de vida e políticas públicas nos indicadores de saúde do País. Disponível no sítio: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_do_sus.pdf.

Revista Brasileira Saúde da Família

Traz informação científica, fatos, relatos e experiências bem-sucedidas de equipes, Municípios e Estados na condução da atenção básica/Saúde da Família. Cada volume aborda um tema específico, com material ilustrativo, fotos e gráficos. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em Publicações.



Cadernos de Atenção Básica

Esta série tem o objetivo de subsidiar os profissionais de saúde, oferecendo atualizações e indicações de ações baseadas em evidências, sobre temáticas frequentes em atenção básica/Saúde da Família, buscando auxiliar na correta implementação do modelo assistencial. Constitui-se em um importante instrumento de valorização das práticas de saúde. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em Publicações.



Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

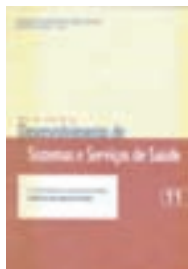
A concepção da PNAB fundamentou-se nos princípios assistenciais e organizativos do SUS consignados na legislação: os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera do governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família. Aprovada e publicada no ano de 2006, a PNAB é marcada pela maturidade no que se refere à atenção básica/Saúde da Família. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como objetivo prioritário consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em Publicações..



Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

Este livro apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. A PNPIIC atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos Municípios e Estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa-acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina Antroposófica e do termalismo-crenoterapia. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em Publicações





Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica

Esta publicação incorporou registros preexistentes de momentos históricos, bem como estudos já realizados sobre a situação da saúde bucal nos diferentes momentos políticos brasileiros. Seu objetivo foi sintetizar um material para leitura que oferecesse um panorama de construção da política pública Brasil Sorridente. Para tanto, foram consultados alguns dos principais autores da área. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em **Publicações**.

Manual para os Agentes Comunitários de Saúde

Apresenta informações sobre saúde, alimentação e nutrição a serem compartilhadas pelo agente comunitário de saúde com as famílias acompanhadas e atendidas pelo SUS, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis, pelo direito a uma alimentação adequada. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em **Publicações**.



Evidências Clínicas: Conciso

Condutas clínicas com base em evidência científica. O uso da evidência como selecionador de condutas clínicas permite que os profissionais de saúde tomem decisões mais adequadas e qualificadas, na hora do cuidado com os usuários do SUS. Assim, é possível obter melhores resultados. Estão descritas as melhores evidências disponíveis, provenientes de revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados (ECRs) e estudos observacionais, quando apropriado. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em **Publicações**.

Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências

Fonte segura e rica de informações para os profissionais no cuidado integral à saúde. É um compêndio de fácil leitura, organizado de forma lógica, que permite a assimilação da informação de maneira rápida e simples. São explicitados níveis de evidências para as intervenções terapêuticas e preventivas. Em suma, procurou-se contemplar os avanços e as mudanças verificadas na área médica. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em **Publicações**.

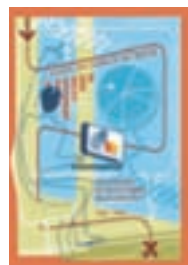


Guia Alimentar para a População Brasileira

As primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população. Questões relacionadas às deficiências nutricionais e às doenças infecciosas, juntamente com a apresentação das prioridades de Saúde Pública no Brasil. Contribui para a prevenção das deficiências nutricionais, incluindo as de micronutrientes (fome oculta), e para aumentar a resistência a muitas doenças infecciosas em crianças e adultos. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em **Publicações**.

Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Saúde da Família (AMQ)

Representa o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da política de monitoramento e Avaliação para Melhoria de Qualidade (AMQ) no âmbito da atenção básica/Saúde da Família. O instrumento possibilita a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes entre a população. A partir desse conhecimento, os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade das ações da Saúde da Família. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em **Publicações**.



Saúde da Família no Brasil – uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004

A pesquisa "Saúde da Família no Brasil" descreve, comparativamente, no período de 1998 a 2004, a evolução de alguns indicadores de saúde segundo estratos de cobertura da Saúde da Família no país, considerando o índice de desenvolvimento humano – IDH – dos Municípios. Um dos pontos de destaque da publicação é de que a Saúde da Família promove equidade, um dos princípios mais caros ao SUS. A estratégia Saúde da Família tem maior cobertura em Municípios de IDH mais baixo, onde consegue aproximar seus indicadores aos de 71 outros Municípios de IDH mais alto. A pesquisa mostra, claramente, que a opção pela Saúde da Família traz resultados positivos nesses indicadores, sendo uma estratégia a ser priorizada na consolidação do SUS. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em **Publicações**.



Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização

O documento contextualiza a trajetória de construção de uma avaliação de políticas e programas de saúde no âmbito da atenção básica/Saúde da Família. Apresenta as bases conceituais e as principais estratégias orientadoras das ações desenvolvidas. Contribui para o debate sobre avaliação, entendida como ferramenta de negociação permanente e de formação das pessoas no cotidiano de suas práticas, com vistas a sua institucionalização. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em Publicações

Caderno: Sistema de Informação em Atenção Básica (Siab) – Edição 2005

O Siab é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família. Esta publicação apresenta os resultados da análise dos indicadores do Siab referentes a Municípios que informaram no Sistema todos os meses do ano, cujas bases encontravam-se livres de erros e inconsistências após aplicação de uma criteriosa rotina de limpeza de dados realizada durante o ano de 2005. Disponível no sítio: www.saude.gov.br/dab. Clique em Publicações



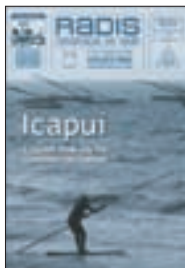
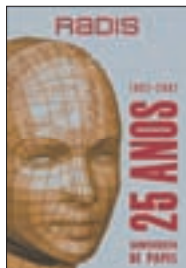
Saúde Brasil 2004, 2005 e 2006 – uma análise da situação de saúde

Publicação fundamental para o conhecimento da situação de saúde no Brasil e suas desigualdades, a série Saúde Brasil é voltada à produção e disseminação de análises epidemiológicas que visam aprimorar o conhecimento para a ação, além de fornecer elementos para a compreensão dos determinantes sociais e tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer. É produzido pelo Departamento de Análise da Situação da Saúde da SVS/MS. Disponível no sítio:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1133

O SUS de A a Z

Objetiva propiciar aos dirigentes do SUS informações essenciais à condução de questões de saúde pela gestão local MS e CONASEMS. Disponível no sítio: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>



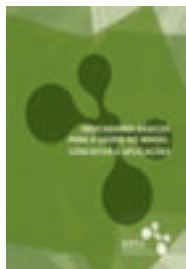
RADIS – Comunicação em saúde

Publicação mensal, difusora nacional de jornalismo em Saúde Pública. Vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz. Disponível no sítio: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/>

Epidemiologia e Serviços de Saúde

Publicação técnico-científica do Sistema Único de Saúde do Brasil, especializada em estudos epidemiológicos para o aprimoramento dos serviços do SUS. Publicação da SVS/MS, disponível no sítio: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1133





Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações

Livro de 349 páginas que consolida todo o conteúdo do IDB, incluindo sua concepção e o processo de construção coletiva adotado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Apresenta a Matriz de Indicadores e suas características principais, por categorias de indicadores demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. As fichas de qualificação compõem um conjunto padronizado, com tópicos sobre: conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de dados, método de cálculo e categorias de análise, seguidos de uma tabela comentada. Cerca de 30 fontes de informação utilizadas na construção desse conjunto de indicadores estão descritas em capítulo próprio.

Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas

Este documento de posicionamento OPAS-OMS pretende ser uma referência para todos os países que buscam fortalecer seus sistemas de atenção em saúde. Ele revê o legado de Alma-Ata em nosso continente, estabelece marcos conceituais, articula componentes de uma nova estratégia para a renovação da APS e delinea os passos que devem ser tomados para alcançar essa visão ambiciosa. Sua redação final é fruto de vinte consultas nacionais, realizadas nos países da região, e está disponível nos idiomas inglês, espanhol, português e francês.



Indicadores e Dados Básicos Brasil (IDB)

Apresentado em folheto com dados para o último ano informado, relativos a indicadores selecionados da base completa do IDB. A base compreende 120 indicadores, em série histórica desde 1990, desagregados por grandes Regiões, Estados, Regiões Metropolitanas e Municípios das capitais. Os conceitos e critérios adotados estão contidos na ficha técnica de cada indicador, também acessível em página eletrônica. O folheto do IDB 2006 apresenta como tema do ano a 'Saúde do Homem', vista por meio de alguns indicadores ilustrados na capa e na contracapa da publicação.

Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi>



Formulário Terapêutico Nacional

Contém informações científicas, isentas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename –, visando subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. Sua estrutura e formato visam favorecer a consulta, de forma rápida e objetiva. Dispõe indicações terapêuticas, contra-indicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas e cuidados de administração, orientação ao paciente, formas e apresentações disponíveis comercialmente e incluídas na Rename, além de aspectos farmacêuticos dos medicamentos selecionados. De acordo com a OMS, o desenvolvimento de formulários nacionais de medicamentos implica decisão política e de Saúde Pública, constituindo um esforço direcionado a promover o uso racional dos medicamentos essenciais. O Formulário Terapêutico Nacional pretende ser decisivo vetor para o uso racional de medicamentos, com indubitáveis benefícios individuais, institucionais e nacionais. Para o paciente, contribui para obtenção de terapia com eficácia, segurança, conveniência e menor custo. Institucionalmente, favorece a melhoria do padrão de atendimento e significativa redução de gastos. Em plano nacional, a legislação pautada por evidências definidoras de condutas racionais acarreta conseqüências positivas sobre mortalidade, morbidade e qualidade de vida da população. Dessa forma, o FTN atualizado a cada nova edição da Rename, representa instrumento racionalizador do uso de medicamentos no Brasil.



POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL – Um século de luta pelo direito à saúde

O filme aborda mais de 100 anos de nossa história, dos acúmulos e conquistas sociais que resultaram na institucionalização do SUS. Dirige-se especialmente aos conselheiros e conselheiras de saúde, movimentos sociais, instituições de ensino e entidades de trabalhadores, além de estimular o debate das etapas municipais e estaduais das conferências de saúde e servir como material didático na formação de conselheiros e profissionais de saúde em escolas, cursos e centros de formação. Para obter cópias ou informações, fale conosco:

sgep.dema@saude.gov.br. Ou acesse e grave no endereço:

www.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/filme1.zip

SALUD EN LAS AMÉRICAS

Valioso estudo para quem quer saber mais sobre a Saúde nos países das Américas.
Publicação da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS.
Disponível em espanhol; e em versão eletrônica gratuita.



SIGLÁRIO

ACD – auxiliares de consultório dentário	NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ACS – agente comunitário de saúde	Nupes – Núcleo de Estudo Político-Sociais em Saúde
AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Saúde da Família	OMS – Organização Mundial da Saúde
AVC – acidente vascular cerebral	ONU – Organização das Nações Unidas
BIRD – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, Banco Mundial	OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
CD – cirurgião-dentista	PAB – Piso da Atenção Básica
CEO – centro de especialidade odontológica	ParticipaNetSUS – Sistema Nacional de Informações sobre Conselhos de Saúde
CGPIN – Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização	PID – Projeto de Inclusão Digital
CIB – Comissão Intergestores Bipartite	PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão	PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
CMS – Conselho Municipal de Saúde	PNI – Programa Nacional de Imunização
CNS – Conselho Nacional de Saúde	PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	Proesf – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
CONASS – Conselho Nacional Secretários de Saúde	Prograb – Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
CRIE – Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais	PSE – Programa Saúde na Escola
DAB - Departamento de Atenção Básica	Reforsus – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
DAE – Departamento de Atenção Especializada	Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
Dasis – Departamento de Análise de Situação em Saúde	SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
Datasus – Departamento de Informação e Informática do SUS	SF – Saúde da Família
DCNT – doenças crônicas não transmissíveis	SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
DESAI – Departamento de Saúde Indígena	Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica
DSEI – Distritos Especiais Indígenas	SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
EC 29 – Emenda Constitucional No 29	SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
FGV – Fundação Getúlio Vargas	Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Fiocruz – Fundação Instituto Oswaldo Cruz	Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
FNS – Fundo Nacional de Saúde	Sisaud/SUS – Sistema de Auditoria do SUS
FSP – Faculdade de Saúde Pública	Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
GM – Gabinete Ministerial	SNA – Sistema Nacional de Auditoria
HiperDia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos	SUS – Sistema Único de Saúde
IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
ICC – insuficiência cardíaca congestiva	TCG – Termo de Compromisso de Gestão
IDB – indicadores e dados básicos	THD – técnicos de higiene dental
IDH – índice de desenvolvimento humano	TMI – taxa de mortalidade infantil
Inca – Instituto Nacional do Câncer	UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
LGBTT – Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	USP – Universidade de São Paulo
MS – Ministério da Saúde	Vigitel – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico