



Saúde dentro
de casa

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Biblioteca MS



18082007564

Ministério da Saúde

Fundação nacional de Saúde

Coordenação de Saúde da Comunidade

Esplanada dos Ministérios - Bloco 11 - Anexo B - Sala 338

CEP: 70058.000

Fone: (061) 226-2693, 315-2797, 321-1822

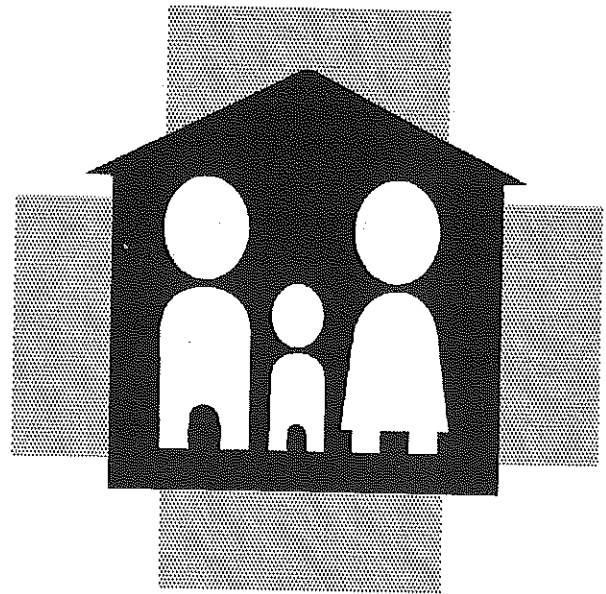
Fax: (061) 226-4340

Apoio



Fundo das Nações Unidas para a Infância

Março 1994 - 1.200 exemplares



Saúde dentro
de casa

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AGE
WA 308
B823
v. 2
1944
1 ed.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
BIBLIOTECA
MEMÓRIA TÉCNICA

Ministro da Saúde
Henrique Santillo

Presidente da Fundação Nacional de Saúde
Álvaro Antonio Melo Machado

Diretor do Departamento de Operações
José Lázaro de Brito Ladislau

Coordenação de Saúde da Comunidade
Heloíza Machado de Souza

Gerente do Programa de Saúde da Família
Eliana Maria Dourado Mattos

BIBLIOTECA	
Ministério da Saúde	
Registro	D
MF 3158	28/10/00
04/01/00	2.2

100 0200 7564

SUMÁRIO

Apresentação	5
Bases do Programa	7
Objetivos	9
Metas	10
Atividades da equipe do PSF	11
Operacionalização	13
Recrutamento e treinamento de pessoal	15
Acompanhamento, supervisão e avaliação	16
Organização e gerência	18
Propostas para o financiamento	19
Cronograma	20

Apresentação

O Programa de Saúde da Família-PSF, tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da saúde, implementando os princípios fundamentais de Universalização, Descentralização, Integralidade e Participação da Comunidade. Atenderá principalmente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde.

Ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

A equipe de saúde em regime de dedicação exclusiva e vivendo no local, atenderá uma comunidade entre 800 a 1.000 famílias, possibilitando um conhecimento profundo, um bom relacionamento, favorecendo a humanização do atendimento e o desenvolvimento de responsabilidade mútua.

Para a efetiva implantação do PSF, as equipes do Programa deverão ter asseguradas as condições necessárias para o desenvolvimento das ações preconizadas, especialmente material, equipamentos, medicamentos e remuneração diferenciada aos profissionais.

Esperamos que o PSF seja uma contribuição para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor de saúde, que aponte para um novo paradigma: a qualidade de vida.



Henrique Santillo
Ministro da Saúde

BASES DO PROGRAMA

Modelo voltado para a proteção e promoção da saúde

Afastando-se do atual modelo assistencial centrado na doença e no hospital, o Programa de Saúde da Família - PSF, proporciona a desburocratização do atendimento, através da atenção integral e contínua a todos os membros da família.

Área de abrangência com adstrição de clientela

A equipe básica do PSF será responsável por uma área onde habitem cerca de 800 a 1.000 famílias. Este critério deve ser flexível, tendo-se em conta a densidade demográfica, acessibilidade e outros aspectos relevantes.

Composição da equipe

A equipe básica do PSF deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Estes números poderão ser alterados de acordo com a realidade e disponibilidade locais.

A equipe será vinculada ao nível local do SUS, que assegurará a referência e contra-referência, o processo de supervisão e a educação continuada.

Residência na comunidade

A equipe do PSF deverá residir na própria área de atuação, trabalhando em regime de dedicação exclusiva.

Participação comunitária

Através de ações de educação e promoção da saúde, a equipe do PSF deverá promover a participação ativa da comunidade em seu trabalho. Com a parceria dos diversos setores e instituições existentes na comunidade, também deverá difundir informações sobre a situação epidemiológica local e causas que acarretem riscos à saúde da população.

Âmbito de atenção

A equipe do PSF dará atenção integral e contínua a todos os membros de cada família, independente de faixa etária, sexo e estado de saúde. Além da atenção à demanda espontânea dos moradores, a equipe atenderá a demanda organizada a partir de prioridades epidemiológicas, bem como a gerada pelas ações educativas e coletivas.

Integração ao Sistema

Nas localidades onde for implantado, o PSF ampliará a porta de acesso ao sistema local de saúde, garantindo o atendimento às necessidades de saúde e ao sistema de referência e contra-referência.

Impacto sobre a formação de Recursos Humanos

Após sua implantação, o PSF abrirá a possibilidade de redirecionamento na formação dos profissionais de saúde, tecnicamente competentes e integrados na filosofia do SUS.

Remuneração diferenciada

Os profissionais do PSF terão uma política salarial diferenciada e adequada para o digno exercício profissional.

Controle social

O controle social do PSF será exercido pelos Conselhos de Saúde e pelas comunidades atendidas, através do controle da qualidade dos serviços prestados, da avaliação do desempenho profissional da equipe de saúde e dos mecanismos legais previstos na lei orgânica do SUS.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade.

Objetivos específicos

Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida.

Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário.

Prevenir as doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta.

Fornecer atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adstrita, seja no nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar.

Atender a população adstrita, preferencialmente através de agendamento, obedecendo as normas dos programas de saúde existentes, preservando, entretanto, a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares.

Buscar a humanização do atendimento e, através do inter-relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação do usuário.

Racionalizar o acesso e o fluxo interno do sistema de saúde (do nível de atenção primária até os de maior complexidade).

Estimular a extensão da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento no sistema de saúde.

Garantir, aos profissionais do PSF, supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamentos para aprimoramento.

Divulgar, fundamentalmente junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os fatores determinantes de doenças.

Incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

METAS

Para o primeiro ano de operacionalização (1994), as metas do programa são:

- constituir e capacitar 2.500 equipes para o PSF;
- beneficiar 2,5 milhões de famílias;
- implantar o PSF nas 26 Unidades da Federação e Distrito Federal, em municípios onde os serviços de saúde estejam municipalizados e que queiram espontaneamente aderir ao Programa.

ATIVIDADES DA EQUIPE DO PSF

Atendimento na comunidade

Diagnóstico de saúde da comunidade

A equipe realizará o cadastramento e o diagnóstico de saúde da comunidade de sua área de abrangência, de modo a organizar e planejar as atividades de proteção, promoção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde, bem como gerar informações para atualização das análises e diagnósticos da situação local.

Visita domiciliar

A visita domiciliar é fator essencial ao processo de vigilância à saúde e interação entre a equipe do PSF e a comunidade.

As equipes de saúde realizarão as visitas domiciliares programadas, segundo critérios epidemiológicos, ou, quando solicitadas, com a finalidade de acompanhar a situação de saúde das famílias.

Internação domiciliar

Em casos de doenças crônicas, de baixo risco ou pacientes em fase de recuperação, este procedimento deverá ser estimulado sempre que as condições clínicas o permitirem, a critério da equipe do PSF e da família. A internação domiciliar visa o bem-estar e humanização dos cuidados, garantindo-se aos pacientes, no entanto, o efetivo internamento hospitalar, quando necessário.

Participação em grupos comunitários

As equipes de saúde deverão estimular e participar de reuniões de grupos abordando temas pertinentes aos princípios do programa, à organização e controle sociais, à incorporação do saber popular e à solução dos problemas prioritários da comunidade.

Atendimento nas unidades de saúde

Nas unidades, a atenção à saúde ocorrerá tanto para a demanda espontânea como para a organizada; os programas de saúde serão adequados às necessidades locais .

As equipes deverão receber os materiais de consumo e permanente necessários para o desenvolvimento das atividades, particularmente os medicamentos essenciais do programa, definidos pela Coordenação Nacional do PSF, a partir da RENAME.

Referência e contra-referência

Apoio ao diagnóstico

As equipes poderão solicitar exames auxiliares de atendimento primário, segundo a normatização vigente. Serão definidos os serviços de laboratório, radiologia e outros, em nível da unidade de saúde, municipal ou estadual, que realizarão tais exames.

Cada município será responsável pelo sistema de apoio diagnóstico que se adapte às suas condições e necessidades.

Será facilitado o acesso dos pacientes encaminhados para exames, bem como o rápido retorno dos resultados à unidade de origem.

Atendimento em serviços ambulatoriais especializados

As equipes do PSF encaminharão e agendarão consultas com especialistas nos ambulatórios da rede do SUS, priorizando-se a referência através da central de marcação de consultas. Essas providências serão registradas nas fichas de referência e contra-referência utilizadas pelo Sistema.

Internação hospitalar

Os casos que necessitem de internação deverão ser encaminhados aos hospitais de referência previamente definidos, utilizando-se, preferencialmente, o mecanismo de central de vagas hospitalares. A equipe deverá acompanhar a evolução dos casos internados.

Remoção de pacientes

As equipes do PSF definirão e implementarão os mecanismos para remoção dos pacientes, obedecendo as normas locais.

OPERACIONALIZAÇÃO

O processo de adesão ao PSF será precedido por fóruns de apresentação e discussão, nos quais participarão autoridades políticas e sanitárias locais e representantes das categorias interessadas, envolvendo, assim, desde o primeiro momento, os parceiros para o sucesso do programa.

Processo de adesão ao PSF

O Ministério da Saúde firmará com cada Unidade da Federação um convênio de adesão ao PSF.

Nos Estados cujas Secretarias Estaduais de Saúde não aderirem ao Programa, os municípios interessados encaminharão sua proposta de adesão à Comissão Bipartite, que com a participação do Ministério da Saúde elaborará a programação do Estado com a finalidade de contemplar os municípios beneficiados pelo PSF no Sistema SIA/SUS. A participação do Ministério no processo, visa também viabilizar o ingresso de todos os municípios que desejarem aderir ao PSF, dentro do cronograma de metas estabelecidas.

Nos Estados onde houver convênio de adesão, as propostas dos municípios serão encaminhadas à Coordenação Estadual do PSF, para análise de viabilidade técnica, desde que os serviços de saúde estejam municipalizados, comprovando-se a existência do Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde e Plano de Saúde vigente.

Os municípios deverão formalizar um compromisso de co-financiamento do Programa, do estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência e de garantia de treinamento e educação continuada, supervisão e dotação de recursos materiais.

Cada instância gestora instituirá uma Coordenação, que supervisionará e avaliará o programa no seu nível (estadual e municipal).

Critérios de escolha das áreas

A escolha dos locais para implantação do PSF deverá priorizar as áreas populacionais citadas pelo Mapa da Fome do IPEA, considerando as características geográficas e a distribuição populacional de cada município, observando-se os seguintes critérios:

- realização de mapeamento das áreas do município indicadas para a implantação do PSF;
- interesse da comunidade em participar no PSF;
- necessidades locais de saúde;

-
- oferta de serviços existentes;
 - estudo da demanda destes serviços;
 - existência de apoio diagnóstico e terapêutico, de consultas especializadas e hospitais que garantam o atendimento e sua qualidade;
 - disposição da administração municipal em adotar ou implementar a concepção do sistema de saúde proposto pelo PSF e em co-participar do financiamento do mesmo.

Participação social

A interação da equipe do PSF com a comunidade incrementará a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa, contribuindo para o controle social das ações e serviços de saúde.

Poderá ser estimulada a participação de entidades privadas ou sem fins lucrativos na implementação do Programa, às quais caberia a aquisição de material para as Unidades de Saúde, bem como o fornecimento de moradia para os profissionais de saúde.

RECRUTAMENTO E TREINAMENTO DE PESSOAL

Recursos Humanos

Com assessoria dos níveis federal e estadual, as Secretarias Municipais de Saúde definirão e executarão o processo de recrutamento e seleção dos profissionais que integrarão o programa.

Em vista da peculiaridade de trabalho das equipes, serão estabelecidas normas especiais para a contratação e treinamento, e critérios diferenciados de remuneração para os profissionais.

O recrutamento e seleção dos agentes comunitários de saúde incorporados à equipe deverão obedecer às normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, definidas pela FNS/MS.

A equipe do PSF será capacitada em atenção comunitária à saúde, dentro de uma concepção epidemiológica e biopsicossocial que permita uma atenção integral à saúde do indivíduo e da família. Os vários níveis de gerenciamento deverão fornecer programas de educação continuada, incluindo educação à distância, para os profissionais do PSF.

Intercâmbio

Serão estimulados acordos com universidades e outras instituições, para a formação de recursos humanos em saúde comunitária.

Visando promover um intercâmbio de experiências e maior visão inter-disciplinar, será estimulada a interação entre os centros de formação de recursos humanos, mediante o desenvolvimento de uma rede que produza e divulgue informações.

Para difusão entre as universidades e entidades interessadas, será criado um banco de dados sobre saúde comunitária e da família, visando subsidiar os cursos de formação e capacitação e o próprio PSF.

Deverá ser igualmente promovido o intercâmbio de experiências em nível nacional e internacional, com órgãos ou países que desenvolvam trabalhos correlatos.

ACOMPANHAMENTO, SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

Supervisão

A supervisão periódica da equipe do PSF será efetuada por um grupo multi-profissional com formação nas áreas básicas de saúde, os quais também prestarão treinamento, tanto teórico quanto em serviço, e assessoria em consultas.

Avaliação

O processo de avaliação enfocará três aspectos:

- as modificações ocorridas no período, através da análise da evolução de indicadores operacionais, de saúde e de qualidade de vida;
- a satisfação do usuário, conferida periodicamente através de instrumentos apropriados;
- a qualidade do atendimento e o funcionamento da equipe local, aferidos pela equipe de supervisão.

Sistema de Informação

Nas áreas onde o PSF for implantado, serão efetuados os seguintes procedimentos de registro e fluxo da informação:

- **Cadastro familiar:** a equipe do PSF realizará um cadastro por domicílio de todas as famílias em sua área de abrangência (composição da família, dados de cada indivíduo, condições sócio-econômicas e de saúde).
- **Cartão de identificação:** cada membro das famílias cadastradas receberá um cartão de identificação com código numérico, tendo como prefixo o cadastro familiar. Este cartão possibilitará a implantação de um cadastro único no SUS, propiciando o acesso às centrais, tanto de marcação de consultas como de vagas hospitalares.
- **Prontuário familiar:** cada família terá seu prontuário com fichas individuais por componente. Este prontuário receberá o mesmo número do cadastro e do cartão de identificação, tendo na capa os dados principais da família.

Este prontuário deverá registrar todos os procedimentos realizados pela equipe de saúde, inclusive as visitas domiciliares, vacinações, diagnósticos e tratamentos. A equipe também utilizará o Cartão da Criança e o Cartão da Gestante, adotados pelo Ministério da Saúde.

- **Registro dos atendimentos:** serão sistematicamente registrados, em impressos próprios, os dados sobre as consultas e encaminhamentos, incluindo exames diagnósticos, internações, interconsultas e emergências, assim como os procedimentos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

Análise e consolidação dos dados

Os dados registrados em cada nível deverão ser consolidados e analisados mensalmente, retornando-se os resultados à comunidade.

Indicadores

O nível nacional definirá os indicadores mínimos de processo e impacto; o nível local poderá acrescentar outros indicadores que julgar necessários.

Os instrumentos e formulários serão definidos pela Coordenação Nacional do Programa, com participação dos Estados e municípios.

ORGANIZAÇÃO E GERÊNCIA

Gerência nacional

A recém-criada Coordenação de Saúde da Comunidade, da Fundação Nacional de Saúde/MS, possuirá uma gerência específica para o PSF, articulada às dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Parteiras Tradicionais e de Interiorização do SUS.

Gerência estadual e municipal

Sugere-se a criação de uma Coordenação de acordo com a estrutura organizacional dos níveis estadual e municipal, que deverá estar articulada ao demais Programas de Saúde cujas ações se integram as do PSF.

PROPOSTAS PARA O FINANCIAMENTO

Aos municípios

- Através de produção (Sistema SIA/SUS):

Este mecanismo propiciará recursos para o pagamento dos salários da equipe e encargos sociais.

Enquanto persistir o atual sistema de pagamento pela produção, os procedimentos efetuados pela equipe serão contemplados, na tabela SIA/SUS, com custo unitário diferenciado. A partir da implantação dos critérios estabelecidos pela NOB 01.93, o repasse de recursos obedecerá nova sistemática.

- Através de convênio com as Secretarias Municipais de Saúde:

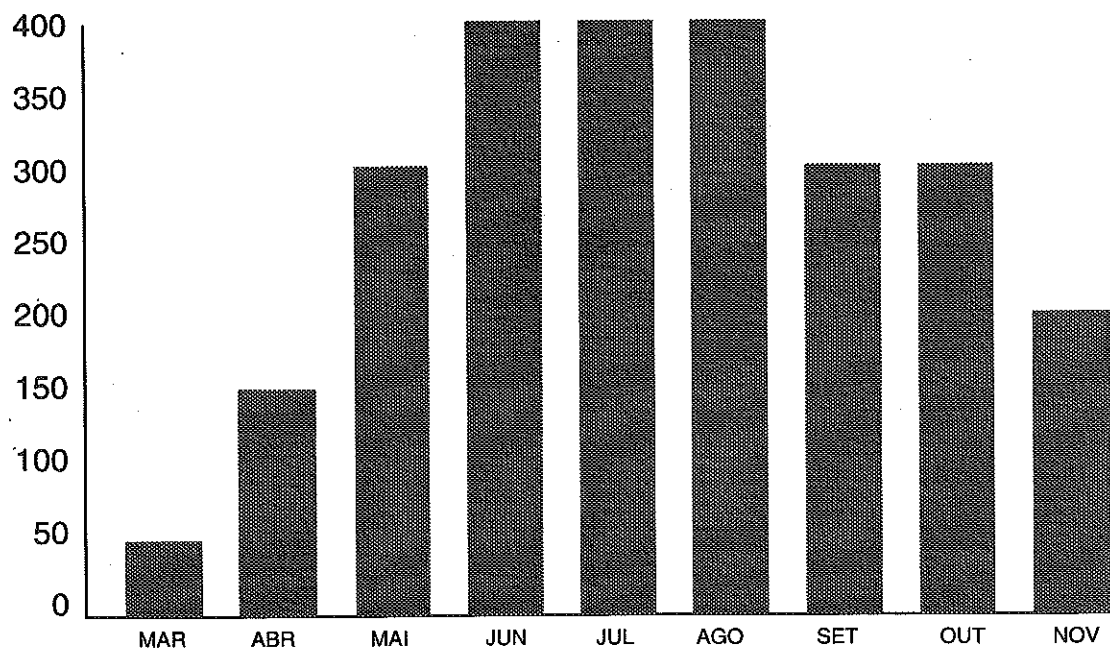
Este instrumento propiciará aos municípios o pagamento de outras despesas do Programa, no período de 2 meses.

Às Secretarias Estaduais de Saúde

Para a execução das atividades de planejamento e capacitação, educação continuada e supervisão das equipes do PSF, o Ministério da Saúde repassará recursos financeiros às Coordenações Estaduais do Programa.

CRONOGRAMA

Cronograma de implantação das equipes do PSF dos meses de março a novembro de 1994, totalizando 2.500 equipes



Origem do Documento

Este documento foi elaborado a partir das conclusões obtidas na reunião sobre o tema "Saúde da Família" realizada nos dias 27 e 28 de dezembro, no Ministério da Saúde com a participação dos seguintes técnicos:

- Airton Stein - Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária e Serviço de Saúde da Comunidade/Grupo Hospitalar Conceição/RS;
- Anamaria Cavalcante - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e CONASS;
- Carlos Grossman - Grupo Hospitalar Conceição/RS;
- Cláudia Beltran Vale - Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos/SP;
- David Tejada - OPS/OMS;
- Diorlanda Souza - DCAS/SAS/MS;
- Eliana Maria Dourado Mattos - Secretaria Municipal de Saúde de Cotia/SP;
- Emilia Tomassini - CODEC/SAS/MS;
- Florentino Garcia Scarponi - OPS/OMS;
- Halim Antonio Girade - UNICEF;
- Ivanildo Tajra Franzosi - UNICEF;
- José Lazaro Ladislau - Diretor-Geral do DEOPE/FNS;
- Lucimar Coser Cannon - COMIN/MS;
- Luis Odorico - CONASEMS e Sec. Municipal de Saúde de Quixada/CE;
- Marilena Gentile - Coordenadora do Programa Médico da Família/CADAIS/SES/SP;
- Silvia Mamede Soares - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará;
- Virgílio P.e Silva - DICON/SAS/MS;
- Wladimary M.de Azevedo - PACS/DEOPE/FNS/MS;

Elaboração e Revisão

- Álvaro Antonio Melo Machado - Presidente da FNS/MS;
- Antero Coelho Neto - Inst. para Melhoria da Qualidade de Vida - CE
- Carolina Siu - UNICEF;
- Gilson Caleman - Diretor do DECAS/MS;
- Gilson Cantarino - SMS - NITEROI;
- Gilson Carvalho - Secretário da SAS/MS;
- Heloíza Machado de Souza - COSAC/Deope/FNS/MS;
- Jacinta Maria Moreira P. Castro - SES/CE;
- Luz Marina Ponce de Leon V. - OPS;
- Manoel Dias da Fonseca - ESP - CE;
- Marco Aurélio da Ros - UFSC - HU;
- Maria Célia Vasconcelos - PMN/FMS - PMF - NITEROI;
- Napoleão Marcos de Aquino - COMOR/MS
- Norberto Martinez Cuellar - OPS
- Olinto de Medeiros Rocha - CADAIS/SES/SP;
- Oscar Castillo - UNICEF;
- Paulo Jorge F. Bonates - SESA/UFES;
- Rita Brossard de Souza Pinto - CAESA/MS
- Severino Ramos de Lima - UFPB;
- Vicente Paulo Monteiro - SES/CE;

Colaboração

- Gerência Nacional do PACS
- Danuzia Fernandes Benjamin
- Edneuzia M. Nascimento
- Estela Auxiliadora Almeida Lopes
- Maria José Ribamar Fonseca
- Maria Fátima de Souza
- Marisa A. de Souza
- Coordenações Estaduais do PACS
- Aguinelda Maria de Souza - RN
- Ana Auxiliadora Nunes Farias - PB
- Efigênia Cardoso Coutinho - BA
- José Carlos Machado de Carvalho - PA
- Maria Cristina M. Lima Carvalho - MA
- Maria Eglantina Rondon - AM
- Maria Goes de Oliveira Alencar - PI
- Maria Inês Vasconcelos do Amaral - CE
- Maria José Correia Silva - PE
- Maria José de O. Evangelista - SE
- Maria de Fátima de L. Maia Almeida - AL
- Mirlene Moraes de Souza - RO
- Neuza Rezende - AP