

Saúde da Família

Revista Brasileira

Saúde da Família

Ano VII • Número 09 • Janeiro a Março de 2006 • Uma publicação do Ministério da Saúde

Política Nacional de Atenção Básica ganha um novo dimensionamento

Nesta edição

Incentivo dos estados à estratégia Saúde da Família faz diferença

Atenção primária em saúde é foco de relatório da OMS-Europa

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Revista Brasileira

Saúde da Família

Brasília / 2006

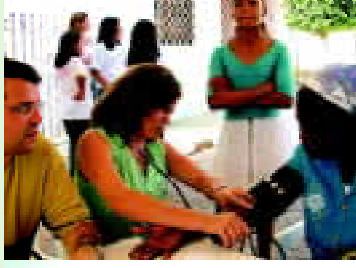
Saúde da Família

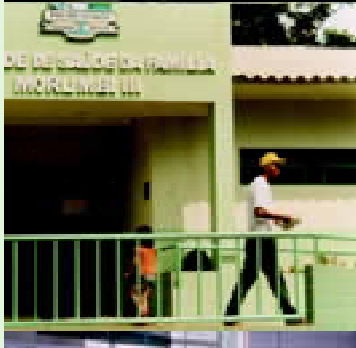














Sumário

Editorial	03
Publicada a Política Nacional de Atenção Básica	04
Incentivo estadual impulsiona Saúde da Família	07
Recursos do Pró-Saúde mantêm Saúde da Família em alta	11
Certificação incentiva a expansão do atendimento básico	15
Estado é recordista em equipes Saúde da Família	21
Incentivo ao Saúde da Família aumenta qualidade de vida da comunidade	25
Saúde da Família forma rede de proteção para crianças e adultos	31
Quais as vantagens e desvantagens de se reestruturar um sistema de assistência à saúde para torná-lo mais focado em serviços de atenção primária à saúde?	36
Equipes mostram como trabalhar com a família	51
Vencendo obstáculos em nome da Saúde da Família	59
Saúde da Família muda lógica no atendimento à população	62
Saúde da Família renasce em Araguaína	69

Editorial

AVANÇOS PROMISSORES

A decisão do Ministério da Saúde em tornar pública a Política Nacional de Atenção Básica, pactuada na Comis são Intergestores Tripartite, mostra o resultado da vontade coletiva de construir e participar do redesenho da política nacional de saúde, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O fato é que os gestores das três esferas de governo demonstram maturidade para promover a reorganização do modelo de Atenção à Saúde no Brasil, reconhecendo a estratégia Saúde da Família como um componente essencial e permanente em todo o processo de reorientação do sistema de saúde público.

O Ministério da Saúde, ao reafirmar a atenção básica e a saúde da família na pauta de prioridades da política nacional de saúde, aponta com certeza que os avanços são contínuos e promissores. Reflete, também, uma expressiva capacidade de construção e assimilação progressiva de procedimentos técnicos e operacionais para o financiamento e para a gestão da Atenção Básica nos diferentes níveis governamentais: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Além desses agentes, pode-se contar com a participação da academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde.

Para a consolidação da atenção básica e da estratégia de saúde da família no país foram necessários investimentos maciços que alcançaram R$ 6 bilhões em 2005, considerando-se somente os recursos federais. Com a redefinição dos mecanismos de transferência de recursos no Pacto pela Saúde, o que se busca é garantir a maior eficiência na utilização dos mesmos, apoiada nos valores de universalização, eqüidade, controle e inclusão social.

Dentre os avanços constatados, estão a participação da população compartilhando informações e ações com os conselhos municipais de saúde, o compromisso e o engajamento das equipes de saúde com um atendimento de qualidade e a melhoria de indicadores de saúde, como a redução da mortalidade materno-infantil e das internações. São resultados expressivos que, junto à expansão cada vez maior da Saúde da Família em áreas antes com dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, evidenciam a consolidação e a qualificação da Atenção Básica no Brasil.

José Agenor Alvares da Silva
Ministro da Saúde



Publicada a Política Nacional de Atenção Básica

O Brasil ganhou, na área da Saúde, no último dia 28 de março, uma nova Política Nacional de Atenção Básica. Assinada pelo então ministro da Saúde, Saraiva Felipe, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, a política estabelece a revisão de diretrizes e normas para a reorganização da Atenção Básica.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, representada pelo Departamento de Atenção Básica, propôs a Política Nacional da Atenção Básica , expondo a necessidade de uma revisão normativa da legislação acumulada durante 8 anos. A proposta aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e regras de financiamento, incluindo as especificidades da Saúde da Família. Além da revisão de diretrizes e normas, foram revogadas 28 portarias ministeriais então vigentes.

Para se chegar à proposta final desta portaria que unificou várias dessas normas, consideraram-se os princípios e diretrizes do novo pacto entre as esferas de governo para a consolidação do SUS (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão), que inclui [a experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros, e no próprio Ministério da Saúde além da desfragmentação do financiamento da Atenção Básica.

Após criteriosa revisão e adequação das normas que regulamentavam a Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família, foi necessária a adequação desses documentos às atuais necessidades de organização e execução. Esse trabalho mostrou que a normatização da AB e da Saúde da Família, iniciada em 1997 com a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB), havia se tornado "extensa e fragmentada", dificultando o entendimento do tema.

Nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se

fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

A expansão da estratégia Saúde da Família tem papel fundamental pelo potencial em efetivar a implementação dos fundamentos da Atenção Básica e dos princípios do SUS e, ainda, por constituir uma rede que está implantada na maioria dos municípios brasileiros. Assim, o Pacto pela Vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à Saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

Financiamento

Outro ponto importante da Política Nacional de Atenção Básica foi a mudança na estrutura de seu financiamento, por meio da regulamentação do Bloco Financeiro da Atenção Básica, criado pelo Pacto de Gestão. O componente federal passa a ser constituído por um montante global de recursos financeiros composto pelo somatório dos recursos das partes fixa e variáveis do PAB, que deverá ser utilizado para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica previstas nos Planos Municipais de Saúde.

A parte fixa do PAB permanece com o cálculo per capita incorporando alguns dos incentivos variáveis, e a parte variável do PAB fica composta de incentivos relacionados às equipes de Agentes Comunitários de Saúde, às equipes Saúde da Família, às equipes Saúde Bucal e incentivos para Compensação de Especificidades Regionais, Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário. Os incentivos referentes às equipes Saúde da Família passam a ter o valor de R$ 5.400,00 ao mês por equipe implantada, independentemente do percentual de população coberta pelo município, sendo extintas as diversas faixas de cobertura atualmente existentes. Em relação às equipes de Saúde Bucal, os valores mensais são R$ 1.700,00 por equipe na modalidade 1 e de R$ 2.200,00 na modalidade 2 implantada.

Os municípios com equipes SF e equipes SB , que recebem valores dos respectivos incentivos acrescidos em 50%, permanecem recebendo esse acréscimo percentual, mas agora sobre o valor total do incentivo. Também todos os municípios com população inferior a 50 mil habitantes da Amazônia Legal receberão o teto de incentivo de R$ 8.100,00 Reais por mês para as equipes SF. Os incentivos de implantação por equipe de Saúde da Família e por equipe de Saúde Bucal passam a ser de R$ 20 mil e de R$ 7 mil por equipe, respectivamente, incorporando a execução de treinamento introdutório para todas as equipes implantadas.

Recursos de estruturação da rede básica para 2006 apóiam iniciativas de qualificação e formação de recursos humanos para a atenção básica, reforçando a importância da inserção e integração da formação com os serviços. Entre essas iniciativas estão: R$ 100 mil por curso de graduação, para os municípios que recebem alunos de enfermagem, medicina e/ou odontologia, em Unidades Básicas de Saúde / Saúde da Família municipais; e R$ 30 mil por aluno residente, como valor de transferência em investimento aos municípios que recebem em Unidades Básicas de Saúde / Saúde da Família municipais, médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade,



cadastrados na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Com relação aos recursos para Compensação de Especificidades Regionais, eles corresponderam a um percentual do valor mínimo per capita do PAB fixo, multiplicado pela população de cada estado e do Distrito Federal. "As Comissões Intergestores Bipartite definirão, periodicamente, os municípios a serem contemplados, os valores a serem transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais em cada estado", comenta o diretor.

Como forma de beneficiar toda a população, pode-se incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS, entre outros a serem definidos pelas CIB. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

A Política Nacional de Atenção Básica é sem dúvida um grande avanço na consolidação da descentralização e mais um importante passo na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Repasse Fundo a Fundo no Bloco de Financiamento para a Atenção Básica

A transferência fundo a fundo se dá com base em portaria expedida pelo Ministério da Saúde. O Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) determina um valor per capita cujo montante a ser transferido é definido de acordo com a estimativa populacional que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem para o país inteiro e, conseqüentemente, para cada município. O valor per capita é multiplicado pelo número de habitantes de cada município. Em seguida, o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que mobiliza esse recurso, credita o valor direto na conta do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Assim, o PAB é composto de uma parte fixa, destinada à assistência básica, e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da Atenção Básica (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais).

É importante salientar que os recursos do PAB Fixo devem ser empregados apenas em despesas de custeio e capital relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da Atenção Básica e coerentes com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde. Portanto, as despesas com ações de saúde de média e alta complexidade e de assistência hospitalar não devem ser cobertas com os referidos recursos.

O recurso federal da Saúde da Família compõe uma outra rubrica, o Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Um exemplo: se o município decide implantar cinco equipes de Saúde da Família, e, para cada equipe ele ganha X, o Ministério da Saúde procede multiplicando por cinco esse valor X para encontrar o valor que o município receberá. Esse valor é informado para o Fundo Nacional de Saúde, que o transfere fundo a fundo para o FMS.

Em relação à Saúde da Família, alguns estados têm essa prerrogativa de transferir fundo a fundo recursos destinados aos municípios: da conta do Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

O uso dos recursos transferidos fundo a fundo no Bloco de Financiamento para Atenção Básica no Pacto de Gestão será definido em portaria ministerial específica. A intenção do Ministério da Saúde, indo ao encontro dos anseios dos gestores estaduais e municipais, é promover uma maior agilidade e otimização. Nesse sentindo, a simplificação dos processos de transferência e prestação de contas são a tônica dessa proposta.





Incentivo estadual impulsiona Saúde da Família

Em Mato Grosso do Sul, a estratégia Saúde da Família vem se firmando como um projeto fundamental para a reorganização da atenção básica à saúde da população. Já em 1998, a partir da regulamentação federal do então Programa Saúde da Família (PSF), e firmadas as parcerias do governo estadual com os municípios, começou a ser garantida a atenção integral e contínua à comunidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações estão centradas na família, a partir do ambiente sociocultural, com os trabalhos estruturados a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.

A partir daquele ano, o número de municípios com equipes do programa subiu de 7 para 77, e a população assistida passou de 1,3 para 50,88%. Em 2005, o Ministério da Saúde investiu no estado do Mato Grosso do Sul R$11.711.400,00 no incentivo ACS, R$ 19.634.192,00 no incentivo para equipes Saúde da Família e R$ 5.465.650,00 no incentivo às equipes de Saúde Bucal. Nesse mesmo período, Mato Grosso do Sul investiu mais de R$ 11 milhões no que o secretário de Saúde de Mato Grosso do Sul, Matias Gonsales Soares, acredita ser "uma das mais acertadas decisões políticas voltadas para a saúde da população do estado". O projeto do governo do Mato Grosso do Sul para 2006 é chegar a 70% de cobertura populacional. Hoje, dos dois milhões e 200 mil habitantes do estado, um milhão e 200 mil são cobertos pela estratégia SF. No caso dos agentes comunitários de saúde, há 90% de cobertura populacional no estado.

De acordo com a coordenadora da Atenção Básica, da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, Adriana Tobal, o programa começa com o atendimento dentro de casa. Os agentes comunitários de saúde visi-

> “Saúde da Família é uma das mais acertadas decisões políticas voltadas para a saúde da população do estado de Mato Grosso do Sul.”

Matias Gonsales Soares, secretário estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul.

tam regularmente todas as famílias cadastradas e encaminham os casos para as Unidades Básicas de Saúde (substitutas dos postos de saúde nas localidades onde o programa já foi implantado).Nessas UBS, a população conta com o auxílio de médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais.

O trabalho dos ACS envolve desde a realização do cadastramento das famílias, acompanhamento e a atenção à mulher no pré-natal, com o monitoramento do estado nutricional das crianças, conscientização e orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de doenças sexual-mente transmissíveis, gravidez precoce e uso de drogas, realização de atividades de educação em saúde bucal na família, além de acompanhar os casos de diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase, entre outras atividades.

Com esse trabalho em equipe tem sido possível prevenir e controlar doenças, detectar famílias de risco, diminuir a solicitação de exames desnecessários e racionalizar os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, reduzindo assim as internações hospitalares.

Segundo o secretário estadual de Saúde, Matias Soares, não há segredo em ser exemplo na implantação da SF. "Foi uma decisão política do governo estadual, que contou com o apoio da Secretaria de Saúde, de fazer um investimento maior, além daquilo que o Ministério da Saúde já vem investindo, em apoiar a equipe da Saúde da Família, o custeio e as pessoas que trabalham na ponta, fazendo com que elas tenham motivação financeira para si mesmas", explica.

Para beneficiar esses servidores, o governo criou um programa, mantido até hoje, de apoio financeiro extra a esses funcionários. Além disso, enumera Soares, o Mato Grosso do Sul conta com os deputados federais e senadores do estado para que eles aportem recursos, por meio de emendas orçamentárias, para a construção de unidades da SF, "o estado coloca o mesmo valor da emenda para a construção de novas unidades".

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde, em 2002, o Mato Grosso do Sul tinha 100 agentes comunitários de saúde e, hoje, são 3.500. "Todos eles incentivados pela União e pelo estado", observa Matias, para quem esse incentivo faz com que haja um inter-relacionamento das pessoas. "As pessoas chegam mais perto da comunidade e ajudam na prevenção".

Entre as novidades para 2006, estão a compra de mais 100 kits mobiliários para a SF. Para a aquisição desse material, uma licitação já está em andamento, e a previsão é que até o fim de abril esses equipamentos já estejam incorporados. "Dentro do estado aumentaríamos de 300 para 400. Serão 40% a mais de SF", observa o secretário, confirmando "a grande prioridade" dada pelo governo a essa iniciativa.



Incentivo estadual

O incentivo estadual começou em 1999.Esse incentivo alavancou a Saúde da Família. Hoje, o estado tem uma série histórica com 51% de cobertura populacional, indicando que o trabalho de cinco a seis anos só cresceu porque a atenção básica é uma responsabilidade do município e tem a parceria do governo federal e estadual.

Neste período, a Secretaria de Saúde entregou uma média de 100 construções novas, com 300m² de alvenaria com toda a infra-estrutura adequada a uma Unidade Básica de Saúde: sala de vacina, consultório, sala de coleta, sala de curativos, farmácia, sala de esterilização, dentre outras unidades necessárias. A coordenadora conta que a Secretaria de Saúde tem, desde o ano passado, a determinação de que só se implanta uma Equipe de Saúde da Família completa, ou seja, com a presença, inclusive, de um cirurgião-dentista.

Da mesma forma que io incentivo federal, esse é um incentivo a mais, uma vez que é um valor que se soma ao investimento inicial para que o odontólogo faça parte da equipe. Dessa forma, as equipes no Mato Grosso do Sul estão equiparadas, sendo que nenhuma está sem profissional de saúde bucal. "Nós temos também um decreto estadual que determina um repasse mensal que é feito para os 3.500 Agentes Comunitários de Saúde, específico para a SF", lembra a coordenadora.

Em Mato Grosso do Sul, 80% dos 78 municípios do estado têm menos de 20 mil habitantes. Portanto, são municípios que não



dispõem de uma boa arrecadação e, em conseqüência, não têm condições para oferecer uma boa saúde aos cidadãos. Este, segundo a coordenadora, foi o principal motivo para que o estado resolvesse ajudar na atenção básica. "Houve um entendimento de que uma casa deve ser iniciada pelos alicerces", pondera.

Dizendo-se contente com a Saúde da Família, especialmente, nos municípios pequenos, porque "dão certo", Adriana Tobal revela que nessas comunidades há todo um perfil epidemiológico. "Você sabe do que as pessoas adoecem, do que elas morrem. O médico realmente conhece a comunidade. O agente comunitário é o elo de ligação ente a população e a Unidade de Saúde".

No estado, a ajuda aos municípios para pagar os profissionais da saúde da família se dá por meio do repasse fundo a fundo, ao qual se soma o incentivo do Ministério da Saúde. "O estado entra com praticamente 50% dos recursos do ministério e construímos as unidades", explica a coordenadora.

Mais Unidades Básicas de Saúde

Só para o ano de 2006 está prevista a entrega de mais 50 UBS. O Mato Grosso do Sul tem 90% das unidades de saúde próprias, construídas pelo estado no novo modelo. "Nós temos poucas casas alugadas e poucos prédios reformados", assegura Adriana Tobal, lembrando que as novas construções são entregues totalmente equipadas. "Nós temos um kit mobiliário médico-hospitalar, que está em torno de R$ 18 mil, composto de mesa ginecológica, cadeiras para sala de espera, autoclave para esterilização, farmácia completa e consultório odontológico".

Como coordenadora desde 1999, e tendo acompanhado todo o processo de implantação da SF, Adriana Tobal acredita que o grande desafio da SF é a formação profissional. "Nós não temos profissionais com a formação voltada para atenção básica, principalmente, quando se fala em saúde da família, que compreende oito horas e que é uma continuidade que se dá no trabalho com a comunidade", relata, explicando que "é difícil arrumar profissionais que aceitam isso e se engajam no processo".

Outro desafio apontado por Adriana Tobal é o projeto que envolve os assentamentos rurais. "Nós temos 10 equipes que cobrem oito mil famílias que moram em assentamentos de zona rural, e o trabalho está dando resultados muito positivos", comemora, assinalando outras frentes de trabalho: "as comunidades quilombolas e indígenas do estado também estão começando a receber a SF, além das regiões do pantanal, onde só se chega de barcos".

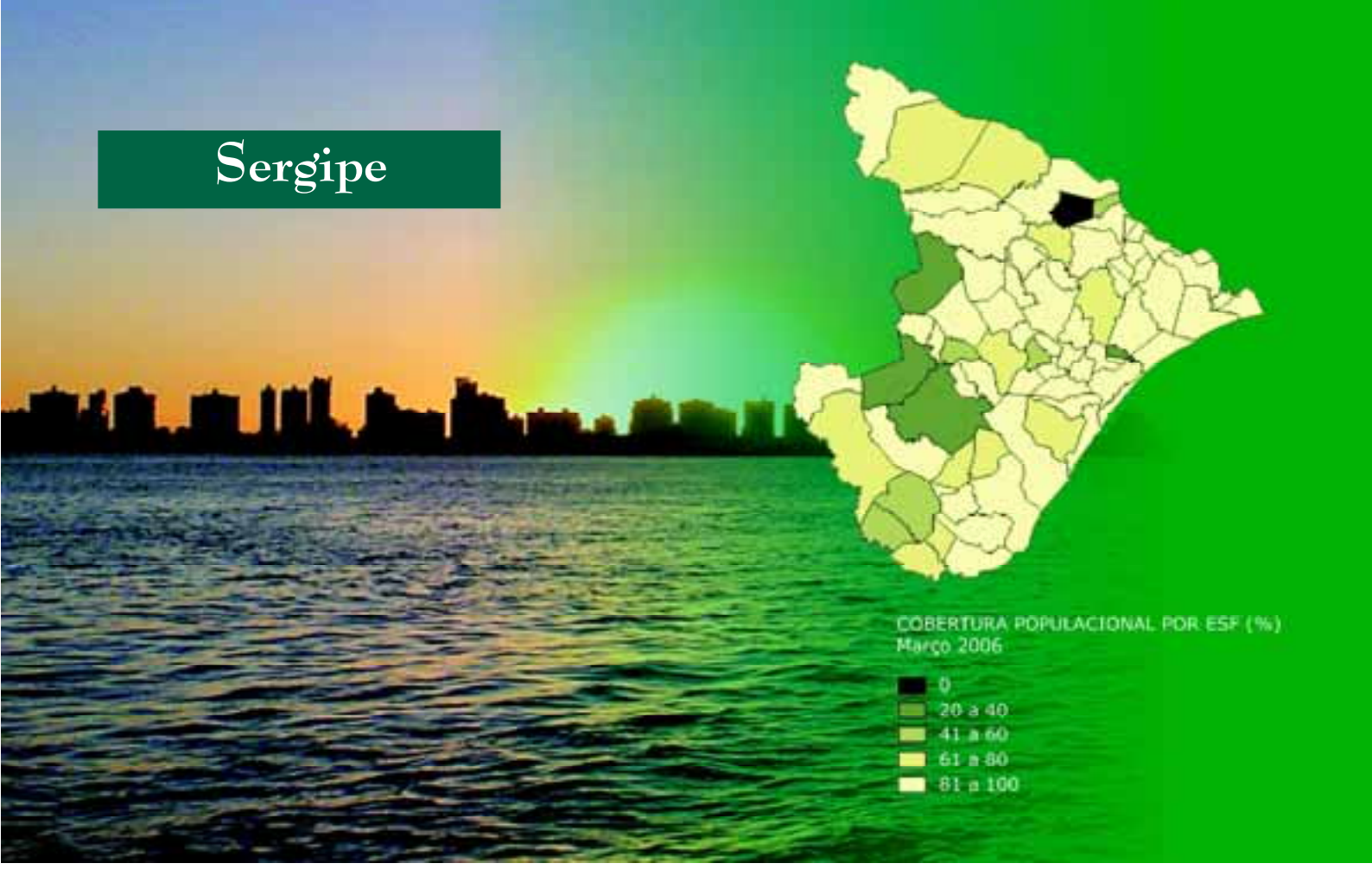
Respaldo Popular

No município de Fátima do Sul, a aposentada Maria José da Silva, 62 anos, hipertensa, relata que não tomava a medicação e que durante muito tempo sentiu dores na barriga, mas não procurava auxílio médico, além de nunca ter feito um exame preventivo. Com a visita e o incentivo do agente comunitário de saúde, foi a uma Unidade Básica de Saúde, onde foi atendida pela equipe e descobriu que tinha câncer no colo do útero.

"Eu agradeço o trabalho da agente Vanir. Graças a ela eu estou bem melhor. Faz sete meses que faço o tratamento e ela sempre vem aqui ver se estou bem, se tomo o remédio direitinho e se minha pressão está boa", afirma ela, mandando um recado aos membros de sua comunidade: "depois do que aconteceu comigo, todas as mulheres da família foram fazer o preventivo e homens começaram a cuidar da saúde", declarou a aposentada.

Dona Abadia Barcelos, 64 anos, moradora do município de São Gabriel do Oeste, sofreu um acidente 10 anos atrás, batendo com a cabeça. Na época não houve maiores conseqüências. No entanto, em outubro de 2004, após uma outra queda, sua visão foi afetada e ela perdeu parte dos movimentos. Hoje, uma vez por semana ela recebe a visita, da agente de saúde. Segundo ela, a cada dia que recebe a visita, sua saúde melhora um pouco. Já o marido de dona Abadia, João Rodrigues Barcelos, agradece o auxílio e afirma que todos os medicamentos que os dois precisam estão sempre à disposição nas Unidades de Saúde da Família.





Recursos do Pró-Saúde mantêm Saúde da Família em alta

Sergipe tem uma população de 1 milhão e 900 mil habitantes. E lá a estratégia Saúde da Família tem uma cobertura de 88,84%, colocando essa unidade da Federação entre os três estados com maior cobertura no ranking da estratégia nacional SF. São 492 equipes de Saúde da Família e 268 equipes de Saúde Bucal trabalhando para manter essa posição e, se possível, chegar aos 100% de cobertura nos próximos anos. Na base desse trabalho estão os 3.292 agentes comunitários de saúde.

Dois programas se destacam no universo de ações da Secretaria Estadual de Saúde: o Pró-Saúde e o Programa de Proteção às Gestantes (PPG). O Pró-Saúde foi implantado em 2003, sendo que os municípios com mais de 70% de cobertura da estratégia SF recebem financiamento para a atenção básica. Hoje, são mais de 40 municípios, dos 75 que recebem os recursos, além do financiamento do Governo Federal. No ano de 2005, o Ministério da Saúde transferiu R$ 16 milhões no incentivo ACS, R$ 54 milhões no incentivo equipes Saúde da família e cerca de R$ 11 milhões no incentivo equipes Saúde Bucal. O PPG, implantado a partir de julho de 2005, tem por objetivo a redução dos índices de morbi-natalidade materno-infantil, incluindo aí a prevenção de retardo mental e outras deficiências em neonatos, além da melhoria da qualidade de vida. O programa prevê a realização de 19 exames para detectar 12 tipos de doenças. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, 73 municípios já aderiram ao programa.

> “Visitei Unidades Básicas de Saúde de alguns municípios, senti a satisfação dos profissionais da saúde e, principalmente, o que é mais importante, das mulheres que estão sendo atendidas nas unidades de qualquer município que aderiu ao PPG”

José Lima Santana, secretário estadual de Saúde de Sergipe.

Incentivo estadual

Conforme relato do secretário estadual de Saúde, José Lima Santana, a formatação do incentivo estadual à estratégia

Saúde da Família se deu com a criação do Pró-Saúde. Os recursos são do Fundo Estadual de Saúde e são repassados fundo a fundo para os Fundos Municipais de Saúde.

"Nós temos algumas metas a serem alcançadas pelos municípios e fazemos as conseqüentes avaliações", argumenta, assinalando que, em decorrência disso, a Secretaria Estadual de Saúde repassa "um certo quantitativo de recursos" para que as prefeituras, por meio de suas secretarias municipais de Saúde, possam fazer com que haja alguns melhoramentos na capacitação, na aquisição de equipamentos, para que possam delinear o serviço de saúde dentro da estratégia Saúde da Família".

Santana lembra que, com a implantação do Pró-Saúde, o estado tem procurado, junto aos municípios, um melhoramento tanto na remuneração do pessoal quanto na aquisição de materiais e equipamentos indispensáveis para que as equipes Saúde da Família possam trabalhar a contento, servindo mais e melhor aos cidadãos. "Evidentemente que nós temos um caminho longo. Ou seja, é preciso aprimorar o Pró-Saúde e é preciso que cada município também se conscientize da necessidade de alcançar as metas para poder receber os recursos trimestralmente", ressalta.

Adesão quase total

A secretária-adjunta de Saúde, Maria José Evangelista, lembra que o incentivo estadual, o Pró-Saúde, foi criado em 2003, de maneira a complementar as transferências dos incentivos federais, para que as equipes Saúde da Família e Saúde Bucal desenvolvam a contento o seu trabalho junto à comunidade. "A adesão é boa e importante", mas acrescenta que "a Secretaria de Saúde do Estado enfrenta alguns problemas, principalmente, de caráter político, porque no Pró-Saúde nós colocamos alguns critérios que são inegociáveis como, por exemplo, a questão da carga

Proteção à Gestante

Outra ação de destaque na atual administração é o Programa de Proteção à Gestante. "O programa que nós implantamos em 2005 recebeu a adesão imediata", observa Santana, para quem já se pode aquilatar sua importância na prática. "Eu visitei algumas Unidades Básicas de Saúde de alguns municípios e senti a satisfação dos profissionais da saúde e, principalmente, o que é mais importante, das mulheres que estão sendo atendidas em qualquer unidade de qualquer município que aderiu ao programa", recorda-se.

Nessas unidades é feita a coleta de sangue e, com essa coleta, são realizados 19 exames preventivos. O secretário destaca que esse procedimento simples auxilia na redução dos partos de alto risco, dando segurança à parturiente e ao bebê.

Um dado atribuído pelo Sistema de Informação da Secretaria de Saúde ao Programa de Proteção à Gestante diz respeito ao Índice de Mortalidade Materna, que foi reduzido em 40% no período de 2002 a 2004. Nesse período, houve também a redução de 21,06% da mortalidade infantil no estado.



Sobre a participação da comunidade e sua atuação no controle social do que é feito com o dinheiro público, o secretário Santana observa que essa é uma realidade palpável em Sergipe. "Eu não acredito em gestão nenhuma hoje direcionada aos cidadãos, sem que haja a participação desses mesmos cidadãos naquilo que nós chamamos de controle social, para que se efetivem disposições constitucionais e infraconstitucionais", sintetiza.

Ele sugere que a comunidade esteja junto aos órgãos gestores e aos órgãos que cuidam da saúde pública no Brasil para que haja condições melhores de trabalho. "Quando o controle social se torna efetivo, isso é como se fosse um impulso para que os gestores possam trabalhar mais e melhor".

horária dos médicos", explica ela.

Maria José Evangelista esclarece que isto é um obstáculo para implementar o Pró-Saúde em 100%. Nesse sentido, e contando com o apoio do governador e do secretário de Saúde, a Secretaria de Saúde tem levado essa questão a sério. Tanto assim que os municípios que não cumprem o acordado, têm o recurso suspenso. "Mesmo com essa dificuldade, eu diria que a gente está caminhando", resigna-se, lembrando um passado ainda pior. "Já houve equipe que trabalhava apenas dois dias".

Outro grande desafio destacado pela secretária-adjunta de Saúde "é a rotatividade dos profissionais por conta das folgas e a falta, principalmente, do médico". Na sua avaliação, isso impede muitos municípios de se expandirem. "Nós temos mais de 80% de cobertura, sendo que na questão do agente comunitário nós temos 100% dos municípios, mas essa dificuldade do profissional médico é grande", pondera.

Uma terceira dificuldade apontada pela secretária-adjunta: a formação do profissional. "Não se tem ainda profissionais prontos para a equipe Saúde da Família", e defende a adoção imediata de uma "política de educação continuada". Para evitar a chamada "capacitação fragmentada, Maria José Evangelista observa que uma saída está nas parcerias com a Universidade Federal. "No caso do enfermeiro, a gente já trabalha com o estudante de enfermagem do último período, e já fizemos uma negociação para trabalhar também com os alunos de medicina e odontologia".

Em termos de atenção básica, Evangelista destaca que as melhorias são contabilizadas nos municípios. No entanto, ela registra que a população tem ainda "muito desconhecimento a respeito dos seus direitos". Segundo a secretária-adjunta, a população procura os serviços de saúde quando sente necessidade. "Se a pessoa está com uma dor ou com um problema de saúde, ela ainda procura um hospital e quer ser atendida", argumenta, destacando que esses problemas poderiam ser perfeitamente atendidos numa Unidade Básica de Saúde.

Para avaliar as melhorias da saúde da população, a Secretaria de Saúde de Sergipe dispõe de uma Coordenação de Informação, onde são acompanhados mês a mês os indicadores de saúde dos municípios. "Observamos que houve uma melhora grande de acesso, apesar de todos os problemas", comemora Evangelista, recordando-se de que há 15 anos os municípios não possuíam nem secretarias municipais de saúde. "Hoje, nós temos 100% de secretarias com Conselhos Municipais".

Seminário define prioridades

Ao fazer uma crítica à situação de saúde de Sergipe, motivo, inclusive, da realização, em fevereiro, de um seminário para definir as prioridades de pesquisa para o estado, Evangelista diz que em algumas coisas Sergipe poderia estar melhor. "Como na questão, por exemplo, da difteria, uma doença imunoprevenível, com vacina, e não justifica termos três casos da doença no estado em 2005",



revela, defendendo a existência de programações baseadas na situação de saúde de cada município e de olho nos indicadores.

Ao explicar a existência "extremamente bem-vinda" dos programas Pró-Saúde e Proteção à Gestante, Maria José Evangelista sustenta que "a mortalidade infantil de Sergipe não é diferente dos outros estados". Para ela, o estado tem melhorado bastante neste indicador.

Em 2004, recorda-se ela, aconteceram sete mortes de bebês em um período de dois dias em uma maternidade de alto risco do estado. "Foi feita uma investigação detalhada e ficou constatado que, dentre um conjunto de fatores, a questão do pré-natal era prioritária". Outro ponto falho, assinala, é o acesso, porque nessas mortes, duas mães não estavam fazendo pré-natal, em um estado que tem 100% de cobertura de Agentes Comunitários e mais de 80% de Saúde da Família. "Diante dessa nossa realidade, isso é absolutamente injustificado".

No sentido de melhorar não só a

parte do atendimento e do acesso, mas também do pré-natal, a secretaria de Saúde decidiu pela implantação do Programa de Proteção à Gestante que consiste, em encaminhar toda gestante que chega à Unidade Básica de Saúde, seja para o que for, para fazer uma coleta de sangue, o que possibilita realizar 19 tipos de exames para prevenir 19 doenças. "Isso não é o mais importante", argumenta Evangelista, ponderando que o mais importante é que essa mulher seja captada precocemente para fazer pré-natal.

"Além dos exames, que não deixam de ser um atrativo, as nossas equipes aproveitam para trabalhar mais o pré-natal", defende ela, avaliando que o programa tem sido um sucesso. "Nós já detectamos vários problemas que não se sabia que havia no estado, e ele constitui-se em mais um avanço na tentativa de melhorar essa assistência pré-natal e ao parto".

Em Sergipe, as equipe Saúde da Família são constituídas, minimamente, por um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe Saúde da Família é responsável, no âmbito de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, por um território onde residem de 2.400 a 4.000 pessoas.

Quadro Consolidado de Incentivo Estadual para a Atenção Básica

Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde / Dezembro - 2005

SECRETARIA DE SAÚDE	FONTE	MODALIDADE
Sergipe	Fundo Estadual de Saúde	Transferência Fundo a Fundo

CRITÉRIOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	SECRETARIA DE SAÚDE
A primeira etapa contemplará os municípios com menos de 100.000 habitantes desde que sua receita tributária (royalties de energia e de petróleo, ICMS, IPI - exportação) alcance um patamar percapita mensal inferior a R$ 100,00 (cem reais); A segunda etapa, a partir do primeiro semestre de 2004, abrangerá também os demais municípios não contemplados na etapa anterior, cujos critérios de inclusão e valores serão definidos em ato próprio; O incentivo será concedido aos municípios que apresentarem cobertura do PSF igual ou superior a 70% de sua população	Melhorar ou no mínimo manter as condições avaliadas na rede básica de saúde/ESF, cumprindo as regras estabelecidas; Cumprir os compromissos centrais e prioritários assumidos pelo Município com respeito à organização e consolidação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família: Executar e coordenar as ações previstas no Pró-Saúde; Fazer parte da rede de apoio aos municípios - cooperação técnica da Secretaria de Estado da Saúde; Disponibilizar informações e relatórios físicos e financeiros para o monitoramento e avaliação das ações implementadas e o aprimoramento das tecnologias de gestão a fim de permitir o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos processos organizativos da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família; Participar na construção de instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações realizadas junto à rede de apoio aos municípios, coordenada e articulada pela SES; Disponibilizar para consulta todos os processos e documentos relativos à execução das ações/atividades postas como condição ao recebimento do incentivo;	Município com menos de 10 mil habitantes e que diste mais de 100 Km de Aracaju - R$ 2.700,00 mensais por ESF; Município com menos de 10 mil habitantes (IBGE) e que diste entre 50 e 100 Km de Aracaju - R$ 2.200,00 mensais por ESF; Município com menos de 10 mil habitantes (IBGE) e que diste menos de 50 Km de Aracaju - R$ 1.700,00 mensais por ESF; Município com população entre 10.001 (dez mil e um habitantes e 20 mil habitantes (IBGE) e que diste mais de 100 Km de Aracaju - R$ 2.200,00 mensais por ESF; Município com população entre 10.001 e 20 mil habitantes (IBGE) e que diste entre 50 e 100 Km de Aracaju - R$ 1.700,00 mensais por ESF; Município com população entre 10.001 e 20 mil habitantes (IBGE) e que diste menos de 50 Km de Aracaju - R$ 1.200,00 mensais por ESF cadastrada e em atividade regular; Município com população entre 20.001 (vinte mil e um) e 50 mil habitantes (IBGE) e que diste mais de 100 Km de Aracaju - R$ 1.700,00 mensais por ESF; Município com população entre 20.001 e 50 mil habitantes e que diste entre 50 e 100 Km de Aracaju - R$ 1.500,00 mensais por ESF; Município com população entre 20.001 e 50 mil habitantes (IBGE) e que diste menos de 50 Km de Aracaju - R$ 1.200,00 mensais por ESF; Município com população entre 50.001 (cinqüenta mil e um) e 100 mil habitantes (IBGE) - R$ 1.000,00 mensais por ESF

Bahia



Certificação incentiva a expansão do atendimento básico

O atendimento básico na área de saúde prestado pelos municípios da Bahia à população ganhou importante reforço com o Programa Estadual de Certificação da Atenção Básica. Instituído de forma pioneira pelo governo estadual, por meio do Decreto 9.034/04, o programa teve os primeiros resultados apresentados em janeiro deste ano durante o encontro com os prefeitos. Na ocasião, foram entregues certificados a prefeitos de 26 municípios, nos quais as equipes Saúde da Família já foram certificadas pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

> “O Projeto Saúde Bahia tem garantido, àqueles municípios de menor renda, 100% de infra-estrutura para instalação das Unidades Básicas de Saúde.”

José Antônio Rodrigues Alves, secretário estadual de Saúde da Bahia.

O Programa de Certificação da Atenção Básica, explica o secretário estadual da Saúde, José Antônio Rodrigues Alves, "envolve um processo de avaliação e incentivo financeiro aos municípios, para o incremento da organização da atenção básica em saúde, nos moldes da estratégia Saúde da Família". Nesta primeira fase, o programa envolve recursos da ordem de R$ 20 milhões, oriundos do Fundo Estadual de Saúde. Um dos objetivos é qualificar as equipes SF, dando mais eficiência às ações do programa. O Ministério da Saúde aplicou R$ 228 milhões no estado, sendo R$ 77 milhões no incentivo ACS; R$ 130 milhões no incentivo equipes Saúde da Família e R$ 21 milhões no incentivo equipes Saúde Bucal.

De acordo com o secretário Rodrigues Alves, o incentivo estadual à estratégia Saúde da Família na Bahia não tem sido dado só na área de custeio. "Com esse processo de certificação para as equipes Saúde da Família, nós já temos mais de 90 municípios com equipes certificadas", lembra ele, indicando a intenção do governo em "ampliar de forma significativa a contrapartida que o estado optou por dar para expansão da Saúde da Família".

Para se ter uma idéia, os municípios de pequeno porte, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo, estão conseguindo avançar de um incentivo mensal de cerca de R$ 1.100 para até R$ 4 mil/mês. Isso vem reforçando a expansão da estratégia Saúde da Família, principalmente, no interior do estado.

Incentivo financeiro

O incentivo financeiro do programa de certificação é concedido aos municípios submetidos ao processo de certificação das equipes Saúde da Família, com população até 100 mil habitantes e que apresentam cobertura igual ou superior a 70% de sua população. Efigênia Cardoso, diretora de Promoção da Saúde da Sesab, ressalta que o programa atua nas áreas mais pobres de cada município, "onde tem contribuído para evitar mortes por causas banais, como a desidratação infantil, por exemplo".



A mudança, segundo ela, começa pela ação do agente comunitário de saúde, cuja principal tarefa é fornecer informação sobre saúde às famílias. Quando o agente encontra alguém doente, o atendimento passa a ser responsabilidade da equipe SF, primeiro da enfermeira e depois, conforme o caso, do médico, que vai cuidar do doente na unidade básica de saúde ou, se necessário, até em casa. A eficiência do programa pode ser avaliada pelo fato de que cerca de 80% dos casos registrados por um agente comunitário são resolvidos pela própria equipe SF, sem necessidade de atendimento por médicos especialistas ou de transferência para hospitais.

Outros benefícios importantes são a melhoria dos indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil, e o aumento do número de consultas pré-natais, estabelecimento de vínculo de responsabilidade entre as famílias e os profissionais de saúde, maior acompanhamento dos problemas de saúde da população (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase), diminuição do número de encaminhamentos de emergência e de internações hospitalares, entre outros. Tudo isso, graças ao trabalho das equipes Saúde da Família co-financiado pela União, estado e municípios.

Expansão

A diretora da Sesab destaca ainda que a Bahia é o estado que tem mais agentes comunitários de saúde. São 20.911 ao todo, o que demonstra a expansão da estratégia. Em 2003, eram 800 equipes de atendimento. Agora, já são 1.406, abrangendo 300 municípios dos 417 existentes no estado. Essa expansão só foi possível por meio do incremento financeiro oferecido pelo governo federal, e do estado, que passou de R$ 9,6 milhões para R$ 12,9 milhões. Este esforço financeiro se traduz também na ampliação dos recursos repassados pelo estado, que evoluíram de uma contra-partida em torno de R$ 1 mil por equipe SF implantada no município para até R$ 4 mil.

Na visão do secretário Rodrigues Alves, o crescimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, de 19.354 ACS em 2003, para 20.959, em 2004, mostra que essa expansão se traduz em aumento do número de postos de trabalho. "Esse incremento de 1.605 novos Agentes Comunitários de Saúde consolida a Bahia como o maior agrupamento estadual desse tipo de profissional no País, fazendo com que façamos parte do quadro máximo definido pelo Ministério da Saúde para a incorporação de ACS por estado".

Saúde Bahia

O Projeto Saúde Bahia também está contribuindo para a expansão da estratégia Saúde da Família, que cresceu no estado, de 212 municípios em 2003 para 297 municípios em 2004. O número de equipes SF também subiu de 1.003 equipes para 1.935 equipes em 2006. Este avanço fez com que o Estado superasse

uma meta prevista para 2007: contemplar 35% da população baiana com a estratégia SF. Atualmente, 49,6 por cento da população baiana já é beneficiada.

O secretário destacou ainda que o incentivo por meio do Projeto Saúde Bahia tem garantido, àqueles municípios de menor renda, 100% de infra-estrutura para instalação das Unidades Básicas de Saúde. "Nós fazemos a construção das unidades e descrevemos áreas. Enfim, todo aquele trabalho que a atividade da atenção básica já pressupõe ao estado e mais, a construção das unidades", observou, ressaltando que a ação também envolve equipar essas unidades e, nos 15 municípios mais pobres, dar uma bolsa mensal para que o médico possa se estabelecer.

"A bolsa é de R$ 7 mil por equipe Saúde da Família implantada, e ela tem o objetivo de auxiliar os municípios de menor renda, que nunca tiveram oportunidade de ter um médico residente ou de ter um serviço efetivamente funcionando 40 horas por semana.

Essa bolsa complementa as transferências dos recursos federais para o custeio das equipes Saúde da Família. E acrescenta: "O Saúde Bahia começou em 2003 e, agora, em 2006, o próprio Ministério da Saúde já vem anunciando que a Bahia está entre os três estados com melhor resultado em termos de redução de mortalidade infantil", comemora, mostrando o responsável por esse salto de qualidade: "isso a gente deve à estratégia Saúde da Família".

A grande expansão que o estado teve na área da saúde, segundo o secretário, aconteceu nessa gestão, com uma cobertura que chegava a 12% da população atendida por equipes Saúde da Família até 2003, pulando para uma cobertura de cerca de 49%, atualmente. Para o futuro próximo, o secretário antecipou os novos projetos de sua pasta. "Nós temos o Mais Saúde Bahia", destaca ele, explicando que esse é um projeto docente assistencial, num primeiro momento, porque identifica os maiores problemas em termos de informações e agilidade no processo de atendimento.

"Como a expansão na estratégia Saúde da Família foi muito significativa na atenção básica, optamos por um treinamento intensivo, em todas as regiões do estado, nas áreas de hipertensão, diabetes, controle de hanseníase, tuberculose, saúde da mulher e busca ativa de pacientes com anemia falciforme". "A atenção básica é responsável por fazer o primeiro atendimento e a continuidade do tratamento desses pacientes (hipertensos e diabéticos, por exemplo) e o encaminhamento, quando necessário, ao serviço especializado.

Do ponto de vista do secretário, o programa é fundamental porque vai treinar gestores, de forma descentralizada em cada região, e, em seguida, médicos da equipe Saúde da Família e os coordenadores da atenção básica de cada município. O secretário lembrou ainda que o Programa Mais Saúde Bahia tem uma parcela também de contribuição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. "O Ministério da Saúde fez até um convênio conosco, apesar de nós já estarmos com o trabalho na rua desde o final do ano passado, afirma o secretário, contando que, recentemente, a secretaria de Saúde recebeu ajuda federal para expandir esse programa.

Por sua vez, a diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde da Bahia, Efigênia de Fátima Cardoso, as-



sinala que a Bahia já tem 368 municípios com equipes Saúde da Família. São quase duas mil equipes. "Só no ano passado, R$ 20 milhões foram gastos pelo estado em incentivos à ESF", e mais R$ 130 milhões do Governo Federal. O recurso é repassado fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal. A previsão é de que em 2006 sejam aplicados R$ 25 milhões pelo estado.

Itaitê é referência

Na opinião de Efigênia, outro destaque importante da expansão da estratégia Saúde da Família na Bahia é o efetivo controle social existente. "Quando a gente vai implantar SF na Bahia, a gente faz um procedimento chamado de visita técnica, que consiste em expor para o Conselho Municipal e para a sociedade civil organizada o que é a estratégia Saúde da Família, explica ela, citando como exemplo de administração bem-sucedida na área da saúde o município de Itaitê.

"Esse município é considerado uma referência para a Secretaria de Saúde da Bahia, tem 100% de cobertura e um conselho local onde os agentes atuam. É a prova viva de que existem municípios que estão fazendo a diferença" Para a diretora, o fundamental da diferença do modelo antigo, para o atual da estratégia Saúde da Família, "é a vinculação dos profissionais com a população". Ela diz acreditar que isso muda o sistema. "A inserção dos Agentes Comunitários na equipe é fundamental porque eles vêm traduzir a voz da população com que eles trabalham", observa.

Outra coisa destacada por Efigênia Cardoso é a co-responsabilidade. Isso, na sua avaliação, gera um compromisso do profissional de saúde com a saúde da população. "No modelo tradicional é impossível se fazer isso, porque não se tem a descrição de clientela. Você atende um monte de gente, faz apenas "consultação". Você não ouve e a escuta é muito importante, porque você não adoece sozinho. Você adoece com a família, e como o eixo da Saúde da Família é a família, eu acho que isso dá outra perspectiva", relata. Para ela, a Saúde da Família tem de lidar mais com as doenças crônicas, até porque, com a população envelhecendo, o país vai passar a ter mais hipertensos e mais diabetes, além de incentivar mudança dos hábitos de vida e alimentação.



Itaetê é exemplo de bom emprego dos recursos do Incentivo Estadual

A cidade de Itaetê, na Bahia, tem 13.857 habitantes, fica na Chapada Diamantina, a 381 quilômetros de Salvador, e é considerada exemplo de bom emprego dos recursos. Diante de um "compromisso assumido com a população", segundo a secretária municipal de Saúde, Lenize Estrela, a atual gestão "tem priorizado a saúde, estruturando suas unidades, implantando programas e implementando ações, com o objeto de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos".

Um dos segredos dessa boa administração na área da saúde foi apoiar a atuação do Conselho Municipal de Saúde e priorizar a implantação da Saúde da Família. "Como estratégia de reorganizar a prática da atenção básica à saúde, levando a saúde para mais perto da família, com vistas a melhorar a qualidade de vida de todos, optou-se pela implantação da estratégia de Saúde da Família", destaca a secretária.

Ela lembra que, com isso, aproximou-se a população dos profissionais de saúde, permitiu-se o redirecionamento da atenção básica e também o fortalecimento das ações de prevenção das doenças e promoção e recupe-ração da saúde, de forma integral e contínua.

Esse modelo de gestão e o compromisso político de garantir os serviços e atendimento à população apontavam para a necessidade de investimentos e maior aporte de verbas, o que está ocorrendo por meio de investimentos próprios superiores aos 15% estabelecidos pela Emenda Constitucional 29.

Dessa forma, no município, na gestão e execução da atenção básica, têm sido desenvolvidas ações prioritariamente pelas equipes da estratégia de Saúde da Família, que já tem cobertura de 100% da população.

No ano de 2005, somente dois dos 417 municípios baianos conseguiram cumprir, antes do prazo previsto para 2007, as dez me-



tas do Saúde da Família, a exemplo de cobertura vacinal, combate à mortalidade infantil e controle de doenças, como tuberculose, hanseníase e diabetes. Um deles era Itaetê. Isso rendeu à cidade uma premiação do governo baiano e do Banco Mundial (Bird).

Diante do levantamento das necessidades da população, foram implantadas seis equipes de Saúde da Família: Cana-Brava, Rumo, Colônia, Bananeiras, Rosely Nunes e da Sede. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde geralmente da localidade.

Atendimento voltado para a população

O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família responsáveis pelo acompanhamento naquela localidade. Desde a implantação das equipes e das ações de prevenção desenvolvidas, a Secretaria Municipal de Saúde tem evitado internações desnecessárias e vem melhorando a qualidade de vida da população.

Segundo a secretária de Saúde, o reconhecimento da área de atuação e das famílias cadastradas "possibilitou o controle dos grupos vulneráveis, como os hipertensos, os diabéticos, as gestante, entre outros, desenvolvido nos diversos programas de atenção à saúde, a partir das equipes atuantes".

Saúde Bucal

Outro acerto na condução dos incentivos que chegam ao município está na ampliação do serviço odontológico prestado à população. A partir de 2001, quando foram aprovadas as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia Saúde da Família, o município priorizou a implantação dessas atividades, visando a melhorar as condições de saúde bucal do usuário das UBS. Para assegurar o acesso da população aos serviços, foram implantadas, até 2005, cinco equipes de Saúde Bucal. Cada equipe é composta por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário.

"Hoje, já chegamos a seis equipes de Saúde Bucal, igualando ao número de equipes de Saúde da Família", comemora a secretária, Lenize Estrela. Entre as ações prioritárias nesta área, estão a aquisição de equipamentos, a implantação da Odontologia Preventiva com a realização de procedimentos coletivos, principalmente na rede escolar, e a prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes.

Quadro Consolidado de Incentivo Estadual para a Atenção Básica

Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde / Dezembro - 2005

SECRETARIA DE SAÚDE	FONTE	MODALIDADE
Bahia	Fundo Estadual de Saúde	Transferência Fundo a Fundo

CRITÉRIOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	VALORES R$
A habilitação dos Municípios ao incentivo se dá mediante assinatura de termo de adesão à estratégia Saúde da Família	Compete à Superintendência, Departamento de Atenção de Saúde, por meio da Coordenação do Programa Saúde da Família, acompanhar, analisar e fiscalizar a aplicação dos recursos do incentivo, emitindo parecer que será encaminhado trimestralmente ao Fundo Estadual de Saúde, para a liberação dos repasses aos Municípios habilitados	R$ 1.114,00 por equipe SF implantada



Estado é recordista em equipes Saúde da Família

Minas Gerais conta com o maior número de equipes da estratégia Saúde da Família, entre todos os estados brasileiros. São 2.795 equipes em atividade cobrindo 732 municípios, alcançando 56,14% da população de 18 milhões e 343 mil habitantes. Além dos incentivos de implantação e custeio do Governo Federal, Minas ganhou incentivos com a criação do Programa Saúde em Casa, desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde. O Saúde em Casa pretende ampliar e fomentar o trabalho desenvolvido em Minas Gerais pelas equipes Saúde da Família.

Em 2005, o Governo Federal transferiu R$ 70 milhões no incentivo ACS, R$ 198 milhões no incentivo equipes Saúde da Família e R$ 25 milhões no incentivo equipes Saúde Bucal. Além disso, o governo mineiro vai repassar aos municípios que aderirem ao programa R$ 50 milhões/ano de recursos próprios para serem aplicados na qualificação do pessoal que forma as equipes SF, em obras nas unidades básicas de saúde, na compra de equipamentos e de material de consumo, revela o secretário estadual de Saúde de Minas Gerais, Marcus Pestana.

> “O governo mineiro vai repassar aos municípios que aderirem ao programa R$ 50 milhões/ano de recursos próprios para serem aplicados na qualificação do pessoal que forma as equipes Saúde da Família, em obras nas unidades básicas de saúde, na compra de equipamentos e de material de consumo.”

Marcus Pestana, secretário estadual de Saúde de Minas Gerais.

Com isso, a intenção é contribuir para reduzir o número de internações hospitalares no estado e atingir 95% da cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade. Essas ações são importantes para diminuir a mortalidade infantil e materna no estado. Com o Saúde em Casa, se-



rão formadas mais 823 equipes, elevando para 3.618 o número de equipes SF até 2007.

A "estratégia econômica" que norteia o Saúde em Casa parte do pressuposto de que cabe ao estado co-financiar a atenção primária à saúde. Essa estratégia será implementada pela instituição de um incentivo estadual "que deverá ser dado aos municípios em função do número de equipes SF em operação e de metas acordadas em um termo de compromisso de gestão entre as secretarias municipal e estadual de Saúde".

O incentivo estadual é pago mensalmente, desde que cumpridas as metas estabelecidas no termo de compromisso. Este apoio financeiro estadual foi criado, "a título de incentivo", pela Resolução SES nº 661, de 22 de março de 2005. Tem caráter suplementar e é dirigido a todos os municípios do estado, para que ali sejam feitas "ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa".

Em seu artigo 3º, a Resolução diz que esse apoio deverá servir para o melhoramento da qualidade dos serviços de Atenção Básica, devendo ser destinado, principalmente, para qualificação de pessoal, compra de equipamentos, obras e materiais de consumo. O objetivo, destaca, é a descentralização da responsabilidade com a melhoria da saúde da população, a garantia da acessibilidade a todos os cidadãos, a participação da comunidade na colaboração da saúde comunitária, a otimização dos recursos e o fortalecimento da autonomia da Atenção Primária à Saúde pelas ações das equipes SF.

Esses recursos são repassados direta e automaticamente do Fundo Estadual de Saúde aos fundos municipais de Saúde bem como os incentivos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Outro incentivo estadual para a ESF é o Prêmio Dario Tavares, que tem como propósito estimular experiências inovadoras na área de atenção primária à saúde. São premiados os três melhores trabalhos realizados pelas equipes do Saúde da Família nos municípios mineiros.

Em Minas Gerais, alguns municípios já se destacam por manter maior número de equipes SF, como Janaúba, no norte de Minas. A cidade tem 16 equipes SF em ação, o que significa cobertura de 84,70% de seu território. O trabalho realizado no município apresenta um dos melhores resultados de todo o estado.

A coordenadora de Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, lembra que o estado deu início, no mês de abril de 2005, ao repasse do incentivo estadual para as equipes Saúde da Família por eqüidade. "Esse incentivo varia de R$ 1 mil a R$ 2 mil, e para fazer esse incentivo há uma parceria com a Fundação João Pinheiro. Nós acoplamos o ICMS do município".

Ela conta que a Secretaria de Saúde pactuou com os municípios alguns indicadores, entre eles a cobertura vacinal (ter 95% de cobertura), uma cobertura de sete consultas de pré-natal, e também a redução das internações.

Dados da Secretaria de Saúde mostram que, em janeiro de 2006, a estratégia estava presente em 780 municípios, com 3.060 equipes trabalhando com o apoio de 19.230 ACS. No PACS, eram 57 municípios, onde 120 equipes se juntavam a 1.868 ACS. Somados, são 21.098 ACS atendendo a uma população de 18 milhões e 343 mil pessoas, com cobertura de 56,8% da população mineira. Segundo a Portaria 396/MS, a base de cálculo para o repasse de verbas estaduais é feita multiplicando-se o número de equipes por R$ 3.450, dividindo-se o valor encontrado por 18 milhões e 343 mil, e, por fim, multiplicando por 100.

Ainda de acordo com a secretaria, Minas Gerais foi o primeiro estado da federação que instituiu, por lei (Lei nº 12.428 de 12 de dezembro de 1997) um incentivo financeiro aos municípios que "assumissem o compromisso de desenvolver e manter em funcionamento programas específicos voltados para o atendimento à saúde das famílias, mediante comprovação junto à SES". Uma avaliação inicial mostrou que a medida ampliou a adesão dos municípios à estratégia. A partir de 1998, o estado passou a trabalhar com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

Além da significativa mudança no número de internações, em junho a Secretaria de Saúde espera encontrar também melhoria nas unidades, uma vez que o estado passou a investir em equipamentos. Foram entregues na última quinzena de março para alguns municípios selecionados, o valor de R$ 160 mil, sendo R$ 100 mil para fazer a reconstrução (renovação ou ampliação) de área física de Unidade Básica de Saúde no novo padrão, reforça Rizoneide de Araújo.

Com a expansão da estratégia, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais preocupou-se em investir na área de transporte, e os três primeiros meses de 2006 serviram para a entrega de 850 veículos da Estratégia Saúde da Família. A distribuição foi de um veículo para cada cinco equipes. "Nós temos 2.795 equipes em Minas Gerais, de modo que todos os municípios receberam veículos", confirma Rizoneide. Foram excluídos os municípios que têm população acima de 100 mil habitantes, uma vez que eles estão no Programa de Expansão e Consolidação Saúde da Família e poderiam comprar com esses recursos. No entanto, não foi excluído o incentivo.

O estado de Minas Gerais tem procurado investir também na formação profissional no nível universitário. Segundo Rizoneide de Araújo, até bem pouco tempo se acreditava que faltavam enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Mas a realidade aponta para a falta de médico com perfil para trabalhar na estratégia Saúde da Família.

Em busca de soluções caseiras, o estado de Minas Gerais decidiu trabalhar em parceria com as universidades. De acordo com a diretora de Atenção Básica, o estado tem atuado com essa estratégia, e um núcleo de educação permanente está sendo criado em microrregiões, como por exemplo, no município de Janaúba (norte de Minas). Ali, estão sendo preparados professores da Universidade Estadual de Montes Claros, por meio de convênios.

"Se a falta de médicos preocupa, o segredo para maior disseminação desses profissionais está na formação e também na lógica do gestor", argumenta Rizoneide de Araújo, para quem, quando o gestor "incorpora trabalhar com a saúde e não com a doença, ele não luta para ter um hospital, ele luta para ter uma organização do sistema, ele luta para construir o alicerce do sistema pela atenção básica".

Por fim, ela ressalta que houve um salto de qualidade na saúde em Minas Gerais. "O grande avanço que nós estamos tendo hoje é a ênfase na questão da saúde mental, que é a segunda causa de internação", pondera Rizoneide. Ela explica que o estado está começando a colocar a saúde mental na atenção básica e otimizar os gastos. "A realidade é que, pelo sistema de informação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), verifica-se a alta taxa de internação pelos transtornos mentais e comportamentais porque o valor da internação é alto. Então, os hospitais preferem internar".

Quadro Consolidado de Incentivo Estadual para a Atenção Básica

Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde / Dezembro - 2005

SECRETARIA DE SAÚDE	FONTE	MODALIDADE
Minas Gerais	Tesouro do Estado	Incentivo mensal

CRITÉRIOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	VALORES R$
Fator de Alocação (Índice de necessidade + ICMS *per capita* do município). Elaborado pela Fundação João Pinheiro de MG	7 consultas de pré-natal, incluída a de puerpério.	R$1.000,00 (FA 1) R$1.250,00 (FAII) R$1.750,00 (FA III) R$2.000,00 (FA IV)

Tocantins



Incentivo ao Saúde da Família aumenta qualidade de vida da comunidade

Levar uma boa saúde e promover melhorias na qualidade de vida do povo tocantinense são algumas das principais metas do governo do Tocantins. Pensando assim, o estado tem investido em programas de prevenção à saúde pública e consolidado uma gestão pública comprometida com os problemas de saúde da população. Além disso, a preocupação maior é promover a integralidade da atenção e utilizar com critério e de forma otimizada os recursos disponíveis, visando a atender às necessidades do usuário. Para isso, um novo perfil nas ações básicas vem sendo desenvolvido pelos programas de assistência à saúde implantados em todo o estado.

O estado investe muito em saúde pública. Prova disso são as aplicações em programas sociais que se complementam em linhas de atuações, a exemplo da estratégia Saúde da Família e dos programas Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e Escolas Promotoras de Saúde, entre outros. No estado, há 139 municípios, sendo que a cobertura da estratégia é de 70%. É um dos estados a realizar o repasse na modalidade fundo a fundo de recursos do Tesouro do estado para 123 municípios, com vistas ao fortalecimento das ações da Atenção Básica. Somente em 2005, foram investidos R$ 5.113.840,00 na estratégia Saúde da Família pelo Governo Estadual, complementado os incentivos federais que foram de R$ 25 milhões para as equipes Saúde da Família; de R$ 10 milhões para os ACS; e de R$ 5 milhões para as equipes Saúde Bucal. Os repasses são feitos diretamente do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

> “Os índices apontam para a qualificação da saúde com mais acesso da população aos serviços do SUS, principalmente, das famílias carentes”

Gismar Gomes, secretário estadual de Saúde de Tocantins.

Em busca de formar especialistas com uma visão crítica do cenário sociopolítico e cultural, o governo do Tocantins, por meio



da Secretaria de Estado da Saúde, realizou o curso de pós-graduação em estratégia Saúde da Família direcionado a médicos, odontólogos e enfermeiros, integrantes da estratégia Saúde da Família de Tocantins.

O principal objetivo foi possibilitar o desenvolvimento profissional das equipes de Saúde da Família, dando oportunidade para que acontecesse uma aproximação entre teoria e prática dos fundamentos e do modelo de atenção da estratégia Saúde da Família. A meta é qualificar a atuação no processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios.

Também foram capacitados 3.200 agentes comunitários no curso de Formação de Agente Comunitário de Saúde e 167 alunos no curso Técnico em Higiene Dental, o que vai ajudar no desenvolvimento das atividades do programa Saúde Bucal. Este programa contava, em 2001, com apenas 59 equipes, que atendiam 51 municípios. Hoje, com 210 equipes, ele faz cobertura em 137 municípios.

Com a melhoria no atendimento assistencial às gestantes, houve uma redução satisfatória no índice de mortalidade infantil no Estado. Em 1995, de cada mil crianças nascidas, 37 morriam antes do cinco anos de vida, ou seja um índice de 42% de mortalidade infantil. Hoje, esse índice de mortalidade caiu para 16,6 em cada mil crianças nascidas. Essa queda se deu pela assistência às famílias no combate à desnutrição infantil.

Os índices apontam para a qualificação da saúde, com mais acesso da população aos serviços do SUS, principalmente, das famílias carentes, diz o secretário estadual de Saúde, Gismar Gomes. Com a ampliação de programas e das equipes profissionais e, ainda, com as inovações do Sistema de Informação, está se possibilitando mais rapidez na consolidação dos dados. Além de investimentos, a saúde vem conquistando um dos seus objetivos mais caros, que é a promoção da saúde, por meio de uma assistência mais humanizada e especializada. Isso tem permitindo um trabalho de parcerias, envolvendo a sociedade para garantir melhorias dos serviços e prevenção de doenças.

Hanseníase e Tuberculose

No combate à hanseníase e à tuberculose, as ações de eliminação foram intensificadas em 2005 com a criação da Assessoria Técnica Regionalizada, que desenvolve o projeto implantado pelos Programas da Hanseníase e Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde (Sesau). O projeto, inédito no estado, pretende eliminar a hanseníase e controlar a tuber-

Edinava Barbosa, 23 anos, mãe de 4 filhos, moradora do setor Jardim Aureny IV, região sul de Palmas, explica que o trabalho dos agentes comunitários de saúde é fundamental para a sua família. "Eu agradeço esse acompanhamento que eles fazem em nossas casas. Eu nem sei o que seria de nós sem esses agentes. Fui orientada durante toda a minha gravidez. Minha filha mais nova teve icterícia neonatal fisiológica com três dias de vida, e passei a precisar muito do atendimento deles. Hoje, ela está saudável e eu muito feliz", declara a dona-de-casa.

Como o governo tem priorizado a saúde e a qualidade de vida da população, já colhe os frutos do trabalho desenvolvido ao longo dos anos, que é apresentado com clareza pelos indicadores 2004 do Sistema de Informação da Atenção Básica(Siab/ MS), que mostram como resultado uma taxa de mortalidade infantil (TMI) global de 16,6/1000 nascidos vivos (NV) nas áreas cobertas pelo PACS. Um resultado que se configura como o menor indicador da região Norte e do país, e a TMI Global de 21,2/1000 NV nas áreas cobertas pela ESF.

Tocantins também tem o registro dos menores índices de mortalidade proporcional (MPI) nas áreas de PACS e ESF, com os dados de 7,8% e 9,5% respectivamente, configurando-se também como uma das menores taxas do país.

Nos últimos anos, observa-se o declínio de casos de malária no estado. Também ocorreu, simultaneamente, a redução do número de internações, que em 2004 chegou a ser de 194, para 178 em 2005. Essa realidade reflete as ações integradas e o fortalecimento da vigilância e das equipes Saúde da Família.

culose. As atividades foram iniciadas em maio de 2005. Seis equipes compostas por médico, técnico e enfermeiro percorreram os municípios tocantinenses para capacitar os agentes comunitários com informações sobre os sinais e os sintomas das doenças, avaliando prontuários e pacientes. Além disso, outras ações estavam voltadas para sensibilização da população e atualização do banco de dados.

Quando os trabalhos começaram a ser desenvolvidos, em maio de 2005, a prevalência era de 14,5 para cada 10 mil habitantes. Atualmente, a prevalência é de 5,35 casos para cada 10 mil habitantes. Com o trabalho de eliminação da hanseníase realizado pela equipe técnica, a Sesau pretende reduzir o número de casos e atingir a meta, que é de 4 casos para cada 10 mil habitantes, até março de 2007.

Parceria de sucesso

O Programa Agente Comunitário de Saúde iniciou-se em 1994 com 280 agentes, em apenas 12 municípios, em uma parceria com os governos federal e municipais. Hoje, está presente nos 139 municípios. Atualmente, o governo do estado aumentou para cerca de 3.200 os agentes qualificados, com cobertura de 99% do Estado.

Outra linha de atuação assistencial se faz por meio da estratégia Saúde da Família, iniciada em 1998 com 40 equipes, em 17 municípios. Atualmente, esse número contabiliza 311 equipes qualificadas, em 138 municípios. Uma equipe, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de 6 a 8 agentes comunitários de saúde, é responsável pelo atendimento de mil famílias, o correspondente a cerca de 4 mil e 500 pessoas.

Quando foram criados, apenas 30.800 famílias eram atendidas; hoje, 306.564 famílias são acompanhadas pelo PACS e SF, o que corresponde a 1.193.402 pessoas beneficiadas.

Para abranger e melhorar o sistema de atendimento, em agosto de 2000 foi criado o Programa de Saúde Bucal, com 15 equipes. Atualmente, o estado possui 210 equipes de Saúde Bucal. A equipe é composta por um odontólogo e um auxiliar de cirurgião dentista, que atendem 137 municípios. A capital Palmas conta atualmente com 31 equipes SF e 11 do PACS, com 463 agentes comunitários, beneficiando um total de 49.583 famílias que são acompanhadas pelos programas.

Acompanhamento é fundamental

É com satisfação que a agente de saúde Maria Sizaltina visita todos os dias famílias acompanhadas pela equipe da Unidade Básica de Saúde do Caic, região sul de Palmas, que conta hoje com 208.168 habitantes. Só nesta unidade são atendidas 2.713 pessoas, correspondendo a 747 famílias acompanhadas.

A dedicação da agente de saúde vem se refletindo na vida de cada pessoa atendida. "Durante meu trabalho encontro pessoas alegres, tristes, desesperadas. Mas, sempre tento deixá-las melhor. Quando é algum problema de saúde, oriento sobre o tratamento e acompanho a sua melhora. E, quando é de fundo emocional, procuro também acolhê-las", destaca a agente.



A dona de casa Viviane dos Santos, mãe de duas filhas, 20 anos, sabe o quanto é importante o acompanhamento da agente comunitária de saúde. "Ela nos orienta sobre as diversas formas de prevenção. Durante a minha gravidez, ela acompanhou todo o meu pré-natal e vinha ver de perto se eu estava seguindo as recomendações quanto a minha alimentação", disse.

"Seu" Ezequiel Alves, 81 anos, também reconhece a importância deste trabalho. Ele é hipertenso e diabético e, por isso, precisa de cuidados especiais. Há 21 anos, quando foram estudadas e diagnosticadas as doenças, precisou seguir um tratamento rigoroso. Foi quando sofreu o primeiro infarto. De lá para cá, já ocorreram quatro derrames, que obrigaram "seu" Ezequiel a deixar o trabalho.

Hoje, ele anda com dificuldades e se sustenta com o beneficio pago pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de um salário mínimo. A esposa, dona Elizete Silva, 51 anos, é quem cuida dele todo esse tempo. "Nós precisamos muito deste acompanhamento, pois o Ezequiel mal consegue andar dentro de casa. Não tem condições de ir até a Unidade de Saúde", informa ela, reforçando que, além da agente, "o médico e a enfermeira vêm aqui com freqüência nos atender, e por isso ficamos mais tranqüilos".

Os agentes comunitários recebem treinamentos constantemente para trabalhar em suas áreas de atuação. Eles são capacitados de acordo com o perfil epidemiológico da sua área de abrangência, e por ciclo de vida. As atenções são voltadas para a mulher, a criança e o adulto, no controle de doenças crônicas degenerativas, tais como a hipertensão e o diabetes, doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS, hanseníase, tuberculose, dengue, chagas e malária.

A enfermeira Maria Estela Barbosa, integrante da equipe da Unidade Saúde da Família do Caic, vem acompanhando a evolução do programa e seus benefícios. "Nós que trabalhamos na atenção primária às famílias vivenciamos o quanto eles precisam de motivação para viver melhor. Se recebem atenção, carinho e a orientação devida, o resultado com certeza será refletido na saúde de cada um", enfatizou.

Para o secretário de Saúde do Tocantins, Gismar Gomes, a estratégia Saúde da Família é de fundamental importância para o desenvolvimento da saúde. "É por intermédio da ação da Estratégia Saúde da Família que muitos problemas relacionados à saúde são resolvidos logo num estágio inicial, reduzindo assim o fluxo nas unidades de saúde e hospitais", destacou.



Mudança de cultura

De acordo com a coordenadora do PACS/ESF de Tocantins, Regina Figueiredo, desde abril de 2005 foi assinada uma portaria pelo secretário estadual de Saúde, Gismar Gomes, em que se determina um repasse mensal de incentivo para os municípios que têm Saúde da Família ou que querem incrementar a Estratégia Saúde da Família.

O valor desse repasse, esclareceu ela, está em torno de R$ 1.800 para cada membro de ní-

vel superior do Saúde da Família, que o município mantém para que a sua equipe funcione, complementando os recursos transferidos pelo Governo Federal. "A priori, os 138 municípios têm equipes SF e apenas um município ainda não implantou a estratégia. Então, todos os municípios têm direito a esse recurso, desde que provem que estão trabalhando com a estratégia Saúde da Família", informa Regina. No momento, 356 equipes estão trabalhando no estado. Na outra ponta, são 45 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 356 equipes de Saúde da Família que fazem uma cobertura de 100% do PACS e 70% da SF.

Sobre a relação da nova modalidade de atendimento com a população, ela observou que toda mudança cultural é muito lenta, e o Tocantins tem avançado gradativamente nesse processo de mudança. "O que se percebe é que já existe excelente aceitação por parte da estratégia Saúde da Família dentro do estado. Inclusive, municípios que não tinham interesse em implantá-las, praticamente todos já as implantaram".

Regina conta que começou a perceber um pouco da participação social que antes não acontecia. "As pessoas já procuram as Unidades Básicas de Saúde não só por motivo de doença, mas para evitar determinados tipos de problemas, e já têm a equipe Saúde da Família como uma referência para qualquer tipo de problema".No entendimento de Regina Figueiredo, a visão de saúde do estado começa a mudar. As pessoas nas comunidades começam a perceber que é melhor trabalhar com a Unidade Básica de Saúde do que com a área exclusivamente hospitalar. "Esse é um processo que vem acontecendo gradativamente", afirma.

Hanseníase e Tuberculose

No combate à hanseníase e à tuberculose, as ações de eliminação foram intensificadas em 2005 com a criação da Assessoria Técnica Regionalizada, que desenvolve o projeto implantado pelos Programas da Hanseníase e Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde (Sesau). O projeto, inédito no estado, pretende eliminar a hanseníase e controlar a tuberculose. As atividades foram iniciadas em maio de 2005. Seis equipes compostas por médico, técnico e enfermeiro percorreram os municípios tocantinenses para capacitar os agentes comunitários com informações sobre os sinais e os sintomas das doenças, avaliando prontuários e pacientes. Além disso, outras ações estavam voltadas para sensibilização da população e atualização do banco de dados.

Quando os trabalhos começaram a ser desenvolvidos, em maio de 2005, a prevalência era de 14,5 para cada 10 mil habitantes. Atualmente, a prevalência é de 5,35 casos para cada 10 mil habitantes. Com o trabalho de eliminação da hanseníase realizado pela equipe técnica, a Sesau pretende reduzir o número de casos e atingir a meta, que é de 4 casos para cada 10 mil habitantes, até março de 2007.

Quadro Consolidado de Incentivo Estadual para a Atenção Básica

Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde / Dezembro - 2005

SECRETARIA DE SAÚDE	CRITÉRIOS
Tocantins	O Estado repassa o incentivo de R$ 1.800.00, que é utilizado, em conjunto com o município, para o pagamento dos profissionais (médicos, enfermeiros e odontólogos) contratados para trabalhar na estratégia Saúde da Família.Todos os 139 municípios recebem este incentivo. Além dos itens citados acima, financia as ações de capacitação e assessoramento.
FONTE	
Tesouro do Estado na modalidade Fundo a Fundo	
VALORES R$	
R$7.092.000,00 repassado em 2005 para o custeio da estratégia Saúde da Família.	

Rio Grande do Sul



Saúde da Família forma rede de proteção para crianças e adultos

O Rio Grande do Sul está prestes a ter aprovado pelo governo do estado um projeto de lei que transformará a estratégia Saúde da Família em política permanente de saúde. Depois de passar também pela aprovação da Assembléia Legislativa, será assegurada a continuidade dos programas e haverá garantia de recursos orçamentários para essas duas ações que integram as metas prioritárias do governo do estado, na área de saúde.

Conforme explica o secretário estadual de Saúde, Osmar Terra, a medida foi tomada em razão dos excelentes resultados na melhoria dos indicadores de saúde alcançados com a estratégia Saúde da Família. Ele exemplificou que o Rio Grande do Sul foi o estado que mais reduziu a mortalidade infantil, e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou o melhor coeficiente do país: 14,7 em 2004, e 13 em 2005. O Indicador de Mortalidade Infantil (IMI) corresponde às mortes em menores de um ano, para cada mil nascidos vivos.

"Depois da implantação do SUS, ficou com os prefeitos a operacionalização das políticas de saúde. Os 496 municípios gaúchos hoje administram a sua política do setor e dispõem de redes municipais de saúde, o que, além dos impactos importantes, representa a garantia de melhorias para a saúde da população", disse.

> “A implantação do incentivo estadual alocou recursos do tesouro estadual para a estratégia Saúde da Família, sendo que o dobro foi para as áreas indígenas. Isso fez com que se elevasse a cobertura e se garantisse o compromisso dos gestores municipais com a melhoria dos serviços de saúde ”

Osmar Terra, secretário estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Ao falar no Encontro dos Municípios do Litoral Gaúcho, na cidade de Tramandaí, Terra insistiu na necessidade de os prefeitos darem continuidade a programas como a estratégia Saúde da Família e o PACS. Segundo Terra, em 2003, haviam 450 equipes da


Mostra Regional
SAÚDE para TODOS
Mostra Regional
SAÚDE para TODOS

estratégia Saúde da Família. "Hoje, já são mais de 1.050 habilitadas", comemora, lembrando que "cerca de 40% das famílias do Rio Grande do Sul são atendidas pelos agentes da estratégia Saúde da Família, contra 15% em 2003."

Saúde para Todos

Nesse sentido de expansão da estratégia Saúde da Família, na opinião de Terra, o Programa Saúde Para Todos é prioritário, e a meta é atender 60% dos gaúchos até o final de 2006, com um total de 1.600 ESF. Até dezembro de 2002, o Rio Grande do Sul tinha o menor percentual de Equipes de Saúde da Família atuante no país: apenas 13% da população era atendida. Em conjunto com as prefeituras, a SES criou, em 2003, o Saúde para Todos.

Em 2005, o Governo Federal aplicou R4 23 milhões de incentivos no PACS; R$ 52 milhões nas equipes Saúde da Família e R$ 8 milhões de incentivos nas equipes Saúde Bucal. Este valor foi acrescido do incentivo estadual, que alocou recursos do Tesouro estadual para a estratégia Saúde da Família, sendo que o dobro dos recursos estaduais foi direcionado para as áreas indígenas. Isso fez com que se elevasse a cobertura e se garantisse o compromisso dos gestores municipais com a melhoria dos serviços de saúde.

No período que antecedeu a adoção do incentivo estadual - de janeiro a junho de 2003, houve acréscimo de apenas 8% no número de ESF. Em contrapartida, após junho de 2003 aumentou em 26,4% esse percentual. O mesmo movimento ocorreu com as Equipes de Saúde Bucal, que até junho de 2003 tiveram acréscimo de apenas 4,8% e, depois do incentivo, cresceram 54,6%.

Chegando aos segmentos mais desprovidos de cuidados na área da saúde, o Saúde para Todos justifica todo esse investimento. "O crescimento registrado no Rio Grande do Sul é muito superior ao da média nacional, gerando um sentimento otimista para se alcançar a meta de 1.600 equipes até o final de 2006", afirma o secretário estadual de Saúde. Esse otimismo se justifica: um marco histórico foi alcançado com o aumento de 221% nas ESF.

Em 2005, o programa Saúde para Todos transferiu R$ 24 milhões, na forma de incentivo estadual, aos municípios com equipes da estratégia Saúde da Família e de Saúde Bucal.

Conforme explica o secretário de Saúde, foram estabelecidas metas que são a prioridade da secretaria, e indicadores para acompanhar a evolução dessas metas. Para atingir as metas propostas, a SES está concentrando o trabalho em duas áreas: aumento da oferta de serviços à população e a redução da mortalidade infantil. "Para aumentar o serviço para a população, é obrigatória a ampliação da estratégia Saúde da Família, que é a coluna vertebral de todo o sistema de atendimento da organização da rede básica", afirmou.

O Rio Grande do Sul tinha 17% das equipes da Saúde da Família, enquanto Santa Catarina tinha mais de 50%. Nós trabalhamos para ampliar as equipes da Saúde da Família em dois níveis: um, incentivando os municípios a criarem as equipes e, outro, criando um incentivo financeiro estadual - um recurso de R$ 30 mil por equipe/ano; equipe completa com dentista". Caso a ESF não tenha dentista, esse valor é de R$ 24 mil por equipe/ano, afirma o secretário Terra.

Na outra ponta deste esforço, ressalta, ocorreu o convencimento dos prefeitos a atuarem em parceria. "Trabalhamos muito com os prefeitos e, pelo resultado, nós conseguimos convencê-los da importância de organizar a rede por meio das equipes da Saúde da Família; nós fomos o estado que, neste período de dois anos e meio, mais aumentou as equipes da Saúde da Família no Brasil", destaca.

O Rio Grande do Sul saiu de 450 equipes para aproximadamente 1.100. Um crescimento de 140% da oferta de serviço. Esse aumento, na avaliação da SES, é muito significativo, e teve grande impacto nos índices de saúde do estado. Alguns exemplos: o Rio Grande do Sul foi o estado que mais reduziu a mortalidade infantil; foi registrado aumento do número de exames pré-natais; no percentual de consultas pré-natais e de gestantes com mais de seis consultas pré-natais. "Isto impacta muito na redução da mortalidade e na melhoria geral do sistema da saúde no estado", confirma Terra.

Em outra vertente de análise, o Rio Grande do Sul é hoje um estado onde não ocorre mais a doença de Chagas, transmitida pelo barbeiro, e que não tem mais a hanseníase. "No ano passado, o Brasil teve 50 mil vítimas dessa doença, e o número no nosso estado não chegou a 200; estamos sendo considerados pelo Ministério da Saúde como um estado praticamente livre da hanseníase", comemora.



Saúde Indígena

Outra área da saúde que tam bém coloca o Rio Grande do Sul em evidência é a criação do incentivo especial para as áreas de reservas indígenas, consideradas as que têm os piores índices de saúde. Devido à alta taxa de mortalidade infantil, foi criado o Programa da Saúde Indígena. Segundo Terra, a equipes da SES foram deslocadas para as áreas indígenas e, de casa em casa, foi feito o acompanhamento e se conseguiu reduzir a mortalidade infantil drasticamente. "Saímos de 30/25 casos para um caso apenas em 2005, e esperamos que este ano não haja nenhum caso".

Infância Melhor

O programa da Primeira In fância Melhor, que cria outro tipo de acompanhamento em casa também, é outra vitória da SES gaúcha. Ele constitui-se de um visitador da primeira infância, que acompanha o desenvolvimento das competências e das habilidades das crianças. A preocupação é evitar que uma criança seja mal estimulada, maltratada ou negligenciada, justamente na fase em que aprende a organizar suas habilidades e competências, e fique com problemas emocionais e de violência.

Inédito no Brasil, o programa Primeira Infância Melhor já conta com 40 mil crianças sendo atendidas em casa. A meta da SES é chegar a 100 mil, que é o total de crianças filhas de famílias de baixa renda, na faixa de zero a três anos no estado. O secretário Terra lembra o reforço que se está tentando fazer com o projeto Viva Criança, para dar um prêmio às prefeituras que mais reduzirem a mortalidade infantil: "distribuímos R$ 1 milhão por ano em prêmios para as prefeituras", completa o secretário.

Ainda de acordo com o secretário, o Rio Grande do Sul tinha 240 municípios na estratégia Saúde da Família, e hoje são 400 municípios. Segundo ele, houve uma adesão bem grande dos prefeitos e, dos 496, 400 já têm o programa em andamento, mesmo com as dificuldades rotineiras que existem para a contratação das equipes.

Como forma de contornar esses obstáculos, os prefeitos gaúchos podem se adequar à Lei de Responsabilidade Fiscal e contratar pessoal para a saúde. O secretário explica: "nós conseguimos um termo de ajuste de conduta com o Ministério Público Estadual, o Tribunal de Contas do Estado, a Federação dos Municípios, o Governo do Estado e a Assembléia Legislativa, em que fizemos uma previsão de que os municípios terão três anos para organizar seus concursos, e ter uma opção para a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde".

Na avaliação do secretário de Saúde, com este termo de ajuste de conduta "vai continuar crescendo o número de equipes de Saúde da Família e a estratégia Saúde da Família vai continuar na direção de ampliar cada vez mais a oferta de serviço à população".

Saúde bucal

Desde 2003, o Rio Grande do Sul aumentou em cerca de 300% o número de equipes Saúde Bucal. Hoje, as EBS estão presentes em metade dos municípios gaúchos, um esforço conjunto do Governo Federal, com a ampliação dos recursos para a Saúde Bucal, da Secretaria Estadual de Saúde, por meio do programa Saúde para Todos (de expansão da Saúde da Família), da Seção de Saúde Bucal e das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Este resultado é fruto do trabalho de conscientização dos gestores municipais quanto à importância da implementação das ESB para melhoria da qualidade de vida da população, e a criação do incentivo estadual, instituído em 2003, que garantiu o repasse de recursos do Tesouro do estado, no valor de R$ 6 mil/ano por equipe de Saúde Bucal.

A priorização da expansão das ESB tem respaldo no último levantamento epidemiológico, realizado em 2003, em todo o país e no estado, que revelou que cerca de 51,40% da população gaúcha utiliza o SUS para tratamento odontológico. Daí, a importância deste incremento, atendendo a uma parcela significativa da população.

Atualmente, as macrorregiões Norte e Missioneira concentram um número maior de profissionais, com 218 dentistas, e a Região Metropolitana um número menor, com 59, totalizando 432 profissionais em todo o estado. A meta da SES é chegar, até o final de 2006, mantendo o ritmo de crescimento médio de 150% em relação às 98 equipes SB de janeiro de 2003.

Quadro Consolidado de Incentivo Estadual para a Atenção Básica

Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde / Dezembro - 2005

SECRETARIA DE SAÚDE Rio Grande do Sul		FONTE Fundo Estadual de Saúde	
MODALIDADE	**CRITÉRIOS**	**INDICADORES DE AVALIAÇÃO**	**VALORES**
Transferência Fundo a Fundo por Agente Comunitário de Saúde	Adesão do Município ao PACS/PSF de acordo com a portaria 1886/97	No mínimo: -90% de cobertura vacinal -90% de gestantes acompanhadas no pré-natal -80% dos diabéticos acompanhados -80% de hipertensos acompanhados	R$ 300,00/mês
Transferência Fundo a Fundo por Equipe de Saúde da Família	Adesão do Município ao PACS/PASF de acordo com a portaria 1886/97	No mínimo: -90% de cobertura vacinal -90% de gestantes acompanhadas no pré-natal -80% dos diabéticos acompanhados -80% de hipertensos acompanhados	R$ 2.000,00 mensais por ESF e R$ 4.000,00 por equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
Transferência Fundo a Fundo por Equipe de Saúde Bucal	Adesão do Município a proposta do MS, conforme normas da portaria 1444/2000, à exceção do art 4º estabelecido cada ESB deverá estar vinculada a uma ESF	Adesão crescente do número de famílias cobertas pelas ações de Saúde Bucal Adesão crescente da população aos procedimentos coletivos	R$ 500,00 mensais por ESB

QUAIS AS VANTAGENS E DESVANTAGENS DE SE REESTRUTURAR UM SISTEMA DE SAÚDE PARA TORNÁ-LO MAIS FOCADO EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

Janeiro de 2004

Este artigo foi traduzido do original "What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?"

RESUMO

Este é um relatório de síntese da Health Evidence Network (HEN) sobre as vantagens e desvantagens de se reestruturar um sistema de atenção à saúde para torná-lo mais focado em serviços de saúde primários.

As evidências disponíveis demonstram algumas vantagens para os sistemas de saúde que, relativamente, se apoiam mais em saúde primária e clínica geral/ medicina de família[1], em comparação com os sistemas baseados no cuidado especializado considerando melhores resultados de saúde da população, maior equidade, acesso e continuidade além de menor custo.

Este relatório é a resposta da HEN a uma questão lançada por um tomador de decisão. Ele oferece uma síntese das melhores evidências disponíveis, incluindo um resumo das principais descobertas e opções de políticas relacionadas ao assunto.

A HEN, fundada e coordenada pelo Escritório Regional da Europa da OMS, é um serviço de informação para os tomadores de decisão nas áreas de saúde pública e atenção à saúde na OMS Região Européia. Outras partes interessadas também podem se beneficiar da HEN.

Palavras-chave

- Prestação de Assistencia à Saude
- Organização e Administração
- Atenção Primaria à Saude
- Estudos de Avaliação
- Qualidade da Assistencia à Saude
- Satisfação do Paciente
- Acessibilidade aos Serviços de Saude
- Analise Custo-beneficio
- Tecnicas de Apoio a Decisão
- Europa



[1] O termo General Practice e General Practitioner - GP será traduzido para o português como clínica geral/medicina de família e clínico geral/médico de família respectivamente, pois no Brasil o termo clínica geral e clinico geral normalmente se refere a clínica e médicos de adultos, diferentemente da maioria dos países da Europa onde estes profissionais são formados para atenção a toda família , independente do sexo e faixa etária.

Enderece pedidos sobre publicações do Escritório Regional da OMS a:

• Via e-mail
publicationrequests@euro.who.int
(para cópias de publicações)

permissions@euro.who.int
(permissão para reprodução)

pubrights@euro.who.int
(permissão para tradução)

• Via postal Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK - 2100 Copenhagen Ø,
Denmark

© Organização Mundial de Saúde - 2004

Todos os direitos reservados. O Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde aceita pedidos de permissão para reproduzir ou traduzir suas publicações, parcialmente ou por completo.

As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial de Saúde com respeito ao status legal de qualquer país, território, cidade ou área de autoridade, ou com respeito à delimitação de suas fronteiras ou limites. Onde a designação "país ou área" apareça no título das tabelas, elas cobrem países, territórios, cidades ou áreas. Linhas pontilhadas em mapas representam fronteiras aproximadas para as quais pode não haver total acordo.

A menção a empresas específicas ou a produtos de certos fabricantes não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela Organização Mundial de Saúde em preferência a outros que não tenham sido mencionados. À exceção de erros e omissões, os nomes dos produtos patenteados são distintos por letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial de Saúde não garante que a informação contida nesta publicação seja completa e correta e não deve ser responsabilizada por quaisquer danos incorridos como resultado de seu uso. Os pontos de vista expressados pelos autores ou editores não representam necessariamente as decisões ou as políticas declaradas da Organização Mundial de Saúde.

O tema

Os governos buscam formas de melhorar a equidade, eficiência, efetividade e responsividade de seus sistemas de saúde. Em anos recentes, tem ocorrido uma aceitação do importante papel da atenção primária à saúde para ajudar a alcançar esses objetivos. No entanto, não houve nenhum estudo sistemático sobre atenção primária versus sistemas orientados para atenção especializada, e nem a argumentação a favor da atenção primária à saúde foi firmemente estabelecida.

Este estudo apresenta evidências sobre as vantagens e desvantagens de se reestruturar um sistema de saúde POR MEIO DA atenção primária à saúde. Baseia-se em revisão rápida, mas sistemática, das principais fontes de literatura publicada. A avaliação das evidências é complexa por várias razões que incluem as diferentes definições de serviços e pessoal,os limites entre atenção primária e secundária, mudança das estruturas organizacionais e uma crescente utilização de equipes de atenção primária. Nenhum estudo que tratasse especificamente das vantagens de um sistema de atenção à saúde apoiado em especialistas foi encontrado.

Resultados

Estudos internacionais mostram que a força de um sistema de atenção primária de um país está associada à melhoria dos resultados de saúde para a população, medidos pela mortalidade por todas as causas, mortalidade prematura por todas as causas e mortalidade prematura causada especificamente pelas principais doenças respiratórias e cardiovasculares. Essa relação é significativa após o controle para determinantes de saúde da população no âmbito macro (PIB per capita, total de médicos por mil habitantes, percentagem de idosos) e no âmbito micro (número médio de visitas de atenção ambulatorial, renda per capita, consumo de álcool e tabaco). Além disso, o aumento da disponibilidade de atenção primária à saúde está associado a maior satisfação do paciente e à redução do gasto agregado com assistência à saúde. Estudos de países desenvolvidos demonstram que uma orientação no sentido de um sistema de base especializada reforça a desigualdade no acesso. Sistemas de saúde em países de baixa renda com uma forte orientação para a atenção primária tendem a ser mais favoráveis aos pobres, mais eqüitativos e acessíveis. No âmbito operacional, a maioria dos estudos que comparam serviços que podem ser prestados tanto como saúde primária quanto para serviços especializados mostram que a presença de médicos de atenção primária reduz os custos e aumenta a satisfação do paciente sem qualquer efeito adverso na qualidade da assistência ou das conseqüências sobre a saúde do paciente. A maioria dos estudos que analisam a substituição de algum serviço de atenção secundária pela atenção primária mostrou que algumas mudanças desse tipo podem apresentar melhor relação efeito-custo. Ë possível que a expansão da atenção primária à saúde nem sempre reduza os custos porque ela acaba identificando previamente as necessidades não supridas, aumentando o acesso e tendendo a expandir a utilização de serviços.

Considerações de políticas

As evidências disponíveis demonstram algumas vantagens para os sistemas de saúde que se apóiam relativamente mais na atenção primária à saúde e clínica geral/medicina de família quando comparados a sistemas baseados em atenção especializada em termos de melhores resultados de saúde para a população, melhoria da equidade, do acesso e da continuidade e custos mais baixos. Entretanto, uma base de evidências mais forte é necessária para tornar as evidências disponíveis aplicáveis de forma universal.

O autor deste relatório é:

Dr. Rifat Atun

Diretor do Programa de Gestão de Saúde, e Mestre em Gestão de Saúde. Professor Sênior de Gestão de Saúde

The Business School Imperial College London South Kensington Campus London SW72AZ

Tel: +44 (0) 207594 9160
Fax: +44 (0) 207823 7685
E-mail: r.atun@imperial.ac.uk

INTRODUÇÃO

Globalmente, os governos buscam formas de melhorar a equidade, a eficiência, a efetividade e a resolutividade de seus sistemas de saúde. O relatório Mundial de Saúde da OMS identifica muitos países que têm desempenho abaixo de seu potencial (1). Não há consenso no que se refere a estruturas ótimas, conteúdo e formas de prestação dos serviços de forma eficiente em custos para se obter ganhos de saúde para a população.

Nos últimos anos tem ocorrido uma aceitação do papel da atenção primária à saúde (APS) para o fornecimento de atenção à saúde com eficiência de custos (2,3,4). No entanto, as vantagens e desvantagens de sistemas de saúde que se apóiam em médicos especialistas versus os sistemas que se apóiam mais em médicos de famílias e atenção primária à saúde não foram estudadas sistematicamente, nem um argumento a favor da atenção primária à saúde foi firmemente estabelecido. Este estudo avalia a evidência empírica por meio de uma revisão de trabalhos publicados no período de 1980 a 2003. Uma discussão sobre a generalização dos resultados é apresentada em seguida. O estudo também explora as questões de definição relacionadas à atenção primária à saúde.

Neste estudo, os termos atenção primária à saúde, atenção primária e clínica geral/medicina de família são usados de forma intercambiável. De forma geral, atenção primária e clínica geral/medicina de família se referem à assistência primária à saúde, que na definição dada pela OMS para atenção primária à saúde representa apenas uma parte de um grupo mais amplo de objetivos e atividades como descrito na próxima seção.

Este estudo foi inerentemente complexo devido a vários fatores.

- Há definições variadas do escopo e papel da clínica geral/medicina de família, da atenção primária, da atenção primária à saúde e da atenção especializada. Uma equipe de atenção primária, por exemplo, pode variar de uma enfermeira comunitária, um *feldsher*[2] ou clinico geral/médico de família rural a uma equipe multidisciplinar de até 30 componentes, incluindo enfermeiras especializadas, gerentes, equipe de apoio, médico da família e outros especialistas em atenção primária.

- Os limites de atenção primária e secundária diferem de acordo com o país, o que torna a comparação e a generalização dos estudos particularmente desafiadores.

- As estruturas organizacionais estão mudando em muitos países, abrindo espaço para instituições integradas que contemplam atenção primária e secundária.

- Em muitos sistemas de saúde, os serviços tradicionalmente oferecidos por especialistas em atenção secundária são hoje de responsabilidade da equipe de atenção primária, tornando difícil a distinção entre especialistas primários e secundários.



[2]Profissional técnico ou médico prático, sem a completa qualificação ou status profissional de um médico, que presta serviços médicos existente em alguns países da Europa Oriental, especialmente na Rússia.

Fontes para este estudo

Este estudo se baseia em uma busca detalhada em fontes-chave de literatura que incluem: PubMed; Medline; EMBASE; Índice de Citações de Ciências Sociais (BIDSS); National Centre for Reviews and Dissemination (Reino Unido); DARE; CRD Reports; NHS Economic Evaluation Database; Agency for Health Care Policy and Research ; ScHARR; Registros do Banco Mundial, Biblioteca Cochrane e Organização Mundial de Saúde.

A pesquisa enfocou a identificação de evidências nas seguintes áreas:

- Comparações internacionais de atenção primária e atenção especializada e seus efeitos sobre a equidade de acesso, resultados de saúde e satisfação do paciente.
- A relação entre o acesso à atenção primária e os indicadores de saúde, satisfação dos pacientes e custos.
- Substituição de atenção primária por atenção hospitalar
- Atenção primária e secundária compartilhadas com resultados tão bons quanto os do uso de apenas atenção secundária (especializada).
- Comparação da eficiência dos CGs (clínicos gerais) e especialistas hospitalares.

O estudo segue métodos validados de avaliação crítica (5,6) e inclui os seguintes estudos: revisão sistemática, testes randômicos controlados (RCTs), quasi-experimentos, estudos de avaliação e estudos de caso de controle. Os principais editoriais que enfocam os conceitos e tendências também foram incluídos. Limitações de conhecimento de línguas do autor possibilitaram apenas a consideração dos documentos em inglês e em espanhol. Estudos em outras línguas, estudos descritivos e estudos de caso sem critério de avaliação ou objetivo claro foram excluídos. Na pesquisa, 1300 documentos foram levantados. Desses, 256 foram julgados relevantes para o estudo e 111 foram considerados de qualidade suficiente para serem considerados para o estudo detalhado e para a inclusão na avaliação.

Mesmo o autor tendo tentado pesar sistematicamente as evidências, deve ser deixado claro que, devido a limitações de tempo, esta não é uma revisão sistemática formal.

Definição de atenção primária e especializada

Atenção especializada é definida como os serviços prestados por especialistas em áreas mais estreitamente delimitadas, normalmente em ambientes hospitalares ou ambulatoriais, e aqueles que não são oferecidos pela atenção primária à saúde. Definir a atenção primária é uma tarefa difícil. Uma das tentativas de fazê-lo nos Estados Unidos resultou em não menos que 92 definições (7). De forma semelhante, na região européia, a definição de APS varia entre os países (8,9). As definições de atenção primária podem ser consideradas em termos de conceito, nível, conteúdo dos serviços, processo e composição de equipes. Uma discussão detalhada sobre o assunto é apresentada no Anexo

1. RESULTADOS DA PESQUISA E OUTRAS EVIDÊNCIAS

Saúde da população e gasto agregado com saúde

Um estudo recente que avalia a influência de sistemas de atenção primária à saúde sobre diversos indicadores de saúde em 18 países ricos da OCDE ao longo de três décadas revelou que a força de um sistema de atenção básica de um país estava inversamente correlacionada aos indicadores desfavoráveis de saúde da população, como mortalidade por todas as causas, mortalidade prematura por todas as causas e mortalidade prematura causada pelas principais doenças respiratórias e cardiovasculares (10). Uma atenção primária mais forte significa melhores indicadores de saúde. Essa relação se manteve significativa mesmo quando feito o controle de determinantes de saúde da população no âmbito macro (PIB per capita, total de médicos por mil habitantes, percentagem de idosos) e no âmbito micro (número médio de visitas ambulatoriais, renda per capita, consumo de álcool e tabaco). Além disso, características da APS tais como regulação geográfica, longitudinalidade, coordenação e orientação comunitária foram associadas à melhoria na saúde da população. Isso reforça os resultados de uma comparação internacional anterior que envolveu 11 países desenvolvidos e que demonstrou que uma

maior orientação para a atenção primária em um sistema de saúde tem maior probabilidade de levar a melhores resultados de saúde para a população, a um custo mais baixo e com maior satisfação do usuário (11).

Em um estudo comparativo nos Estados Unidos, Shi demonstrou que a disponibilidade de médicos de cuidados primários estava positivamente correlacionada com indicadores favoráveis de saúde, incluindo a mortalidade ajustada por faixa etária e a mortalidade média geral, a mortalidade associada ao câncer e a doenças cardíacas, mortalidade neonatal e expectativa de vida (12), enquanto que a falta de acesso à atenção primária foi indicada como o fator mais importante na determinação de uma saúde precária (13). Em contraposição, sistemas de saúde dominados por especialistas, como o dos Estados Unidos, têm custos totais de saúde mais altos e acesso reduzido à saúde para populações vulneráveis (14, 15, 16). Os altos custos são atribuídos aos baixos números proporcionais de médicos de atenção primária e à conseqüente deficiência na função de triagem (17,18). As áreas dos Estados Unidos com baixas taxas de atenção primária apresentam os maiores gastos com Medicare (seguro saúde federal, principalmente para pessoas de 65 anos ou mais) (19).

A atenção primária à saúde, quando comparada à atenção secundária, é uma área de menor custo já que os serviços fornecidos por especialistas apresentam maiores custos devido à tendência de uso de tecnologias mais caras e orientação para o tratamento, em vez da medicina preventiva (18).

Em países em desenvolvimento, os dados internacionais indicando uma forte correlação entre gastos com APS ou acesso a APS e indicadores de saúde não são significativos (20) devido à dificuldade inerente de se desvincular intervenções socioeconômicas de intervenções nos sistemas de saúde.

Equidade e acesso

Em países de baixa renda, evidências mostram que gastos com APS beneficiam mais os pobres do que o gasto agregado que inclui hospitais, e tem um impacto distributivo desejável, beneficiando proporcionalmente mais os segmentos mais pobres da população do que os segmentos mais ricos (20). Estudos de países desenvolvidos demonstram que uma orientação no sentido de um sistema especializado reforça a desigualdade de acesso (21). Em oposição, há consenso com relação ao fato de que a atenção primária melhora a equidade (22). Maiores investimentos em atenção primária aumentam o acesso à atenção, com mortalidade e morbidade mais baixas (23). Alternativamente, uma redução no acesso a APS resulta na deterioração da situação da saúde (24, 25).

Qualidade e eficiência da assistência

Há uma carência de estudos rigorosos que avaliem qualidade e relação custo-eficiência da assistência prestada nos ambientes de atenção primária ou por clínicos gerais (26). Uma revisão sistemática da qualidade da assistência em clínica geral/medicina de família concluiu: "A pesquisa publicada na área apresenta um retrato incompleto da qualidade da assistência clínica em termos de seu rigor metodológico e abrangência" e que "Opiniões sobre a qualidade da assistência tendem a ser baseadas em informações fragmentadas" (27).

Existe um número substancial de estudos bem planejados comparando a prestação de serviços realizada por clínicos gerais com aquela realizada por especialistas. Esses estudos não mostram diferenças significativas nos indicadores ou na qualidade do serviço entre a assistência prestada por clínicos gerais e especialistas em atenção secundária (28).

É mais provável que médicos de atenção primária dêem continuidade e atenção abrangente aos usuários do que os especialistas, o que resulta em melhores indicadores de saúde (29). O acesso ampliado a médicos de atenção primária e a sua função de triagem têm gerado benefícios, tais como menos hospitalizações (30, 31, 32), menor utilização dos centros de especialidades e emergências (33, 34), e menores chances de realização de intervenções de saúde inapropriadas (35). Por outro lado, quando o acesso direto a especialistas é possível sem o mecanismo de controle da atenção primária, a qualidade da assistência, medida pela adequação, piora, e os custos com a assistência aumentam (36). Ademais, as evidências de um estudo sistemático sugerem que a ampliação do acesso à atenção primária pode reduzir a demanda por cuidados especializados e hospitalares de alto custo (37).

Nem todos os estudos apóiam as evidências de que a função de triagem da atenção primária melhora os padrões da atenção secundária e de uso hospitalar (38). Alguns estudos em áreas selecionadas da interface de atenção primária-secundária mostram que o redirecionamento da assistência para a APS não resulta necessariamente na redução da demanda por serviços de assistência especializados ou secundários (39, 40, 41, 42), e alguns confirmam as vantagens de especialistas para a assistência a pacientes hospitalares (43, 44, 45, 46). Tal vantagem não é observada na assistência a pacientes não internados (47, 48, 49).

As evidências empíricas sobre quais serviços podem sofrer redirecionamento imediato da atenção secundária para a APS são limitadas (50). Alguns estudos que analisam a substituição de serviços selecionados (como hipertensão e asma) de atenção secundária para primária mostraram que a mudança é eficiente em custos, apesar de outros estudos apresentarem resultados contraditórios ou ambíguos. Por exemplo, uma análise comparativa da qualidade e custo do tratamento de depressão por médicos de atenção primária e por especialistas mostra que os últimos foram mais efetivos mas também mais caros (51).

Eficiência de custos

Está implícito na literatura sobre atenção primária à saúde que a atenção hospitalar não é apropriada como primeiro recurso e que, portanto, a atenção primária é um "bom" substituto. No entanto, esse pressuposto deve ter apoio de evidência empírica. Em ambientes de baixa renda, a eficiência de custos da APS comparada a outros programas de saúde é confirmada por um estudo (52). Isso reforça os resultados do Banco Mundial, que selecionou atividades de atenção primária, tais como saúde da criança, programas de nutrição, imunização e hidratação oral, como "bons investimentos" comparados à assistência hospitalar (53), e que intervenções passiveis de implantação em unidades de atenção primária poderiam prevenir uma grande quantidade de mortes (54). A Iniciativa Bamako, no Benin e na Guiné, demonstra que, mesmo em ambientes pobres em recursos, é possível implementar e manter serviços básicos de APS (55).

Substituir a atenção especializada pela clínica geral/medicina de família e a atenção secundária pela primária é possível e tem se mostrado eficiente em custos, sem apresentar efeitos adversos sobre os indicadores. Como exemplo, os hospitais orientados para a clínica geral/medicina de família na Noruega ofereciam serviços de saúde a um custo mais baixo quando comparado a modos alternativos de assistência devido à redução de custos hospitalares (56). Estudos do Reino Unido confirmam que hospitais de clínica geral/medicina de família economizam recursos devido à redução de transferências e internações em hospitais gerais de custo mais elevado com equipes de especialistas (57, 58, 59). A assistência prestada por clínicos gerais, comparada à de especialistas hospitalares em setores de emergência e acidentes se mostrou mais eficiente em custos, com menor uso de exames diagnósticos, níveis mais baixos de transferências a serviços secundários, níveis mais baixos de prescrição e nenhuma diferença significativa na satisfação do paciente ou nos indicadores de saúde (60, 61, 62).

Satisfação do paciente

Uma comparação de 10 países ocidentais sugeriu que maiores níveis de satisfação do usuário são obtidos em sistemas de saúde baseados em uma forte atenção primária à saúde quando a influência dos gastos com à saúde é controlada. O Reino Unido foi uma exceção, apesar de ter um sistema fortemente orientado para a atenção primária e um baixo gasto total relativo com saúde (63).

A pesquisa Euro, com cidadãos de 15 estados membros da União Européia, mostra que a Dinamarca, que tem um sistema de atenção primária à saúde muito forte, com acesso à atenção primária 24 horas, sete dias por semana, apresenta a maior satisfação do usuário com a assistência à saúde (64), atribuída ao valor da acessibilidade dos serviços de atenção primária oferecidos pelos clínicos gerais (65). No entanto, a satisfação dos pacientes com a atenção primária e com os clínicos gerais é fortemente influenciada pela forma de prestação da assistência, estilo de médico, disponibilidade de atendimento fora dos horários normais, vínculo do médico, continuidade da atenção e provisão de exames de rotina (66, 67, 68, 69).

No sistema dos EUA, a triagem realizada pela atenção primária, que evita o acesso direto do paciente à atenção especializada levou à insatisfação do paciente (70).

Os estudos revisados são predominantemente dos estados da União Européia, como o Reino Unido, os Países Baixos e países Nórdicos e de países de baixa renda localizados na África. Faltam pesquisas sobre países em transição, países de renda média e países latino-americanos.

O estudo revelou a carência de estudos de alta qualidade que comparem as vantagens e desvantagens da APS e a atenção especializada na Europa; os estudos comparativos tendem a ser dos Estados Unidos. Poucas análises avaliaram de forma abrangente os serviços de APS. Elas consistem e m testes randômicos controlados que examinaram segmentos particulares de intervenção e não trataram o problema em questão de forma abrangente.

Fica aberta ao debate a questão de até que ponto os resultados podem ser generalizados para apoiar a recomendação de políticas, já que as evidências vêm de diversos países, com uma variedade de estruturas de sistema de saúde, organização, financiamento e modos de prestação de serviços. É difícil controlar esses fatores. As mudanças observadas podem ser atribuíveis a fatores como financiamento do sistema de saúde ou comportamento do médico, em vez de onde e por quem a assistência é prestada. É difícil desvincular o impacto desses fatores do local, dos profissionais de saúde ou do modo de prestação de serviço.

A transferência de evidências ou modelos de atenção de um ambiente para outro sem a clara compreensão do contexto e da dinâmica do sistema de saúde, pode produzir conseqüências não pretendidas. Deve-se tomar cuidado antes de empreender reformas que favoreçam sistemas baseados em atenção primária e quando há intenção de promover mudancas sem uma definição clara dos objetivos da política e identificar a base de evidências para apoiá-las. Agências financiadoras e a comunidade científica precisam ser incentivadas a realizar rigorosos estudos comparativos nacionais e transnacionais para ampliar o conhecimento e a base de evidências para subsidiar a tomada de decisões sobre políticas.

Discussão

O sucesso dos sistemas de saúde para alcançar o potencial existente ou para a realização de mudanças estruturais necessárias para mudar de um sistema mais caro para uma alternativa mais eficiente em custos, como a APS, não é de forma alguma universal. A importância dada à atenção primária varia entre países. Apesar das evidências a favor da atenção primária, a alocação de recursos na maioria dos países ainda favorece os hospitais e a atenção especializada. Isso ocorre em parte devido a percepções sobre o que é a APS, o que ela tem a oferecer (71), e seu desenvolvimento como função de controle para reduzir custos ou acesso à atenção secundária (72, 73), em vez de percepções sobre suas contribuições positivas para a saúde. Isso explica o paradoxo da atratividade da atenção primária em bases empíricas e sua falta de apelo junto aos formadores de políticas e profissionais de saúde que vêem a APS como uma atividade de baixa importância, com



pouco efeito sobre a mortalidade e a morbidade e com um papel predominante de triagem do acesso aos hospitais.

Essa ineficiência na alocação de recursos tem implicações sobre a equidade e a eficiência. Isso pode explicar porquê o aumento no gasto público total com saúde não melhorou a equidade de acesso e outros indicadores na mesma proporção e teve menos impacto no status médio de saúde do que o esperado (74, 75).

Uma vez oferecidos os incentivos certos, em todo sistema de saúde, há real oportunidade para ampliar a oferta de serviços médicos em um ambiente de atenção primária (76). A falta de identidade representa um problema para os proponentes e para as agências financiadoras que acreditam que a atenção primária é necessária (77). Os formadores de políticas precisam conhecer o conceito de atenção primária e o que ela tem a oferecer. Para isso, será necessário investimento em ações que advoguem a favor da APS e atividades de marketing para comunicar os benefícios da atenção primária para profissionais de saúde, formadores de políticas e o público.

O papel da atenção primária não deveria ser definido de forma isolada, mas relacionando-o aos componentes do sistema de saúde. Atenção primária e secundária, generalista e especialista, todos têm papéis importantes no sistema de saúde. Eles não são mutuamente excludentes, mas elementos necessários a qualquer sistema. Entretanto, os avanços tecnológicos, melhor educação e treinamento, ampliação dos papéis da equipe de atenção primária, diferentes padrões de demanda devido a mudanças na saúde e atitudes sociais desafiadoras deram à atenção primária um papel maior a desempenhar e a alocação de recursos precisa fluir a seu favor.



É necessária uma nova abordagem, em que a atenção primária seja vista de maneira positiva, com uma contribuição comprovada para a saúde além da função de controle ou contenção de custos. A abordagem deve se basear em um modelo abrangente e integrado recomendado pela OMS (78). A nova abordagem deve combinar o novo universalismo com o realismo econômico, com o objetivo de atender a todos e não a tudo. No entanto, o escopo, o conteúdo e a expansão desse modelo devem ser guiados e apoiados por estudos empíricos (79).

CONCLUSÕES

A atenção primária à saúde, comparada aos setores de atenção secundária e terciária, representa uma nova área de pesquisa, apesar de se observar um aumento da complexidade e qualidade dos estudos no período analisado. Há poucos estudos transnacionais ou estudos comparativos pré e pós-intervenção. Isso é surpreendente, dadas as reformas em andamento na região européia, e particularmente nos países em transição, que têm como objetivo introduzir ou desenvolver a atenção primária.

Apesar dos alertas com relação à generalização, as evidências disponíveis confirmam a melhoria nos indicadores de saúde da população e na equidade, a utilização mais adequada dos serviços, a satisfação do usuário e os custos mais baixos do sistema de saúde com uma forte orientação para a atenção primária. Os resultados apóiam políticas que incentivem uma mudança nos serviços em direção à APS, já que a substituição não afeta de forma adversa a qualidade enquanto diminui os custos. Estudos indicam os limites da substituição e ainda existem questões que precisam ser enfrentadas, tais como a configuração das estruturas e equipes de atenção primária, o conteúdo dos serviços e os modos de prestação.

ANEXO 1. DEFINIÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA

O conceito de atenção primária

Na declaração de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde definiu atenção primária à saúde como "atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente seguros e socialmente aceitáveis, tornados universalmente disponíveis aos indivíduos e famílias nas comunidades por meio de sua participação e a um custo que a comunidade e o país podem sustentar em todos os níveis de seu desenvolvimento em espírito de auto-dependência e auto-determinação." (80).

Apesar de muitos países em transição na Europa ainda terem de alcançar o nível de atenção primária definida na declaração da Alma Ata (81), países industrializados na região já ultrapassaram esse nível. Para esses países, a atenção primária à saúde pode ser vista como "uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde" (82).

A atenção primária é vista como "parte integral, permanente e abrangente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países" ou como "o meio pelo qual os dois objetivos do sistema de saúde - otimização da saúde e equidade na distribuição dos recursos - são equilibrados" (83). Trata dos problemas mais comuns nas comunidades ao oferecer serviços preventivos, de cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar. A APS integra a atenção quando há mais de um problema de saúde, trata do contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o desenvolvimento de recursos básicos e especializados direcionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde (11).

Vuori descreve os componentes da APS como um conjunto de atividades, um nível de cuidado, uma estratégia para a organização dos serviços de saúde e uma filosofia que deve permear todo o sistema de saúde (84). O primeiro componente é um reflexo da definição Alma-Alma e identifica seus oito elementos básicos.

A atenção primária como um nível do sistema de atenção à saúde é o espaço onde as pessoas fazem o primeiro contato com o sistema e onde 90% de seus problemas de saúde são tratados. Atenção primária como estratégia que envolve a noção de atenção acessível, relevante para a população, funcionalmente integrada, baseada na participação da comunidade, eficiente em custos e caracterizada pela colaboração entre os setores da sociedade. A atenção primária como filosofia sustenta a prestação eqüitativa de serviços com uma referência particular à colaboração intersetorial.



Atenção primária definida como nível de atenção

Em 1920, o Relatório Dawson distinguiu os três principais níveis de serviços de saúde no Reino Unido: centros de atenção primária, hospitais secundários e hospitais de ensino (85). Apesar dessa estrutura prevalecer na maioria dos países, o conteúdo e prestação de atenção primária e secundária mudaram.

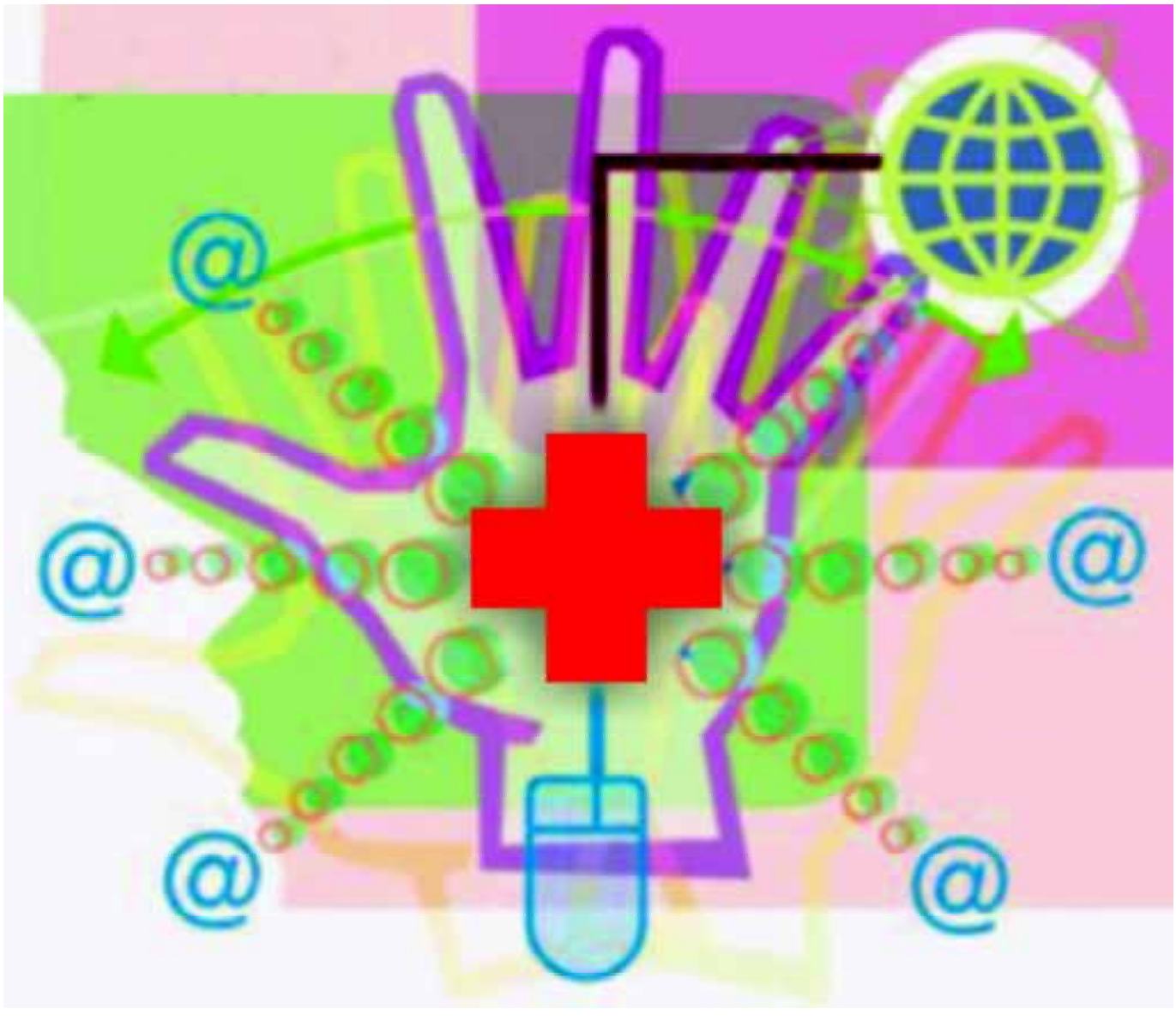
Atenção primária em termos de conteúdo

Em muitos sistemas de saúde, particularmente em contextos de países em desenvolvimento e em transição, a APS é definida como o conjunto básico ou essencial de intervenções descritas na declaração da Alma Ata (80). Isso iguala a atenção primária aos programas verticais seletivos (86, 87) ou um pacote essencial de serviços usado parcialmente como ferramenta de financiamento mas também para atender a carga de mortes por doenças predominantemente comunicáveis, mortes perinatais e maternas (88). A abordagem seletiva da atenção primária tem sido amplamente criticada, pela falta de embasamento empírico (89), como uma reinvenção dos programas verticais tecnicamente orientados (90), por ser baseada em julgamentos de valor (91, 92), por ter impacto negativo sobre o processo de desenvolvimento na área de saúde (93), e até por ser contraproducente (94). Alguns até questionaram a validade da eficiência em custos de tecnologia como a base de justificativa para a APS (95).

Uma alternativa à APS seletiva é um sistema abrangente de APS, prevalecente em muitos países desenvolvidos, com um grande escopo de educação para a saúde, promoção, prevenção, atividades curativas, preventivas e e acompanhamento a pacientes terminais. Alguns argumentam que uma APS abrangente também pode ser implementada e mantida em paises em desenvolvimento (96).

Na Europa, o conjunto de atividades desenvolvidas pela atenção primária cresce rapidamente. A maior parte do tratamento especializado de pacientes não internados é feito em clínicas





apoiadas por esquemas compartilhados de assistência (97). Até os serviços para pacientes internos oferecidos nos hospitais por especialistas está mudando para atenção primária por meio de serviços de assistência domiciliar (98). Clínicos gerais passam a oferecer assistência de emergência em casos que eram tradicionalmente atendidos por serviços de emergência e acidente em hospitais (99).

A interface de atenção primária-secundária é dinâmica, assim como os limites entre os clínicos gerais e médicos de atenção primária e os especialistas hospitalares. Há áreas consideráveis de interseção nos papéis dos clínicos gerais oferecendo atenção especializada e os dos especialistas oferecendo serviços clínicos, a chamada "atenção primária invisível" (100, 101), que complica ainda amais a comparação dos resultados das pesquisas em diferentes países e contextos.

Atenção primária como um processo-chave

A atenção primária é freqüentemente identificada com a função de triagem (102). No entanto ela exerce um papel mais fundamental do que apenas a triagem; ela representa um processo-chave no sistema de saúde (103). É a atenção de primeiro contato, a linha de frente, continuada, abrangente e coordenada (104). A atenção de primeiro contato está acessível no momento da necessidade; a atenção continuada enfoca a saúde de uma pessoa no longo prazo, não apenas enquanto dura a doença; atenção abrangente é o escopo de serviços apropriados às necessidades da população e; a coordenação é um papel que a APS desempenha para coordenar outros serviços especializados que os pacientes possam demandar.

Tabela 1: Composição da equipe de atenção primária

Médica	Para-médica	Administrativa	Terapeutas	Social
Clínico Geral	Enfermeira comunitária	Gerente	Fisioterapeuta	Assistente social
Dentista	Enfermeira	Recepcionista	Quiropodista	Psiquiatra
Geriatra Comunitário	Ótico oftalmológico	Assistente	Fonoaudiólogo	Psicólogo
Agente médico escolar	Parteira	Secretário	Osteopata	Conselheiro
	Supervisor de Saúde		Nutricionista	Apoio domiciliar
	Farmacêutico			

Atenção primária definida em termos de composição de equipe

As equipes de APS podem variar de enfermeiras comunitárias, feldshers ou clínicos gerais rurais a equipes multidisciplinares de até 30 integrantes entre enfermeiras especialistas, gerentes, pessoal de apoio, médico da família e outros profissionais de atenção primária.

O Royal College of General Practitioners do Reino Unido descreve como profissionais de atenção primária "qualquer profissional de saúde cuja qualificação seja em atenção à saúde, cujas qualificações profissionais sejam reconhecidas por conselho estatutário de registro aprovado pelo Parlamento, que atenda o cliente/ paciente diretamente sem qualquer referência de um profissional de saúde, ou que trabalhe em uma organização de medicina ou enfermagem primária que ofereça acesso aberto aos pacientes" (105).

Nos países industrializados da Europa o núcleo da equipe consiste de um clínico geral , uma enfermeira comunitária, uma enfermeira, um assistente social e pessoal de terapia e administrativo (106). Apesar disso, nos paises onde a APS é bem desenvolvida, as equipes raramente excedem 20 membros (11) (Tabela 1).

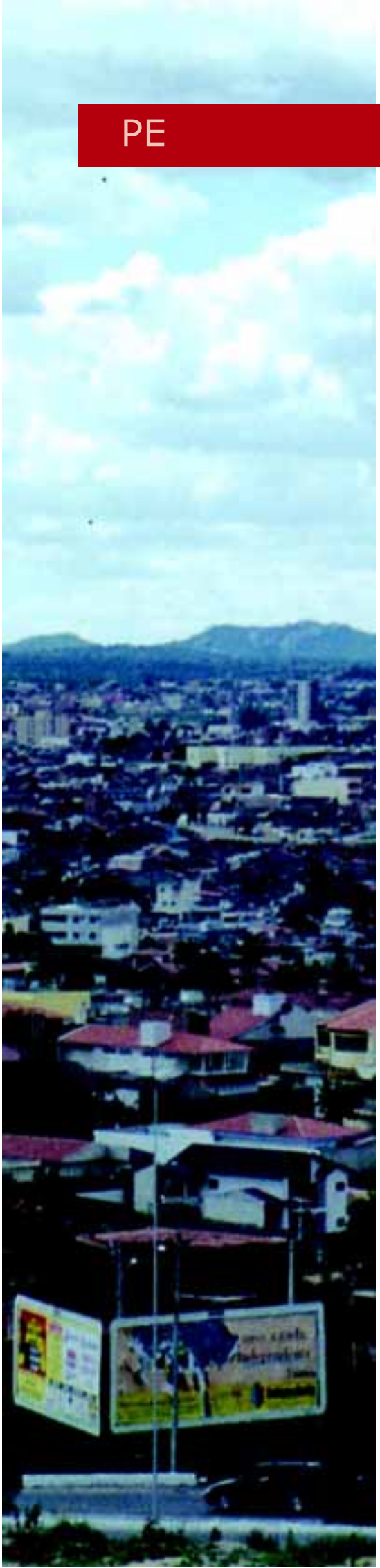
Apesar de ser parte integrante da APS, a clínica geral/medicina de família não é sinônimo de atenção primária. O papel do médico de família indica o escopo dos serviços de atenção primária oferecidos e o grau de uniformidade desses serviços. Em países industrializados, o clínico geral é o único que atua nos nove níveis de cuidados: prevenção, detecção pré-sintomática de doenças, diagnóstico prévio, diagnóstico de doenças estabelecidas, administração da doença, administração das complicações da doença, reabilitação, assistência na fase terminal e aconselhamento (107).

As referências bibliográficas citadas neste artigo podem ser consultadas em:

http://www.euro.who.int/hen







Equipes mostram como trabalhar com a família

Naquele ano de 2001, em Caruaru, ninguém poderia imaginar que, antes que o ano terminasse, a população já poderia contar com 36 equipes Saúde da Família. "Da época da implantação até agora foi uma crescente valorização, principalmente, do profissional enfermeiro que se iniciou com o PACS, que foi nos idos de 1990", conta Josineide Barreto de Oliveira, coordenadora da estratégia Saúde da Família em Caruaru.

Na sua avaliação, no modelo anterior faltava resolutividade. "Descobriam-se os problemas, haviam necessidades, mas não tínhamos poder de resolução", explica ela, assinalando que, com a implantação da estratégia Saúde da Família," começou-se a resolver os problemas das comunidades na própria comunidade e eles começaram a dar crédito à equipe".

Segundo Josineide Barreto, em Caruaru, muitas áreas eram desassistidas e necessitadas, e havia a necessidade de expandir o PACS. A opção foi pela expansão imediata da estratégia Saúde da Família. "Hoje, Caruaru tem 42 equipes de Saúde da Família e, mesmo assim, estamos com 57% de cobertura. Considerando que a cobertura ainda é "pequena", ela observa que a proposta é transformar as seis equipes de PACS existentes em várias equipes da estratégia Saúde da Família.

Ontem e hoje

O que é gratificante para quem trabalha com saúde pública é ver os índices positivos que foram alcançados ao longo dos anos. "Quando eu iniciei nós tínhamos alto índice de mortalidade infantil, e a gente viu isto cair e equiparar-se aos índices dos estados do sul do país. Isso dentro da realidade do Nordeste, bem diferente do que é encontrado no Sul", afirma Josineide, acrescentando que alguns problemas persistem.

Atualmente, Caruaru tem 390 agentes comunitários sendo capacitados no curso de formação profissional do ACS, que é realizado por meio da Escola de Saúde Pública do Estado, em parceira com o governo estadual e o Ministério da Saúde. O curso serve para que os agentes entendam por que e pra quê realizarem suas atividades. Entendendo o que estão fazendo, fica mais fácil eles compreenderem os indicadores que estão sendo ou não alcançados por equipe de saúde.

A conclusão do curso está prevista para o final de maio, e com isto a Secretaria Estadual de Saúde está conseguindo enorme avanço quanto à capacitação, qualificação de todos os profissionais e a realização de um bom trabalho.

"A gente não conhecia o paciente"

O médico da estratégia Saúde da Família de Caruaru, Adalberto Lima, é formado há 20 anos e começou a trabalhar no "sistema antigo da era SF". Ele explica: naquela época o atendimento era feito em um ambulatório, fazia-se consulta clínica e tudo era complicado, porque os pacientes não tinham acompanhamento. "A gente praticamente não conhecia o paciente. Eles apareciam um dia com hipertensão, voltavam seis meses depois, e a gente encontrava muito paciente seqüelado de acidente vascular cerebral. Muitos pacientes diabéticos, porque não faziam acompanhamento".

Depois que a estratégia Saúde da Família começou a ser implantada, avalia Lima, "a gente tem um diferencial de qualidade hoje em dia". Ele conta que já está trabalhando na estratégia SF há mais de 12 anos, tendo começado em Alagoas. "Há nove anos estou em Caruaru. Aqui eu comecei na estratégia Saúde da Família no bairro José Carlos Oliveira, onde passei quatro anos. Há cinco anos estou no Morro de Bom Jesus".

Ele explica o "diferencial de qualidade" incorporado com a estratégia Saúde da Família. "Primeiro, a gente tem uma clientela conhecida. Os nossos pacientes a gente conhece por nome, por residência, por família, por ocupação, por renda. Então a gente conhece o paciente na família. Isso é um diferencial grande da era antiga, porque eu não sabia se o paciente tinha condição de comprar o remédio ou se tinha condição de fazer um exame".

O doutor Lima assegura que, na nova modalidade, o profissional de saúde tem o paciente na mão. "Eu sei exatamente quem é ele, o que ele faz, onde vive. Eu tenho um convívio com os pacientes. Meus pacientes eu trato pelo nome. Isto é muito importante. Se eu tenho esse elo, esse vínculo de amizade, o vínculo médico continua", assegura, destacando que hoje em dia ele é uma pessoa mais respeitada na comunidade.



Além da rede apoio, composta por oftalmologistas, ortopedistas, dermatologistas e cardiologistas, a estratégia Saúde da Família dispõe de um serviço para gestante que é considerado outro ponto forte do Hospital de Caruaru. O atendimento é feito no bloco cirúrgico especializado para a mulher grávida. No modelo anterior, essas mulheres ficavam à mercê do serviço público do estado. "Hoje, eu sei quem é o obstetra que vai atendê-la no final do meu trabalho. Eu faço o pré-natal de uma gestante durante noves meses. Meu pré-natal não é quebrado. Eu sei onde esta paciente vai fazer o parto e ela volta para o pós-natal", elogia.

A composição da equipe da estratégia da Saúde da Família, da qual Lima faz parte, é composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários, um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário.

Saúde da Família no meio rural

Por sua vez, o médico Guilherme Accioli Pires, que trabalha na zona rural de Caruaru, aponta que o que melhorou em relação à estratégia SF na zona rural é que essa região é distante do centro da cidade e sua população precisa ser atendida. "Hoje, a gente está mais perto da comunidade e, assim, esta



população está tendo um acesso melhor ao sistema de saúde", argumenta.

Pires conta que o agendamento dos pacientes é feito por meio das planilhas semanais. As ultrassonografias, os exames complementares e as consultas especializadas a gente marca na zona rural mesmo, não havendo necessidade de o paciente ir até a cidade. Com isso, diminuíram as filas.

Os problemas são inerentes às várias comunidades que são atendidas pela estratégia SF. Os mais comuns são desnutrição/ desidratação, diarréia, hipertensão, diabetes, distúrbios mentais e um grande número de grávidas na adolescência, mesmo com as campanhas que são feitas com foco no planejamento familiar, conta Pires.

O médico destaca um ponto que considera importante. O agente de saúde tem facilidade de promover e divulgar a estratégia Saúde da Família, uma vez que ele conhece bem a comunidade. "Ele tem esta função facilitadora que garante a toda a equipe de saúde a abertura das portas das famílias que estamos visitando. Por estarem mais próximos eles sabem os problemas de cada família e as particularidades de cada caso também".

Com relação à receptividade por parte dos pacientes das famílias que são assistidas pela estratégia SF, ele diz perceber que é muito boa, mas temos alguns casos em que a resistência existe. "São pessoas de difícil relacionamento, com as quais você tenta conversar e às vezes o resultado não é muito positivo. Há também a resistência em não aceitar determinado ACS, mas no geral a receptividade é muito boa", observa.



"Eu nunca pensei em trabalhar com gestante, criança, adolescente, com pessoas idosas, diabéticos, hipertensos, e meu trabalho sempre foi esse. Cada vez eu tenho mais boa vontade. Nunca tive má vontade pra ninguém. Também a gente ajuda muitas pessoas boas". Depoimentos como esse do agente comunitário de saúde de Caruarau, José João da Silva, são comuns na cidade e demonstram o grau de comprometimento dos membros das equipes da estratégia Saúde da Família.

Satisfeito por "ser o primeiro" na sua comunidade, José João da Silva diz que seu pioneirismo na comunidade no trabalho com o Saúde da Família é motivo de orgulho, uma vez que ele lida com pessoas que conhece desde criança, ajudando-as a evitar doenças ou mesmo se curar de algum mal.

"Eu me sinto feliz de ser da comunidade, porque fui o primeiro da comunidade quando comecei a trabalhar. Não tinha ninguém. Comecei no PACS em 1992 e lá foi se expandindo, e hoje tem uma equipe de seis pessoas, na equipe da Unidade Básica de Saúde", diz.

"Agricultor de profissão e agente comunitário de coração", José João da Silva trabalha na área desde 1992. "Só que em 1985 eu já tinha trabalhado com a Pasto-



ral da Criança, que fazia parte da comunidade, e eu sentia aquele incentivo da comunidade que precisava de um apoio", recorda-se. Silva atende aproximadamente 600 pessoas. Um fato o fez ver a importância do agente comunitário. "Uma mamãe que não tinha muita informação e tinha uma criança morrendo de diarréia, em vez de dar outras coisas, ela só dava leite. Eu cheguei e disse pra mulher que a criança ia morrer. Dê água de coco a esta menina, dê água de maçã. Não dê mais leite. Aí ela suspendeu o leite e a menina escapou, e hoje em dia ela me agradece".

A agente comunitária rural Maria Rosa Cavalcanti Oliveira, da estratégia Saúde da Família, no bairro Sítio Antas, tem 14 anos de trabalho na área. Ela assinala que se tornou agente comunitário porque "me incentivou o povo e achei que deveria ser desde 1992. Aí, fui convocada para fazer o curso e comecei a trabalhar desde 1993. Até hoje eu atuo lá na área".

Ela conta que atende 700 pessoas e relatou que uma experiência a marcou profundamente. No final de 1999, uma família de Caruaru foi morar no Sítio Antas e tinha uma criança de seis meses que estava em coma. A mãe era alcoólatra e ela teve que ir dentro do mato pegar a criança. Resultado: a criança foi salva.

Desafios vencidos

Na avaliação do secretário municipal da Saúde de Caruaru, o médico Oscar Capistrano, na área de serviços em saúde, Caruaru pode ser considerada segundo pólo médico do estado, sendo Recife o primeiro. Capistrano observa que Caruaru desponta como uma cidade que apresenta alguns desafios vencidos.

Primeiro, a questão do saneamento. Ele conta que ao assumir a gestão, havia 30% de área saneada, e hoje a cidade já conta com aproximadamente 60%. As obras de extensão do saneamento beneficiaram, principalmente, as áreas mais carentes. Outro problema era a falta de água potável. De acordo com o secretário de Saúde, este problema foi minimizado com a chegada de água de um sistema de barragem que abastece as várias cidades do agreste.

Capistrano enfatiza ainda que Caruaru tem destaque dentro do Sistema Municipal de Saúde, por ser uma cidade pioneira na implantação da coleta laboratorial descentralizada. Isso significa dizer que o cidadão que mora na zona rural não precisa mais se deslocar até a cidade para fazer a coleta para exame em laboratório.

Clínica da terceira idade

A Policlínica da Terceira Idade também pode ser considerada outra iniciativa pioneira entre os municípios do estado. Esta policlínica presta assistência diferenciada a todos os cidadãos com mais de 60 anos. Conforme explica Capistrano, a unidade possui 10 mil pessoas cadastradas, que são acompanhadas regularmente por vários especialistas, como geriatra, cardiologista, reumatologista, neurologista, psicólogo, odontólogo e dermatologista. Essa Policlínica da Terceira Idade veio suprir a demanda de especialistas de referência para a terceira idade que as equipes Saúde da Família reivindicavam. O acompanhamento dos idosos continua sob a responsabilidade da SF, mas agora a segurança e a certeza de contarem com especialistas, quando necessário, melhorou ainda mais a assistência.

"Também nesta policlínica possuímos uma unidade de fisioterapia que atende a toda Caruaru, mas, principalmente, atende às pes-





soas da terceira idade", salienta o secretário. Além disso, a policlínica também dispõe de um gabinete odontológico e tem uma unidade de transporte para os pacientes da terceira idade acamados ou não.

Assim que o médico da estratégia SF atende um idoso e constata a existência de alguma necessidade de encaminhar este paciente para um especialista ou para a realização de exame ou procedimento, é contactada a ambulância da terceira idade e agendado com eles o horário de transporte.

Ligue Saúde

Mais recentemente, há cerca de dois anos, a Secretaria Municipal de Caruaru criou o Ligue Saúde. Trata-se de um sistema de marcação de consulta pelo 0800, no qual a população que não recebe cobertura pela estratégia SF liga para ser atendida. Observa-se que, em Caruaru, a cobertura da estratégia Saúde da Família é de 53%.

Para Capistrano, uma das razões para que esses 47% da população ainda não tenham acesso à estratégia SF é devido à grande dificuldade de se ter profissionais médicos. "Isto, hoje, é uma realidade no Brasil inteiro, avaliando que muitas vezes até o profissional aparece, mas, "não tem nem formação e nem perfil para fazer parte da Saúde da Família".

Com a possibilidade alternativa de poder marcar sua consulta na Atenção Básica tanto na Clínica Médica quanto na Pediatria ou na Ginecologia por meio do 0800, a população se vê mais bem assistida. "Nenhum cidadão aqui em Caruaru enfrenta fila para marcar consulta. Todo mundo, quando quer, marca consulta utilizando o 0800 no período da tarde, por meio de um orelhão ou telefone fixo da própria residência", destaca.

Ainda como instrumento de organização da Secretaria Municipal de Saúde, Caruaru dispõe de uma farmácia básica, onde todos os cidadãos são cadastrados previamente. Segundo Capistrano, hoje, a Secretaria Municipal de Saúde distribui medicamentos da Atenção Básica para os cidadãos de Caruaru.

"Este instrumento de gestão tem nos auxiliado bastante para que



a gente possa ter melhor utilização dos recursos na farmácia básica e, ainda, complementando, nós fazemos a distribuição do medicamento em casa para aqueles pacientes que estão acamados ou pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos que precisam tomar de forma continuada o medicamento".

A dentista Marília de Pádua Moreno, da estratégia SF da Unidade de São João da Escócia II, registra que a inclusão da Saúde da Família na vida das comunidades foi uma conquista para toda a população de 300 mil habitantes de Caruaru. "Onde antes os pacientes tinham que dormir na fila para conseguir atendimento com ficha, hoje, é tudo marcado pelo ACS no seu domicílio", destaca, mostrando a história do auxiliar de cirurgião dentista que trabalha na Unidade. "O Alexandre Rodrigues já foi durante muitos anos Agente Comunitário no município e, graças à continuidade da estratégia Saúde da Família e do seu esforço pessoal, ele é hoje um excelente profissional".

De acordo com Kátia Silene Amorim Ferrera, coordenadora da estratégia Saúde da Família, em Caruaru, para ficar com 100% de cobertura da zona rural, a Secretaria Municipal de Saúde optou por ter uma unidade da estratégia da Saúde da Família na área. "A gente prefere que a zona rural seja coberta em virtude do difícil acesso desta população".

Vencendo obstáculos em nome da Saúde da Família

O marco inicial do salto de qualidade no sis tema de saúde de Aratuba, uma pequena cidade cearense de 13 mil habitantes, distante 132 quilômetros da capital Fortaleza, foi o ano de 1997, quando teve início a organização do Sistema de Saúde de Aratuba com a implantação da estratégia Saúde da Família.



A partir dessa data, os avanços do município nesta área se configuraram em realidade devido a uma mistura de nova concepção na abordagem da saúde pública, com uma mudança na cultura da doença para a prevenção, e engajamento da comunidade e dos profissionais de todos os níveis.

De acordo com a secretária municipal de Saúde, Olímpia Maria Freire de Azevedo, em 1996 o Sistema de Saúde de Aratuba estava "na contramão do Sistema Único de Saúde (SUS)", tendo uma única unidade hospitalar, o Hospital da Cidade (filantrópico), como o centro de todas as ações de saúde. Ainda naquele ano, o atendimento era realizado de uma maneira centralizada, exclusiva-mente por médico plantonista e atendimento de uma demanda espontânea por necessidades.

O município apresentava taxa de mortalidade infantil de 54 por mil

nascidos vivos, além de baixas coberturas vacinais. Estes indicadores, entre outros, puxavam o município para a classificação dos mais atrasados e desorganizados do estado do Ceará. No entanto, já no começo de 1997, o sistema de saúde local deu início à descentralização do atendimento. Esta etapa prosseguiu durante todo o ano e veio a se efetivar completamente em 1998. Nesse ano, foi implantada a estratégia Saúde da Família, segundo as normas do Ministério da Saúde.

No início, o território do município foi dividido em três áreas denominadas Território de Vigilância à Saúde. Cada área continha aproximadamente 4.500 pessoas ou mil famílias, e passou a contar com uma equipe de Saúde da Família para atender à população adscrita. Cada equipe era, e ainda é composta, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um agente administrativo, um motorista e entre seis a 10 Agentes Comunitários de Saúde.

Em Aratuba, devido à maior conscientização dos membros da estratégia Saúde da Família a respeito da mudança de paradigmas de atendimento à população, todos os profissionais trabalham oito horas por dia, perfazendo as 40 horas semanais, e cada equipe dispõe de um carro para o deslocamento tanto dos profissionais quanto da população assistida.

Segundo registro da secretaria municipal de Saúde, as dificuldades iniciais estavam ligadas às áreas físicas inadequadas, à cultura da população com "apego" e "medo" de perder o "benefício"



do modelo antigo e à reação contrária às mudanças pela corrente de líderes e profissionais ligados ao modelo hospitalar. "Aos poucos esses obstáculos foram vencidos, e este fato, aliado à recuperação das estradas intra e intermunicipais, além do investimento feito na infra-estrutura e saneamento básico, fez o município dar um salto de qualidade na saúde de sua população", argumentam os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

Exemplo que começa no saneamento

Em 1997, somente 10% da população possuía coleta de dejetos por esgotos. Hoje, Aratuba dispõe de 70% dos domicílios ligados à rede de esgotos. O lixo passou a ser coletado na zona urbana e levado para o aterro sanitário. Em reuniões com as comunidades da zona rural, por meio da exibição de filmes e outras metodologias, as equipes levaram até aquelas populações as orientações necessárias para o destino adequado do lixo e dos dejetos, bem como o tratamento da água para o consumo, mesmo onde já havia água encanada.

Hoje, 80% dos domicílios têm água encanada, sendo 60% na zona urbana e 20% na zona rural. Vale ressaltar que os 80% restantes da zona rural têm acesso à água de qualidade para o consumo nos chafarizes públicos.

Por meio de medidas simples mas eficazes, a Secretaria Municipal de Saúde foi ganhando terreno no combate à transmissão de doenças graves infecto-contagiosas. As equipes Saúde Família passaram a enfatizar, em todo contato com a população, o uso correto do hipoclorito para purificar a água, filtro de água, fervura da água para as crianças

e preparo dos alimentos para as mesmas.

Além disto, os profissionais da estratégia Saúde da Família recebiam da Secretaria Municipal da Saúde toda a orientação para trabalhar junto às comunidades sempre dentro dos princípios do SUS, principalmente, com relação à "responsabilização" e "longitutilidade" no atendimento dos pacientes de sua área de abrangência. De acordo com registros da Secretaria Municipal de Educação, observou-se, a partir desse atitude, uma queda acentuada nas internações hospitalares em adultos dentro e fora do município, no tocante àquelas patologias passíveis de controle ambulatorial.

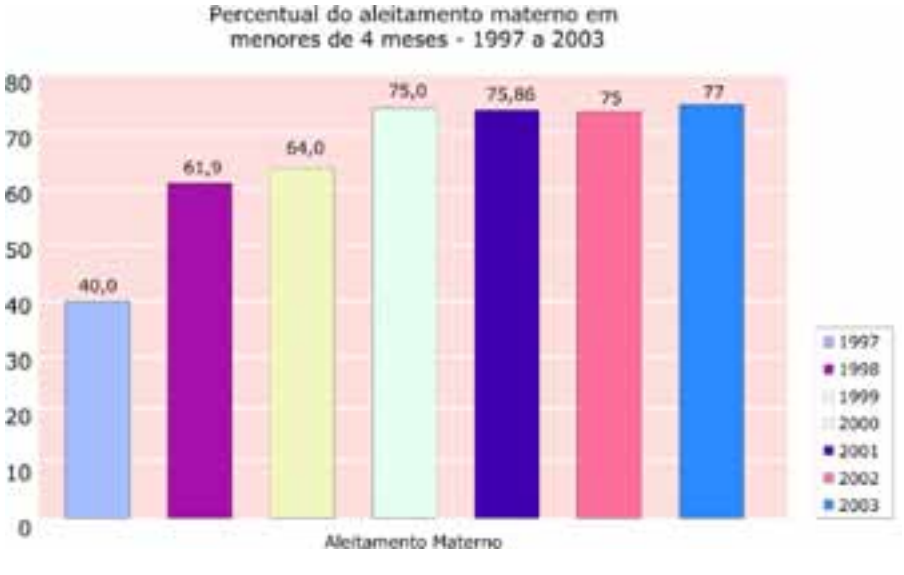
Outro dado apontado pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, que colaborou na melhoria da saúde de Aratuba diz respeito à Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas). Com a orientação da Noas sobre as áreas prioritárias a serem atendidas dentro do município, e com a implantação das microrregiões para o atendimento secundário, a cidade de Aratuba melhorou ainda mais a saúde de sua população.

É importante salientar que o município, a partir de 1998, conseguiu enquadrar-se no nível de gestão plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica (NOB 96) e, assim, teve mais autonomia para organizar sua rede de saúde. A NOB 96 é uma das que antecedem a criação da Noas.

Ainda no final de 1998, já com a mortalidade infantil em declínio, o município contratou para compor a quarta equipe Saúde da Família (com redistribuição da população e redivisão do território) uma médica com especialidade em pediatria. Esta profissional passou a seguir e orientar o atendimento das crianças de zero a dois anos, treinando em serviço os demais profissionais das equipes Saúde da Família.

Com todas essas mudanças na condução das principais ações na área da saúde, a secretaria municipal de Saúde está podendo administrar um sistema de saúde que, a cada dia, colhe melhorias significativas em vários indicadores, conforme demonstrado nos gráficos abaixo:

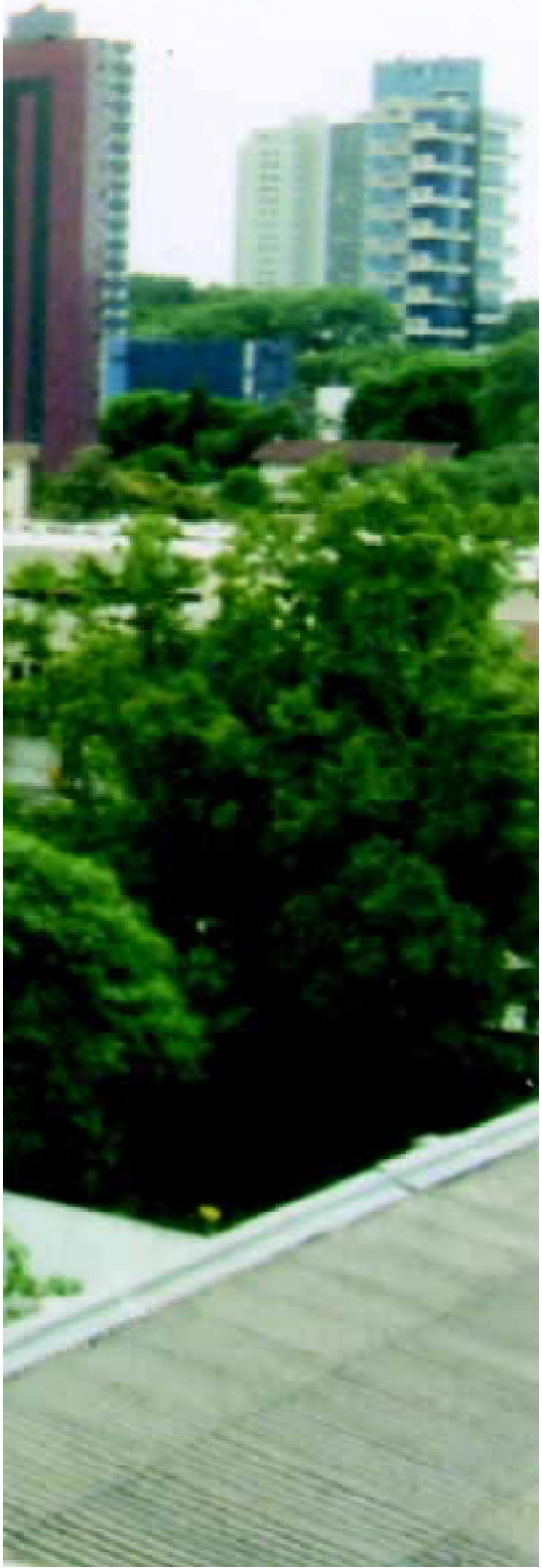




Este mapa mostra a localização da 4ª Microrregião de Saúde do estado do Ceará, onde o município de Aratuba está localizado no maciço de Baturité.







Saúde da Família muda lógica no atendimento à população

Foz do Iguaçu está trocando o modelo de saúde curativa assistencialista pelo modelo preventivo, participativo e transparente, no qual todos têm direito ao atendimento digno e humanizado. A frase que inicia um produto de divulgação do funcionamento da saúde pública do município paranaense ilustra a decisão política da adoção incondicional do novo modelo preventivo.

O principal foco deste novo modelo é a estratégia Saúde da Família. Tendo iniciado com apenas duas equipes em 2004, hoje, já são 29, sendo a cobertura de 35% da cidade, o que corresponde a cerca de 90 mil dos 300 mil habitantes. Agregam-se a essas equipes 275 agentes comunitários de saúde. Nesse ritmo, a cidade caminha a passos largos para cumprir a meta de 64 equipes até o final de 2006, o que deverá corresponder a uma cobertura de 85% da população.

Com a estratégia Saúde da Família, o médico fica oito horas nas unidades básicas de saúde e passa a conhecer os problemas de saúde de sua comunidade. A equipe que é composta, além do médico, por um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, atua na prevenção dos problemas de saúde da comunidade, por meio do planejamento de ações que alcançam os cinco grandes bairros da cidade. Com essa dinâmica, as filas foram reduzidas e substituídas pelo respeito do agendamento prévio.

Qualidade de vida

O secretário municipal de Saúde, Chico Brasileiro, comenta que a estratégia Saúde da Família é o melhor programa de saúde do Brasil. "Com a implantação do Saúde da Família a população começa a sentir melhorias na qualidade de vida por meio dos efeitos da prevenção. É um trabalho de longo prazo com a meta de reduzir a incidência de doenças".

Para o secretário, o resultado do Saúde da Família contribui para o desafogamento do sistema de saúde local porque atualmente grande parte das pessoas adoecem por falta de prevenção. "Elas precisam sempre de mais consultas especializadas, exames e hospitais", observa. De acordo com Brasileiro, é muito importante a colaboração da comunidade no processo de mudança para um novo modelo de saúde. "As pessoas com doença instalada devem participar dos grupos como dos diabéticos, dos hipertensos e das gestantes. Existe todo um acompanhamento e orientações para evitar que estas pessoas tenham complicações".

Na avaliação da diretora de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, Lisete Palma de Lima, cada vez que se estruturam as fases da

estratégia Saúde da Família, as outras coisas vão ficando mais nítidas, como os problemas da rede especializada e da rede hospitalar.

Na sua opinião, o usuário demorou um pouco para perceber a mudança para melhor na qualidade que a Saúde da Família traz. "Ele estava acostumado com o modelo anterior, com o imediatismo. Então, ele chega e quer a consulta rápida, quer o remédio e o exame. No entanto, a SF vem com outra proposta, vem com o acolhimento, com o entendimento do que trouxe ele na unidade, da escuta filtrada e apurada do profissional".



Segundo Lisete Lima, no caso de Foz do Iguaçu isso está contagiando a rede especializada, que começa a perceber as diferenças. "Com isso, a gente tem certeza de que Foz do Iguaçu vai conseguir mudar seus padrões e indicadores de saúde por meio da utilização da rede básica com a SF".

Ela aponta o maior desafio a ser enfrentado pela estratégia Saúde da Família: "É a população entender que, para que ela seja bem atendida, não depende tanto de a receita ter duas páginas e de um monte de exames de laboratório. A hora que o cidadão entender que o bom profissional é aquele que o escuta, que também presta atenção em sua família, aí nós vamos estar trabalhando melhor". Na visão da diretora, o que está faltando é informação. "Com essa aproximação da comunidade, a comunicação é fundamental para disseminar, em todos os pontos de atendimento, informações do que é a Saúde da Família, qual a intenção da Secretaria de Saúde e para onde vai o investimento".

Benefícios para mais usuários

Dirigindo um dos cinco veículos adquiridos com recursos do Proesf na ronda diária pelas Unidades Básicas de Saúde, a coordenadora dos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Laura Cirilo de Oliveira, lembra que no começo de 2004, havia oito equipes da Saúde da Família e, agora, conseguiu-se chegar a 29 equipes, atingindo a meta da primeira fase do Proesf. "Temos mais metas a cumprir, ou seja, para a segunda fase vamos implantar mais 11 equipes", antecipa.

Laura de Oliveira assinala que a estratégia Saúde da Família traz consigo impactos que não são observados em um primeiro momento, porque existem necessidades que precisam ser supridas, como o cumprimento do horário por parte dos profissionais e reorganização da atenção básica. "Não adianta só colocar as equipes. A gente tem que estar discutindo todo o sistema, e a maneira como ele está organizado, e todos os nós que o modelo anterior deixou", observa ela.

Ela explica que a cidade de Foz do Iguaçu, por ser uma cidade de fronteira com a Argentina e o Paraguai, tem os mais variados problemas. Os problemas sociais da cidade se agravaram com o tempo. Há 30 anos eram 30 mil habitantes e hoje são 301 mil. "Com essa explosão demográfica vieram inúmeros problemas sociais: desemprego alto, às vezes a população prefere viver na informalidade, existe a drogadição, a prostituição, a gravidez na adolescência e a insuficiência dos serviços de saúde para uma população não esperada de brasileiros que moram no Paraguai, os chamados "brasiguaios".

Hoje, a Secretaria Municipal de Saúde tem observado um aumento na satisfação dos usuários com o novo modelo de saúde im-

plantado. No começo, conta Laura de Oliveira, criou-se um conflito, até as pessoas entenderem qual era a proposta do novo modelo. "Depois, elas começaram a sentir que este é um atendimento mais humanizado e que o acesso está bem melhor".

Outros pontos positivos destacados por ela dizem respeito à melhora dos serviços profissionais, ao fato de as Unidades Básicas de Saúde estarem abertas em todo o horário comercial, e a insistência das equipes em se aproximar mais das comunidades por meio de suas lideranças para discutir e informar o perfil epidemiológico.

Na opinião de Laura de Oliveira, não é muito fácil fazer Saúde da Família, uma vez que isto contraria muitos segmentos da área. "O modelo anterior convinha a muita gente e a muitas instituições. Se o sistema, como era o caso do modelo anterior, tem o acesso muito dificultado, vai fazer com que a população, mesmo com problemas sociais graves, migre para o serviço privado", analisa ela, para quem, no entanto, a realidade mudou e, neste estágio de implantação da Saúde da Família, "todos os profissionais envolvidos têm que fazer com que o SUS seja priorizado na maneira como ele foi pensado".



Do acolhimento à prevenção

Em meio a um dos 20 atendimentos feitos no início do dia, a enfermeira Luciana Harumi Nakamura assinala que, em Foz do Iguaçu, "o acolhimento é ultraqualificado". Ela explica que, juntamente com os médicos, as enfermeiras fazem o acolhimento de manhã e à tarde. "A gente tem que educar a população sobre o atendimento da unidade, porque, depois das 8h30, o médico também tem atendimento normal feito com base no agendamento". No acolhimento é avaliada a possibilidade de o usuário ser atendido na hora, nos casos mais graves, ou agendar um retorno, dependendo da gravidade do caso.



Ao fazer uma comparação entre o modelo anterior e o atual, Luciana Nakamura destaca que a população demora um pouco para perceber o diferencial, mas reage bem quando entende a filosofia da Saúde da Família. "A maioria das pessoas que vem até a unidade está achando mais organizado. A gente orienta os pacientes. Inclusive, a gente pede que os agentes de saúde passem nas casas, durante as visitas que eles fazem diariamente, orientando os pacientes também quanto ao funcionamento da unidade, como funciona, o horário do acolhimento e o horário de vacinas", diz.

Na avaliação da enfermeira Franciele de Ribas, que trabalha há cinco meses na Unidade Básica de saúde do bairro Morumbi III, o que atrai um profissional da área médica para a estratégia Saúde da Família "é gostar de lidar com pessoas, de conhecer as famílias, gostar de saúde pública, de saber quem são esses brasileiros. Saber o nome do pai, da mãe e chamar o paciente pelo nome".

Como destaque no dia-a-dia do trabalho, a enfermeira mostra que a população tem livre acesso à unidade de saúde, na hora em que precisa, sem necessitar ter hora ou dia marcado. "É muito diferente. Eles já sabem onde é o consultório. Já chamam a gente pelo nome, cumprimentam na rua. Esse é o diferencial. Criam-se vínculo e uma confiança".

Saúde bucal

Para o odontólogo André de Buriato, há oito anos trabalhando no Bairro de Porto Meira, a saúde bucal em Foz do Iguaçu está em uma fase de transição. Para ele, o importante é não se estar privando a população que ainda não está coberta pela estratégia Saúde da Família do atendimento. "A gente mantém o atendimento dessas comunidades que ainda não estão cobertas, até a gente ter a cobertura total de outras equipes".

Buriato lembra que a unidade atendia, antes da implantação da SF, 12 pacientes, e hoje, só na parte da manhã são 18 atendimentos. Outras 18 consultas são realizadas à tarde. "Esses são atendimentos clínicos. Fora as visitas e atendimentos às escolas e a prevenção".

A proximidade e a relação médico/paciente também sofreram mudanças para melhor, na avaliação de Buriato. Ele conta que comentou com uma usuária que se atrasou que ela procurasse evitar o atraso, uma vez que isso repercutiria nas outras consultas. Ao que ela respondeu: "esta é a primeira vez em 12 anos que eu venho à unidade de saúde porque ninguém falava bem do atendimento. Agora, a gente está ouvindo falar bem e eu ainda não sabia como era o funcionamento".

A médica generalista Carolina Brandão Milanês tem a mesma opinião sobre o convívio mais próximo com os usuários. "Este é o meu primeiro trabalho e acho que é muito gratificante a gente acompanhar a gestante e depois acompanhar o neném na puericultura, e continuar acompanhando até a os primeiros anos de vida".

Para ela, em termos de saúde, o maior problema é a desinformação. "A gente pode agir mais na prevenção. Evitar que muitas doenças infecto-contagiosas não passem para tantas outras pessoas", afirma ela, para quem "o problema maior da população é a educação em saúde".

Com seu primeiro filho tendo sido atendido desde que ela estava grávida, Sonara da Silva avalia que o interesse em ir à unidade de saúde estava ligado ao fato de ser o local ideal para os cuidados com a grávida e o recém-nascido. "Se a gente não vem, não fica sabendo de nada e fica exposta às doenças na geração de uma criança".

Fim das filas

Segundo o gerente da Unida de Saúde da Família do bairro Morumbi III, Otoniel da Silva Batista, em média, 400 pessoas são atendidas pelas três equipes de Saúde da Família somente na parte da manhã, sendo que o total de atendimento chega a 700 pessoas. "No antigo modelo de saúde nós vivíamos agonizando porque muitos usuários chegavam à unidade às três horas da manhã. Muitos chegavam à meia noite, com travesseiro, dormiam na fila para garantir uma vaga, e nem sempre os últimos que chegavam conseguiam atendimento, uma vez que eram oferecidas 30 vagas e chegavam 80 a 90 pes-



soas/dia", conta ele, mostrando que, hoje, todos são bem atendidos. "De cada 100 pessoas, 95 saem atendidas e saem satisfeitas".

Em um dos consultórios médicos da Unidade do Morumbi III, a avó de nove netos e mãe de nove filhos Maria Viatti, acompanhada do neto de apenas quatro dias, faz uma das inúmeras consultas que compõem a atenção aos recém-nascidos. Essa é uma rotina da qual ela diz não abrir mão. Ela conta que, antes, morava no Paraguai com a família, mas que voltou para o Brasil porque, em Foz do Iguaçu, "nós somos muito melhor atendidos".

Dona Maria Viatti, que acompanhou o pré-natal da nora e agora ajuda na criação do neto, a avaliação da estratégia Saúde da Família é a melhor possível. "Eu acho muito importante e muito bom o atendimento. Que nem na minha casa quando chega os agentes da saúde e também quando a gente vem na unidade de saúde e é bem atendido", afirma.

Ela destaca que o acompanhamento mais criterioso da Saúde da Família evita doenças na população e dá segurança às mães de família que procuram atendimento especializado. "Eu sempre falo para a minha nora: agora é diferente. A criança desde quando a mãe engravida já começa a fazer o tratamento. Já nasce sadio. A mãe tem mais saúde. É mais forte. É muito bom".







Saúde da Família renasce em Araguaína

Desde 2001, com a decisão da prefeitura de Araguaína de transformar a saúde do município, uma vez que o setor se encontrava abandonado, pode-se dizer que a estratégia Saúde da Família renasceu para a população. Um ano antes havia acontecido algo inusitado, com a total extinção da SF pela Secretaria de Saúde do Estado. O município assumiu o renascimento do programa por reconhecê-lo como "o principal redutor dos índices de enfermidade da população".

Com a idéia de que até mesmo a busca por hospitais pelos pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde é reduzida quando a estratégia Saúde da Família cumpre seu papel de prevenir o agravamento de doenças, a administração municipal não poupou esforços para apoiar as iniciativas de prevenção de doenças. A prevenção é a principal arma da estratégia Saúde da Família na recuperação rápida da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, destaca o secretária municipal de saúde, Áurea Maria Casagrande da Luz. A busca pela prevenção, proposta pela SF, é feita, principalmente, por meio de orientações sobre modos de vida, exposição a riscos, vacinas, estímulo para obter hábitos mais saudáveis.

Para se ter uma idéia da dinâmica da expansão da Saúde da Família em Tocantins, em apenas cinco anos a cidade saiu do zero em termos de equipes de Saúde da Família para as atuais 24 equipes. Na programação pactuada integrada em vigilância em Saúde, Araguaína foi destacada pelo Ministério da Saúde como um exemplo a ser seguido, já que cumpriu 94% das metas pactuadas, ficando em 1º lugar no estado, contra uma média de 46% dos demais municípios.

A preocupação da administração local também se estende ao atendimento materno-infantil. Com o êxito do Programa de Orientação sobre o Aleitamento Materno, Araguaína acabou sendo premiada pelo Ministério da Saúde no final do ano passado com o prêmio Bibi Vogel. Na avaliação dos gestores municipais, este foi outro reconhecimento do ministério ao trabalho desenvolvido no município, e que contribuiu para a diminuição da mortalidade e desnutrição infantil.

Em outra vertente da estratégia Saúde da Família, o município de Araguaína ampliou o número de enfermeiros, passando de oito para 68. Com esse número de profissionais, a Secretaria Municipal de Saúde teve condições de alocar enfermeiros em todas as unidades de saúde, no PACS, na estratégia Saúde da Família, na Policlínica e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).



Também foram reformadas e aparelhadas várias das Unidades Básicas de Saúde e descentralizados os programas de saúde, como os de DST/AIDS, Tabagismo, Diabetes, Materno-Infantil, Hipertensão, dentre outros.

Outro destaque em Araguaína é que o município vem se destacando no cenário estadual com níveis de qualidade em Atenção Básica. A situação atual é de 24 equipes de Saúde da Família, que cobrem mais de 90% da população, e 18 equipes de Saúde Bucal, que é o incremento do programa com a participação de odontólogos nas equipes de atendimento à população. A meta para os próximos anos é atingir 100% da população tanto para a estratégia Saúde da Família quanto para o programa de Saúde Bucal.

O Programa de Saúde Bucal denominado "Sorria Araguaína" atinge cerca de 95 mil pessoas por ano e aproximadamente 40 mil no atendimento dentário de adultos. O Sorria Araguaína é um conjunto de atividades que visam à prevenção, à educação e, ainda, à promoção e o atendimento odontológico. Diversos programas nesse sentido foram planejados e estão em execução, proporcionando atendimento gratuito a toda população.

A prefeitura de Araguaína conta hoje com 18 unidadesbásicas de saúde e 36 equipes, sendo 12 do PACS e 24 da/ Saúde da Família. Atualmente, são 309 agentes comunitários de saúde que atendem a 100% da comunidade do município.

Saúde Bucal recebe prêmio

A prefeitura de Araguaína, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, foi a vencedora, no início de 2006, do Prêmio Brasil Sorridente 2006. Instituída no ano passado, a premiação é dada pelo Conselho Federal de Odontologia. Concorrendo com prefeituras de outros 10 estados, o município tocantinense recebeu a pontuação mais alta da comissão julgadora.

O prêmio inclui a entrega de um consultório completo doado pela Dabi Atlante, que será entregue durante a solenidade de aniversário dos Conselhos, em abril, no Rio de Janeiro, durante a realização da festa de 42 anos do Conselho Federal de Odontologia.

O Prêmio Brasil Sorridente/Conselhos de Odontologia homenageia o município que apresentar ao longo do ano os melhores resultados nos seguintes critérios: relação número de cirurgiões-dentistas na rede pública por habitante; número de equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família; número de policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas; menor índice epidemiológico em crianças em idade escolar na rede pública; e existência de sistema de reeducação permanente dos profissionais da rede pública.

Neste primeiro ano, foram 11 as cidades finalistas. Além de Araguaína, participaram desta edição Pacoti (Ceará), Uruaçu (Goiás), Duque de Caxias (Rio de Janeiro), Pacaraima (Roraima), Presidente Irineu (Santa Catarina), Nossa Senhora do Socorro (Sergipe), Ouro Preto (Minas Gerais), Cambé (Paraná), Vitória da Conquista (Bahia) e Taquarussú (Mato Grosso do Sul).

Saúde da Família Bucal

A prefeitura de Araguaína elegeu a saúde como prioridade e conseguiu importantes resultados, denotados pelos diversos prêmios e reconhecimentos que foram recebidos nestes cinco anos de administração. Segundo confirma a Assessoria de Imprensa da prefeitura, a odontologia é uma das áreas em que fica mais nítida a profunda transformação que foi promovida na saúde da cidade.

Com o Grupo de Prevenção Escolar são atendidas mais de 17 mil crianças nas 57 escolas públicas. Este grupo atua na educação, prevenção e diagnóstico de cáries e doenças bucais. "Atacamos o problema na raiz, ensinando nossas crianças a escovar corretamente os dentes; todas as creches estão recebendo escovódromos, para auxiliar no trabalho preventivo com as crianças", afirma a secretária municipal de Saúde, Áurea Maria Casagrande da Luz".

Segundo Áurea Luz, no segundo semestre de 2005, por meio dos programas de educação e higiene bucal, foram entregues mais de 17 mil escovas de dentes para crianças que receberam orientação sobre o uso correto do material. Existe ainda o Programa de Atenção Odontológica Mãe e Filho, em que a prefeitura orienta as gestantes a partir do terceiro mês de gestação, acompanhando o bebê até os três anos de vida.

A administração de Araguaína buscou ainda melhorar as condições de trabalho dos odontólogos, investindo na compra de equipamentos modernos e na contratação e qualificação de auxiliares. Antes, os cirurgiões dentistas trabalhavam praticamente sozinhos, sem poder contar com o apoio de auxiliares. Para mudar esta realidade foi dobrado o número de Auxiliares de Consultório Dentário, que antes eram 18 e, hoje, somam 55. "Todos os odontólogos trabalham auxiliados por um ACD e os consultórios são climatizados, contribuindo para a qualidade e humanização do atendimento", garante a secretaria de Saúde.

Ela informa que os 18 consultórios sucateados, e sem condições de uso, encontrados em 2001, foram reformados, cedendo lugar aos novos, que hoje somam 33. Todos receberam equipamentos, como amalgamadores, fotopolimerizadores, jatos de bicarbonato e aparelho de ultra-som.

O Centro Odontológico foi reformado e ampliado, e atualmente funcionam seis novos consultórios, uma sala de radiologia e uma sala de fonoaudiologia. Neste centro, foi implantado o atendimento de emergência 24 horas. Hoje, é considerado como uma unidade de referência em saúde bucal no estado, e foi transformado em Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

As ações em saúde bucal desenvolvidas pela prefeitura de Araguaína permitiram a elevação do número de cirurgiões dentistas na rede municipal de saúde. Em 2001, eram apenas 18, hoje, já são 102. A projeção é que, até 2008, alcance mais de 110. Esta elevação no número de profissionais permitiu o aumento no número de procedimentos, passando de 15 mil, em 2.000, para quase 140 mil, em 2005.





"Atacamos o problema na raiz, ensinando nossas crianças a escovar corretamente os dentes".