

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL



PROGRAMA
SAÚDE DA
FAMÍLIA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo do
BRASIL

No próximo dia 11 de junho, o Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, e o Ministro da Saúde, Barjas Negri, comemoram a marca de 50 milhões de brasileiros atendidos pelo Programa Saúde da Família (PSF), uma das principais ações da rede de proteção social construída pelo governo federal nos últimos oito anos. Quinze mil equipes de Saúde da Família estão prestando assistência à população em cerca de 4 mil municípios.

ATENÇÃO DIFERENCIADA

O Programa contribuiu para diminuir a mortalidade infantil e a internação hospitalar, aumentar a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto. Nas famílias assistidas, há mais pessoas vacinadas, os casos de hipertensão e diabetes são diagnosticados e acompanhados. Doenças como tuberculose e hanseníase são identificadas e tratadas mais rapidamente.

Nos municípios em que o PSF está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrado ao sistema municipal de saúde, o programa tem condições de solucionar até 85% dos casos dos problemas de saúde da população acompanhada.

Os resultados do programa são devidos à forma de atendimento. Cada equipe do PSF é responsável pela população residente em um território definido, que pode ser um bairro ou parte de um bairro, e está vinculada a uma unidade de saúde. O trabalho começa com o cadastramento das famílias, realizado pelos agentes comunitários. Com base nas informações deste cadastramento, cada equipe de Saúde da Família faz o diagnóstico local sobre as condições sociais, demográficas e epidemiológicas. A partir dos problemas de saúde prevalentes e situações de riscos identificados, é elaborado o planejamento da atuação da equipe, que contempla ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

A população é atendida nas unidades de Saúde da Família. Quando necessário, o atendimento é feito nos domicílios. As unidades de Saúde da Família contam com os equipamentos e instalações indispensáveis para garantir boa recepção à comunidade. Sempre que possível, estão localizadas no mesmo endereço onde antes funcionavam os centros ou postos de saúde. Conforme o Plano Plurianual "Avança Brasil", até o final do ano 20 mil equipes de Saúde da Família deverão estar atuando.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: NÚMERO DE EQUIPES,
POPULAÇÃO ASSISTIDA E DISTRIBUIÇÃO REGIONAL EM MAIO DE 2002

REGIÕES	POPULAÇÃO Habitantes*	% por Região	EQUIPES DO PSF		POPULAÇÃO ASSISTIDA		
			Nº	% por Região	Habitantes Assistidos*	% de Cobertura por Região	% de Cobertura populacional total
NORTE	13,2	7,7	1.089	7,2	3,6	7,2	27,3
NORDESTE	48,3	28	6.190	40,7	20,4	40,6	42,2
CENTRO- OESTE	11,9	6,9	1.319	8,7	4,3	8,5	36,1
SUDESTE	73,5	42,6	4.472	29,4	14,9	30,0	20,3
SUL	25,4	14,8	2.131	14,0	6,9	13,7	27,2
TOTAL	172,4	100,0	15.201	100,0	50,3	100,0	29,2

* em milhões



As equipes multiprofissionais do PSF são formadas por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (o número de agentes comunitários varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe). Recomenda-se que uma equipe faça o acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas. Em média, uma equipe do PSF atende a 3.450 pessoas. No país inteiro, mais de 200 mil pessoas trabalham no programa.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES, DA POPULAÇÃO ASSISTIDA E DA COBERTURA POPULACIONAL: 1994-2002

ANOS	NÚMERO DE EQUIPES	POPULAÇÃO ASSISTIDA*	% DE COBERTURA POPULACIONAL
1994	328	1,1	0,7
1995	724	2,5	1,6
1996	847	2,9	1,8
1997	1.623	5,6	3,5
1998	3.083	10,6	6,5
1999	4.254	14,7	8,7
2000	8.604	29,7	17,5
2001	13.168	45,4	26,3
2002	15.201	50,3	29,2

* em milhões de habitantes

Desde o ano passado, o Programa Saúde da Família passou a cuidar da saúde bucal. Em abril de 2002, 3.183 equipes formadas por cirurgião dentista, técnico em saúde bucal ou um atendente de consultório dentário estavam atuando pelo programa.

As famílias atendidas também tem mais acesso aos remédios, gratuitamente. As equipes do PSF dispõem de um kit de medicamentos com 32 itens necessários ao tratamento de problemas de saúde mais freqüentes, como diabetes, hipertensão arterial, parasitoses, doenças respiratórias agudas, anemia ferropriva, dentre outras. Os remédios distribuídos são do Programa Farmácia Popular. Em 2001, foram encaminhados 40.569 kits de medicamentos, com população total de mais de 39 milhões de pessoas.

Nos municípios abrangidos pelo Projeto Alvorada, onde há uma coordenação mais detalhada das diversas ações da rede de proteção federal, o Programa Saúde da Família mostra uma adesão muito elevada. Perto de 75% dos 2.361 municípios das cidades cobertas pelo Alvorada investiram na implantação de equipes, que já somam 5.953 e atendem a quase 20 milhões de pessoas.

O PSF é desenvolvido nos municípios com recursos do Governo Federal e contrapartida dos estados e municípios. Os recursos do Ministério da Saúde são transferidos de forma automática e regular diretamente aos fundos municipais pelo Fundo Nacional de Saúde – repasse fundo a fundo.

O valor referente à transferência de recursos para manutenção das equipes de Saúde da Família nos municípios varia de acordo com as faixas de cobertura populacional. Quanto maior o percentual de pessoas atendidas no município maior o valor do repasse por ano, que varia desde R\$ 28 mil até R\$ 54 mil por equipe.

EVOLUÇÃO DOS RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE APLICADOS NOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: 1994 - 2002

ANOS	R\$ MILHÕES NOMINAIS	% DA ATENÇÃO BÁSICA
1994	55,8	5,2
1995	78,6	5,0
1996	111,4	7,4
1997	161,4	7,2
1998	225,6	8,6
1999	323,9	10,2
2000	655,5	18,5
2001	968,5	23,0
2002	1.300,0	25,2

Além desses recursos, são repassados mais R\$ 10 mil sempre que uma nova equipe é implantada. Esse valor destina-se ao financiamento da adequação da unidade de saúde onde estará atuando essa nova equipe. Se a equipe for desativada num período de 12 meses após sua implantação, o valor deverá ser estornado.



Os municípios que desenvolvem ações de saúde bucal também recebem um incentivo financeiro anual por equipe implantada. De acordo com a composição das equipes, o valor varia de R\$ 13 mil a R\$ 16 mil. O Ministério da Saúde ainda paga um incentivo adicional no valor de R\$ 5 mil por equipe implantada para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

O Programa de Saúde da Família - juntamente com o Piso de Atenção Básica (PAB Fixo), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Combate as Carências Nutricionais (PCCN), o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Vacinação, o Programa de Combate às Endemias – compõem o total de recursos federais diretamente destinados às ações de atenção básica à saúde da população.

EVOLUÇÃO DOS GASTOS FEDERAIS COM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

ATENÇÃO BÁSICA	VALORES EM R\$ MILHÕES NOMINAIS						
	1996*	1997*	1998	1999	2000	2001	2002
1. PAB FIXO	1.146	1.410	1.722	1.774	1.726	1.790	1.920
2. PACS - PSF	111	161	226	324	656	968	1.300
3. CARÊNCIAS NUTRICIONAIS/BOLSA ALIMENTAÇÃO	32	102	59	140	152	170	473
4. FARMÁCIA BÁSICA/HIPERTENSÃO/DIABETES	0	0	45	124	164	168	272
5. VACINA E VACINAÇÃO	133	179	190	274	265	332	351
6. COMBATE ÀS ENDEMIAS	89	405	367	543	582	780	847
TOTAL	1.511	2.257	2.609	3.179	3.545	4.208	5.163

* pagamento por produção (SIA/SUS)

O Governo Federal tem aumentado consecutivamente os recursos para a atenção básica. Em 1996, foi aplicado R\$ 1,511 bilhão (preços nominais), em 2001, foram aplicados R\$ 4,208 bilhões, o que representa um crescimento de R\$ 2,697 bilhões ou 178%. Para 2002, estão previstos R\$ 5,163 bilhões, incluindo-se R\$ 300 milhões do Programa Bolsa Alimentação e mais R\$ 100 milhões para aquisição e distribuição de medicamentos para os programas de hipertensão e diabetes.

O PSF é uma proposta concreta na mudança do modelo assistencial tradicional, capaz de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde. O programa prioriza as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde junto à comunidade, estabelece uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população assistida, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes.

Para o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do SUS, o Programa representa um importante avanço em direção aos princípios estabelecidos na Constituição Federal: amplo acesso aos serviços de saúde, atenção integral, adequada às necessidades individuais e coletivas, com qualidade e alta resolutividade, para todos os brasileiros.

PRÉ-NATAL

Com a implantação do Programa Saúde da Família, aumentou o número de gestantes que fazem consulta médica e o número de consultas durante o pré-natal. Nas áreas de atuação do PSF, as gestantes identificadas pela equipe são cadastradas e 95,9% são acompanhadas mensalmente.

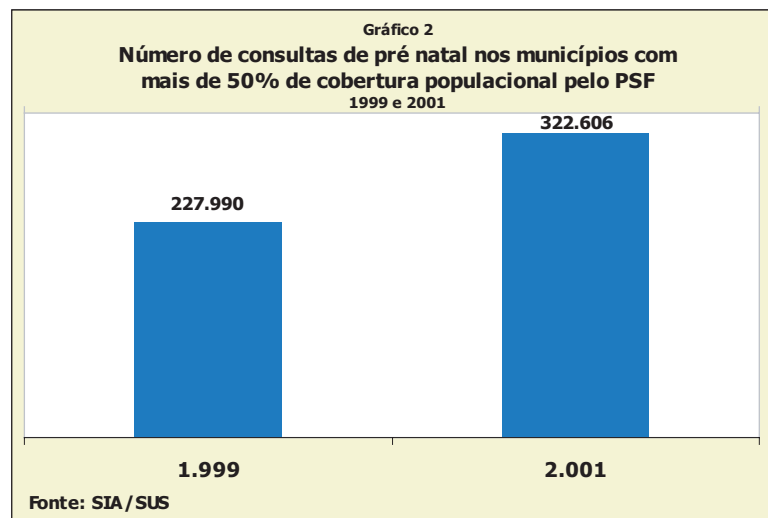
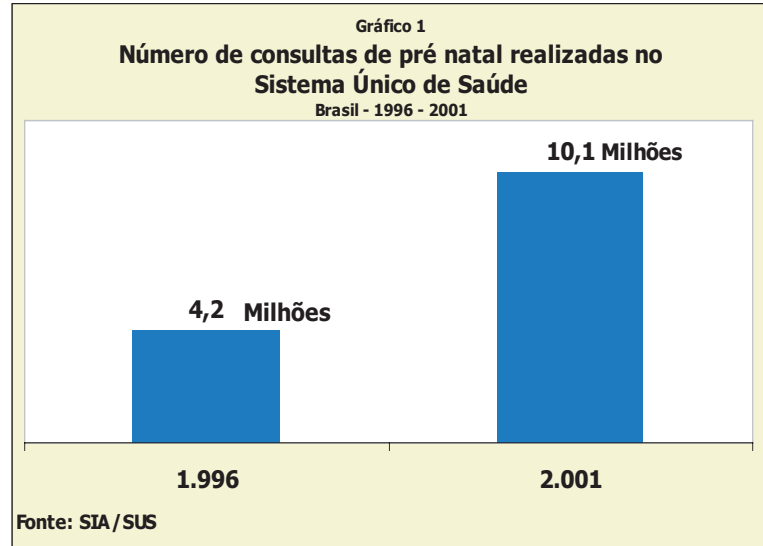
A reorganização e o fortalecimento do atendimento pré-natal na atenção básica foi responsável pelo aumento das consultas de pré-natal em 140% (gráfico 1). Em 1996, foram



realizadas 4,2 milhões; em 2001, 10,1 milhões. Com isso, o número de consultas de pré-natal em relação ao total de mulheres que fazem parto no SUS passou de 1,6 para 4,2 em 2001.

Nos municípios em que o PSF atende mais de 50% da população, o impacto é ainda maior. Desde 1999 houve nesses municípios um incremento de 42% no número de consultas médicas de pré-natal ofertadas na rede assistencial (*gráfico 2*). Pode-se dizer, portanto, que mais gestantes estão fazendo mais consultas de pré-natal a partir da implantação do PSF, em sintonia com as ações do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Parto.

Recomenda-se que o pré-natal seja iniciado ainda no primeiro trimestre da gestação, pois é sabido que o acompanhamento da saúde da gestante e do feto ainda no início da gestação propiciam a redução das taxas de óbito materno e óbito infantil, principalmente o óbito perinatal. A realização do pré-natal no início da gestação é outro ponto de destaque nas áreas cobertas pelo PSF: 65,6% das gestantes acompanhadas iniciam o pré-natal no 1º trimestre.



MORTALIDADE INFANTIL

Os resultados preliminares do Censo Demográfico 2000 (IBGE) apontam para a queda da mortalidade infantil no Brasil. Em 1990, ocorriam 48 óbitos para mil nascidos vivos. Dez anos depois, a mortalidade infantil caiu para 29,6 para mil nascidos vivos.

A queda da mortalidade guarda forte relação com o Programa Saúde da Família, pois este contribuiu para aumentar o número de crianças recém-nascidas de até 6 meses com aleitamento materno exclusivo, ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde, controlar

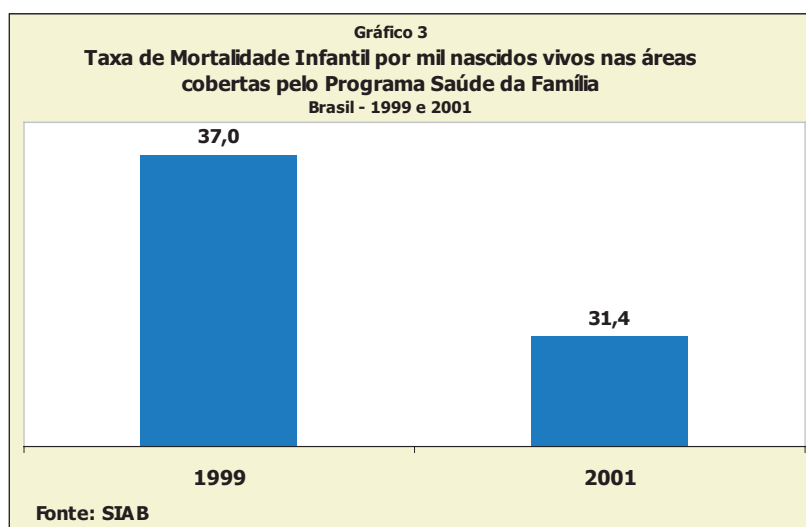


doenças prevalentes na infância, em particular as infecções respiratórias agudas e as diarreias, e controlar a desnutrição proteico-calórica, além das ações de saneamento básico.

Nas áreas cobertas pelo PSF, a redução da mortalidade infantil foi de 15,22% entre os anos de 1999 e 2001. Nessas áreas, a taxa de mortalidade infantil para os anos de 1999 e 2001 foi de 37,04 e 31,40 óbitos para mil nascidos vivos, respectivamente (*gráfico 3*).

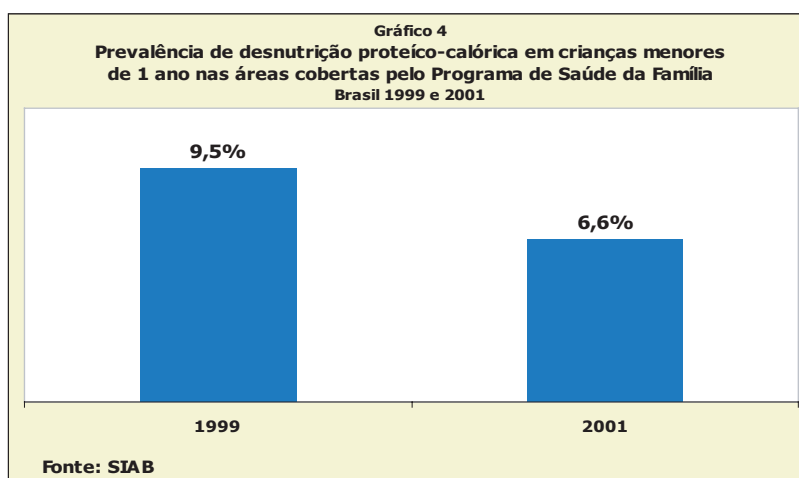
Esses resultados são relacionáveis à queda de óbitos infantis ocorrida entre 1999 e 2001 por diarreia (6,47 para 4,15 óbitos para mil nascidos vivos) e infecções respiratórias agudas (4,54 para 3,38 óbitos para mil nascidos vivos).

As crianças menores de um ano que apresentaram desnutrição proteico-calórica também foram acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família. Verificou-se um decréscimo de prevalência de desnutrição de 9,53% em 1999 para 6,63% em 2001, (*gráfico 4*) o que representa uma redução de 30,43%



Dados do Programa Saúde da Família e do IBGE, relativos aos municípios da Região Nordeste, demonstram que ao longo de um ano a prevalência mensal da desnutrição em menores de dois anos nas áreas do PSF declinou continuamente, passando de 15,6% para 13,2%. O que representa um declínio relativo de cerca de 15,5%. Esta redução supera em três vezes a tendência secular de desnutrição observada em inquéritos realizados no Nordeste entre 1989 e 1996.

Nas áreas assistidas pelo PSF, a prevalência de aleitamento materno exclusivo é maior que em outras áreas. Em 2001, 64,1% das crianças menores de 4 meses recebiam aleitamento materno exclusivo, enquanto a média nacional era de 35,6%.



De acordo com dados do Censo 2000 do IBGE, observou-se pela primeira vez que o Nordeste foi a região que alcançou a maior redução da mortalidade infantil, 40% de redução contra 38% da média nacional. Ressalta-se que o enorme investimento realizado nesta



região para a implantação de equipes de Saúde da Família e o incremento da cobertura nos últimos anos certamente contribuíram para a redução da mortalidade infantil. As equipes de Saúde da Família da região Nordeste representavam, em 1998, 38% de todas as equipes implantadas no país e em 2002, cerca de 41% de todas as equipes.

VACINAÇÃO

A vacinação desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família ajudou a aumentar a cobertura das populações vulneráveis às doenças imunopreveníveis, o que também repercutiu na redução da mortalidade infantil.

As ações dos Agentes Comunitários de Saúde e das equipes de Saúde da Família tiveram reflexo direto no Programa Nacional de Imunização. A reorganização dos serviços e a efetiva realização das ações de prevenção aumentaram a cobertura vacinal em crianças menores de um ano.

A evolução no Brasil da cobertura vacinal dos quatro mais importantes tipos de vacina no período 1994/2001 é a seguinte:

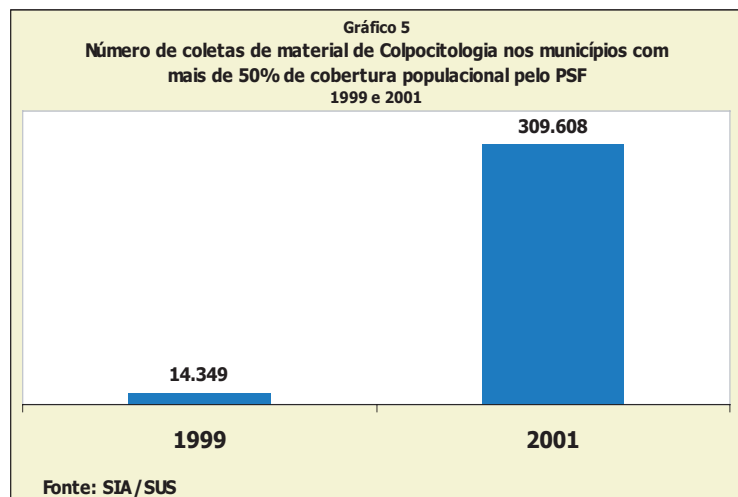
Tríplice – DPT	de 74%	para	95%
Sarampo	de 78%	para	100%
BCG	de 94%	para	100%
Poliomielite	de 71%	para	100%

SAÚDE DA MULHER

Em 1995, o Brasil assumiu o compromisso de desenvolver ações para o controle e a diminuição de incidência do Câncer do Colo do Útero e, em 1997, implantou o Projeto Viva Mulher, que gradativamente expandiu-se para todo o País, principalmente nas comunidades que passaram a contar com equipes de Saúde da Família.

Essa ação diagnóstica e preventiva baseia-se no exame citopatológico das células do colo uterino (Papanicolau) cujo resultado indica se há lesões ou neoplasias no útero, possibilitando o tratamento precoce.

No período de 1996 a 2001, o número de exames passou de





6,1 milhões para 8,4 milhões, com um aumento de mais 2,3 milhões de exames por ano, ou seja, um incremento de 37,7%.

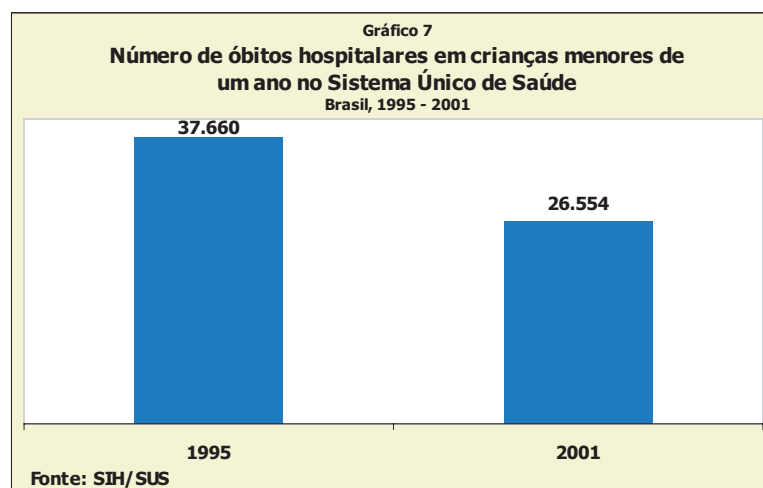
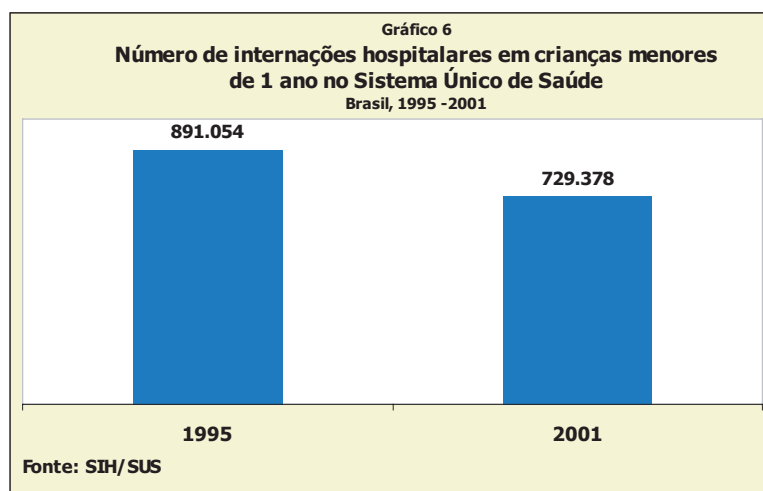
Os municípios que implantaram o programa de Saúde da Família tiveram grande participação no aumento da realização deste exame. Os municípios com mais da metade da população acompanhada pelas equipes de saúde da família tiveram um acréscimo impressionante na realização de coletas de material de colpocitologia: mais de 2000%, saltando de 14.349 coletas realizadas em 1999 para 309.608 em 2001 (gráfico 5).

INTERNAÇÕES E ÓBITOS HOSPITALARES DE MENORES DE UM ANO

A expansão do atendimento das equipes de Saúde da Família e a conseqüente melhoria nas ações básicas e preventivas de saúde contribuíram de forma significativa para a redução das internações hospitalares de menores de um ano e para a queda no número de óbitos hospitalares dessas crianças.

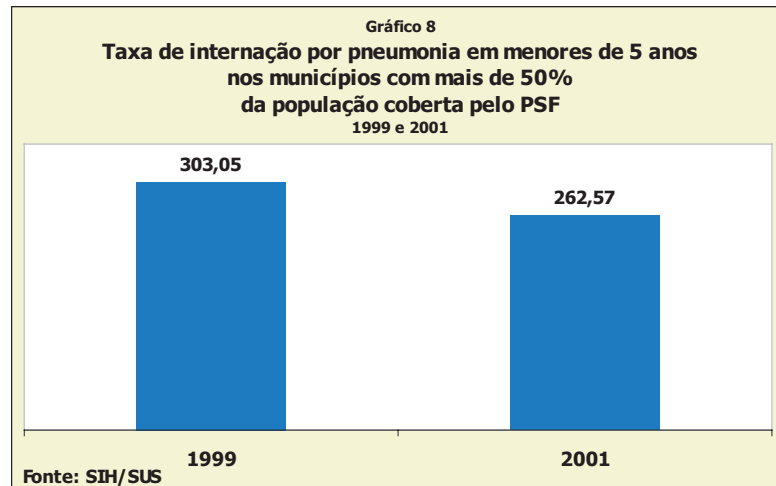
Em 1995 foram realizadas 891.054 internações hospitalares de crianças menores de um ano e, em 2001, essas internações foram reduzidas a 729.378, isto é, uma queda de 161.676 internações de crianças nessa faixa de idade, ou 18,1%. O número de óbitos caiu, no mesmo período, de 37.660 para 26.554, isto é, uma queda de 11.106 óbitos, ou 29,4% (gráficos 6 e 7).

A redução de internações de crianças menores de um ano é ainda maior quando analisadas especificamente algumas causas de internação, o que revela o forte impacto da reorganização da atenção básica à saúde. As internações por doenças diarréicas apresentaram uma redução de 39% e os óbitos hospitalares de 71%, entre 1995 e 2001. No mesmo período, as pneumonias tiveram uma redução de 20% nas internações e nos óbitos de 48% e as deficiências nutricionais de 52% nas internações e de 61% nos óbitos hospitalares no mesmo período.





O acompanhamento sistemático e a garantia do acesso ao atendimento médico nas unidades de saúde das crianças com casos agudos são fatores que contribuíram para a redução das internações infantis. Em 1999, as internações de menores de 5 anos por pneumonia e desidratação perfaziam 17,55% do total de internações realizadas na população coberta pelo Programa de Saúde da Família. Em 2001, estas internações passaram a representar 11,67% do total (redução de 33%).



Os municípios do Programa de Saúde da Família com cobertura populacional maior que 50% também apresentam dados positivos em relação à queda de internações hospitalares. A taxa de internação por pneumonia em crianças menores de 5 anos nestes municípios foi reduzida de 303,05 por dez mil (1999) para 262,57 por dez mil (2001) (gráfico 8). As internações por diarreias foram reduzidas de 212,61 por dez mil menores de 5 anos (1999) para 205,56 por dez mil (2001).

COBERTURA ASSISTENCIAL NO PSF

A implantação de equipes de Saúde da Família nos municípios representa uma melhoria do acompanhamento e da assistência ambulatorial para as doenças mais frequentes de uma comunidade. Isso acontece na medida em que os agentes de saúde do PSF encontram os doentes que não chegavam até as unidades de saúde. As equipes do programa organizam as agendas e a forma de acolher estes indivíduos. Com isso, muitas pessoas que não sabiam que estavam doentes ou não recebiam assistência adequada passaram a ser diagnosticadas, acompanhadas e tratadas.

Nos 3.718 municípios com equipes de Saúde da Família implantadas, em dezembro de 2001, era alto o percentual de pessoas cadastradas e em acompanhamento. Naquela data estavam sendo acompanhados 90% das pessoas com tuberculose, 94% com hanseníase, 89% com hipertensão e 91% das pessoas com diabetes.

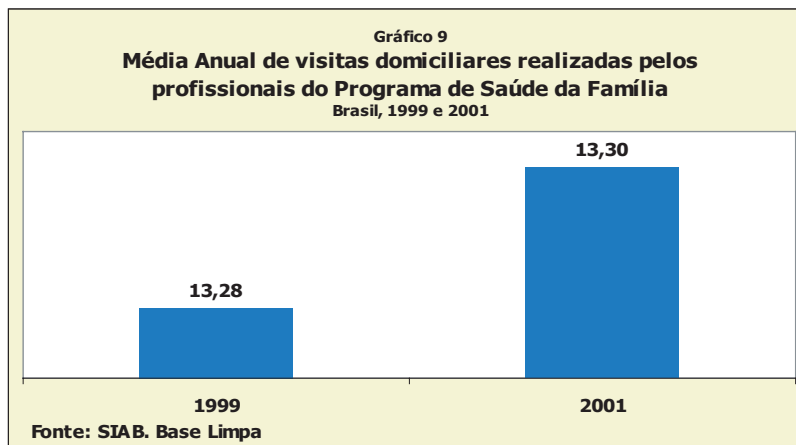
FORTALECIMENTO DO VÍNCULO DA EQUIPE COM AS FAMÍLIAS

É importante ressaltar que o acompanhamento realizado pela equipe de Saúde da Família prevê uma série de atividades que ampliam o vínculo da população com os profissionais e aumentam a qualidade e abrangência do trabalho realizado.

Os indivíduos que são atendidos pelo PSF recebem maior número de atendimentos. Enquanto cada brasileiro é assistido em 1,5 consulta médica básica por ano em média,

aqueles que têm acompanhamento da equipe do programa, em municípios com alta cobertura populacional, são assistidos em 2,1 consultas médicas.

Um grande diferencial do trabalho das equipes do PSF é o alto conhecimento das famílias e o acompanhamento realizado nas visitas domiciliares. As famílias cobertas pelo programa de Saúde da Família recebem, em média, 13 visitas ao ano, ou seja, mais de uma visita por mês (gráfico 9).



As equipes vêm enriquecendo a assistência prestada, por meio da realização sistemática de atividades que não fazem parte do cotidiano dos serviços ambulatoriais. Pode-se citar como exemplo a organização da assistência prestada aos hipertensos e diabéticos por meio de grupos educativos, em que os usuários são orientados sobre seu problema de saúde, hábitos de vida mais saudáveis e uso correto dos medicamentos. As equipes do PSF também realizam reuniões com a comunidade para discussão dos problemas locais que afetam o bem-estar e a saúde.