

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

PROGRAMA SAÚDE da FAMÍLIA

CADERNO

1



IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AGE
WA308
B823c
v.1,e.2
2000

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



CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA
Programa SAÚDE da FAMÍLIA

Caderno 1

A Implantação da Unidade de Saúde da Família

AGO
11/2000
BIBLIOTECA
2.1.1.1.2
2000

Brasília
2000

© Ministério da Saúde.
Permitida a reprodução desde que citada a fonte.
1ª edição, junho de 2000.
Tiragem: 15 mil exemplares

Edição, informação e distribuição

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde – SPS
Departamento de Atenção Básica – DAB
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar
Cep: 70058-900 – Brasília – DF
Tels: 61 321-3452 e 315-2546
Fax: 61 226-4340
E.mail: cosac@saude.gov.br

Organizador da série :
Milton Menezes da Costa Neto

Coordenação geral:
Maria Fátima de Sousa

Equipe de elaboração

Texto:
Maria Fátima de Sousa e Milton Menezes da Costa Neto – DAB/SPS/MS

Revisão

Ana Franklin e José Batista Cisne Tomaz – consultores
Ana Luiza Vilas Bôas, Maria Arindelita Neves de Arruda, Maria Leopoldina de Castro
Villas Boas, Maria Rita C. Dantas, Marcus Vinícius Quito – DAB/SPS/MS

Coordenação gráfico-editorial:
Sônia Rocha

Projeto gráfico e editoração:
Divanir Junior – MTb 4536/014/49v/DF

Imagens capa: Equipes de Saúde da Família nos municípios de Sobral (CE), Aracaju (SE), Criciúma (SC) e Teresina (PI). Arquivo do DAB/SPS/MS.

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Produzido e impresso com recursos do Projeto UNESCO 914/BRZ/16 –
Desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil.

Ficha Catalográfica

A Implantação da Unidade de Saúde da Família/Milton Menezes da
Costa Neto, org. _Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de
Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000

44 p.

A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Caderno 1.
1. Saúde da família. I. Costa Neto, Milton Menezes da. II.
Secretaria de Políticas de Saúde. III. Departamento de Atenção Básica.
IV. Brasil. Ministério da Saúde



SUMÁRIO

Apresentação	5
Prefácio	7
Introdução	9
Parte I - Definições Conceituais	
1. A Unidade de Saúde da Família - USF	13
2. Cobertura	14
3. Instalação e equipagem	14
4. Composição e atribuições de uma Equipe de Saúde da Família	15
Parte II - Definições Operacionais	
1. Os passos para a implantação do PSF	
a. Debate e divulgação da proposta	21
b. Elaboração do Projeto de Implantação	21
c. Aprovação do Projeto de Implantação	23
d. Os processos de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da ESF	23
2. A reorganização do trabalho nas USF	
a. Planejamento local das atividades	34
b. Cadastrando as famílias	34
c. O diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade	37
d. A programação das atividades da ESF	40
e. Acompanhamento e avaliação das atividades da ESF	41
3. Reorganização dos métodos e da rotina de trabalho	
a. A organização da demanda	42
b. O trabalho em equipe	42
c. A atenção domiciliar	43
d. O trabalho de grupo	43
e. A educação permanente	44

APRESENTAÇÃO

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços de saúde e no padrão de assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde.

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das Equipes de Saúde da Família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população.

O Ministério da Saúde vem ampliando sua parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o desenvolvimento de Saúde da Família, através dos Pólos de Capacitação, de modo a intensificar o processo de qualificação em serviço dos profissionais que compõem as equipes. A publicação da série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família* representa, assim, um complemento a este trabalho desenvolvido pelos Pólos de Capacitação. Seu objetivo é reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual. A elaboração de cada título conta com a participação da respectiva área programática do Ministério da Saúde, caracterizando um importante esforço de articulação.

Ao lado da instrumentalização técnica dos integrantes da Unidade Básica de Saúde, os *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família* possuem também a tarefa de indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade dos níveis de atenção no sistema, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários ao nível básico da atenção e às unidades de referência específica.

Claudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde

PREFÁCIO

Saúde da Família vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96.

No período 1996-99, passou-se de 847 equipes em 228 municípios, para 4.945 equipes em 1.970 municípios. Para o ano 2.000, a meta é alcançar 11 mil equipes, das quais já alcançamos mais de 7 mil. E este processo de expansão de Saúde da Família vem se dando de forma integrada ao sistema de saúde, articulando as diferentes ações programáticas desenvolvidas, em especial, nos sistemas municipais de saúde.

A decisão política de implantar Saúde da Família no município é, sem dúvida, um passo importante. No entanto, transformar essa decisão em atenção à saúde da população universal e resolutiva é consequência de um trabalho articulado da gestão municipal de saúde. Para apoiar os municípios nesse processo de implantação da lógica de trabalho centrada na Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica, setor que promove os Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) junto às secretarias estaduais e municipais, está iniciando a publicação da série *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família*, com este volume.

O conteúdo consolida, com base nos critérios definidos pela portaria 1.886/97 e em experiências municipais, um conjunto mínimo de atividades e procedimentos, constituindo um referencial teórico-metodológico ao processo de implantação do PSF orientado para todos os atores sociais envolvidos – do gestor aos profissionais de saúde. A implantação de Unidades de Saúde da Família cada vez mais resolutivas estará permitindo a reordenação do sistema de saúde como um todo, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis da atenção.

Heloíza Machado de Souza
Diretora do Departamento de Atenção Básica



INTRODUÇÃO

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que se traduza em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.

Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

A atuação tradicional do setor saúde sempre conduziu à compreensão do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores sócio-culturais, com tendência generalizante, fragmentando-o e compartimentando-o, descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária. Seu enfoque assistencialista e desarticulador vem gerando dependentes sociais, tratando os indivíduos como permanentes receptores de benefícios externos e não como cidadãos com direitos resguardados constitucionalmente.

Este problema, amplia-se pela tradicional forma de atenção à família, privilegiando o atendimento individualizado de seus membros. O indivíduo, visto de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, perde sua integralidade e acaba relacionando-se, repartidamente, com os serviços de saúde. Seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, suas relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos, ao ser abordado por um profissional de saúde tradicional.

Já a família, tradicionalmente vista também de forma fragmentada, quer seja no espaço físico em que está fixada, na sua composição nuclear, ou na relação com os demais subsistemas sociais, precisa ser abordada de forma integral e articulada, sem que se perca de vista, no entanto, o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros.



Atualmente vem se estruturando, em nível internacional, uma nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas.

Cabe, então, o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento.

Mas como exercer uma nova prática, em um contexto de saúde no qual o saber encontra-se fragmentado, compartilhado por diversos profissionais do setor que dominam parcela do conhecimento e encontram-se divididos em diferentes níveis de complexidade de atuação? E, sobretudo, quando tais profissionais, hierarquicamente distribuídos, atuam de forma compartimentada e sempre de acordo com princípios técnico-científicos, alijando, em grande parte, a participação do próprio indivíduo e da família no processo de manutenção e recuperação de sua saúde. Neste contexto, a produção de serviços de saúde vem se dando, basicamente, através do trabalho isolado dos profissionais. O trabalho dito em equipe, na prática, ocorre pelo simples compartilhar do mesmo espaço físico em unidades de saúde, significando apenas uma abordagem multiprofissional, sem que haja a real inter ou transdisciplinaridade.

Por esta razão, para que se exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vistas à construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora desses serviços. A especificidade das responsabilidades de cada membro jamais deverá ofuscar a missão comum da equipe, e sua prática democrática e construtiva precisa estar direcionada a uma maior motivação, satisfação e eficiência de seu trabalho. Tal prática somente será eficaz, se associada ao fato da criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde.

Deve-se ter em mente que o objetivo geral da estratégia Saúde da Família é de "contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população". E, para atingí-lo, a Equipe de Saúde da Família (ESF) precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade: os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.



PARTE I
DEFINIÇÕES CONCEITUAIS



1. A Unidade de Saúde da Família - USF²

A Unidade de Saúde da Família (USF) é o novo ou antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência.

A USF deve se constituir no primeiro contato do usuário com sistema de saúde, isto é a "porta de entrada" do sistema. Mas essa imagem de "porta de entrada" é apenas parcial e dá margem a alguns equívocos. Uma USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral. É necessário promover a mudança de hábitos e costumes alimentares, promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas ESF em conjunto com a comunidade.

Desta forma, a melhor imagem para a USF é a de um funil, no qual apenas uma pequena parte dos casos (cerca de 15%) precise ser encaminhado, para serviços mais especializados. E, mesmo nesses casos, a USF não atuará simplesmente como "porta de entrada", uma vez que terá sob sua responsabilidade todo o plano terapêutico, mesmo que ele seja realizado, em parte, em outros serviços mais especializados. A USF jamais deve perder de vista o usuário, responsabilizando-se pelas "referências" necessárias, contatando os outros serviços, discutindo os casos e recebendo-os de volta, na "contra-referência", para continuar atuando no nível dos cuidados básicos.

A USF deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria Unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros.

2. Cobertura

Uma Unidade de Saúde da Família pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área. Recomenda-se que o número de equipes por unidade não seja superior a três, facilitando a identificação das equipes e organizando melhor o fluxo dos usuários.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham como uma população adscrita,

² Para elaboração deste capítulo, tomou-se por base o documento produzido pela Coordenação de Saúde da Comunidade, do Ministério da Saúde, em 1998, intitulado: "Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial".



ou seja, com um número fixo de famílias. De uma forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) da equipe cobre uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias. Essas definições dependem das realidades geográfica, econômica e sócio-política da área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à Unidade.

3. Instalação e equipagem

Implantar uma USF não significa construir novas unidades, mas readequar o funcionamento das existentes. Preferencialmente, a USF deve ser instalada em uma unidade básica de saúde já existente, seja um Centro de Saúde ou um Posto. Porém, poderá haver adaptações em outras unidades, desde que sejam obedecidos os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população. Estes aspectos são extremamente importantes para o seu adequado funcionamento.

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) exige, às vezes, estratégias de transição de um modelo a outro. Nesses casos, é necessário manter a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período. Normalmente é um período de conflitos, onde entram em jogo uma série de interesses.

Muitos gestores optam por iniciar a implantação do PSF em áreas periféricas, que apresentam maior dificuldade de acesso e maiores riscos de adoecer/morrer. Depois vão ampliando a atuação para áreas mais centrais, onde os serviços de saúde são mais "estruturados".

Em termos de equipamentos, uma USF deve incorporar a tecnologia necessária à resolução dos problemas nesse nível de atenção³, além de garantir o transporte para o deslocamento da equipe quando a área de cobertura for muito extensa. Mas, tecnologia, na atenção básica, significa também a permanente revisão dos saberes e práticas. É necessário um processo de educação permanente que se traduza numa atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, onde indivíduo, a família e a comunidade são as bases de uma nova abordagem.

Além dos equipamentos essenciais, cabe lembrar que os ACS costumam usar bicicletas (ou barcos, animais etc.) como meios de transporte, e alguns equipamentos básicos, como balança, cronômetro, fita métrica, termômetro, entre outros. Os ACS precisam também de materiais que facilitem seu processo de trabalho: prancheta, lápis, caneta, caderno e uniforme (jaleco, boné e camiseta), para sua identificação na comunidade.

³ Encontra-se em fase de elaboração, pelo Ministério da Saúde, uma listagem dos equipamentos básicos de uma Unidade de Saúde da Família.



4. Composição e atribuições de uma Equipe de Saúde da Família - ESF

É recomendável que a ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis Agentes Comunitários de Saúde.

Outros profissionais de saúde, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dentre outros, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com esta proposta de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo.

Os profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde precisam residir nas respectivas áreas de atuação.

As atribuições básicas de uma ESF são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Programar as atividades e reestruturar o processo de trabalho;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida. Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, a hanseníase, as DSTs e AIDS, de doenças infecto-contagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- Desenvolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da auto-estima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do auto-cuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais



existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas;

- Promover, através da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde

Atribuições específicas do médico

Preferencialmente, o médico da equipe deve ser um clínico geral, que atenda todos os membros das famílias, independente de sexo e idade. Em face do escasso número desses profissionais no mercado¹, é preciso trabalhar com profissionais que se aproximem do perfil desejado, ou seja, que tenham interesse em se habilitar na clínica geral e vocação para trabalho em equipe e em comunidade.

O fundamental é a postura do profissional, que precisa se comprometer com as pessoas, conhecendo mais sobre aspectos de suas vidas particular, familiar e social, que possam ser úteis na promoção dos cuidados com a saúde.

O conhecimento aprofundado da realidade local deve levar à identificação das doenças mais comuns e seus determinantes. A convivência contínua com as pessoas e com as famílias deve propiciar, com o tempo, um vínculo de responsabilidade, que é fundamental não só para o tratamento das doenças, mas também para a promoção da saúde e realização de ações, enquanto os indivíduos estão saudáveis.

Ao lado das atribuições partilhadas com a ESF, o médico tem também algumas atribuições específicas:

- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especificidades da vida: criança, adolescente, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de deficiências específicas e idoso;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar partos, se as condições locais o permitirem.

¹ Os currículos das Escolas de Medicina privilegiam, em sua grande maioria, a formação de profissionais voltados para as especialidades. O Ministério da Saúde, com o objetivo de reforçar a organização das ações e serviços de atenção básica no país, está envidando esforços no sentido de ampliar a formação de médicos generalistas. Uma das estratégias utilizadas é a criação de Pólos de Formação, Educação Permanente e Capacitação de Profissionais em Saúde da Família, que articulam instituições de ensino superior (públicas e privadas) e secretarias estaduais e municipais de saúde.



Atribuições específicas do enfermeiro

Este profissional desenvolve seu trabalho em dois campos essenciais: na USF e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio.

Suas atribuições específicas são:

- Executar, no nível de suas competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso.
- Organizar as rotinas de trabalho à nível de USF e de comunidade
- Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções

Atribuições específicas do auxiliar de Enfermagem

As ações do auxiliar de enfermagem são desenvolvidas nos espaços da USF e nos domicílios, quando necessário.

Suas atribuições específicas são:

- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde;
- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco;
- Realizar procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS

Atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde

O ACS funciona como elo de ligação entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O ACS desenvolve na USF atividades de programação e de supervisão de suas atividades. Mas, o seu trabalho cotidiano é junto aos domicílios de sua área de abrangência. Suas atribuições específicas são:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos às situações de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde,



encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário;

- Realizar, através da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites.



1. Passos para a implantação de Saúde da Família

a. Debate amplo da proposta do PSF e divulgação de experiências de outros municípios.

A sensibilização visa a disseminação da proposta. É fundamental que gestores, profissionais de saúde, políticos e a população em geral compreendam que o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reorganização da atenção básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, o que exige a participação de todos nesse processo de mudança.

É importante promover fóruns de debates e usar todos os meios de divulgação para envolvimento de instituições formadoras de recursos humanos para a saúde, da Câmara de Vereadores, dos Conselheiros Municipais e profissionais de saúde, das organizações existentes na comunidade e da população em geral. É também uma oportunidade para a divulgação de experiências bem sucedidas, que ajudem a dar credibilidade e a mostrar como Saúde da Família funciona na prática.

Como toda proposta inovadora, a implantação da estratégia de Saúde da Família para ser bem sucedida depende de uma firme decisão política do gestor municipal e do aprovação e apoio do Conselho Municipal de Saúde - CMS.

Para isso, é preciso iniciar a discussão no CMS e elaborar o Projeto de Implantação. Esse Projeto deve observar os princípios básicos que orientam o PSF, ainda que sua operacionalização possa apresentar variações necessárias em função das diferentes realidades e recursos locais e regionais.

b. Elaboração do Projeto de Implantação

O Projeto de Implantação do PSF deve prever a adequação física, os recursos humanos e os equipamentos necessários para garantir que a USF possa efetivamente responder aos problemas da população da área.

Elaborar o Projeto de Implantação é tarefa do Município, que, para isso, pode contar com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde. O processo possui várias etapas, sendo que algumas podem ser simultâneas:

i. Identificar as áreas prioritárias

O primeiro passo na elaboração do Projeto de Implantação é a definição das áreas prioritárias a serem cobertas pelo PSF. A prioridade número um é que todos tenham acesso aos serviços de saúde para garantir o princípio da igualdade de todos os cidadãos. Isso se traduz na necessidade de alguns municípios de expandir a rede básica para assistir periferias urbanas e zonas rurais.

Outro critério fundamental na escolha da área prioritária é o risco social (altos



índices de desemprego, criminalidade, prostituição, crianças fora da escola e outros), que normalmente vêm associados a um maior risco de adoecer/morrer.

Em locais onde a rede é "melhor estruturada", e há resistência à mudança de modelo, pode-se optar também por um critério de consenso, ou seja, começar por onde há maior adesão das equipes de saúde à proposta.

Mas não se esqueça: a implantação de equipes isoladas, que não cobrem 100% das áreas consideradas prioritárias, tende a ter pouca eficácia e baixo impacto.

ii. Levantar o número de habitantes

Esse levantamento deve ser feito buscando-se as fontes de dados disponíveis. Às vezes, as áreas escolhidas não correspondem aos setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além do IBGE, podem haver dados nas Secretarias de Planejamento da Prefeitura, Secretaria de Ação Social, Associações Comunitárias, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), EMATER e outros.

iii. Calcular o número de ACS e de ESF

Cada Equipe de Saúde da Família deve acompanhar de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 pessoas. Cada ACS (5 a 6 por equipe) é responsável pelo acompanhamento de uma microárea, onde residem de 400 a 750 pessoas.

A definição do número de ESF e de ACS depende do número de famílias/pessoas que irão acompanhar. E essa definição depende das características do território: a distância das casas, as barreiras de acesso (rios, montanhas, inexistência de transporte adequado), a natureza e a dimensão dos problemas (área de risco social ou ambiental). Assim, o cálculo do número de equipes e de ACS em uma área é feito dividindo-se a população da área ou município pelo número de pessoas que cada equipe ou ACS irá assistir.

Mas, não se esqueça: o número máximo de Equipes de Saúde da Família financiadas pelo Ministério é calculado dividindo-se o total de habitantes do Município por 2.400. No caso da Região Norte, este número está sendo revisto e deverá ser menor, em razão do grande número de pessoas que vivem dispersas em áreas extensas.

iv. Mapear as áreas e microáreas

Definido o número de equipes e de ACS, é hora de mapear as áreas e microáreas de atuação. Esse mapeamento pode ser elaborado copiando-se de uma planta atualizada do Município, em papel manteiga, as áreas consideradas prioritárias para implantação. Feito isso, faz-se a divisão das áreas de atuação de cada equipe que, por sua vez, serão divididas em microáreas, nas quais os ACS deverão atuar. As áreas são o conjunto de microáreas contíguas.



c. Aprovação do Projeto de Implantação pelo CMS e encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite

Após a aprovação do Projeto de Implantação pelo CMS, a Secretaria Municipal de Saúde deve solicitar adesão ao Programa Saúde da Família, através de ofício para a Secretaria Estadual de Saúde, para que sejam pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) os recursos federais a serem alocados para o município, sob a forma de incentivos⁵.

O Município deve se qualificar para receber os recursos dos incentivos através do cumprimento das seguintes exigências:

- Preenchimento de declaração para qualificação aos incentivos, (documento em via original, assinado pelo gestor municipal e pelo coordenador da CIB), que deve ser enviada à Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, para publicação no Diário Oficial da União.
- Logo que as equipes iniciarem suas atividades, o município deve implantar e alimentar o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), requisito obrigatório para recebimento dos incentivos. Se o município deixa de informar o SIAB durante DOIS meses seguidos ou TRÊS alternados, o pagamento dos incentivos é automaticamente bloqueado.
- Os recursos dos incentivos são repassados ao município por mês, com base em informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde à Departamento de Atenção Básica/SPS/Ministério da Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde realiza a análise do Projeto de Implantação e da documentação complementar assim como o posterior encaminhamento para apreciação da CIB, onde a inclusão dos incentivos ao PSF será compatibilizada com as metas de implantação do PSF e os respectivos tetos orçamentários previstos para o Estado, como um todo, e para cada um dos municípios. A CIB é também o fórum onde deverá ser negociado o apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde ao processo de implantação do PSF.

d. Os processos de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família

"Com tempo suficiente, oportunidade suficiente e desejo suficiente, é provável que qualquer habilidade possa ser desenvolvida por qualquer indivíduo". (Dr. Robert L. Ebel)

Depois de definidos a composição e o número de equipes, o Município deve planejar e executar o recrutamento e a seleção dos profissionais, contando para isso, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e/ou instituição formadora de recursos humanos para a saúde.

⁵ Os recursos federais para apoio à implantação do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são alocados e repassados aos municípios sob a forma de incentivos, que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB).



Atenção especial deve ser dada à identificação de profissionais com do perfil adequado, principalmente no que se refere à postura profissional, que deve ser de muito respeito e compromisso com a ESF e com as pessoas da comunidade.

i. Pactuação da estratégia Saúde da Família com os profissionais da rede básica

Muitos conflitos na fase de implantação do PSF se devem à falta de compreensão da proposta, que deve ser amplamente debatida. O envolvimento do maior número de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde irá capacitá-los tanto para a atuação técnica, como para a multiplicação dessas discussões nas comunidades e demais serviços.

No recrutamento de pessoal para o Saúde da Família, pode-se pactuar com o pessoal da rede de saúde uma seleção interna, que dará a oportunidade àqueles profissionais que desejam mudar sua prática de trabalho. Os que não aderirem, ou não se adequarem ao perfil desejado, devem ser, se possível, realocados nos serviços de retaguarda especializada.

Não se recomenda a permanência, numa mesma USF ou numa mesma área, de profissionais atuando no PSF, ao lado de outros, atuando no modelo tradicional. Isso sempre gera conflitos e dificulta a consolidação de uma nova prática sanitária.

ii. Diretrizes gerais do processo seletivo

O processo seletivo se inicia com a etapa de recrutamento e termina com a aprovação dos candidatos considerados mais aptos aos critérios e tarefas pré-definidos, com base nos princípios da estratégia Saúde da Família.

Qualquer opção para selecionar os profissionais desejados deve levar em conta as demandas e as disponibilidades de recursos locais (humanos, materiais etc), recorrendo-se às instâncias regionais e/ou estaduais, quando necessário.

Especial atenção deve ser dada à composição das bancas examinadoras, tendo em vista os aspectos técnicos de elaboração das etapas do processo de seleção, a ética inerente a esta atividade, bem como o vínculo com os objetivos e com a própria concepção da estratégia a ser trabalhada.

A programação das provas deve constar nos editais públicos de seleção e contemplar as atribuições gerais e específicas dos membros da equipe.

Durante todas as etapas do processo, é importante, sempre que possível, sensibilizar os participantes para a nova proposta, através de exposições dialogadas. Estas diretrizes gerais do processo seletivo também têm o intuito de respeitar tanto as peculiaridades locais e regionais, como a especificidade de cada categoria componente da