

COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E PARAGUAI
PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA

Saúde da Família no Paraguai

COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E PARAGUAI
PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA

Saúde da Família no Paraguai

Série: Boas Práticas da Gestão de Termos de Cooperação
no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS

AUTORES

Ana Laura Brandão • Carlos Eduardo Aguilera Campos • Erica Kastrup • Roberta de Freitas

COORDENAÇÃO E REVISÃO TÉCNICA

Henry Jouval • José Roberto Ferreira • José Paranaguá de Santana • Roberta de Freitas • Felix Rigoli

Sumário

APRESENTAÇÃO	9
1. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO	11
1.1 A Cooperação Sul-Sul e Estruturante	11
1.2 O desenvolvimento de projetos pela FIOCRUZ	12
1.3 A triangulação da OPAS/OMS	13
2. A EXPERIÊNCIA NO PROJETO DE COOPERAÇÃO ENTRE BRASIL E PARAGUAI	15
2.1 Situação de Saúde e dos Sistemas de Saúde dos países envolvidos	15
a. <i>Diagnóstico de saúde e reformas no sistema de saúde no Paraguai</i>	15
b. <i>A implantação do SUS e a experiência da Estratégia de Saúde da Família no Brasil</i>	19
2.2 Histórico da Cooperação Técnica Internacional Brasil-Paraguai	21
2.3 Metodologias desenvolvidas no âmbito da Cooperação Internacional	26
3. RESULTADOS E PERSPECTIVAS	45
3.1 Avanços identificados	45
3.2 Impactos e desafios	50
3.3 Continuidade com outros países	52
4. REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	59

Lista de elementos gráficos

FOTOS

Foto 1.	Visita à Policlínica Comunitária em Niterói (Rio de Janeiro – Brasil)	29
Foto 2.	Centro Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ – Rio de Janeiro (Brasil)	32
Foto 3.	Médicos de Família do Município de Nova Iguaçu, Residentes Medicina de Família e a Missão Paraguaia – Atividade Educação Permanente para Médicos do Saúde da Família	32
Foto 4.	FIOCRUZ (Rio de Janeiro – Brasil)	34
Foto 5.	Central do SAMU do município de Montes Claros (Minas Gerais – Brasil)	36
Foto 6.	Unidade de Saúde da Família de Pirapora (Minas Gerais – Brasil)	36
Foto 7.	Centro Viva Vida de Pirapora (Minas Gerais – Brasil)	36
Foto 8.	Participação de duas agentes comunitárias brasileiras em uma mesa da I Mostra Nacional de Atenção Primária a Saúde (Assunção – Paraguai, 2012)	42
Foto 9.	Parte da delegação brasileira na Primeira Mostra Nacional de Atenção Primária a Saúde (Assunção – Paraguai, 2012)	42

GRÁFICOS

Gráfico 1.	Cobertura de APS no SUS – Brasil	9
Gráfico 2.	Realização de consultas pelas equipes de saúde da família de 2007 a 2010	48

Gráfico 3. Consultas realizadas pelas Unidades de Saúde da Família por região sanitária de 2008 a 2010	48
--	----

Gráfico 4. Relação orçamento e produtividade de consultas em 2011	50
---	----

MAPA

Mapa 1. Distribuição das unidades de Saúde da Família no território Nacional	47
--	----

QUADRO

Quadro 1. Publicações da Série de Atenção Integral à Família e à Comunidade para as equipes de Saúde da Família	38
---	----

Quadro 2. Série de Protocolos Clínicos	39
--	----

TABELAS

Tabela 1. Marcos na história do Sistema de Saúde Paraguaio	16
--	----

Tabela 2. Instalação das Equipes de Saúde da Família 2008 a 2011	47
--	----

Tabela 3. Comparação do número de consultas realizadas pela Atenção Primária e o total de consultas realizadas pelo Ministério da Saúde e Bem Estar Social	49
--	----

Tabela 4. Recursos Humanos em Saúde no Paraguai	49
---	----

Tabela 5. Orçamento da Saúde e a Atenção Primária	49
---	----

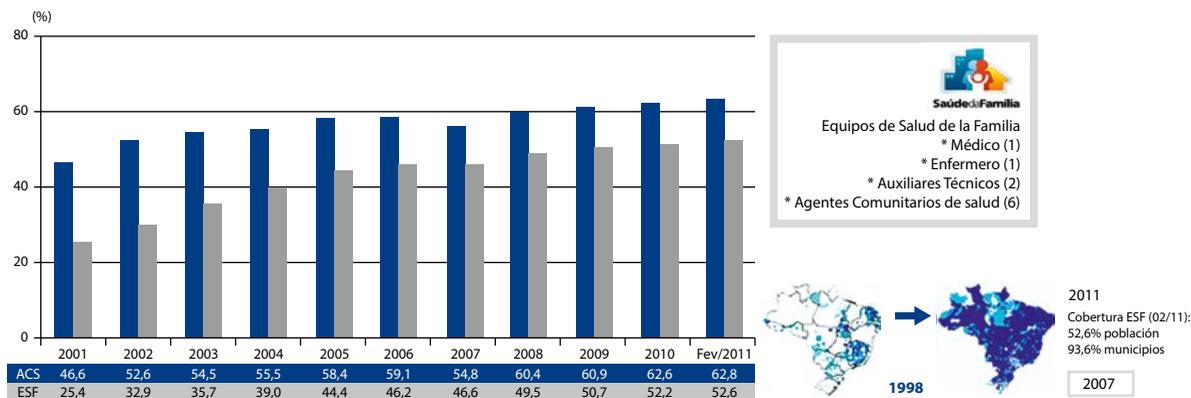
Apresentação

Felix Rigoli

Desde a Constituição de 1988, o Brasil vem sendo observado pelos outros países como uma experiência exitosa de desenvolvimento de um sistema de saúde para todos, baseado em conceitos de cidadania e de equidade (The Lancet, 2011). No entanto, este ideal foi dificultado por se tratar de um país relativamente pobre, com gastos per capita em saúde de menos de um terço dos recursos públicos alocados por outros sistemas universais.

Por esse motivo, com base em múltiplas experiências internacionais e autóctones, o Brasil definiu, em 1994, uma estratégia de Atenção Básica que foi progressivamente ampliada a grupos cada vez maiores da população. O conceito básico é a ideia de Saúde da Família, com equipes multiprofissionais e abordagens integradas com níveis crescentes de complexidade. Esta estratégia complementa as outras modalidades de APS, tornando o Brasil como provavelmente o país que implementou uma estratégia de APS em escala mais ampla.

Gráfico 1. Cobertura de APS no SUS – Brasil



Fonte: OPAS/OMS, 2010.

Por essa razão, a adoção de um sistema de saúde universal e sua conformação especial com foco na atenção básica levou os editores do British Medical Journal a comentarem que o programa de saúde da família do Brasil é provavelmente, em nível mundial, o exemplo mais impressionante de sistema custo-efetivo e abrangente com mais rápida expansão (HARRIS M; HAINES A, 2010).

Além disso, a revista Journal of Community and Epidemiology publicou, em 2006, uma avaliação do impacto do sistema de saúde da família e concluiu que a cobertura do programa de saúde da família está independentemente associada à redução da mortalidade infantil e que, controlado o efeito de outros determinantes, cada 10% de aumento nessa cobertura significava uma redução de 4,6% desta mortalidade (MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M., 2006).

Esta concentração de esforços na atenção básica permitiu ao país melhorar os seus impactos, apesar dos recursos limitados. Na verdade, o desenvolvimento da APS melhorou o uso dos outros componentes da rede de serviços. A revista Health Affairs mostrou que, entre 1999 e 2007, as internações por causas sensíveis à APS tiveram uma queda de 24%, mais que 2,5 vezes mais rápida do que a queda nas internações por outros motivos (MACINKO, J; DOURADO, I, et al., 2010).

Além da melhoria da mortalidade e da eficiência, a ampliação da atenção básica no Brasil tem também ajudado a melhorar o impacto das outras políticas sociais, como o comportamento familiar em relação a trabalho infantil, educação, emprego e taxas de fertilidade (ROCHA, R; SOARES, R., 2008).

Por esta razão, quando o governo da República do Paraguai decidiu estender a cobertura de saúde gratuita a todos os cidadãos, a experiência brasileira foi fundamental. A cooperação triangulada pela OPAS e com o apoio técnico e financeiro do governo brasileiro através do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) se concentrou no processo de transferência de tecnologias “soft” de processos que haviam sido testados em muitas circunstâncias semelhantes às do Paraguai.

Cabe salientar que, infelizmente, não existem possibilidades de copiar experiências. Cada sistema nacional de saúde é a construção histórica de cada sociedade. Esta declaração, que é válida quando da cooperação entre os países, se aplica também dentro dos países. O Brasil teve de aprender muito com cada nova implantação de suas equipes com as diferenças existentes entre Sudeste e Nordeste, bem como no Paraguai há muitas diferenças entre o Paraguai Central e o Alto Paraguai. Mas essa diversidade não invalida a aprendizagem e a fertilização cruzada. Pode-se dizer que é tão errado pensar que cada experiência é intransferível, bem como pensar que seja suficiente replicar um modelo, e que este sirva para todas as situações.

Neste sentido, a experiência desenvolvida na presente publicação vai mais além de uma história de cooperação bilateral, é um exemplo de como os países das Américas podem aprender juntos, guiados pelos ideais políticos de acesso universal, mas que precisam sempre encontrar e utilizar as melhores evidências, as melhores práticas e aperfeiçoar os melhores instrumentos.

Cooperação Internacional em Saúde: um processo em construção

1.1 A Cooperação Sul-Sul e Estruturante

A Cooperação Sul-Sul é, essencialmente, um processo pelo qual dois ou mais países trabalham em conjunto para alcançar o desenvolvimento da capacidade através do intercâmbio de conhecimentos, habilidades, recursos e tecnologias. Sua característica principal permite compartilhar capacidades e experiências bem sucedidas entre os países, em uma relação mais horizontal, solidária e abrangente do que a clássica ajuda oficial que tende a ser unidirecional (FREITAS; CERQUEIRA, 2009).

A Cooperação Horizontal Sul-Sul surge de uma iniciativa para complementar a Assistência Oficial ao Desenvolvimento (AOD) e para lidar com a redução da oferta de cooperação dos doadores tradicionais que, pelas pressões das mudanças econômicas globais para fenômenos políticos, mudaram imperativamente suas prioridades de assistência, tanto em relação às regiões geográficas como em relação às questões a serem abordadas (FIOCRUZ, 2008).

Para a Agência Brasileira de Cooperação (ABC, 2012) "a cooperação horizontal se refere à cooperação técnica entre Brasil e outros países em desenvolvimento mediante a qual foi promovido o fortalecimento de suas relações e seus vínculos políticos e econômicos".

Neste sentido, o que efetivamente identifica e diferencia a Cooperação Sul-Sul é sua associação com alguns princípios básicos de horizontalidade, consensualidade e equidade. Horizontalidade significa que, embora os parceiros tenham condições socioeconômicas distintas ou diferentes níveis de desenvolvimento, em um processo de cooperação sul-sul, eles se encontram no mesmo patamar de negociação, sem intervenções ou imposições de sua forma de atuar; o consenso diz respeito à tomada de decisões de forma conjunta entre os parceiros para a implementação de uma ação; e a equidade se refere ao compartilhamento equitativo dos benefícios do processo, bem como à distribuição compartilhada e equitativa dos custos, proporcionalmente às possibilidades reais de cada contraparte (PNUD, 2004).

De todo modo, o que permite a ambas as modalidades responderem à Cooperação Sul-Sul supera o simples fato de que a colaboração se estabeleça entre os países em desenvolvimento.

Os projetos de cooperação técnica internacional desenvolvidos pela Fundação Oswaldo Cruz e por suas unidades técnicas, entre elas a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, são orientados pelo conceito de Cooperação Sul-Sul Estruturante.

Este conceito centra-se fundamentalmente na abordagem da “construção de capacidades para o desenvolvimento”. Este novo paradigma inova em dois aspectos em comparação a paradigmas anteriores: integra a formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias. A nova abordagem propõe explorar as capacidades e os recursos endógenos existentes em cada país.” (ALMEIDA et al. 2010).

A abordagem é que o trabalho esteja centrado no desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países parceiros, com o próprio país receptor da cooperação como protagonista do processo, para que os resultados de um projeto e as mudanças estruturais dele decorrentes sejam parte de uma agenda sustentável e de longo prazo.

Para isso, é importante que os projetos sejam planejados com forte envolvimento dos Ministérios da Saúde e de instituições estruturantes tais como Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas e Institutos Nacionais de Saúde. Tais instituições são entendidas como estruturantes por serem instituições de Estado, o lócus onde o conhecimento e a experiência se mantêm apesar das transições de governo em países democráticos.

1.2 O desenvolvimento de projetos pela FIOCRUZ

A Fiocruz é uma instituição brasileira vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, que tem como objetivo “Promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico, ser um agente da cidadania” (FIOCRUZ). Com cerca de 10 mil colaboradores, constitui-se como uma das maiores e mais destacadas instituições de ciência e tecnologia voltada para a saúde na América Latina e, neste sentido, é também o maior executor dos projetos de cooperação internacional sul-sul do Governo Brasileiro na área da saúde.

Em consonância com a Política Nacional de Saúde, a Fiocruz planeja e executa diversos projetos de cooperação técnica internacional, sendo um dos principais atores da chamada “diplomacia da saúde”. Buscando contribuir com as estratégias da política externa brasileira, a maioria dos projetos executados pela instituição tem como parceiros países latino-americanos e africanos de língua portuguesa (Brasil, 2008).

A cooperação executada pela Fiocruz está orientada para o fortalecimento dos blocos regionais no hemisfério sul, especialmente a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP e a União de Nações Sul Americanas – UNASUL. Nestes dois espaços, a Fiocruz trabalha no sentido de fortalecer a integração regional através da articulação entre instituições de Estado, notadamente Ministérios da Saúde.

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP é uma das unidades técnicas da Fiocruz encarregada da formação de recursos humanos, produção científica e tecnológica e prestação de serviços de referência para a Saúde Pública. É uma instituição de ensino, pesquisa e assistência com larga experiência de parceria com o Sistema Único de Saúde do Brasil – SUS.

Esta *expertise* é também disponibilizada aos parceiros do Governo Brasileiro nos processos de cooperação técnica internacional, através de projetos que têm como objetos diversos campos da saúde pública. A Estratégia de Saúde da Família é adotada pelo Brasil desde 1994 como a política de reorientação da Atenção Básica, sendo um destes campos em que a ENSP tem grande experiência através de diversas ações que envolvem tanto o ensino como a pesquisa e a assistência, por isso é bastante oportuno que esta atue como executora do projeto de cooperação para a implantação da APS através da Estratégia de Saúde da Família no Paraguai.

1.3 A triangulação da OPAS/OMS

Enquanto organismo internacional de saúde pública, a Organização Pan-Americana da Saúde visa melhorar a saúde dos países das Américas. Os processos podem variar dependendo dos diferentes contextos nacionais, mas, independentemente das variações, foram destinados a contribuir à melhoria da qualidade de vida.

A adoção da concepção de cooperação técnica, entendida como forma de interação de partes em condições de igualdade, em detrimento da concepção de assistência técnica, como estratégia de reforço de relações de dependência, é oportuna e adequada para este Projeto, e já vem sendo este o conceito que baliza e norteia a cooperação em saúde entre os dois países, triangulada pela OPAS/OMS.

A Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com o Brasil (CCS 2008-2012) está voltada à definição de Termos de Cooperação baseados nos princípios de estabelecimento de prioridades de acordo com os compromissos regionais e globais com o país e na gestão baseada em resultados, o que exige o planejamento e a avaliação colegiada (OPAS/OMS, 2007).

Tendo em conta os processos de reformas nos sistemas de Saúde nas Américas, foi proposta, em 2005, a criação de um Programa de Cooperação Internacional em Saúde (TC 41)¹, que tem como objetivo promover o desenvolvimento de conhecimentos e o intercâmbio de experiências, tecnologias para enfrentar os problemas de saúde que são prioridades ou interesses comuns entre Brasil e outros países membros da OPAS/OMS, com prioridade para a América do Sul e a África de língua portuguesa, apontando para o desenvolvimento solidário dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

No contexto atual, a OPAS/OMS exerce a importante função de fortalecer a cooperação sub-regional com a participação do Brasil, aproveitando as capacidades nacionais, ao passo que satisfaz as necessidades e demandas do país atendendo a incorporação e implementação de uma agenda crescente de iniciativas trianguladas sul-sul, cumprindo com as políticas de cooperação internacional do país.

O Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Paraguai para o fortalecimento de sistemas de saúde foi promovido com o apoio e a triangulação da OPAS/OMS através do TC 41.

Esta triangulação se mostra fundamental para o desenvolvimento da saúde nos países, enquanto viabiliza a potencialização dos recursos, do intercâmbio de experiências, de conhecimentos e de tecnologias, além de representar um ambiente de diálogo que possibilita uma melhor compreensão da realidade dos outros países e uma ação baseada na necessidade, solidariedade e no respeito.

1 Assinado entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), o Ministério da Saúde do Brasil (SGTES/MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com vigência até 2015.

A experiência no Projeto de Cooperação entre Brasil e Paraguai

2.1 Situação de Saúde e dos Sistemas de Saúde dos países envolvidos

A. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E REFORMAS NO SISTEMA DE SAÚDE NO PARAGUAI

O Sistema de Saúde do Paraguai inclui os subsetores público e privado. O subsetor público está representado pelo Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS), o Instituto de Previdência Social (IPS), a Saúde Militar, a Saúde Policial, a Universidade Nacional de Assunção e os serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá (ALUM e BEJARANO, 2011). O sistema público de saúde possuía uma baixa cobertura, sendo os serviços de saúde médico-previdenciários responsáveis pela cobertura de 21,6% da população. (DGEEC, 2007). Existe uma alta segmentação de provedores, fruto de uma histórica fragmentação e desarticulação dos diferentes subsetores, em geral pouco integrados entre si.

A Constituição Nacional promulgada em 1992, no Artigo 68, tratou do direito à saúde e estabeleceu que o Estado deve proteger e promover a saúde como direito fundamental da pessoa e da comunidade (*Constitución de la República de Paraguay, 1992*).

A Lei 1032/96 reiterou a garantia de atenção da saúde para todos, de maneira equitativa e oportuna, sem discriminação de nenhuma natureza. Além disso, instituiu o Sistema de Saúde do Paraguai, mas manteve um modelo fragmentado e segmentado. Por suas características desde o seu início, já seria difícil alcançar um sistema único, mas foi sim reorientado desde a década dos anos 1990 para um modelo mais funcional.

É possível visualizar, no quadro abaixo, os principais marcos legais de regulação do setor desde a década dos anos 1930.

Tabela 1. Marcos na história do Sistema de Saúde Paraguai

Ano	Fatos
1936	Criação do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social
1943	Criação do Instituto de Previdência Social (IPS)
1950	Modificação do decreto de criação do IPS para ampliar os serviços para os assegurados
1980	Código Sanitário (sua atualização não foi ainda aprovada)
1992	Constituição Nacional da República do Paraguai (art. 68 e 69)
1994	Criação do Instituto Nacional de Saúde
1996	Criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Lei 1.032
1998	Regulamentação da descentralização sanitária
1998	Regulamentação da superintendência de saúde
1999	Reestruturação do Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social
2000-2005	Marco jurídico que regula a administração, a distribuição, o percentual e o tipo de gasto de <i>royalties</i> e compensações por uso de recursos hidráulicos que destina 50% desses recursos para gastos com a saúde nos municípios e governoratos.
2008-2009	Conselho Nacional de Saúde entrega recursos para administração e distribuição aos Conselhos Locais de Saúde de todo o país, com a resolução de gratuidade universal dos serviços de saúde.

Fonte: María Elena Ramírez Rojas; 2008.

A Política Nacional de Saúde no período 2005–2008 teve como pilares: a) reforma da saúde; b) promoção da saúde; c) proteção social em saúde com financiamento solidário; d) saúde ambiental e saneamento básico; e) desenvolvimento dos recursos humanos e da educação permanente. As maiores dificuldades neste período foram dar cumprimento às políticas e planos propostos e às frequentes mudanças na gestão do sistema de saúde. Nos serviços de saúde, os problemas estavam mais associados à gestão e à carência de recursos e insumos (PARAGUAY, 2005a).

As ações de Saúde Pública sempre foram responsabilidade do MSyBS. Estas se organizaram em duas grandes áreas. Por ciclo de vida: infância, mulher, adolescência; idosos, e por agravos ou fatores de risco: hanseníase, tuberculose, AIDS, doenças imunopreveníveis, hipertensão, câncer, etc. A participação de organizações não governamentais é relevante em vários destes programas de saúde.

No Paraguai, existem 18 Regiões Sanitárias, cujos estabelecimentos de saúde estão estruturados em quatro níveis de complexidade (OPS/OMS, 2007).

Um marco para as reformas da saúde foi a formulação da nova Política Nacional de Saúde de 2005-2008, que constituiu a reforma da Saúde como um processo gradual, participativo, gerador de mudanças, com descentralização e fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde. Foram estabelecidas as principais estratégias para seu desenvolvimento: 1) Ordenamento do marco jurídico – normativo e de gestão; 2) Fortalecimento da Gestão do Ministério de Saúde; 3) Desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde do Paraguai; 4) Descentralização da Saúde; 5) Desenvolvimento das Funções Essenciais da Saúde Pública (PARAGUAY, 2005 a).

Dentre os principais desafios estavam a efetiva implementação da participação comunitária (enunciada dentro da Lei 1032/96, mediante a criação dos conselhos nacional, regionais e locais de saúde); da qualidade da atenção; da descentralização (MSP e BS. Decreto Lei 1966/1998); das ações de promoção da saúde; da melhoria da eficiência no uso de recursos disponíveis no setor.

O sistema ainda tem outros sérios problemas de gestão no que se refere ao manejo da informação (coleta, processamento e análise); a alocação equitativa dos recursos humanos no território; a implementação de conteúdos estabelecidos na política de pessoal; a modernização do equipamento hospitalar; e o desenvolvimento de programas de manutenção preventivos/corretivos.

De maneira complementar, o governo nacional formulou o “Plano Nacional de Crescimento Econômico com Equidade” para os anos 2003 a 2008, no qual se reconheceu a transcendência do setor saúde e a necessidade de aumentar sua cobertura e impacto, em consideração aos que têm sido identificados como fatores desfavoráveis que impedem o desenvolvimento nacional e dificultam a integração competitiva no contexto do MERCOSUR. Na maioria dos casos, as reformas setoriais em saúde estiveram orientadas basicamente às mudanças estruturais, financeiras e organizacionais na prestação dos serviços, descuidando-se da ideia de saúde como uma responsabilidade social e estatal na construção de entornos saudáveis, criação de inteligência sanitária, garantia do atendimento e intervenções sobre riscos e danos à saúde coletiva.

O plano de Governo, implantado em 2008, propôs para o setor saúde uma ruptura com o sistema vigente durante 60 anos no Paraguai, criando um Sistema Nacional de Saúde solidário, desde uma concepção filosófica que reivindicava a universalidade, a integralidade e a equidade com forte participação social.

Desde 2008, busca-se um “*Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária em Saúde*”, incorporando eixos estratégicos baseados na criação e implementação de Unidades de Saúde da Família, em territórios sociais definidos, responsáveis por equipes multidisciplinares integradas por médicos generalistas ou especialistas em medicina familiar, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, bem como equipes odontológicas trabalhando próximas às comunidades, com foco em

direitos, eficiência e equidade, em um contexto social que respeita a interculturalidade e promove políticas integradas para melhorar os determinantes e condicionantes ligados à qualidade de vida e à saúde, para o qual existe articulação junto a outras instâncias governamentais, através do Gabinete Social e outras instituições (ALUM; BEJARANO, 2011).

As reformas do setor saúde formaram parte do processo de modernização do Estado, para o qual as instâncias parlamentares constituíram um importante âmbito de negociação visando à reforma de saúde e, neste marco, se institucionalizou o Conselho Nacional de Saúde.

A partir do mês de agosto do ano 2008, inicia-se uma proposta de Saúde para o período 2008-2013, denominada “Políticas Públicas para a Qualidade de Vida e Saúde com Equidade no Paraguai”. Essa política propunha:

- Garantir o direito à saúde como direito humano inalienável; aplicar o marco legal vigente que permite a construção do Sistema Nacional de Saúde;
- Estabelecer a Atenção Integral e o tratamento gratuito para toda a população, sem nenhuma intermediação, sem discriminação, eliminando as barreiras de acesso aos serviços de saúde;
- Articular, coordenar e complementar ações e recursos de todos os setores que integrarão o Sistema Nacional de Saúde;
- Implementar progressiva, contínua e sustentavelmente políticas públicas em saúde;
- Manter a condição de autarquia do IPS, fortalecendo o sistema de “capitalização coletiva e solidária” e promovendo o acesso ao Sistema Previsional de Seguridade Social;
- Rechaçar toda política e todo programa de focalização excludente, defendendo a universalidade integral;
- Romper com o sistema perpetuador da pobreza:
 - ◇ Promovendo o enfoque social integral da saúde, de maneira coordenada e transsetorial através de um Plano Integral Sustentável de Desenvolvimento Humano Local, em cada comunidade, que parte das necessidades da gente e não só da oferta de serviços.
 - ◇ Impulsionando a participação protagônica da cidadania, como fator de controle social e transparência através dos Conselhos de Saúde de comunidades, municípios, até o nível nacional;
 - ◇ Adotando uma Estratégia de Promoção da Equidade e Qualidade de Vida e Saúde que permita a atenção de todas as pessoas ao longo de toda sua vida, não se admitindo sofrimentos desnecessários, enfermidades e mortes evitáveis, com o compromisso de dar resposta às necessidades sociais, porque existem os meios, os conhecimentos e a vontade política para satisfazê-las;

As 10 medidas estabelecidas como prioritárias para o governo foram:

1. Declarar um estado de emergência nacional em saúde e criar o Sistema Público Nacional;
2. Desenvolver um Cadastro Nacional de Recursos Humanos, Infraestrutura e Equipamento em saúde;
3. Convocar e reestruturar os Conselhos de Saúde;
4. Convocar e reestruturar o Conselho Nacional de Saúde;
5. Estabelecer espaços de elaboração de ações no marco da estratégia de promoção da equidade e qualidade de vida e saúde;
6. Conformer uma Equipe Técnica Nacional;
7. Iniciar a instalação progressiva das 100 primeiras equipes de Atenção Primária em Saúde;
8. Implementar progressivamente a rede de urgências e os sistemas de comunicação e transporte;
9. Implementar progressivamente a rede de hospitalizações e a rede de atenção especializada;
10. Reordenar e tornar transparente o financiamento do setor saúde.

B. A IMPLANTAÇÃO DO SUS E A EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS). O processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação, desenvolvido ao longo de diversas etapas em que um núcleo de congressistas desempenhou papel relevante, apoiado pelo Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2009).

O texto final aprovado incorporou vários princípios do movimento sanitário, como: a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e dos serviços de saúde; a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação comunitária.

A Declaração de Alma-Ata de 1978, que inspirou no Brasil as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos.

Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano (Matta, 2005); da forma em que foi reconhecida pela Constituição Federal no Brasil.

O Sistema Único de Saúde proporcionou uma importante mudança no padrão historicamente consolidado das organizações dos serviços de saúde no país, sendo um sistema público, universal, com base na concepção de saúde como direito de cidadania. Entre os seus princípios e diretrizes estão a descentralização e a regionalização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade da atenção e a garantia da participação da comunidade na definição, no acompanhamento e na execução das políticas de saúde (BRASIL, 2009; ESCOREL et al., 2007).

Por sua grandeza e relevância, o SUS apresentou resultados positivos inquestionáveis para a população brasileira, ainda que tivessem persistido problemas a serem enfrentados para aprimorá-lo. Como um sistema universal imerso numa realidade repleta de contradições e desigualdades, este sistema reflete as dificuldades históricas em dar cidadania plena a toda população brasileira, incluindo-se a garantia de qualidade em saúde (BRASIL, 2009).

Desde a sua implantação, foram realizadas mudanças significativas na organização do sistema de saúde. Como destaques, podem ser citados a ampliação das responsabilidades municipais e a sua reorganização funcional. A Atenção Primária à Saúde recebeu muita atenção, com o aumento significativo de recursos alocados e a introdução de modelos inovadores e estratégicos para garantir mudanças no modo de operar e de assistir os cidadãos. (MACINKO et al., 2003). O "Programa Agentes Comunitários de Saúde" (PACS), em 1991, e o "Programa Saúde da Família" (PSF), em 1994, foram o início deste processo.

Desde o seu início, o PSF tinha como objetivo *"desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária"*. Buscava-se mudar a lógica das práticas, priorizando a atenção no local de residência dos indivíduos, centradas nos princípios da vigilância em saúde no Brasil, (CONILL, 2002).

O sucesso alcançado e sua rápida disseminação nos municípios, fruto das pactuações realizadas entre Governo Federal, Estados e municípios permitiram que o PSF se consolidasse em uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção à Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM 648/2006) foi um marco neste movimento e definiu a Atenção Básica *"por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social"* (BRASIL, 2006).

A implementação dessa concepção abrangente de APS nos moldes de sistemas nacionais de saúde universais implicou em grande desafio, mas também reafirmou a opção do Estado brasileiro em construir um sistema de saúde orientado pela APS, articulado em rede, centrado no usuário e que respondesse às demandas de saúde da população de forma integral. A dívida social e sanitária com milhões de brasileiros começou a ser resgatada ainda que imersa na desigualdade e iniquidade ainda presente no país (GIOVANELLA et al., 2009).

Com uma política sustentada ao longo da década, incluindo a garantia de financiamento e apoio técnico aos municípios, alcançou, em agosto de 2011, um total de 32.000 Equipes de Saúde da Família em 5.284 municípios do país, atingindo uma cobertura de 53,1% da população brasileira ou 101,3 milhões de habitantes (Departamento de Atenção Básica, 2011).

2.2 Histórico da Cooperação Técnica Internacional Brasil-Paraguai

A Cooperação para a implantação de reformas na Atenção Primária à Saúde no Paraguai nos moldes do modelo brasileiro iniciou-se em dezembro de 2008, a partir da solicitação da Ministra da Saúde do Paraguai, Esperanza Martinez ao Ministro de Saúde do Brasil, José Gomes Temporão. A equipe formada a partir da decisão de criar uma Direção Geral de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e Bem Estar Social (MSyBS) passou a trabalhar com integrantes de uma equipe técnica criada pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da OPAS/OMS no Brasil.

Em dezembro de 2008, um grupo do MSyBS realizou uma visita técnica a Belo Horizonte para conhecer mais de perto a experiência brasileira. No início de 2009, o grupo da Fiocruz foi visitar as primeiras unidades de saúde da família implantadas em Bañados, Assunção. Nesta ocasião foi realizado um plano inicial de trabalho. A equipe técnica brasileira propôs a discussão de temas e questões de interesse da direção da APS do MSyBS: normas e legislação da organização e funcionamento da APS, fluxos assistenciais e sistema de coleta de informações. Também foram discutidas sugestões para a educação continuada e permanente das equipes. Naquele momento, ainda se discutia a forma de implantação da estratégia. Duas proposições estavam sendo debatidas. A primeira previa a universalização de um novo sistema de APS, nos moldes da ESF brasileira, em uma região que serviria de modelo a ser divulgado e seguido pelo conjunto do país. A segunda, a instalação progressiva em todo o território nacional, para dar capilaridade à nova proposta. Escolheu-se a segunda via.

Com base nas propostas de trabalho planejou-se uma missão técnica da equipe paraguaia ao Rio de Janeiro, em janeiro de 2009, visando apresentar mais detalhadamente as experiências brasileiras bem sucedidas nas seguintes questões: implantação de unidades em ambientes rurais e urbanos; o modelo de saúde familiar de Niterói, RJ; experiências com supervisão de equipes; a estruturação e o funcionamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e instrumentos de coleta, alimentação e análise, tanto em nível local como da gestão estadual. Este aspecto foi particularmente útil para o MSPyBS, que pôde implantar um subsistema voltado para a APS. Foram padronizados formulários para o registro das informações, incluindo-se a ficha de cadastro dos usuários na unidade. Essas fichas possibilitaram o conhecimento do perfil da clientela da área adscrita às unidades de Saúde da Família. Foi discutido e escolhido um conjunto de indicadores de processo e de resultado para o monitoramento das ações de saúde. Por fim, as unidades de saúde necessitavam ainda serem equipadas com computadores e os profissionais das equipes receberem capacitação específica para a realização de uma abordagem adequada na coleta, o correto registro físico e informatizado dos dados e sua utilização para planejamento do processo de trabalho da equipe. Detectada essa necessidade sobre o aprofundamento no tema de sistemas de informação, foi programada uma apresentação das experiências brasileiras de sistemas de informação.

A Cooperação Técnica proporcionou uma visita da equipe paraguaia que atua na gestão das Unidades de Saúde da Família ao Rio de Janeiro, Brasil para que pudesse, entre outras coisas, trocar experiências na área de sistemas de informação. Na escolha dos locais a serem visitados procurou-se diversificar os diferentes estágios pelos quais a informação passa, desde os níveis em que os dados encontram-se mais desagregados até o estágio em que a Secretaria Estadual de Saúde encaminha a informação agregada dos municípios para o nível federal. Foram eles:

- Na esfera Municipal
 - a) **Unidades de Saúde da Família dos municípios do Rio de Janeiro e Barra do Piraí** – Foi apresentado o processo de obtenção (coleta, registro e consolidação) dos dados pela equipe e entrada dos dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
 - b) **Coordenação de atenção básica: a experiência de uma área programática (AP), que corresponde a um distrito sanitário, do município do Rio de Janeiro** – Mostrou-se o fluxo das informações enviadas pelas 54 equipes de SF que integram esta AP, desde o recebimento das informações até o repasse das mesmas para o nível municipal. Foram disponibilizados as Fichas e os Manuais que integram o SIAB.
 - c) **Programa Médico de Família do município de Niterói** – Apresentou-se o fluxo das informações, a retroalimentação do sistema e as fichas que o compõem (que são diferenciadas das fichas adotadas na estratégia de Saúde da Família).

- No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde

d) Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC)/Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado (SABGC) – Discutiu-se o SIAB com um técnico operador do sistema e a Superintendente de Atenção Básica. O sistema foi apresentado como um todo e foram elucidadas as questões em relação ao sistema, forma de cadastramento, informática e programação.

Em abril de 2009, em prosseguimento a este trabalho, as equipes técnicas da cooperação discutiram e aprofundaram temas como: discussão sobre capacitação e formação de recursos humanos; estruturação do sistema de informação, do monitoramento e da avaliação da SF, construção de manuais, normas de funcionamento e legislação básica da APS.

Foram realizadas oficinas de trabalho para a elaboração de planilhas e instrumentos para a coleta de dados socioeconômicos e sanitários. Foram ainda realizadas visitas a unidades em Assunção e no Departamento de São Pedro para conhecer mais de perto a realidade das equipes e o processo de implantação das unidades.

Em 2009, o monitoramento das informações sobre a Saúde da Família no Paraguai encontrava-se em uma etapa preliminar, de definição de indicadores a serem monitorados, bem como dos instrumentos que seriam utilizados para o registro diário das equipes de saúde. A Direção Geral de Atenção Primária à Saúde do Paraguai (DGAPS) recebeu novos integrantes e se empenhou para que a construção destes indicadores fosse realizada com a maior participação possível dos representantes dos diversos Programas de Saúde.

Foram adaptados e testados formulários baseados no SIAB: ficha de cadastro familiar, a planilha de acompanhamento de gestantes, adultos, de crianças, planilha de busca ativa de crianças e adultos e planilha de controle de pacientes crônicos.

Outro desafio importante identificado naquele momento, e que foi uma constante em toda a cooperação, estava relacionado à dificuldade de contratação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Em poucos casos, esta remuneração foi viabilizada. A maioria das equipes contou com agentes comunitários voluntários e em alguns casos de agentes vinculadas a ONGs ou Igrejas. As restrições financeiras a esta implantação estavam ligadas às discussões políticas sobre a real necessidade deste profissional e ao possível uso político destes agentes de promoção da saúde. Os membros da equipe brasileira sempre defenderam e buscaram demonstrar a importância do ACS como recurso estratégico para o bom funcionamento da APS no Brasil.

Durante esse processo, a DGAPS foi sendo mais bem estruturada, indicando a prioridade do MSPyBS para com o processo de implantação da Saúde da Família, já disseminada por todo o país.

No segundo semestre de 2009, os temas mais discutidos foram: cursos introdutórios para profissionais recém-contratados, estrutura e funcionamento de coordenações regionais de APS, integração entre a SF e áreas técnicas e programas, incluindo as propostas do colegiado de gestão e de núcleo de apoio à SF; detalhamento de indicadores para monitoramento das ações das ESF; realização e organização do fórum de APS e participação comunitária.

O farto material produzido no Brasil foi disponibilizado em várias oportunidades. Documentos técnicos, manuais e legislação utilizados no Brasil a respeito dos temas trabalhados foram consultados e serviram de base para a construção do material local: Princípios e Diretrizes da Estratégia Saúde da Família; Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo; Fundamentos da Assistência à Família em Saúde; Educação em Saúde na Prática da Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde; Manual Prático da Saúde da Família (1997); Política Nacional de Atenção Básica (2001); e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (2008). Alguns destes manuais foram traduzidos e adaptados à realidade do Paraguai.

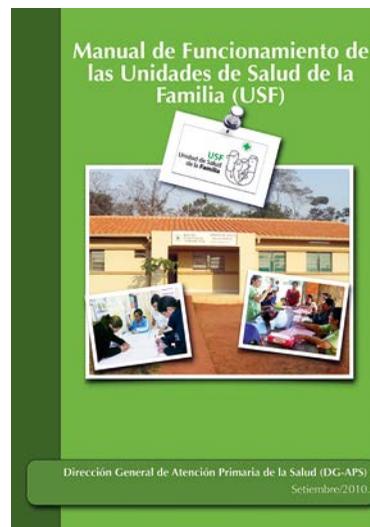
A cooperação participou das discussões sobre as metas de cobertura a serem alcançadas. Inicialmente previa-se que a implantação de 1.500 equipes seria suficiente para a cobertura de 100% da população. Estabeleceu-se então uma primeira meta de implantar 500 equipes até o fim do ano de 2010. A visita dos membros do MSyBS a municípios do Rio de Janeiro, Brasil, demonstrou que muitas das dúvidas existentes na forma de desencadear o processo de implantação no Paraguai haviam sido resolvidas de diferentes maneiras nos municípios brasileiros. Mesmo com a normatização e aparente uniformidade do modelo, verificou-se que existiam diversas conformações em prática nos municípios. Esta constatação trouxe mais segurança e confiança para a equipe paraguaia.

Foram identificados, na ocasião, alguns problemas ligados à implantação e desenvolvimento das Unidades de Saúde da Família no Paraguai:

- Altos gastos de recursos com o sistema de saúde, com restrição para a APS;
- Alta morbidade e mortalidade por enfermidades evitáveis pela APS;
- Cobertura insuficiente, com baixa qualidade na prestação de serviços;
- Sistema de saúde excludente com muitos grupos vulneráveis no país;
- Gestão burocrática e ineficiente;
- Centralização e fragmentação do sistema de saúde;
- Serviços de atenção básica sem estrutura adequada;
- Logística e apoio às equipes inexistente;
- Falta de recursos humanos capacitados;
- Estrutura de coordenação da APS deficiente.

No início de 2010, algumas iniciativas foram desenvolvidas baseadas nas visitas, discussões técnicas e no aprofundamento do material disponibilizado. Dentre as quais se destacam:

- Elaboração de instrumentos de coleta de dados nas equipes de SF, com vistas ao desenvolvimento do Sistema de Informação da APS no Paraguai;
- Elaboração do Manual de Funcionamento das Unidades de SF, contendo as atribuições dos profissionais, padronização da infraestrutura das unidades, equipamentos e insumos, serviços a serem oferecidos, bem como as normas de funcionamento das unidades. Esse manual ainda previu os dispositivos de coordenação e gestão, incluindo competências e indicadores de monitoramento.
- Discussão de proposta de implantação de um projeto piloto inspirado nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Discussão para a implantação de colegiados de gestão, compreendendo as coordenações dos programas e direção da APS.
- Assessoria para o desenvolvimento de atividades de capacitação de equipes de SF, tais como curso introdutório e formação de agentes comunitários de saúde.



Disponível em:
<http://www.msps.gov.py/aps/wp-content/uploads/2012/01/Manual-de-funcionamietno-de-las-USF-2010.pdf>

Novas visitas técnicas buscaram abordar outros temas muito importantes ao longo de 2010. A questão da participação comunitária e controle social era uma demanda muito presente nos contatos entre as equipes cooperantes. Assim programou-se nova missão técnica com o objetivo de conhecer as experiências brasileiras com este tema. Foram apresentados e discutidos a formação e funcionamentos dos Conselhos estaduais e municipais de saúde, incluindo a visita e conversas com conselheiros, conselhos de unidades de saúde e planejamento local e municipal participativo.

Os membros da cooperação se envolveram na organização do I Encontro Nacional de APS e Participação Popular; tendo participação ativa dos trabalhos neste evento.

Por iniciativa da OPAS/OMS, a partir de fins de 2010, estabeleceu-se um processo de elaboração de protocolos clínicos para as equipes de saúde da família. Estes foram realizados com ampla participação de vários setores técnicos e acadêmicos no MSPyBS, além de terem sido validados por equipes de SF. Os temas objeto da construção destes protocolos foram: Diabetes, Hipertensão Arterial, Prevenção do Risco Cardiovascular, Drogadição, Saúde Mental, Tuberculose, Hanseníase, Tabagismo, Pré-natal, Síndromes Febris, Síndromes Respiratórias, Infecções de Transmissão Sexual (ITS), Saúde do Idoso, Cuidados Paliativos e Maus Tratos. Também foram construídos os manuais de Atenção Integral para abordar importantes

temas como as ações de promoção, a visita domiciliar, os princípios e as metodologias do trabalho em SF e APS, as técnicas de prevenção e trabalho com grupos, o planejamento participativo, o trabalho com grupos, entre outros temas. Foram elaborados 8 cadernos para os temas de Atenção Integral.

Em meados de 2011, o MSPyBS tinha alcançado implantar a marca extraordinária de 700 equipes. A preocupação com a integração desta nova estrutura de APS com a rede de saúde em sistemas regionalizados começou a despontar como uma necessidade premente. Isto envolvia ainda a necessidade de conhecer sistemas logísticos, de apoio e de regulação para o bom funcionamento do sistema como um todo. Por ser referência no país, uma nova missão foi prevista para visitar as áreas técnicas da Secretaria Estadual de Minas Gerais e municípios do Estado. Os mecanismos de regulação, o transporte, os centros de referência, o apoio laboratorial, a educação à distância e o apoio técnico a equipes de saúde da família em áreas rurais por meio da videoconferência foram destaques nesta visita. O modelo implantado na região do norte de Minas Gerais também foi analisado com visitas aos municípios da região.

As últimas ações desenvolvidas foram a elaboração, em conjunto com o MSPyBS, do Manual Prático para o Cuidado Integral da Família e da Comunidade; a revisão completa do Manual de Funcionamento das Unidades de Saúde com um detalhamento de uma Carteira Básica de Serviços para as Equipes de SF; a assessoria, preparação e participação na I Mostra Nacional de Saúde da Família; e uma proposta de capacitação para as ESF em conteúdos presentes nos 21 manuais clínicos e organizacionais, na perspectiva da construção de uma Política de Educação Permanente para a APS do Paraguai.

2.3 Metodologias desenvolvidas no âmbito da Cooperação Internacional

A cooperação no marco do projeto TC 41 lançou mão das seguintes estratégias metodológicas: visitas técnicas, para discussão de temas de interesse com responsáveis por áreas específicas; oficinas de trabalho; seminários; grupos de trabalho, para a elaboração de documentos técnicos, normativos, protocolos organizacionais e clínicos em APS; assessoria para a realização de eventos em APS; e capacitação de profissionais no marco da educação permanente.

Os encontros entre as equipes cooperantes tinham um sentido de compartilhamento de experiências práticas e troca de conhecimentos mútuos. Assim estabeleciam-se as prioridades e as ações, tarefas ou atividades que poderiam ser realizadas pelas equipes para atender às demandas identificadas. Havia, portanto, uma postura de respeito às particularidades locais, bem como às situações e necessidades manifestadas. Seguia-se uma discussão conjunta sobre como unir esforços para o seu atendimento. Estes encontros podiam ser rodas de conversa e visitas técnicas às experiências brasileiras para a troca de experiências segundo alguns eixos temáticos.

Ressalta-se o processo de capacitação realizado através das visitas técnicas. Estas tiveram como objetivos:

- Auxiliar na busca de reconhecimento dos problemas vivenciados pelo Sistema de Saúde paraguaio e na busca individual e coletiva para solucioná-los de acordo com as experiências brasileiras;
- Observar as relações institucionais que acontecem nas diversas instâncias do Sistema de Saúde Brasileiro, e deste com outras organizações governamentais e não governamentais na busca de parcerias para o desempenho de suas funções, maximizando assim o escopo das ações do setor saúde, sendo esse um exemplo a ser seguido;
- Observação do fluxo de informação, que deve servir para tomada de decisão nos níveis de gestão e nas unidades de Saúde da Família;
- Realizar processos formativos, participativos e não somente como transferência de saberes, mas como um processo coletivo de construção do conhecimento.

Os eixos temáticos foram eleitos segundo a necessidade exposta pelos técnicos do Ministério da Saúde do Paraguai.

Os eixos temáticos trabalhados pela cooperação foram: integração das áreas técnicas e programas de saúde com a APS; gestão, planejamento e participação popular; e redes e regulação de sistemas regionalizados de atenção em saúde.

Em relação à integração das áreas técnicas com a APS, foi abordada a relação da Vigilância em Saúde e a APS, e as áreas técnicas e a APS em visitas a essas áreas nas secretarias municipais e estaduais de saúde no Rio de Janeiro, Brasil, ressaltando assim a necessidade de integrar a APS e a Vigilância no território através de novas formas de execução.

EIXO 1 : INTEGRAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Número de participantes: 4
- Perfil dos participantes e cargos: Diretora e Assessora da Direção Geral de Programas de Saúde do MSyBS; Médica da DGAPS do MSPyBS; Enfermeiro da Direção de Enfermagem do MSPyBS
- Diagnóstico da situação no Paraguai referente à Integração dos Programas de Saúde e a APS:
 - ◊ No Ministério da Saúde do Paraguai, detectou-se a existência de muitos programas de saúde, que desempenhavam suas atividades com pouca articulação e duplicidade de atividades e com pouca interlocução com as Unidades.

- Descrição do Eixo:
 - ◇ Apresentação da forma de organização das áreas técnicas de saúde, sua articulação com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e apresentação do dispositivo dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que possuem o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Sendo constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família.
- Metodologia de capacitação: Visitas técnicas e momentos formativos.
- Instituições visitadas no Rio de Janeiro (Brasil):
 - ◇ Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Área técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cachoeiras de Macacu, Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí e unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro.
- Temas abordados:
 - ◇ Integração da área técnica de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e os mecanismos de interação entre a área técnica e a Estratégia da Saúde da Família (ESF) da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, com apresentação das principais ações desenvolvidas por essas coordenações;
 - ◇ Apresentação da área técnica de saúde mental e as ações desenvolvidas, dentre elas, o Programa de Volta para Casa, os serviços de residência terapêutica, o processo de desinstitucionalização de pacientes hospitalizados de longa permanência (mais de 2 anos), ações de inserção social e incentivo ao trabalho e renda e a interlocução com a ESF;
 - ◇ Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), desenvolvido no município de Cachoeiras de Macacu, da região serrana do Estado do Rio de Janeiro, que foi o primeiro do Estado do Rio de Janeiro e um dos primeiros do Brasil a implementar o NASF;
 - ◇ Programa Médico de Família (PMF) do município de Niterói, que é uma experiência única no Brasil, inspirado no modelo cubano de assistência à saúde, com a explicação do funcionamento do programa e a iniciativa de supervisão do mesmo. Realização da contraposição entre os modelos de supervisão multidisciplinar do PMF e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
 - ◇ Visitas técnicas a unidades do PMF e uma Policlínica comunitária, ambos em Niterói, para a compreensão de um sistema organizado em rede de serviços de saúde;



Foto 1: Visita à Policlínica Comunitária em Niterói (Rio de Janeiro – Brasil).

- ◇ Programa de Tuberculose do município de Itaboraí para conhecimento da operacionalização do mesmo;
- ◇ Área técnica de saúde mental e o dispositivo do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do município de Itaboraí;
- ◇ Visita técnica à Unidade de Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro, que teve como objetivo o conhecimento da operacionalização da Estratégia de Saúde Bucal conjuntamente com a Estratégia de Saúde da Família;
- ◇ Apresentação dos técnicos do Apoio à Gestão da Estratégia de Saúde da Família do Estado, na Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, onde foram colocadas as principais atribuições da gestão estadual e os processos de trabalho desenvolvidos por este setor;
- ◇ Reunião de avaliação e planejamento da equipe de profissionais do Ministério da Saúde e Bem Estar Social do Paraguai com a equipe técnica e a coordenação da Cooperação Internacional Brasil/Paraguai.

EIXO 2: GESTÃO, COORDENAÇÃO, PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO, SISTEMA DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No eixo da Gestão da APS, foram abordados aspectos como coordenação, planejamento e implantação das Unidades de Saúde da Família. Com isso, foram visitadas as coordenações da atenção básica nas Secretarias Estadual e Municipal do Rio de Janeiro (Brasil).

- Número de participantes: 5
- Perfil dos participantes e cargos:
 - 1) Médico – Coordenador da I Região Sanitária de Concepción do MSPyBS;
 - 2) Médica Pediatra – Coordenadora da XVIII Região Sanitária de Asunción do MSPyBS;
 - 3) Enfermeira – Coordenadora da II Região Sanitária de San Pedro do MSPyBS;
 - 4) Médica de Família – Coordenadora da VI Região Sanitária de Caazapá do MSPyBS;
 - 5) Administrador – Diretor da Direção de Descentralização do MSPyBS.
- Diagnóstico da situação no Paraguai referente ao eixo:
 - ◇ Necessidade de formação em gestão da ESF para os coordenadores das regiões sanitárias em temas relacionados à APS: sistema de informação, gestão de unidades, educação permanente, financiamento, supervisão da ESF, articulação da ESF com a rede de serviços e participação popular.
- Descrição do Eixo:
 - ◇ Eixo de capacitação baseado em uma apresentação completa de diretrizes do funcionamento e da gestão da Estratégia de Saúde da Família.
- Metodologia:
 - ◇ Visitas técnicas, momentos formativos.
- Instituições visitadas no Estado do Rio de Janeiro (Brasil):
 - ◇ Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiras de Macacu, Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ e Unidades Básicas de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

- Temas abordados:
 - ◇ Apresentação do Sistema Único de Saúde do Brasil, com contraposições com o Sistema de Saúde do Paraguai;
 - ◇ Visita técnica ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, para conhecimento de sua estrutura física e sua articulação com as equipes de saúde da família;
 - ◇ Educação continuada e permanente com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu;
 - ◇ Atividade intersetorial do Núcleo de Apoio da Saúde da Família – NASF, conjuntamente com a Secretaria de Educação do Município, a área técnica de saúde mental, os representantes dos conselhos de saúde e tutelar para a visualização da prática de intersetorialidade no município de Cachoeiras de Macacu, da região serrana do Estado de Rio de Janeiro;
 - ◇ Visitas técnicas a equipes de saúde da família para acompanhamento dos processos de trabalho do NASF em Cachoeira de Macacu;
 - ◇ Visita a uma Equipe de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, para acompanhar as questões de gestão da unidade de saúde da família e sua articulação com a rede;
 - ◇ Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e as fichas utilizadas pela Estratégia de Saúde da Família para coleta dos dados de saúde da população, os tipos de relatórios que o sistema de informação disponibiliza para a gestão e tomada de decisão na Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis;
 - ◇ Estrutura de supervisão das equipes de Saúde da Família, bem como seus processos de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis;
 - ◇ Ação intersetorial da equipe de supervisão das Equipes de Saúde da Família e outras secretarias municipais;
 - ◇ Reunião dos profissionais do Paraguai com gestores, como a Secretária Municipal de Saúde e a Coordenadora da Atenção Básica do município de Petrópolis;
 - ◇ Discussão sobre financiamento e participação popular através dos conselhos locais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai;
 - ◇ Reunião de avaliação e planejamento da equipe de profissionais do Ministério da Saúde e Bem Estar Social do Paraguai com a equipe técnica e a coordenação da Cooperação Internacional Brasil/Paraguai.



Foto 2: Centro Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ – Rio de Janeiro (Brasil).



Foto 3: Médicos de Família do Município de Nova Iguaçu, Residentes Medicina de Família e a Missão Paraguai – Atividade Educação Permanente para Médicos do Saúde da Família.

EIXO 3: PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

O terceiro eixo abordou o importante debate sobre o controle social.

- Número de participantes: 4
- Perfil dos participantes e cargos:
 - 1) Enfermeira – DGAPS do MSPyBS;
 - 2) Psicólogo – Direção de Saúde Mental do MSPyBS;
 - 3) Enfermeiro – DGAPS do MSPyBS;
 - 4) Enfermeira – DGAPS do MSPyBS.
- Diagnóstico da situação no Paraguai referente à Integração dos Programas de Saúde e a APS: A participação no Paraguai é incipiente e fragmentada.
- Descrição do Eixo:
 - ◊ O eixo tem por objetivo mostrar como ocorre a participação popular no Sistema de Saúde Brasileiro, nos diversos níveis de gestão da saúde.

- Metodologia de capacitação:
 - ◇ Visitas técnicas e momentos formativos através de rodas de conversas e participação em eventos.
- Instituições visitadas no Estado do Rio de Janeiro (Brasil):
 - ◇ Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, Conselho Municipal de Saúde de Petrópolis, Conselho Local de Saúde de Petrópolis, Conselho Municipal de Saúde de Piraí, Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Temas abordados na capacitação:
 - ◇ Visita ao Conselho Municipal de Saúde de Piraí para debate a respeito da participação popular em nível municipal;
 - ◇ Visita ao Conselho Local de Saúde de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família de Petrópolis;
 - ◇ Reunião com o responsável pela elaboração do Orçamento Participativo no Município de Petrópolis;
 - ◇ Participação de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde de Petrópolis;
 - ◇ Visita ao Conselho Municipal de Saúde de Nova Iguaçu e conversa sobre os movimentos populares e a reforma sanitária;
 - ◇ Roda de conversa com a participação de Eduardo Stotz, Carla Moura e Helena David sobre Educação popular em saúde e a participação social;
 - ◇ Participação na II Conferência Municipal de Saúde Mental do Rio de Janeiro - "Saúde Mental: Direito e Compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios";
 - ◇ Visita à iniciativa de Território Integrado de Atenção a Saúde (TEIAS) – Escola Manguinhos;
 - ◇ Debate sobre o controle social no Sistema Único de Saúde Brasileiro com o professor Dr. Marcelo Rasga da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ;
 - ◇ Reunião com o Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ sobre a Cooperação Técnica Internacional Brasil/Paraguai.



Foto 4: FIOCRUZ (Rio de Janeiro – Brasil).

EIXO 4 : REDES E REGULAÇÃO DE SISTEMAS REGIONALIZADOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

O quarto eixo, abordou a conformação das Redes e regulação de sistemas regionalizados de atenção em saúde.

- Número de participantes: 10
- Perfil dos participantes e cargos:
 - 1) 3 Enfermeiras – DGAPS do MSPyBS;
 - 2) 6 Médicos – DGAPS do MSPyBS;
 - 3) 1 Médica – Diretora dos Programas do Ministério da Saúde do Paraguai.
- Diagnóstico situacional do Paraguai referente à Integração dos Programas de Saúde e à APS:
 - ◇ Para a melhor atuação, tanto em qualidade como em resolutividade, das unidades de Saúde da Família é necessária a conformação das redes de Atenção à Saúde.
- Descrição do Eixo:
 - ◇ O eixo teve o intuito de contribuir para a realização de intercâmbio de experiências de trabalhos bem sucedidos em saúde no Brasil com os profissionais da Direção Geral de Atenção Primária a Saúde do Ministério da Saúde do Paraguai nas áreas de: Redes e regulação de sistemas regionalizados de atenção em saúde; Sistema de Referência e Contra Referência; Sistemas Logísticos (transporte); Educação Continuada à Distância em APS; classificação de risco em APS; e urgências e emergências.

- Metodologia de capacitação:
 - ◊ Visitas técnicas e momentos formativos.
- Instituições visitadas no Estado de Minas Gerais (Brasil):
 - ◊ Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Canal Minas Saúde, Complexo Regulador e a Central do SAMU de Montes Claros. Em Pirapora, foram visitadas as Unidades de Saúde da Família.
- Temas abordados na capacitação:
 - ◊ Na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, foram apresentados os seguintes temas:
 - » Organização de Redes de Atenção;
 - » Incentivo à Atenção Primária: O Programa Saúde em Casa;
 - » Rede Viva Vida, Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna;
 - » Rede Hiperdia: este projeto objetiva articular e integrar ações, nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade pela Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e suas complicações;
 - » Rede Mais Vida: é um programa do Governo de Minas Gerais que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida dos idosos;
 - » Regulação em Saúde e SUS fácil que é um software de Regulação Assistencial;
 - » Modelo para condições agudas e da Rede de Urgência e Emergência. O modelo de atenção para as condições agudas é a classificação de risco, através do protocolo de Manchester informatizado, disponibilizado pela SES/MG em cada ponto de atenção da rede regional de urgência e emergência;
 - » Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS): é um programa que tem o objetivo de integrar os municípios das microrregiões do Estado.



Foto 5: Central do SAMU do município de Montes Claros (Minas Gerais – Brasil).



Foto 6: Unidade de Saúde da Família de Pirapora (Minas Gerais – Brasil).



Foto 7: Centro Viva Vida de Pirapora (Minas Gerais – Brasil).

- ◇ No Canal Minas Saúde, que é uma rede estratégica para o desenvolvimento do programa de educação permanente à distância, programada inicialmente para capacitar profissionais das equipes do Programa Saúde da Família que atuam nas Unidades Básicas de Saúde – UBS – de Minas Gerais. O modelo do CANAL MINAS SAÚDE é de uma TV corporativa associada à internet, sendo que a geração é feita no auditório da Secretaria Estadual de Saúde/MG e transmitida via satélite.

- ◇ Foi realizada visita ao Complexo Regulador e à Central do SAMU do município de Montes Claros (Minas Gerais – Brasil).
- ◇ Unidade de Saúde da Família de Pirapora – onde os participantes acompanharam o processo de atendimento aos pacientes, de acordo com o modelo de Classificação de Risco (Protocolo de Manchester).
- ◇ Centro Viva Vida de Pirapora – os participantes foram na unidade recém-inaugurada e tiveram a oportunidade de ver essa experiência que já havia sido mencionada, de forma teórica, no primeiro dia da visita.
- ◇ Fundação Hospitalar Moises Magalhães Freire – onde foi acompanhado o processo de entrada dos usuários com a apresentação da classificação de risco.

GUIAS ORGANIZACIONAIS E PROTOCOLOS CLÍNICOS

A adoção de protocolos e guias auxilia o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde e é uma estratégia fundamental, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização dos processos de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a melhoria da qualidade dos serviços.

No caso da APS, a elaboração de normas e critérios tanto assistenciais quanto organizacionais esteve circunscrita às áreas técnicas, responsáveis pelos diversos programas de saúde. A partir da implantação da Saúde da Família, são propostos novos princípios, priorizando as ações de promoção, proteção da saúde de indivíduos e famílias de forma integral e contínua. Esta nova realidade desencadeou as discussões sobre critérios a serem eleitos para a definição de qualidade, e ainda para a abordagem mais ampla sobre este tema, tônica no atual desenvolvimento dos Sistemas de Saúde. Conceitos consagrados internacionalmente sobre as funções da APS nos sistemas de saúde também norteiam a definição de normas. Há ainda, no campo específico da Medicina Familiar e Comunitária, alguns princípios mundialmente consagrados para a especialidade.

Os protocolos organizacionais são instrumentos de gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, fluxos administrativos internos e de redes (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e processos de avaliação e da constituição do sistema de informação.

Protocolos e guias são referências para a organização das diversas ações das equipes em uma unidade de saúde. Exigem que a equipe realize a discussão sobre a forma como trabalha, que se organize para diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e sua avaliação, bem como que sejam feitas as pactuações necessárias e as distribuições de tarefas e responsabilidades. Exigem, ainda, que seja estabelecido um processo de avaliação constante do comportamento das pessoas, tanto na condição de profissionais quanto na de membros da equipe.

Desde o princípio, o diagnóstico das equipes técnicas da cooperação identificou a necessidade de apoio para a elaboração de manuais ou guias para a operacionalização dos preceitos da APS no cotidiano das equipes, principalmente por se tratar de uma política bastante nova e recente no país, além dos guias clínicos de patologias frequentes nas unidades.

Com o intuito de contribuir para a qualificação da APS no Paraguai, a Cooperação Técnica também auxiliou na elaboração de protocolos organizacionais e clínicos, estes utilizando como base a metodologia SOAP. O trabalho foi realizado em conjunto com a equipe do Ministério do Paraguai. Como metodologia do trabalho, em reunião com profissionais do Ministério foram definidos temas de interesse e necessidade em relação aos profissionais das unidades de saúde da família para compor a série de módulos organizacionais. O Manual foi subdividido em oito módulos. Já com relação aos guias clínicos, foram definidos 15 temas com seus respectivos subtemas. Várias oficinas foram realizadas contando com profissionais dos programas de saúde, mas também profissionais das equipes de saúde da família de diversas regiões do país. Estes eram convidados a validar os conteúdos apresentados.

Quadro 1. Publicações da Série de Atenção Integral à Família e à Comunidade para as equipes de Saúde da Família

Publicação 1	Estrategia promocional da equidade em qualidade de vida e saúde e Princípios da atenção primária de saúde e da saúde da família
Publicação 2	Territorialização, Diagnóstico da Saúde da Comunidade
Publicação 3	Vigilância da Saúde e Vigilância Epidemiológica
Publicação 4	Visita Domiciliária, Critérios de Vulnerabilidade Familiar
Publicação 5	Guia prático do funcionamento de unidades e equipes
Publicação 6	Planejamento participativo e abordagem comunitária
Publicação 7	Acolhimento e Porta de Entrada
Publicação 8	Trabalho com grupos – comunicação e informação



Guia de Territorialización



Guia de visitas domiciliarias

Quadro 2. Série de Protocolos Clínicos

Publicação 1	A Metodologia SOAP
Publicação 2	Diabetes
Publicação 3	Hipertensão Arterial
Publicação 4	Prevenção do Risco Cardiovascular
Publicação 5	Drogadição
Publicação 6	Saúde Mental
Publicação 7	Tuberculose
Publicação 8	Hanseníase
Publicação 9	Tabagismo
Publicação 10	Pré-natal
Publicação 11	Síndromes Febris
Publicação 12	Síndromes Respiratórias
Publicação 13	ITS
Publicação 14	Saúde do Idoso
Publicação 15	Cuidados Paliativos



As publicações tiveram como objetivo serem um guia de consulta rápido, de fácil utilização e leitura por profissionais que estão atuando diretamente nas unidades. Por isso, possuem atividades, sugestões de reflexões, com o objetivo de contribuir para a organização dos processos de trabalho das equipes e consequentemente melhorar a atenção recebida pelos usuários.

ASSESSORIA PARA A REALIZAÇÃO DE EVENTOS

Primeiro Encontro de Atenção Primária à Saúde e Participação Comunitária

As atividades desenvolvidas para o apoio a este evento foram: participação na concepção e delimitação de metodologia do evento, incluindo a participação das mesas nos debates sobre os temas “Marco conceitual e desenvolvimento histórico da Atenção Primária à Saúde na América Latina”, Expositor: Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos (FIOCRUZ) e “A Atenção Primária à Saúde no processo de construção de sistemas universais de saúde” Expositora: Ana Laura Brandão (ENSP/FIOCRUZ).

O fórum teve como objetivos:

1. Socializar as Políticas Públicas na Qualidade de Vida e Saúde e o Modelo de Atenção Primária à Saúde como eixo articulador da mesma;
2. Fortalecer o processo de implementação da Atenção Primária à Saúde como estratégia para a universalização da atenção e a promoção da qualidade de vida e da saúde;
3. Construir consensos sobre modalidades e níveis de participação comunitária no marco da Atenção Primária à Saúde e/ou as Políticas Públicas na Qualidade de Vida e da Saúde.

O evento se desenvolveu em três eixos temáticos:

- Políticas Públicas na Qualidade de Vida e da Saúde com Equidade e Atenção Primária à Saúde;
- A abordagem promocional e os sistemas de proteção social;
- Participação Comunitária e Descentralização: Desafios.

Primeira Mostra Nacional de Atenção Primária à Saúde e II Fórum de Atenção Primária à Saúde e Participação Comunitária

A I Mostra Nacional de APS do Paraguai, coordenada pela equipe da Direção Geral de APS do MSPyBS e com o apoio da OPAS/OMS, foi realizado em 2012 e contou com colaboração da Cooperação na concepção e no planejamento. A necessidade de se realizar um segundo Fórum de Participação Comunitária em continuidade àquele primeiro realizado em 2009 foi logo incorporada como parte da Mostra, tornando-se um dos eixos temáticos do evento.

A Mostra teve como objetivo valorizar e socializar os avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde no Paraguai, buscando para isso:

- Fortalecer o compromisso dos profissionais de saúde com a estratégia de Atenção Primária de Saúde;
- Socializar experiências exitosas e boas práticas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da família;
- Promover o intercâmbio de experiências entre as equipes de saúde da família;
- Identificar as fragilidades e os desafios na implementação da estratégia de Atenção Primária de Saúde no Paraguai;
- Promover um espaço de debate entre os indivíduos e as organizações sociais sobre os impactos da implementação da Atenção Primária à Saúde na vida das pessoas.

Do ponto de vista da metodologia, ficou estabelecido que seriam realizados eventos preparatórios regionais. Esta seria uma forma de mobilizar as equipes nas distintas regiões de saúde garantindo a participação de todos na Mostra Nacional.

Os três eixos principais foram definidos da seguinte forma: 1) a APS como eixo estruturador da reorganização do sistema de saúde; 2) a participação comunitária como estratégia para cumprir os princípios de um sistema universal equânime em busca da qualidade de vida; 3) os determinantes sociais e a promoção da saúde.

A cooperação propôs e alcançou levar uma grande missão brasileira para participar da Mostra de forma destacada em todos os níveis, isto é, conferências, mesas, vídeos, cartazes, oficinas, etc. Muitos dos nomes foram sugeridos pelos integrantes do MSPyBS a partir dos contatos que tinham estabelecido com técnicos brasileiros em viagens daqueles ao Brasil. E assim foram escolhidos representantes do nível de gestão federal e municipal, coordenadores, médicos, enfermeiros, agentes comunitários e acadêmicos.



Foto 8: Participação de duas agentes comunitárias brasileiras em uma mesa na I Mostra Nacional de Atenção Primária à Saúde (Assunção – Paraguai, 2012).



Foto 9: Parte da delegação brasileira na I Mostra Nacional de Atenção Primária à Saúde (Assunção – Paraguai, 2012).

Assim foram cerca de 20 integrantes distribuídos em grande número de atividades. Uma das principais demandas era a representação dos Agentes Comunitários de Saúde na conferência sobre a participação comunitária e o controle social. No entanto, muitas outras atividades tiveram a participação da delegação brasileira. Assim, a experiência brasileira pôde ser compartilhada com os integrantes das equipes do Paraguai.

A Mostra cumpriu todos os seus objetivos, com cerca de 600 participantes e 140 trabalhos submetidos. Sua grande repercussão na sociedade e na imprensa também foi um grande êxito. Foi uma oportunidade para demonstrar o sucesso da política adotada e a necessidade de sua continuidade. As páginas a seguir são transcritas de um artigo de um jornal de grande circulação no país, onde se destacam as atividades da APS no país, como forma de alusão à Mostra.

Pode-se concluir que a I Mostra Nacional de APS do Paraguai foi uma grande oportunidade para fazer avançar a política de saúde, para o fortalecimento e incentivo à qualidade do trabalho das equipes, tendo a cooperação TC41 desempenhado um papel de apoio estratégico à sua realização.

O material publicado na mídia a respeito da participação brasileira na I Mostra Nacional de APS do Paraguai encontra-se anexo (ANEXO 1).

Capacitação dos profissionais da APS no Marco da Educação Permanente

A última proposta colocada para discussão das equipes cooperantes, dentro do marco teórico da Educação Permanente, visou produzir material didático-pedagógico que servisse de subsídio à implementação, utilização e incorporação das diretrizes clínicas e organizacionais por parte de equipes de saúde da família do MSPyBS do Paraguai.

O esforço de construção dos vários produtos desta cooperação não estaria completo e bem sucedido sem uma proposta que pudesse capacitar e sensibilizar as equipes para a sua utilização plena, possibilitando o resultado esperado. Para tal fim, elaborou-se uma proposta de metodologias ativas compostas por leituras, dinâmicas, fóruns, autoavaliações, planos de estudo e discussão de indicadores e casos clínicos pelas equipes. Estas atividades estariam dirigidas fundamentalmente às equipes e deveriam ter o auxílio de facilitadores. Assim, antes de implementá-las, seria necessário que os facilitadores fossem capacitados para desenvolver as tarefas junto às equipes. As atividades propostas poderiam ser realizadas num tempo total de 64h, sendo 32h previstas como atividade presencial e 32h como atividade em serviço. Deveriam ser distribuídas a critério do grupo em comum acordo com o facilitador, ao longo do tempo disponível para a educação permanente. Caso este tempo fosse de 4h semanais, a capacitação ocuparia o espaço de 10 encontros, ou dois meses.

Um documento preliminar, amplamente aprovado pelos grupos do MSPyBS, foi apresentado e serviria de guia inicial para a implementação de boas práticas. Estava organizado em cinco sessões:

- 1) Qualidade e Desempenho de equipes de saúde;
- 2) Consulta a diretrizes organizacionais;
- 3) Ferramentas de abordagem familiar;
- 4) Uso da metodologia RMOP (SOAP – Lista de Problemas);
- 5) Consulta às diretrizes clínicas.

Resultados e perspectivas

3.1 Avanços identificados

- Renovação da estratégia de APS e a instalação das Unidades de Saúde da Família;
- Investimento nas redes integradas de serviços de saúde e a organização das redes de atenção (RISS).

A APS é tida então como uma nova modalidade de atenção. Desde 2008, o Ministério da Saúde Pública do Paraguai vem estabelecendo a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) como um dos programas emblemáticos do Governo Nacional (MSyBS, 2012).

As USFs são uma porta de entrada muito importante no sistema nacional de saúde, aproximam a atenção em saúde e as famílias e suas comunidades através de equipes de saúde. Contribuem com a ampliação da cobertura sanitária e a redução da exclusão social (MSyBS, 2012).

A Unidade de Saúde da Família (USF) é a forma como se organiza a atenção. Cada USF está composta por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) integrada por: um médico de família, equipe de enfermagem e obstetrícia e agentes, os quais se instalam nas comunidades, realizam consultas ambulatoriais e domiciliares, principalmente a assistência a pacientes acamados ou que por alguma incapacidade física não possam chegar até a instalação de saúde; detectam as doenças; realizam o acompanhamento correspondente do paciente; fornecem informações sobre prevenção de doenças e rodas de conversas educativas sobre a promoção da saúde (MSyBS, 2012).

Entre outros serviços oferecidos pelas USFs, citamos também: controle pré-natal, teste Papanicolau, coleta de amostras para análise para gestantes, teste rápido de detecção do HIV, planejamento familiar, vacinação, controle de pacientes com doenças crônicas (diabéticos, hipertensos, etc.), medição de peso e altura, de pressão arterial e glicemia, cirurgias menores, distribuição de medicamentos essenciais gratuitos, entre outros serviços (MSyBS, 2012).

Uma tarefa muito importante das equipes de saúde da família é a organização do Aty Guasú Comunitário, um espaço em que a comunidade pode participar, analisar e decidir sobre as melhores ações para resolver seus problemas de saúde e melhorar a sua qualidade de vida (MSyBS, 2012).

A USF é a estrutura física e funcional em que as atividades da APS são desenvolvidas de forma coordenada, integral, contínua e permanente por uma equipe de saúde (MSyBS, 2012). Assume a responsabilidade da atenção de uma comunidade definida demográfica e geograficamente e suas atividades envolvem tanto os aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde, como atividades de recuperação e de reabilitação (MSyBS, 2012). Possui um território social e uma população adscrita de 3.200 a 5.000 pessoas (MSyBS, 2012). Os critérios para a instalação de uma Unidade de Saúde da Família foram:

- Disponibilidade de infraestrutura mínima necessária;
- Organização social de apoio;
- Apoio de autoridades locais, regionais e sociais;
- Unidade populacional de aproximadamente 3.500 habitantes;
- Possibilidade de estabelecer as redes de atenção e ter cobertura territorial;
- Priorizar comunidades com maior índice de pobreza de acordo com o IPG (Índice de Priorização Geográfica);
- Comunidades com possibilidade de intervenção integral em articulação com outras instituições ou organismos de cooperação nacional ou internacional.

O processo de instalação das Equipes de Saúde da Família (ESF) incluiu:

- 1) Processos de seleção de profissionais e ACS através de concurso público em vez de méritos e atitudes (todos ingressam por concurso);
- 2) Capacitação inicial de profissionais e ACS (Curso Introdutório);
- 3) Delimitação de responsabilidades e funções dos membros da Equipe de Saúde da Família (Manual de funções);
- 4) Inauguração da USF;
- 5) Ata de instalação e apresentação pública.

A APS NO PARAGUAI EM NÚMEROS

Progresso no processo de instalação de equipes de saúde da família no Paraguai.

Tabela 2. Instalação das Equipes de Saúde da Família 2008 a 2011

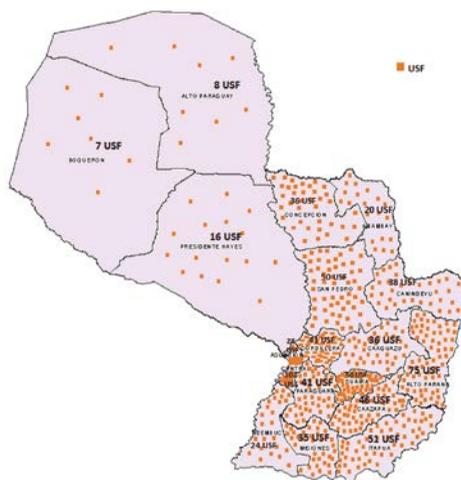
Ano	Quantidade de Equipes de Saúde da Família	Total
2008	13	13
2009	163	176
2010	327	503
2011	201	704

Fonte: MSyBS, 2012.

Através desses dados, é perceptível o crescimento e desenvolvimento da Atenção Primária no país. Vale ressaltar que essas unidades estão em 144 distritos das 18 Regiões Sanitárias, cobrindo uma população de 2.464.000 pessoas.

O mapa abaixo demonstra que as equipes de saúde da família já estão distribuídas em todo o território nacional.

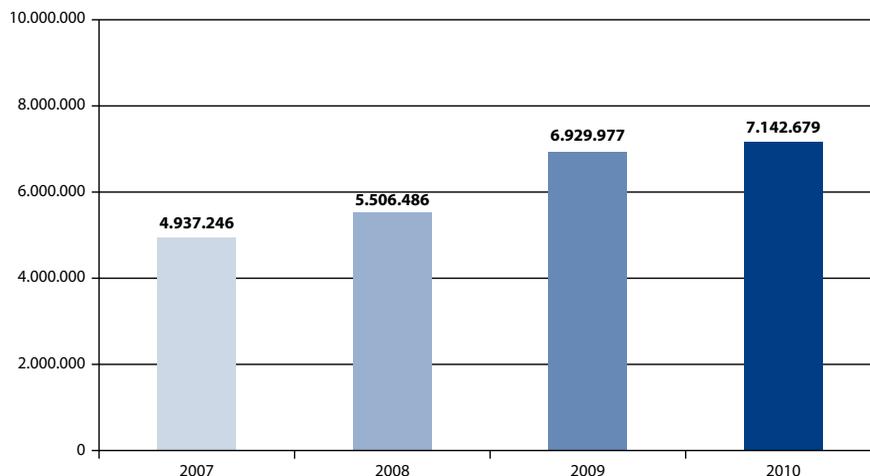
Mapa 1. Distribuição das unidades de Saúde da Família no território Nacional



Fonte: MSyBS, 2012.

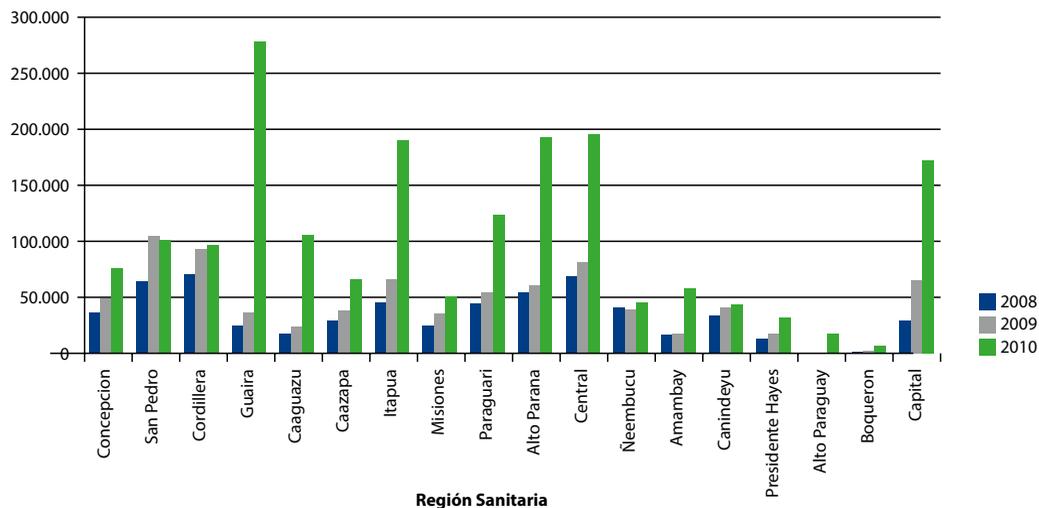
Assim como o número das unidades de saúde aumentou, consequentemente o número de consultas realizadas também aumentou.

Gráfico 2. Realização de consultas pelas equipes de saúde da família de 2007 a 2010



Fonte: MSyBS, 2012.

Gráfico 3. Consultas realizadas pelas Unidades de Saúde da Família por região sanitária de 2008 a 2010



Fonte: MSyBS, 2012.

É importante realizar os dados da atenção primária com relação aos outros níveis de atenção à saúde.

Tabela 3. Comparação do número de consultas realizadas pela Atenção Primária e o total de consultas realizadas pelo Ministério da Saúde e Bem Estar Social

Consultas realizadas	Total	%
Total MSPBS	7.142.679	100
APS	2.950.134	41,3
Outros serviços	4.192.545	58,7

Ao analisar a tabela é perceptível o importante papel da APS na prestação de ações e serviços em saúde.

Tabela 4. Recursos Humanos em Saúde no Paraguai

Recursos Humanos em Saúde	Total	%
Total MSPBS	11.468	100
APS	2.468	21,5
Outros serviços	9.000	78,5

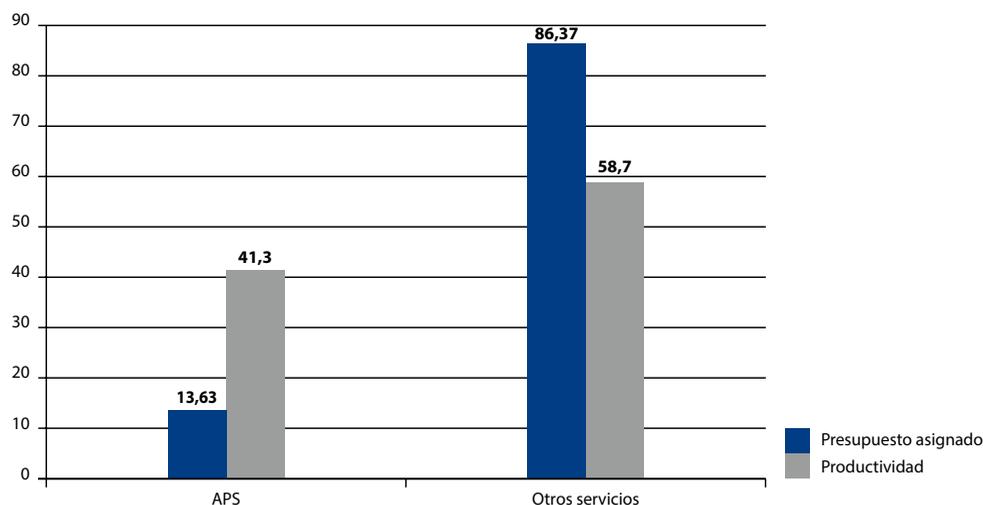
A APS possui um peso importante dentro da força de trabalho em saúde, e com certeza há uma tendência de aumento por conta da instalação progressiva das Unidades de Saúde da Família.

Tabela 5. Orçamento da Saúde e a Atenção Primária

Detalhes do orçamento (1)	Total orçamento	%
Total MSPBS	2.340.756.281.510	100
APS	319.102.175.750	13,63
Outros serviços	2.021.654.105.760	86,37

O orçamento da APS corresponde ainda a uma parcela pequena do orçamento para a saúde. Orçamento ainda restrito em comparação a produtividade e oferta de serviços.

Gráfico 4. Relação orçamento e produtividade de consultas em 2011



3.2 Impactos e desafios

Do ponto de vista da concepção ou abordagem da APS como política de governo, é importante que se destaque que apenas mudanças estruturais e profundas no sistema poderão atingir os resultados almejados de alcance da universalidade com equidade. Assim tem-se o desafio de buscar implantar a APS/SF como eixo reorientador da organização do sistema de saúde, e não como um aprimoramento do nível "primário" de atenção, considerado como um nível de complexidade ou *lócus* do sistema.

A organização do sistema de serviços deve ter primazia dos princípios da APS em toda a rede assistencial, aberta para as iniciativas ligadas à intersectorialidade, promoção da saúde, participação da comunidade, prevenção, etc. Como consequência deste novo "estatuto" que a legitima, a APS poderá assim operar as mudanças desejadas no Sistema Nacional de Saúde de modo a aprimorar-se visando uma maior efetividade, eficiência, resolutividade e, sobretudo, qualidade.

Considerando que este foi um processo de mão dupla, no qual as equipes puderam aprender muito das experiências vividas nos dois países, tomam-se aqui como exemplos alguns aspectos que podem ser aprimorados e melhorados com a implantação progressiva da Estratégia Saúde da Família tanto no Brasil como no Paraguai:

- Maior cobertura assistencial em áreas com dificuldades de acesso, especialmente os municípios de pequeno porte e localizados em áreas rurais;
- Possibilidade de integração no território de políticas sociais como aquelas voltadas para as famílias, a assistência social, a alimentação, a educação etc. potencializada pela abordagem familiar e comunitária envolvida, efetivando a tão importante prática da intersectorialidade das políticas públicas;
- Priorização de áreas, comunidade ou grupos de maior risco social, sanitário e epidemiológico exercendo medidas para se alcançar a equidade;
- Consolidação e aprimoramento do sistema de informação em APS, reunindo e melhorando em uma mesma base de dados informações relevantes para a atuação dos programas sociais de prevenção e promoção da saúde, informação relevante sobre a morbidade e agravos prioritários, além do uso das informações para a tomada de decisão por parte da gestão;
- Melhor visualização das demandas nos demais níveis de assistência, possibilitando a sua melhor integração e adequação às necessidades de assistência hospitalar, urgências, estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Racionalização da rede assistencial, com possibilidade de identificar e atuar nas questões ligadas à duplicidade, e fragmentação de serviços de saúde; organização na perspectiva de rede de atenção à saúde;
- Maior integração de áreas técnicas do ponto de vista operacional, integrando-as no território. Novas formas de atuar no território tendo como modelo teórico-metodológico-operacional a Vigilância da Saúde.
- Viabilização da implementação de políticas integrais à saúde com cobertura universal a partir da base de serviços formada pela SF, que passa a ter presença em todo o território nacional.
- Criação de um mercado de trabalho em saúde nas áreas ligadas à APS, modificando as estruturas formadoras de recursos humanos em saúde;
- Implantação do cartão da saúde e prontuários familiares, obtendo-se assim um cadastro único dos usuários do Sistema Nacional de saúde.
- Uniformização e padronização da assistência à saúde, possibilitando a definição de padrões de qualidade e estudos comparativos referentes ao desempenho de serviços e equipes de saúde.

ANÁLISE E DESAFIOS DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- O programa de USF foi bem sucedido na melhoria do acesso e dos indicadores de saúde pública da população paraguaia;
- Será necessário quantificar (além dos indicadores de atividade que já estão sendo coletados) o impacto deste programa nos principais indicadores relacionados, entre outros, o acesso à saúde, independentemente de condicionantes geográficos e socioeconômicos, a mortalidade infantil e a mortalidade de gestantes durante o parto;
- Uma das principais conclusões deste trabalho é a necessidade de fortalecer substancialmente o Serviço de Estatísticas para a Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde;
- A análise da eficiência e a produtividade das USFs e os distritos em que atuam deve ser realizada de forma sistemática para assegurar a boa gestão das mesmas;
- Recomenda-se avançar rapidamente na implantação de USFs e eliminar os antigos centros de atenção primária à saúde.

3.3 Continuidade com outros países

A integração em redes internacionais está entre as orientações estratégicas de cooperação internacional executadas da ENSP/FIOCRUZ. No cerne dos debates sobre modelos organizacionais, o conceito de redes ganha muita visibilidade na segunda metade do século XX com o surgimento da internet. Debates e formulações teóricas em torno das redes sociais e do capital social ganham relevância associados às teorias da globalização e, no campo das relações internacionais, da regionalização.

No campo das políticas públicas de saúde, as redes internacionais são espaços de informação, articulação e compartilhamento de experiências que apoiam os processos de inovação e desenvolvimento de políticas em prol da saúde global. Por isso, a ENSP Fiocruz integra diversas redes de conhecimento e, no âmbito da cooperação sul-sul, exerce a secretaria executiva da Rede de Escolas de Saúde Pública da Unasul – RESP/UNASUL.

A RESP/UNASUL é integrada por Escolas de Saúde Pública ou instituições equivalentes indicadas pelos Ministérios da Saúde dos 12 Países membros da União de Nações Sul-Americanas. Neste sentido, a rede tem caráter governamental e propõe-se a coordenar-se diretamente com as políticas nacionais de saúde dos países membros, constituindo um espaço de articulação e produção de novas tecnologias que contribui diretamente para o aprimoramento dos sistemas de saúde da região.

Um dos trabalhos da Secretaria Executiva da RESP/UNASUL é sistematizar as experiências dos projetos de cooperação bilateral realizados tanto pela ENSP Fiocruz como por outros parceiros da região para que, no espaço da RESP, estejam disponíveis para outros países.

A implantação de estratégias de APS e a qualificação das existentes nos diferentes países que compõem a UNASUL é um desafio comum para estes países. Neste sentido, a presente publicação assim como os produtos frutos desta cooperação, sendo eles a metodologia utilizada para as visitas temáticas, os protocolos clínicos e organizacionais da APS no Paraguai desenvolvidos pela cooperação e publicados pelo MSPyBS, estão disponíveis para todos os países no site da RESP, em reuniões e fóruns realizados no âmbito da mesma, divulgando a sistematização de boas práticas de Cooperação Sul-Sul.

Referências

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. Cooperação Sul Sul. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestada.asp>. Acesso em 30 de nov. 2012.

ALMEIDA, C. CAMPOS, RP. BUSS, P. FERREIRA, JR. FONSECA, LE. Brazil's Conception of south-south "structural cooperation in health.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde : direito de todos : 2008-2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. MS. Departamento de Atenção Básica, 2011 (disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>) acesso em 17/05/2012.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Caderno de Saúde Pública. 2002; (Suppl18): 191-202.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (Supl 1): 57- 27.

SCOREL, S. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 21, n. 2-3, p.164-176, 2007.

FIOCRUZ. Boletim Técnico Internacional: A Cooperação Internacional Desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz com a África, 2008. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_392496331.pdf

FREITAS, R.; CERQUEIRA, M. Cooperación Sur Sur: experiencias brasileñas en América del Sur y África. 2009. 52 f. Monografía (Especialização Saúde Internacional). Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde, Organización Panamericana da Saúde OPAS/OMS. MIMEO 2009.

GIOVANELLA L., MENDONÇA M.H.M., ALMEIDA P.F., SCOREL S., SENNA M.C.M., FAUSTO M.C.R., DELGADO M.M., ANDRADE C.L.T., CUNHA M.S., MARTINS M.I.C., TEIXEIRA C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (3):783-94.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* vol.21 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2005. Ministério da Saúde e Bem Estar Social. Informações sobre a Atenção primária a Saúde. [homepage na internet]. [acesso em 20 de mai 2012]. Disponível em: <http://www.mspbs.gov.py/aps/informacion-aps>.

HARRIS M; HAINES A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ* editorial. 341:c4945, 2010.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. An evaluation of impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, [S.l.], n. 60, p.13-19, 2006).

MACINKO J., ALMEIDA C., OLIVEIRA E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65): 243-56.

MACINKO, J; DOURADO, I, et al. (2010). Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Dec;29(12):2149-60.)

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde*, 3(2) p. 371-396, 2005.

OPS/OMS. SALUD EN LAS AMÉRICAS, 2007. VOLUMEN II-PAÍS Paraguay. Alum, J.N.M; Bejarano, M.S.C. Sistema de Salud de Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1 (1): 13-25.

OPS/OMS. Perfil del Sistema de Salud del Paraguay, 2008.

OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS-OMS con la República del Paraguay 2010-2013. Asunción: OPS, 2009. 96 págs.

OPS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde e as relações internacionais: seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde - Resolução CE142.R14. 142ª Sessão do Comitê Executivo da OPS/OMS. Washington, 2008.

PARAGUAY. DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares. Asunción: DGEEC. 2007.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud 2005-2008: Construyendo Juntos una Política de Estado Salud para todos con equidad. Paraguay: Asunción; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2005a. 44 p.

PARAGUAY. Constitución de la República de Paraguay, 1992. Disponible en <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3dbe93f49.html>. Acceso em 05 de setembro de 2012.

PARAGUAY. Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Principales resultados 2003; 2004.

PARAGUAY. Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Resultados finales. Fernando de la Mora; 2004.

PARAGUAY. Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004. Asunción; 2005.

PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección de Planificación y Evaluación, Departamento de Bioestadística; 2006.

PNUD. Forging a Global South South United Nations Day for South-South Cooperation, 19 December 2004. Disponible en: <http://tcdc.undp.org/PDF/Forging%20a%20Global%20South.pdf>

ROCHA, R; SOARES, R. Evaluating the Impact of Community- based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program, a study conducted as part of Promoting Innovative Programs from the Developing World: Towards Realizing the Health MDGs in Africa and Asia. Global Development network and the Bill & Melinda Gates Foundation, WP 1, 2008.

SANTANA, J.P. Cooperação Sul-sul na Área da Saúde: Dimensões Bioéticas. 2012. 168 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, Brasil. Mimeo 2012.

The Lancet. The impact of the Brazil experience in Latin America. Volume 377, Issue 9782, 11-17 June 2011, Pages 1984–1986.

UNASUR. Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas – UNASUR. Disponible en: http://www.comunidadandina.org/unasur/tratado_constitutivo.htm. Acceso el 20 de janeiro de 2013.

Anexo 1. Equipe Técnica do Projeto de Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para Implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai

APOIADO PELO TC 41 (OPAS/OMS E FIOCRUZ)

Equipe Técnica Brasil (Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ)	Equipe Técnica Paraguai (Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai)
<p>Coordenação: Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos</p> <p>Me. Ana Laura Brandão Me. Ana Paula Santana Coelho Méd. Jorge Esteves Me. Juliana Santino Méd. Leticia Milena Ferreira da Silva Méd. Mariana Streit Méd. Valeska Antunes Me. Violeta Heisecke</p>	<p>Direção Geral de Atenção Primária à Saúde Dra. María Esther Navarro Dr. Nicolás Tanaka Dra. Carmen Gómez Lic. Victoria Peralta Lic. Ninfa Martínez Dr. Aldo Irala Ahrens Dra. Raquel Rodríguez Dra. Nancy Yegros Lic. Rebeca Benítez</p> <p>Direção Geral de Programas em Saúde Dra. Margarita Bazzano</p> <p>Direção Geral de Vigilância da Saúde Dr. Iván Allende</p>

Anexo 2. Entrevistas com Gestores de Saúde do Paraguai

ENTREVISTADA 1: **Victoria Peralta**

Cargo: *Diretora de Gestão e Desenvolvimento Social na Direção de APS*

Pergunta norteadora: **Contextualize a história da APS no Paraguai e a participação da Cooperação Técnica Internacional nesse processo.**

A implementação da APS no Paraguai significou uma mudança radical na abordagem da saúde e da doença da população em geral.

Não podemos esquecer que tínhamos mais de 2 milhões de pessoas fora do sistema de saúde e essas pessoas foram incluídas graças às unidades de saúde da família através da APS. Hoje temos 704 equipes de saúde da família, com mais de dois milhões e quatrocentos mil pessoas incorporadas no sistema nesse momento, além da implementação da gratuidade, e isso é uma mudança histórica, pois nunca tivemos um sistema de saúde com acesso gratuito. Com isso, a questão da gratuidade e da implantação da APS é uma mudança muito grande. Ainda não conseguimos alcançar a cobertura total da população do Paraguai. Para isso, precisaríamos de mais de 1.800 equipes e hoje estamos com 704, ainda que isso já represente uma lacuna importante. Para continuar a implementação da APS, ainda devemos avançar em outras áreas, como construirmos ferramentas de gestão e termos em mãos materiais úteis para as equipes de profissionais de saúde da família.

Em todo esse processo, a cooperação foi muito importante, lembrando que recebemos o apoio desde o início da implementação da estratégia – que foi fundamental. Por um lado, porque era o momento zero onde tínhamos que construir tudo, elaborar as ideias gerais, conhecer as experiências e ver o modo de organizar em diferentes níveis, seja local, estadual ou nacional, e foram muito bons tanto a estratégia como os intercâmbios, que apoiaram as mudanças nesse momento em que estávamos começando.

Outra atuação é a elaboração de ferramentas como manuais, sendo o manual de funções, os protocolos e o manual de atenção integral à família, que ainda está em construção. Foram trabalhos de produção realizados em cooperação e que são de valor inestimável, porque são materiais que deixaremos às nossas equipes que alimentarão as equipes de saúde com essas ferramentas.

Parece-me que as visitas também permitiram que membros de equipes conhecessem outro tipo de experiência, pessoas que estão nos níveis departamentais e regionais e não somente as pessoas da Direção Geral. Isso foi um grande acerto da cooperação.

Vimos que as coisas não são amarradas na cooperação. Por um lado, esta se baseou no que precisávamos na gestão: como se operacionalizava a estratégia nos diferentes níveis, etc. Há coisas que podem ainda ser aprofundadas, como alguns materiais de apoio e a conclusão dos materiais (revisão e finalização da tradução).

Em termos de resultados, parece-me que, como consequência disso tudo, os materiais de apoio, o conhecimento construído nesse processo de implementação da cooperação de FIOCRUZ e OPAS e a possibilidade de mudanças é o que vejo como uma grande vantagem. Além disso, a nossa relação horizontal é tão familiar que torna esse trabalho conjunto bastante agradável no marco da cooperação.

Creio estarmos agora num momento em que devemos apresentar o trabalho e o resultado. Por outro lado, precisamos qualificar o trabalho das equipes de saúde da família. Então devemos, por um lado, mostrar o que temos de exitoso com a implementação da APS e, por outro – sabemos que devemos trabalhar a partir de agora – apresentar a qualidade e qualificar o trabalho das equipes de saúde da família. Isso passa pela capacitação das equipes, pelos espaços de formação contínua, e a nossa intenção é realizar a formação/capacitação através de um curso virtual com a metodologia de educação à distância.

Hoje temos 704 equipes, mas há níveis diferentes. Algumas trabalham com muita apropriação da estratégia e são muito criativas nos territórios sociais, enquanto outras não tanto, necessitando de um amadurecimento.

ENTREVISTADO 2: **Dr. Nicolas Tanaka**

Cargo: *Diretor de Atenção à Família na APS*

Pergunta norteadora: **Contextualize a história da APS no Paraguai e a participação da Cooperação Técnica Internacional nesse processo.**

No início de 2008, começou o projeto de mudança do sistema de saúde do Paraguai. No âmbito dessa mudança, discutimos as políticas públicas e a qualidade de vida e saúde com equidade.

No governo de 2008 e no futuro governo de Paraguai, discutimos mudanças e o estabelecimento de uma política pública de saúde para melhorar o sistema de saúde. Nesse contexto, foi proposto o início da implantação da estratégia de atenção primária como base para a mudança do sistema e também através da criação das redes de atenção e dos serviços principais, que eram a rede de APS e os serviços com as redes complementares, junto com os centros reguladores, os centros de comunicação, os níveis de diagnósticos e a provisão de medicamentos. E tudo estava incluído na implantação da estratégia de

APS. No âmbito desse marco, foi observada a necessidade da formação das redes integrais de serviços de saúde, mas como havia uma brecha demasiadamente grande entre os serviços que deviam melhorar, foi colocada muita ênfase na criação das redes de APS e se criou uma Direção-Geral de APS, que envolveu fundamentalmente a instalação e criação das redes de APS, que consistia na instalação das unidades de saúde da família, ficando a cargo de outras direções a melhoria das redes de atenção para dar subsídios à rede de APS e às unidades de APS.

Em 2008, iniciamos a criação da Direção-Geral de APS, bem como a instalação das equipes de saúde da família. Neste ano, instalamos 12 em Bañados Sur, onde se encontram as famílias mais necessitadas de Assunção, bem como uma unidade em um assentamento no Departamento Central chamado Marquetalia. Essas unidades começaram na conformação completa com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e 5 ACS, iniciando-se posteriormente a instalação na área rural, em San Pedro, Concepción e Caazapá. Fechamos o ano de 2009 com a instalação de 179 equipes de saúde da família e, em 2010, estipulamos uma meta emblemática de 500 equipes de saúde da família. Instalamos 503 no final de 2010 e, em 2011, continuamos como programa emblemático do governo. Houve uma proposta de se implementar 800 equipes de saúde da família com o propósito de, ao final de 2012 e 2013, chegarmos a 1.000 equipes de saúde da família e finalizarmos o governo atual.

Atualmente, em 2011, temos 704 unidades de saúde da família. Houve muito trabalho no âmbito desse processo de instalação de unidades de saúde da família, mesmo com o financiamento do Ministério da Saúde e recebendo muitas cooperações internacionais, dentre as quais, nessas que vieram ajudar na instalação das unidades de saúde da família, recebemos ajuda de FIOCRUZ e OPAS e com elas realizamos muitos trabalhos. Bem no início, com base no modelo instalado no Brasil, e que é referência, além de FIOCRUZ/OPAS, que vieram nos mostrar como funcionava o modelo e nos ajudaram na sua implementação no Paraguai, recebemos orientações para aprimorarmos o trabalho que estamos realizando.

Ainda, no âmbito da cooperação, julgamos conveniente solicitar uma visita para observar de perto o funcionamento do sistema de saúde do Brasil, as unidades de saúde da família, a rede de serviços, as policlínicas de especialidades, os centros de capacitação, os centros de saúde mental, as universidades, o sistema de informação, a coleta de dados. Foi também possível conhecer o diagnóstico à distância no Rio de Janeiro, visitamos unidades de saúde da família em Belo Horizonte, Minas Gerais e vimos como devemos instalar essa estratégia de atenção primária. Ainda no âmbito da cooperação, tivemos muitas visitas e muitas oportunidades de referência que nos orientaram sobre a implementação da estratégia, bem como foram elaborados protocolos e manuais clínicos e organizacionais para as unidades, materiais, estes, em processo de conclusão.

ENTREVISTADA 3: **Dra. Esther Navarro**
Cargo: *Diretora Geral da APS*

Pergunta norteadora 1: **Os avanços da APS no Paraguai?**

Inicialmente, o que propusemos nessa administração foi a instalação da APS no país, porque antes não havia quase nada nesse sentido, bem como a criação de 1.805 unidades para cobrirmos todo o território. É claro que isso depende da disponibilidade orçamentária e, com isso, foi necessário reduzirmos essa meta. A partir do ano de 2010, a meta foi instalar 200 unidades por ano e seguimos cumprindo, e isso é como uma realização. Criamos 704 unidades com uma cobertura de 2,5 milhões de habitantes, que são pessoas que antes não tinham acesso. Começamos pelos lugares mais pobres, segundo o índice IPE, que é um índice de pobreza que classifica os distritos com maior pobreza do país, e assim instalamos as unidades.

Essa implementação não foi tão regular, pois dependia de instalações onde fosse possível e havia condições. Hoje, toda a população rural está coberta pela Saúde da Família. Podemos dizer que o que nos falta agora são os núcleos urbanos.

Outro ponto forte, enquanto objetivo, era mudar o modo de atender e romper com o modo assistencialista, passando para o modo promocional com uma visão mais integral e mais holística, olhando para a comunidade e a coletividade, e isso está em andamento. Não é um objetivo concluído totalmente, pois estamos construindo o processo de atendimento das pessoas.

A outra área é a de participação social, na qual já avançamos, porém é um grande desafio. Mas as equipes convocam assembleias comunitárias, há muita comunidade empoderada. Esse último corte realizado em nosso orçamento pelo Parlamento tornou visível isso, porque as próprias comunidades foram para a rua exigindo que não houvesse cortes para a APS, colocando-a como uma realização e uma conquista pelo direito à saúde. Fico emocionada. As pessoas saíram com seus próprios meios e conseguiram o dinheiro com seus próprios meios, as próprias pessoas brigando, os usuários na luta. Eu creio que isso é uma conquista, do empoderamento da população do que é a APS e dos seus direitos.

Pergunta norteadora 2: **E o papel da cooperação no desenvolvimento da APS no Paraguai?
O que foi importante dentro das metodologias utilizadas pela cooperação?**

Com a cooperação, o TC 41 da FIOCRUZ e da OPAS, iniciou-se a trabalhar praticamente no começo dessa administração. Eu creio que a cooperação foi muito valiosa porque veio acompanhando o processo de construção praticamente desde o princípio. A Direção-Geral de APS começou em agosto e a cooperação começou em dezembro. Também, foi como um acompanhamento estreito, como fazer o caminho juntos. Não é uma cooperação vertical, e os conteúdos são muito bons.

Para nós, a primeira visita, o que fizemos no Brasil nos ajudou muitíssimo, porque aqui estávamos em um ambiente muito hostil em relação à implantação da APS e com muitas dificuldades, e quando você sai e vai fora e compartilha com pessoas que já seguiram o caminho, isso abre o teu horizonte. Essas visitas nos serviram muito para nos situarmos no processo e podermos compartilhar com outros. Isso foi muito importante. As partes técnicas também. É como você ter um monte de coisas na cabeça, e quando você compartilha, parece que você consegue ordenar o olhar, esclarecer e não perder de vista o horizonte. Creio que para todo o grupo foi assim. Eu participei de um grupo e foi muito bom.

Outra contribuição da cooperação foi a elaboração dos protocolos, que foi uma construção compartilhada e coletiva com as mesmas pessoas; foi um esforço de construir em conjunto. Isso foi muito positivo.

E essa última visita a Minas Gerais aconteceu em um momento muito importante. Agora é devemos começar a consolidar e dar capacidade resolutiva às unidades e articular com o resto da rede de serviços. Foi importante poder ver o centro regulador e a articulação com a atenção especializada: chegou na hora em que precisávamos disso.

Outro aspecto é que sempre houve um diálogo com vocês, em cada momento que fosse necessário. Pela cooperação, pode-se ir cobrindo as nossas necessidades sem compartimentalizar ou restringir a cooperação em coisas específicas. A flexibilidade de ir adaptando para o que fosse necessário foi, para nós, muito importante.

ENTREVISTADO 4:

Dr. Aldo Irala

Cargo: *Direção de Normas, Protocolos e Publicações na Direção de APS*

Pergunta norteadora 1: **Os avanços da APS no Paraguai?**

A atenção primária à saúde como proposta política e estratégia em saúde começa antes de o novo governo assumir, antes das eleições que levaram à presidência do Presidente Llujo em 20 abril. Foram-se as eleições e, em 4 de abril, foi assinada uma carta-compromisso pelo candidato a Presidente e várias autoridades e referências comunitárias sobre um compromisso de fazer uma política pública pela qualidade de vida e saúde com equidade. Depois das eleições em agosto, assume a Ministra de Saúde Dra. Esperanza Martinez e, em setembro, sai a resolução da criação da Direção Geral de Atenção Primária à Saúde. A partir de setembro, começa o nosso trabalho de instalação das unidades de saúde da família e modificação da proposta de saúde do governo, estabelecendo as três primeiras unidades de saúde da família em dezembro daquele ano com o resto do orçamento que sobrou do ano anterior (orçamento de 2007 e o que restou em 2008). Em 2009, são alcançadas 179 unidades. Em 2010, são 500 unidades e, em 2011, chegamos a 700 unidades de saúde da família. Nesse momento, estamos com um problema orçamentário. Essa é uma realidade que impõe uma série de restrições. Até o presente momento, o Ministério da Saúde não estava organizado para atender e ter uma oferta para toda a população. Anteriormente, qualquer doença que você possa imaginar era um programa dentro do Ministério: muitos programas e um sistema de saúde fragmentado. Havia uma exclusão da população doente, que era dependente da instalação desses programas nas regiões sanitárias. Realizou-se um processo de reorganização dos programas internamente e unificaram-se sob três Direções Gerais, e definiu-se que a porta de entrada e da oferta desses programas seriam as unidades de saúde da família. Tratou-se então de fazer vários materiais e documentos técnicos que fazem referência ao que deveriam fazer os profissionais das equipes de saúde da família. Uma vez que um dos maiores documentos dessa época foi a definição das áreas programáticas onde se reúnem todas as atividades que são os programas é apenas um livro, este foi repassado para todas as unidades de saúde da família. Isso é em relação ao desenvolvimento.

Pergunta norteadora 2: **Fale sobre o apoio da Cooperação Brasil**

Com relação à participação e ao processo de trabalho com o Brasil, esse processo começou antes de o Presidente assumir. Entre o processo da eleição e o período que ele assumiu, houve vários encontros com vários participantes brasileiros, bem como a adequação da proposta política, que aconteceu em abril de 2008.

A participação das atividades da cooperação se dá entre outubro de 2008 até agora. Depois de criada a Direção-Geral de APS, inicia-se uma série de viagens para conhecer como foi o processo de implantação e implementação da estratégia de atenção básica em saúde nos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), e os membros da Direção-Geral foram conhecer essa experiência de implantação em Curitiba, em vários lugares. Voltamos com a ideia da articulação das unidades com o resto das redes. Em 2009, fizemos mais viagens para ver os sistemas de articulação, de coleta de informações das unidades no Rio de Janeiro, onde foram visitados vários municípios do Rio e, inclusive os modelos de implementação das unidades de atenção básica em saúde. Estivemos em Niterói e em Pirai e, em junho, iniciamos uma nova proposta de cooperação com a FIOCRUZ, em que se buscava a elaboração de documentos técnicos que nós carecíamos aqui no Ministério. Realizaram-se várias viagens e o resultado dessa colaboração foi o primeiro pacote de documentos técnicos, os guias clínicos, em que foi decidido que seriam realizados 15 guias clínicos, como documentos de trabalho das equipes de saúde da família. Por último, o trabalho da equipe com a comunidade está hoje em processo de elaboração. Até agora já tivemos a publicação de 5 guias clínicos e estamos aguardando os demais documentos.

A ajuda do Brasil, da FIOCRUZ e da ENSP é muito grande, pois nos permitiu fazer no Ministério o que nos faltava: a normatização e as regras dos serviços.

Anexo 3. Reportagens sobre a participação da equipe técnica da Cooperação na I Mostra Nacional de Atenção Primária à Saúde e II Fórum de Atenção Primária à Saúde e Participação Comunitária

MUESTRA NACIONAL DE APS: EMOTIVA PREMIACIÓN DEL CONCURSO DE POSTERS ES PROTAGONIZADA POR USFS DE MISIONES, ASUNCIÓN E ITAPÚA

12/05/2012, 00:24 | Fuente: Dpto. de Prensa

Disponível em: <http://mspbs.gov.py/v2/10458-MUESTRA-NACIONAL-DE-APS-Emotiva-premiacion-del-concurso-de-posters-es-protagonizada-por-USFs-de-Misiones-Asuncion-e-Itapua>

Las Unidades de Salud de la Familia Javevyry, de Misiones; San Blas, de Asunción, y Kurupika'y, de Itapúa, obtuvieron los primeros puestos de sus categorías en el concurso de posters realizado en el marco de la I Muestra Nacional de APS y II Foro Nacional de APS. Los equipos ganadores se adjudicaron con un viaje a Brasil para el intercambio de experiencias con los equipos de salud familiar de este vecino país.

Con mucho entusiasmo inició este viernes por la tarde, en la plaza de la Democracia, la ceremonia de premiación a los mejores posters presentados por unas 200 Unidades de Salud de la Familias que concursaron en tres categorías: A, B y C.

Los primeros lugares de cada categoría fueron obtenidos por:

- Categoría A (Informes descriptivos de actividades resaltantes del trabajo de los equipos de salud familiar): USF "Javevyry", del departamento de Misiones.
- Categoría B (Experiencias significativas en salud de la comunidad sobre temas concretos): USF "San Blas", de Cateura, Asunción.
- Categoría C (Impacto del trabajo de la USF en relación a las metas de indiferencia cero): USF "Kurupika'y", del departamento de Itapúa.
- En tanto que los segundos lugares, que llevaron como premio un aparato reproductor de DVD cada Unidad, se llevaron:
 - Categoría A: USF "Primavera Real", del departamento de San Pedro.
 - Categoría B: USF "San Felipe", del Bañado de Asunción.

- Categoría C: USF “Ytororo”, del departamento de Ñeembucú.
- En tercer puesto, que obtuvieron un kit completo de textos de apoyo para cada Unidad, quedaron las siguientes USFs:
- Categoría A: “Vacay”, del departamento de Itapúa.
- Categoría B: “Isla Valle”, de Areguá, departamento Central.
- Categoría C: “Bella Vista”, del departamento de Itapúa.

Otros equipos de salud fueron también distinguidos por su trabajo: “San Fernando”, de Misiones; “José Leandro Oviedo”, de Itapúa; “Teniente Esteban Martínez”, de Presidente Hayes; “3 de Febrero”, de Asunción; “Camsat San Miguel”, de Asunción; “Liberación”, de San Pedro, y “Las Mercedes”, de Misiones.

El acto de premiación contó con la participación de la Ministra de Salud Pública, así como de otras autoridades sanitarias e invitados internacionales, representantes de las USFs del país y de las regiones sanitarias.

En la ocasión, la Dra. Esperanza Martínez, Ministra de la Cartera de Salud, muy emocionada agradeció y felicitó a todos los profesionales por su trabajo y por su dedicación.

“Este proceso es realmente único, que tantos años esperamos en el Paraguay (...) creo que pusimos el corazón todos, mucho tiempo, nuestro esfuerzo, nuestro sudor, nuestras disputas, porque el hecho de que hoy ustedes estén aquí no ha sido fácil. Hemos tenido que enfrentar la resistencia del propio sistema de salud, de los que han sido detractores de esta estrategia, pensando que estábamos haciendo una atención de mala calidad, que estábamos haciendo política en el mal sentido de la palabra, como habituamos los paraguayos; que estábamos haciendo privilegios para unos u otros. Pero realmente lo que estábamos haciendo es transformar los paradigmas que tanto tiempo han estado en el Ministerio de Salud. Paradigmas que centraban toda su atención en la burocracia, en las autoridades, en los programas. Y lo que hicimos fue cambiar toda esa atención hacia las personas y hacia la gente. Y ustedes son los protagonistas de este cambio y solo les pido que cada uno de ustedes lo defienda con el corazón, con el estómago, con el páncreas, los riñones, con los ojos, con los oídos, con la boca, que nadie se quede callado, porque el cambio está aquí y no se va a ir, porque todos ustedes lo merecen”, refirió la ministra de Salud.

En la ocasión, además, quedó habilitada la “Feria de Salud”, que tendrá lugar mañana, a partir de las 9 horas en la plaza de la Democracia.

El cierre del evento fue efectuado con un número artístico del grupo de Adultas Mayores “Las Galoperras de Asunción”.

EXPERTO BRASILEÑO DESTACA LA VELOCIDAD DE IMPLANTACIÓN DE LOS EQUIPOS DE APS EN PARAGUAY

11/05/2012, 20:30 | Fuente: Dpto. de Prensa

Disponível em: <http://mspbs.gov.py/v2/10456-Experto-brasileo-destaca-la-velocidad-de-implantacion-de-los-equipos-de-APS-en-Paraguay>

Lo que demuestra una “gran competencia para concretar las cosas aquí”, según lo refiere el Prof. Carlos Eduardo Aguilera, integrante de la Cooperación Brasil – Paraguay por la Fio Cruz. Resalta que Paraguay logró en 3 años lo que Brasil pudo hacer casi en 20 años de implementación de la estrategia de atención primaria de salud. Además, asegura que la Muestra que se está llevando a cabo en nuestro país es de fundamental importancia para la motivación de los equipos, el intercambio de experiencias y para la divulgación a la población de esta nueva política de salud.

“El proceso de implementación de la estrategia de atención primaria en Brasil empezó 20 años atrás y no teníamos la velocidad que Paraguay tuvo. La velocidad de implantación de los equipos en Paraguay es impresionante, demuestra una gran competencia para hacer las cosas, para concretar las cosas aquí”, asegura Carlos Aguilera.

El profesional resalta que fue una decisión política muy fuerte, ya que es muy difícil de cubrir 30% de la población en 3 años. “Brasil actualmente tiene una cobertura del 50%, pero después de 20 años. Es asombroso lo que los técnicos aquí alcanzaron a hacer. Nosotros vimos que la gente aquí no se limitó a su horario de trabajo normal, todos trabajaron mucho más. Fue un gran espíritu de sacrificio para alcanzar las metas”, añade.

Por otra parte, la idea de hacer una muestra, según lo señalado por Aguilera, fue de la Cooperación Brasil-Paraguay, ya que en este país se realiza este tipo de actividad en la capital. “No se trata de hacer un congreso científico, no es eso lo que la gente que trabaja en la estrategia de atención primaria necesita con este tipo de actividad. Este tipo de actividad es para fortalecer la idea de trabajo en atención primaria, es intercambiar experiencias, ganar más motivación con la mirada de otros grupos. Es también una oportunidad para mostrar lo que se hace para la población, para la gente, porque la atención primaria es algo muy nuevo, por tanto el pueblo no está acostumbrado con esta nueva forma de hacer salud. Entonces es importante la muestra, que sirve para que la gente perciba lo que está cambiando en la política de salud, esa es la idea de hacerlo en una plaza pública, para que el pueblo pueda ver, la prensa pueda divulgar”, expresa, al tiempo de enfatizar en que la atención primaria se basa en la participación comunitaria, que es la llave del éxito del mejoramiento de la salud.

“Si no hay participación comunitaria, no hay impacto en la salud. Es un proceso participativo, es un proceso pedagógico y educativo constante. No hay atención primaria sin el involucramiento de la población. Es importante la muestra para divulgar esta nueva política de salud, que no es nueva en otras partes del mundo, pero es nuevo en nuestro continente. La atención primaria es una estrategia muy exitosa en muchos países ricos como Inglaterra, Australia, Portugal, España. Nosotros estamos empezando esto acá”, refiere finalmente el profesional.

MUESTRA NACIONAL DE APS: INCLUIR A MÁS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD E INTEGRAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA A TODA LA RED SON DOS GRANDES DESAFÍOS DE SALUD PÚBLICA

11/05/2012, 20:28 | Fuente: Dpto. de Prensa

Disponible en: <http://mspbs.gov.py/v2/10455-MUESTRA-NACIONAL-DE-APS-Incluir-a-mas-agentes-comunitarios-de-salud-e-integrar-el-sistema-de-atencion-primaria-a-toda-la-red-son-dos-grandes-desafios-de-Salud-Publica>

Es lo que afirma el Profesor Carlos Eduardo Aguilera Campos, de la Cooperación Brasil-Paraguay de la Fiocruz. Son los dos aspectos que deben ser consolidados en este proceso, según el profesional, quien resalta además que es necesario que Paraguay llegue a la meta de 1000 Unidades de Salud de la Familia para realmente extender la cobertura a todos los paraguayos y paraguayas excluidos del sistema sanitario antes de este proceso de reforma.

Para completar esta política que se ha implementado en Paraguay hace tres años, es necesario insistir en la formación y en la inclusión de los promotores de salud, de acuerdo con lo que enfatiza el Dr. Aguilera Campos.

“Porque un médico y un profesional de enfermería no tienen el tiempo necesario para estar en las calles, en las escuelas, en las casas todo el tiempo. Por eso es fundamental contratar y formar a promotores de salud o agentes comunitarios de salud. Ellos son los brazos y las piernas del equipo, porque están el 80% del tiempo fuera de la unidad. Ese trabajo fuera de los muros de la unidad es fundamental para cambiar la forma de vida de las personas en el sentido de que tenga más salud. Este es un desafío de Paraguay, que aún no ha conseguido contratar a esa gente”, afirma.

Además, según el profesor, otro desafío de Paraguay es alcanzar las mil unidades de salud de la familia. “Es muy importante que se cumpla la promesa de tener unidades de salud de la familia para todos los que estaban excluidos antes de la reforma”, añade Aguilera.

También refiere que es importante la integración de este nuevo sistema de atención primaria con toda la red. “Ese también es un gran desafío, vamos a necesitar de la generosidad de los profesionales de salud de los otros niveles del sistema, de entender la importancia de ese profesional que está en primer nivel y apoyarlos, porque el primer nivel necesita el apoyo de los hospitales y de las especialidades y de todos los profesionales de salud que están en esos niveles”, agrega el Prof. Carlos Aguilera Campos, de la Fiocruz.

MUESTRA NACIONAL DE APS: “PIENSO QUE LO MÁS IMPORTANTE FUE PRIORIZAR LAS POBLACIONES MÁS EXCLUIDAS DEL SISTEMA DE SALUD”

11/05/2012, 18:24 | Fuente: Dpto. de Prensa

Disponible en: <http://mspbs.gov.py/v2/10453-MUESTRA-NACIONAL-DE-APS-Pienso-que-lo-mas-importante-fue-priorizar-las-poblaciones-mas-excluidas-del-sistema-de-salud>

Lo resalta el Prof. Carlos Eduardo Aguilera Campos, experto brasileño que integra la Cooperación Brasil – Paraguay por la Fio Cruz, en relación a la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en nuestro país. El profesional califica de una “decisión muy sensata” la tomada por la Ministra de Salud en iniciar el proceso con el apoyo técnico de Brasil, ya que este país lleva más tiempo abordando la salud desde la atención primaria.

“Creo que fue muy apropiada la decisión de la ministra en el 2008 de solicitar desde el inicio, la cooperación de Brasil, no porque Brasil es mejor o tiene alguna cosa que necesita enseñar, no es eso, es porque tenemos más tiempo en la reforma del sistema de salud y tenemos más tiempo en la implementación de atención primaria. Entonces la ministra tomó una decisión muy sensata en empezar el proceso con algunos técnicos de Brasil involucrados con los equipos de Paraguay”, enfatiza Carlos Aguilera.

Destaca que, desde el primer día, se tuvo la oportunidad de intercambiar impresiones, experiencias de cómo fue el proceso brasileño y cómo se estaba pensando el proceso paraguayo.

“Pienso que lo más importante fue priorizar las poblaciones más excluidas, las más pobres. Esa fue una decisión muy importante. La otra decisión muy importante que el Ministerio de Salud tomó fue la de no restringir a un área sino empezar por todo el país, en las poblaciones más pobres y carentes. Aunque no se tenían las condiciones ideales, empezar, pienso que eso fue muy apropiado”, expone el profesor.

Así también, pone en relieve la inversión efectuada por la cartera sanitaria en esta estrategia, de modo a acercar la salud a la población. “Viví todo el proceso de los últimos 3 a 4 años. Percibí todo el esfuerzo y la inversión que el Ministerio ha hecho para llevar la atención primaria cerca de la gente. Eso

es importante. No se pensó en la estructura de predios, en los edificios. Se pensó en las personas, los equipos próximos a la gente. Ese era el foco todo el tiempo”, acota.

El experto brasileño menciona que algunas veces fue necesario que los paraguayos fueran a Brasil para ver de cerca la experiencia. “Se han hecho 5 o 6 misiones de técnicos del Ministerio en Brasil. Se tenían dudas sobre cómo era el sistema de información, invitamos a personas del Ministerio de Paraguay para ir a Brasil y hablar con las personas de nuestro país que tenían experiencia en el sistema de información. Lo mismo con el tema de la participación comunitaria y otros temas, se realizaron estos encuentros de técnicos paraguayos con técnicos brasileños”, agrega.