



Conselho
Municipal
de Saúde

SUS Porto Alegre



Conselho
Municipal
de Saúde

SUS Porto Alegre

“NOSSOS PASSOS VÊM DE LONGE...” Jurema Werneck da Anistia Brasil

Apontamentos dos principais pontos sobre a Política Municipal de Atenção Básica do município de Porto Alegre/RS



1991 - PACS;

2007 - TAC

1996 - PSF - implementação de equipes nos vazios assistenciais. Equipes contratadas por entidades (terceirizadas) - dificuldade de fixar profissionais nos territórios;

2008 - Caso Sollus - desvio de quase 11 milhões de reais apontado pelo CMS no processo de terceirização;

Décadas de 80/90: primeiras experiências de AB/APS através do Centros de Saúde da SES, Murialdo, GHC;



2008 - Resolução 37: ESF como modelo da AB em Porto Alegre; contratação de trabalhado@s via administração direta; condição de trabalho para fixar trabalhado@s nos territórios; migração de UBS tradicionais para ESF;

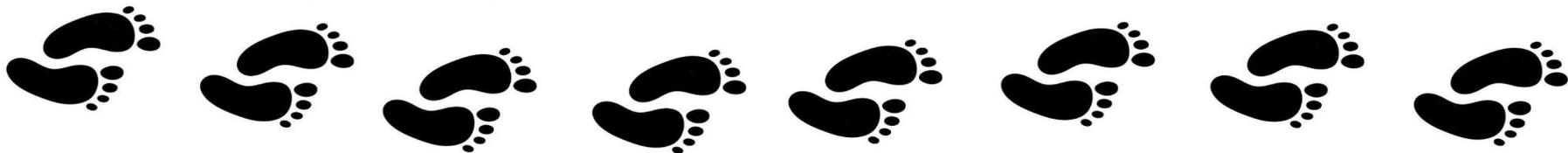


2011 - IMESF - aponta-se a inconstitucionalidade por ser uma fundação de direito privado;



2012 - Construção entre SMS, CMS e UFRGS de diretrizes da implementação dos NASFs e apoio matricial numa parceria de 02 anos com a UFRGS EducaSaúde e Laboratório de Psicologia. Integralidade do cuidado, incidir na promoção da saúde e no trabalho intersetorial;





2013 - Resolução 09/2013 do CMS

Resolve consolidar e atualizar os dispositivos da Política Nacional de Atenção Básica vigentes, para aplicação no município de Porto Alegre, através das diretrizes a seguir descritas:

Art.1º – A expansão da rede de APS no município poderá ocorrer através de diversos processos, conforme disposto na Portaria 2488/2011, que deverão estar previstos no Plano Municipal de Saúde, observadas as diretrizes definidas nesta Resolução. Parágrafo Único: o Município deverá elaborar Plano Municipal de Atenção Básica, que integrará o PMS e que, juntamente com a planilha "Consolidado das demandas e propostas de ampliação da rede de saúde", nortearão os processos de ampliação da rede de APS.

Art. 2º – **As novas Unidades de Saúde da rede de APS a serem implantadas devem ser Unidades de Saúde da Família, com servidores públicos concursados no regime estatutário, vetando-se a forma de contratação via IMESF ou outras formas de terceirização da saúde.**

§ 1º – a identificação da necessidade de **implantação de nova Unidade deverá ter como critérios a redução de território de responsabilidade de UBS com mais de 18 mil pessoas e/ou identificação de novos conglomerados urbanos com população superior a 06 mil habitantes e/ou ainda identificação de populações consideradas especialmente vulneráveis.**

§ 2º – a identificação da demanda de implantação de nova Unidade de APS **deverá ser aprovada regionalmente em reunião do respectivo Conselho Distrital de Saúde** e encaminhada para inclusão na planilha "Consolidado das demandas e propostas de ampliação da rede de saúde" a cada semestre.

Art. 3º – Unidades Básicas de Saúde com até 15 mil habitantes em seu território de responsabilidade poderão atuar como USF, como preconizado tanto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), mantendo-se a população adscrita, **que deverá ser atendida por até 5 (cinco) Equipes de Saúde da Família.**

§ 1º - a identificação da necessidade de **mudança para a Estratégia de Saúde da Família deverá ser discutida e aprovada localmente, identificando as micro-áreas de atuação das diferentes equipes a serem implantadas.**

§ 2º – o número de Equipes de Saúde da Família dependerá das condições estruturais existentes.

Art. 4º – As Unidades Básicas de Saúde, com a população de seu território de responsabilidade acima de 15 mil habitantes, poderão passar a atuar com a Estratégia de Saúde da Família, na medida em que se identifiquem, no território de responsabilidade, novos conglomerados urbanos e/ou populações consideradas especialmente vulneráveis, permanecendo em sua estrutura inicial.

§ 1º – a inclusão de Equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde deverá ser discutida e aprovada localmente, identificando as micro-áreas de atuação das diferentes equipes a serem implantadas.

§ 2º – o número de Equipes de Saúde da Família dependerá das condições estruturais existentes.

Art. 5º – O modelo de atenção em saúde, conforme disposto na Portaria 2488/2011, estabelece que **toda a rede de APS** adote em seu processo de trabalho: **acolhimento, ações programáticas, grupos e atividades na comunidade, trabalho com planejamento e em equipe multidisciplinar, visita domiciliar, entre outros.**

§ 1º – os **Conselhos Locais de Saúde e os Conselhos Distritais de Saúde devem discutir e deliberar sobre o cronograma de implantação das novas ações/processos de trabalho nas Unidades de APS, o que deverá constar das metas do planejamento local e distrital.**

§ 2º – as estruturas físicas das Unidades de Saúde deverão possibilitar a realização das atividades previstas, sendo destinadas áreas para grupos e reuniões de equipe, bem como para o acolhimento. § 3º - **o horário de funcionamento das Unidades de APS deve ser igual em todo o território municipal, podendo ocorrer horário estendido de forma permanente através de projeto de reorganização dos horários de trabalho das equipes, sem horas extras.**

§ 4º - a composição das equipes das Unidades de APS pode contemplar a Estratégia de Saúde da Família, situação em que será possível a presença de Agentes Comunitários de Saúde.

§ 5º - **os territórios de responsabilidade das Unidades de APS somente serão alterados ou reduzidos na medida em que microáreas forem absorvidas por novas Unidades ou repactuados limites com outros serviços vizinhos.**

§ 6º - os processos de **redimensionamento dos territórios de responsabilidade das UBS** para implantação de USF **devem ser debatidos nas comunidades diretamente envolvidas**, evitando conflitos posteriores de vínculos dos usuários com as equipes de saúde.

Art. 6º – a deliberação pelas instâncias de controle social sobre os processos de ampliação da rede de APS acima descritos, devem seguir um **fluxo ascendente**, iniciando pelos Conselhos Locais de Saúde (CLS), posteriormente devem ser deliberados pelos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), que os remeterão para **deliberação final pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS)**.

§ 1º - a deliberação sobre as mudanças propostas nessa Resolução, caso o CLS ainda não esteja implantado, deve ser encaminhada através do CDS que organizará a discussão da matéria com a comunidade e as entidades locais, com o apoio do CMS.

Art.7º – A **priorização das demandas de investimentos para ampliação da rede de APS, após deliberadas pelo Plenário do CMS, deverão constar da Programação Anual de Saúde do ano em vigência.**

Art. 8º – a inclusão de Equipes de Saúde da Família nas UBS, deve ocorrer de forma integrada, unificando a equipe, sem distinção ou discriminação dos trabalhadores nos processos de trabalho, bem como sem distinção ou discriminação dos usuários do serviço, garantindo-se o cuidado à população do território de responsabilidade de forma integral por toda a equipe, independentemente do vínculo específico entre usuário/profissional de saúde.

Art. 9º – o trabalho em equipe deve ser aprimorado através dos dispositivos previstos na política de humanização, como: I. reuniões sistemáticas com presença entendida a todos os membros da equipe, independentemente dos vínculos empregatícios; II. gestão participativa através da implantação/implementação e atuação dos CLS na discussão da organização e funcionamento do serviço; III. educação permanente e matriciamento para todos os trabalhadores envolvidos no cuidado em saúde, bem como processos de educação permanente para os conselheiros de saúde; IV. **assessoramento permanente às equipes** de saúde buscando mediar conflitos, avaliar processos e planejar as ações. **unidades diretamente envolvidas**, evitando conflitos posteriores de vínculos dos usuários com as equipes de saúde.

Art. 10 – deve ser proporcionado aos trabalhadores que optarem por compor as Equipes de Saúde da Família, tanto os de nível universitário como os de nível médio, qualificação técnica em nível de especialização/extensão em Saúde da Família.

Art. 11 – a implantação de novas Unidades não deve ter como impedimento a não existência prévia de área pública para a sua instalação, na medida em que o crescimento da cidade não tem levado em consideração, ou priorizado a destinação de área para equipamentos de saúde nos processos de licenciamento de novos conjuntos habitacionais.

§ 1º - a Assessoria de Projetos (ASSEPRO/SMS) ou outro setor equivalente, deve manter atualizado e disponível o mapa de áreas públicas existentes.

§ 2º - no caso de não ser identificada área pública destinada e/ou disponível para construção de nova Unidade, deve ser procedida desapropriação, compra, negociação de doação e contrapartida ou aluguel provisório, desde que resultante de um processo de aquisição da área para instalação do serviço, na medida em que Saúde é direito de todos e deve estar acessível especialmente aos que mais necessitam dos serviços.

Art. 12 – os Conselhos Locais de Saúde (CLS) devem ser implantados por Unidade de Saúde, independentemente da forma de composição das equipes, sendo um único CLS para cada Unidade, como prevê o regimento Interno do CMS/POA.

Art. 13 – **deve ser garantida a composição completa das equipes de saúde**, atendendo os dispositivos da Portaria 2488 e do quadro de dimensionamento de pessoal da SMS.

§ 1º – **o Plano Municipal de Saúde deve conter o quadro de dimensionamento de pessoal da SMS, incluindo os diversos serviços, redes de atenção e setores, indicando a necessidade de pessoal para o período correspondente, prevendo-se a substituição de trabalhadores em licença, férias, aposentadorias, etc.**

§ 2º - **a reposição de trabalhadores estatutários deve ser feita por trabalhadores estatutários.**

§ 3º - **no caso de não haver candidatos habilitados para nomeação, deve-se fazer a reposição através de contratação temporária até a realização do concurso público correspondente.**

Art. 14 – **as diretrizes definidas nesta resolução devem ser aplicadas por todas as Unidades de Saúde que compõem a rede de APS de Porto Alegre, incluindo as da SMS, e as que são estabelecidas e gerenciadas por terceiros através de convênios e contratos.** SÍLVIA GIUGLIANI, Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde * Publicada no Diário Oficial de Porto Alegre (DOPA) em 21/09/2015.



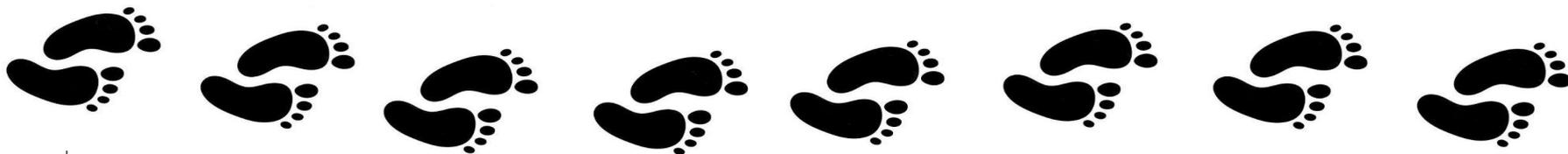
2016

Golpe à Democracia;

2016 - Emenda Constitucional 95 - congelamento por 20 anos no orçamento das políticas públicas - desfinanciamento do SUS;

2017 - Reedição da PNAB - diminui nº mínimo de ACS, desfinanciamento de NASF, abre possibilidades para novos rearranjos de equipes de atenção básica.

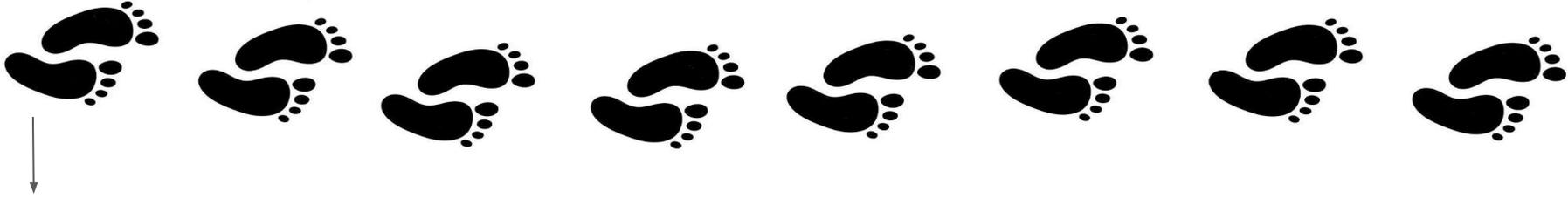
Retrocedendo para uma AB de pacote de serviços biomédicos de cunho curativista - voltamos no tempo, para antes da Reforma Sanitária. Cria a modalidade de equipe de Atenção Primária (EAP), que deveria trabalhar com as mesmas diretrizes da ESF, porém sem a obrigatoriedade de uma equipe mínima e com a carga horária dos profissionais mais flexível, permitindo contratos de até 10h semanais



2018 - Gestão Municipal
(Governo Marchezan)
rompe com CMS -
processo de
desestruturação do CMS
- Núcleo teve que tomar
posse na rua!

2018 - Sem aprovação do CMS
implantação de Clínicas da Família
- problema: extrapolam número de
equipes previstas, atuam de forma
centralizada e longe dos territórios
mais vulnerabilizados - fechamento
de US em detrimento da Clínica;
Cuidado que se distancia do
preconizado pela Saúde da
Família;



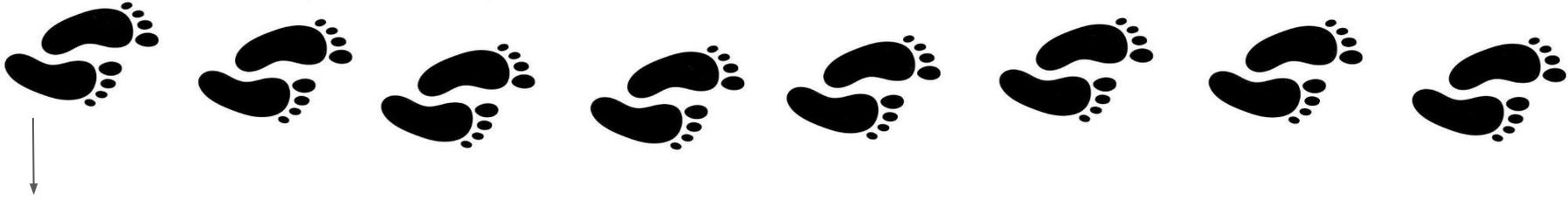


2019 “o ano que nunca acabou”

1. Portaria Saúde na Hora - que tem por objetivo ampliar o acesso e a cobertura de Atenção Básica, criando três formatos de adesão que exigem a configuração de Unidades de Saúde que concentrem de três a seis equipes de ESF, sem a obrigatoriedade de ACS e com o intuito de promover um revezamento dos profissionais para atender em turnos estendidos - 12h e 11h horas ininterruptas, possibilitando atendimento noturno e aos finais de semana. Até pode ampliar a cobertura de AB nos municípios mas acaba concentrando Unidades de Saúde em um local e reduzindo o número de equipes simples espalhadas pelo território;

2. Desmonte e fechamento dos NASF, com o fim do matriciamento e implementação da Agenda GERCON, fim das discussões de casos para construção de cuidados compartilhados;

3. Carteira de Serviços: certa redução da AB para ações mais clínicas - lógica do “bater metas” - e a qualidade da atenção, inclusive do ponto de vista psicossocial, como fica, num contexto de agravamento das condições de vida e adoecimento mental?



2019 “o ano que nunca acabou”

4. 8ª Conferência Municipal de Saúde - reafirma a ESF como modelo de AB e a implantação de todos os seus componentes com cobertura de 100%, inclusive de ACS, via administração direta municipal;
5. **Ação julgada pelo STF - inconstitucionalidade do IMESF - solução da prefeitura - terceirização com entidades hospitalares, sem participação do controle social. Dispensa de licitação. Contratos irregulares, apontados pela Secretaria Técnica do CMS...**
6. Previne Brasil - muda a forma de financiamento da AB, reprovada por todas as instâncias do controle social - lógica do repasse de recursos via cadastramento da população e pela lógica empresarial do “bater metas”



2020 - Pandemia! Escancarou questões profundas de desigualdade deste país. Faltou testes, demorou vacina, desorientação dos governos sobre medidas de prevenção. Processo de cuidado da AB reduzido à Pronto Atendimento;

2020 - Gestão seguiu descumprindo o TAC, seguiram demissões do IMESF e empresariando a saúde com o repasse para as entidades;



2021 - Governo Melo - Secretário Municipal de Saúde Mauro Sparta - CMS reúne para discutir Lei do CMS e estrutura de condições mínima para a execução do trabalho do controle social;

2020 - Fechamento de Unidades de Saúde;

2021 - 156 + Poa e a perda do território - questionamento do CMS em plenária - problema solucionado? E a priorização de pessoas idos@s e pessoas com deficiência, como está se dando?

2021- Lei Municipal que diminuiu número de ACS na AB (IVS 2019), enfraquecimento do modelo saúde da família;

2021 - Unificação das Gerências - sem um diálogo efetivo;



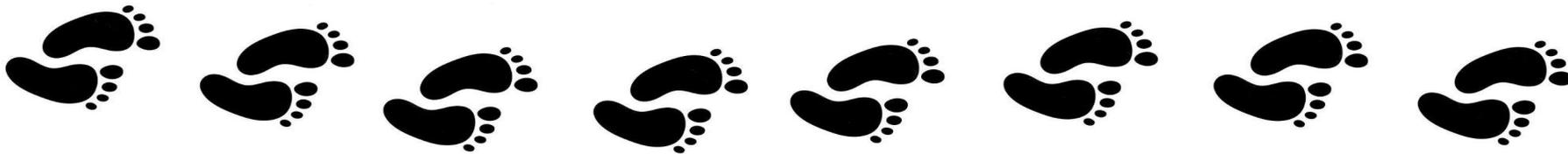
2022... 96% da atenção básica terceirizada descumprindo o que diz na Lei 8080 sobre a função do Estado na execução da política pública e o TAC de 2007, repassando para entidades privadas a responsabilidade da execução da política pública, e não apenas a complementariedade ao Estado. Redução da saúde da família em seu trabalho de prevenção, promoção e recuperação da saúde - transformando o cuidado num atendimento pontual para bater metas do Previner Brasil;

Ausência de um trabalho articulado com a política de saúde mental, alicerçada no cuidado em liberdade nos territórios.





- **Oferta de diferentes modelos de cuidado de AB: ESF, EAP, GHC/HCPA/PUC**
- No caso do HCPA (US Santa Cecília) e PUC (US Vila Fátima) - equipes que contam com assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas que apoiam a equipe de referência, mas não aparecem no CNES como NASF;
- No caso do GHC (12 US) - equipes contam com assistentes sociais e psicólogos nos territórios (um profissional de cada categoria por US) e apoio matricial de Terapeutas Ocupacionais, Farmacêutic@s, Psiquiatras adulto e infantil e Nutricionistas - aparecendo no CNES como NASF;
- No caso das US terceirizadas e as 5 restantes do município, como se dá o processo de cuidado multiprofissional e matricial?
- **Como fica o princípio da Universalidade, Equidade, Integralidade?**



Questionamentos acerca do documento apresentado pela Gestão:

- Pesquisa de Satisfação não discutida com o Controle Social. Serve a quem?
- O documento não corresponde a apresentação de um Plano conforme previsto nas resoluções citadas, que possa explicitar as diretrizes, ações e metas vinculadas à Política para inclusão no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde;
- A Consulta pública não foi pactuada com o Controle Social e não atingiu a ampla participação da comunidade.





Considerações finais sobre a Política apresentada:

- A proposta não respeita as resoluções e deliberações do CMS e das Conferências;
- O modelo de Saúde da Família como diretriz do modelo de cuidado não tem sido respeitado, coexistindo vários tipos de equipes;
- A organização dos processos de trabalho reduzidas à lógica consulta e procedimento num modelo focalizado e não abrangente;
- Prioridade para produção de quantitativo de consultas numa lógica biomédica que afronta os princípios da integralidade e da equidade;
- Não há informações atualizadas sobre o censo da pop. rua, que segundo informações do Movimento Nacional da Pessoas em Situação de Rua, o número estimado está muito abaixo da realidade, tendo demanda para 12 ECnR



- Identifica-se ausência da atenção domiciliar, como uma atribuição fundamental da AB;
- Não há ampliação de US para atender aos vazios assistenciais, mas a concentração de equipes numa mesma US como forma de encobrir as equipes incompletas, a rotatividade dos profissionais e insuficiência de oferta de cuidado frente à ampliação e complexificação das necessidades em saúde.