

**Seminário Temático :
Expansão da Rede de Atenção
Básica – 2014**

30 e 31 de maio de 2014

Relatório Final

Público participante

Seminário Temático : Expansão da Rede de Atenção Básica – 2014

segmento	inscritos	participantes
usuário	37	39
trabalhador	40	36
gestor	8	12
total	85	87

Eixos temáticos

- **a PNAB e o modelo de atenção** e dispositivos da PNH na Atenção Básica (acolhimento, acesso, trabalho em equipe, responsabilização e vínculos x territorialização) – avanços e principais dificuldades
- **financiamento e sustentabilidade** – os desafios para os municípios de grande porte.
- **a migração e expansão da rede de Atenção Básica**: UBS x USF e o IMESF – quantidade e qualidade da rede de APS – dados e resultados, relações de trabalho.

Pontos destacados no trabalho dos grupos

- **PNAB e o modelo de atenção**

- 1 em relação à cobertura populacional pelas Unidades de Atenção Básica:

- os territórios são desproporcionais ao tamanho das equipes. Além disso, existem equipes que atendem populações com graus diferentes de vulnerabilidades. Por vezes, mesmo estando completas, não conseguem atender adequadamente a demanda. Isso deve ser considerado na definição dos territórios.
- já há possibilidade de se flexibilizar a composição das equipes, incluindo, por exemplo, mais enfermeiro, ou técnicos de enfermagem, ou ACS. Mais que quantidade, é um momento de qualificar a rede que se tem.
- o Programa Mais Médicos veio contribuir em muito para a possibilidade de se ampliar a cobertura, especialmente nas regiões com mais dificuldades. Mas ele é temporário.
- é necessário que as Unidades que tem 2 equipes ou mais, contem com um assistente administrativo. Os profissionais ACS e Técnicos de enfermagem hoje ficam períodos da jornada de trabalho dentro da Unidade, fazendo trabalho administrativo.

PNAB e o modelo de atenção (cont.)

2 em relação à rede de Atenção Básica:

- devem sempre ser considerados os demais componentes de apoio (NASF, Academias da Saúde, Consultórios na Rua). O debate costuma se restringir às UBS e USF.
- a APS deve ser pensada em rede e enquanto ordenadora do cuidado, podendo contar com o NASF, com o Centro de Especialidades, e outros mecanismos que formam a rede de serviços.
- a alta qualificada do especialista para a equipe de saúde da família deve acontecer para ampliar a resolubilidade e diminuir o agravamento de problemas preexistentes e que geraram a demanda da AB para o especialista.
- ainda não são plenamente utilizadas as ferramentas/estruturas de apoio existentes: telessaúde para as USF, E-SUS, matriciamento, NASF.

PNAB e o modelo de atenção (cont.)

3 em relação ao modelo de atenção:

- os profissionais, em sua maioria, não são formados para o SUS. O Programa Mais Médicos veio desacomodar as equipes.
- o legado do PMM será de contaminar os profissionais e a população sobre uma outra forma de fazer medicina de família e comunidade, mas deve ser acompanhado da mudança radical na formação nas universidades e pela ampliação das especializações em Medicina de Família e Comunidade.
- a seleção e capacitação dos profissionais não atende ao perfil necessário. Muitos profissionais entram “de passagem”.
- o trabalho em equipe ainda não acontece. O modelo é centrado no médico e nas consultas individuais. As reuniões nas Gerências são muito administrativas e burocráticas. Não se discute o modelo de atenção.
- a mudança de modelo é um processo de mudança de cultura. Isso é muito difícil e exige esforços de todos os segmentos. Mudar as equipes ou substituir os trabalhadores, por si só, não garante a mudança do modelo. Há UBS que faz reunião de equipe ampliada com o CLS e realiza diversas ações que outras UBS não realizam, como os grupos de educação em saúde e o acolhimento.
- há discriminação racial realizada por alguns profissionais, em especial médicos, que não estão sensíveis à diversidade das populações e acabam desrespeitando e invadindo a individualidade do cidadão. Essa postura acaba por afastar o usuário do serviço, diminuindo a resolubilidade do serviço frente à sua população e induzindo o usuário a buscar um serviço de urgência.
- a própria gestão desqualifica a capacidade resolutiva da Atenção Básica, limitando o acesso aos recursos diagnósticos. Não se investe em protocolos e matriciamento para aumentar a resolubilidade. Há uma oferta limitada de exames que poderiam ser solicitados pelos médicos e enfermeiros da AB.
- há diferença nas relações entre as equipes e os usuários, quando comparados os serviços públicos e os conveniados (foi trazido o exemplo das unidades do HNV).
- há dificuldades de comunicação e de relacionamento entre unidades de uma mesma região e também entre as categorias profissionais em uma mesma unidade.
- muitos coordenadores de unidades não seguem as orientações definidas e acordadas no fórum de coordenadores e deveriam ter postura profissional compatível com o cargo assumido.

PNAB e o modelo de atenção (cont.)

4 em relação ao Acolhimento:

- ainda é um dispositivo incipiente, com dificuldades nos processos de trabalho nas Unidades. Não há um conceito único, com foco nos usuários. Há desresponsabilização de alguns profissionais e equipes, que tratam a população adscrita nas suas áreas de atuação sem vínculos estáveis e comprometidos.
- preocupações dos usuários sobre a ausência de especialistas (pediatra, ginecologista e clínico geral) no modelo de atendimento com a ESF. Esse debate ainda não é bem resolvido nas comunidades e equipes.
- há problemas importantes nos processos de trabalho, na forma como algumas equipes estão executando o acolhimento e os processos subsequentes ao acolhimento. Parece que a mudança de modelo ainda está muito mais no discurso das esferas administrativas e de gestão, mas na prática ainda é muito diferente. Mesmo com a implantação do acolhimento, alguns usuários e algumas equipes continuam com a prática do atendimento por demanda espontânea no primeiro horário da manhã (07 e 08h).
- os usuários não tem informação suficiente para discutir processos de trabalho com as equipes das Unidades.
- não há normativa sobre o tempo de espera para consulta após o acolhimento, variando numa mesma região de 30 a 60 dias.

Financiamento e sustentabilidade

1. em relação às estruturas físicas das Unidades de Saúde:
 - houve uma boa evolução, tanto no que se refere ao padrão construtivo das novas Unidades, como no que se refere ao debate e definição de prioridades nas reformas e ampliações, garantindo espaços para o acolhimento, salas de grupos, etc.
 - Necessidade de se promover esses ambientes nos serviços (atividades de promoção, educação, etc)

1. incentivos federais e estaduais priorizam a ESF, bem como os projetos das Universidades, que escolhem investir nos serviços que atuam no modelo da ESF.
2. não se conhecem de forma clara e transparente todos os recursos gastos no financiamento da Atenção Básica. Geralmente só se apresentam os incentivos federais e estaduais.
3. a informatização da rede de Atenção Básica é estruturante para qualificar o sistema como um todo, inclusive nos seus aspectos financeiros e de controle.
4. há cidadãos de outros municípios que trabalham em POA e acessam serviços de AB de POA. O financiamento e a estrutura (física e de pessoal) não contemplam essa especificidade em Porto Alegre.
5. muitos dos recursos estão sendo depositados em programas específicos pelo MS, como o Programa Mais Médicos, que tem tempo determinado (3 anos) e que por isso geram insegurança quanto à continuidade do suprimento das demandas de saúde das populações no município.

Migração e expansão da rede de Atenção Básica

1. momento de investir na qualidade e menos na quantidade.
2. processos de deliberação são pouco transparentes e pouco participativos. Se coloca para a população decidir radicalmente por uma equipe ou outra (da ESF ou da UBS). O principal seria incluir ACS e administrativos em todas as unidades de AB.
3. mudanças nos territórios são pouco discutidas e mal pactuadas nas comunidades, o que depois gera conflitos desnecessários.
4. possibilidade de inclusão de ESF em UBS, sem a necessidade de substituir os profissionais, que lá estão vinculados à comunidade.
5. muitos profissionais municipalizados estão se aposentando e não estão sendo repostos, o que tem exigido uma reorganização do horário de atendimento, quase sempre com redução da oferta e do acesso da população.
6. para os usuários, não estão claros muitos processos de gestão, como as reais diferenças entre os trabalhadores contratados pelo IMESF e os que são estatutários, da mesma forma sobre as escolhas de gestão e também dos profissionais.
7. cada Gerencia Distrital esta implantando o modelo de AB de forma diferente, UBS/USF com modelo diferente de atendimento

Propostas e encaminhamentos:

A. Em relação aos territórios e parâmetros de cobertura

1. o limite máximo por ESF é o estabelecido na PNAB.
2. os territórios, dentro de uma Unidade, podem ser variáveis, de acordo com as características e vulnerabilidade da população.
3. as equipes devem ter um tamanho mínimo, que é estabelecido pela PNAB, podendo variar seu tamanho e perfil de acordo com as características e vulnerabilidade da população. Necessidade do 2º enfermeiro por cada ESF é consenso.
4. USF com 3 ESF podem escalonar as jornadas de trabalho para garantir horário estendido.
5. Necessário manter abertas, no horário do almoço, as Unidades que tem duas equipes ou mais.
6. incluir um assistente administrativo ou um estagiário para trabalhar na recepção e em processos burocráticos administrativos das unidades.
7. aumentar a resolubilidade regional, estruturando e otimizando os centros de especialidades regionais de acordo com a população das regiões.

Propostas e encaminhamentos (cont):

- **em relação ao modelo de atenção.**
 1. incluir as Práticas Integrativas em Saúde nas 8 regiões da cidade com apoio de assistência farmacêutica.
 2. estabelecer alguma normativa sobre os tempos de espera por atendimentos não urgentes, após o acolhimento.
 3. redefinir, com a Regulação, fluxos e processos em relação ao apoio diagnóstico para a AB, ampliando a sua capacidade de resolver os problemas.
- **em relação ao financiamento**
 1. maior transparência sobre o financiamento na Atenção Básica, garantindo a transparência na gestão dos recursos financeiros e também de recursos humanos, tendo em vista também a escassez de recursos na AB.

Propostas e encaminhamentos (cont):

- **propostas de alteração na Resolução nº 09/2013**
 1. Art. 5º – incluir entre os dispositivos – “apoio e educação permanente”
 2. Art. 3º – alterar “que deverá ser atendida por até 5 (cinco) Equipes de Saúde da Família” por “no mínimo 5 (cinco) Equipes de Saúde da Família”. Isso está de acordo com a possibilidade de flexibilizar o tamanho máximo de população adscrita por equipe, o que pode exigir mais do que 5 equipes, para um território de até 15 mil pessoas. No § 1º, incluir que a proposta deverá ser baseada em análise dos condicionantes e indicadores locais.
 3. Art 6º – incluir § 2º – as reuniões dos CLS convocadas para deliberar sobre os processos de ampliação da rede de APS, ou mudanças nos territórios assistenciais, devem contar com pelo menos 50% de usuários no seu quórum.
 4. Art. 8º – incluir que a coordenação do serviço deve ser única.