



**3º REUNIÃO DO COMITÊ
COORDENADOR DA REDE DE PESQUISA
EM APS**

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES

**BRASÍLIA/DF
24 de julho, 2011.**

SUMÁRIO

PROGRAMAÇÃO DO EVENTO

9:00 hs – Abertura da Reunião: Dr. Luiz Augusto Facchini

9:30 hs - A nova política de Atenção Primária à Saúde (APS) – Departamento de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/MS) com foco na Política de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Apresentação: Dr. Hêider Aurélio Pinto – diretor do DAB

12h - Almoço

14h – Rede APS

Condução: Dr. Luiz Augusto Facchini

- O papel da Rede na perspectiva da nova Política de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)
- É possível construir ou definir o papel colaborativo da REDE na perspectiva da PMAQ?
- Agenda de estudos e pesquisas - é possível construir estudos pela Rede?
- Relatório das ações da Rede
- Agenda de Trabalho para 2011/2012

17h30 - Encerramento

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

DAB/MS - Departamento de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde

EP - Educação Permanente

eSB - Equipes de Saúde Bucal

eSF - Equipes de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMAQ - Política de Melhoria do Acesso e da Qualidade

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

¹ABERTURA DA REUNIAO DA REDE DE PESQUISA EM APS

DOUTOR LUIZ FACCHINI, PRESIDENTE DA ABRASCO.

Mais uma reunião da Rede de Pesquisa em Atenção Primária, uma promoção do Ministério da Saúde e da ABRASCO que envolve um time grande de universidades, pesquisadores, gestores, trabalhadores de saúde e que temos muita satisfação.

Não sei se todos acompanharam a concepção e funcionamento da Rede. Claro que todos que aqui estão vários são membros do comitê de coordenação, mas vale a pena destacar sua funcionalidade. A rede nasce de uma mobilização de colegas vinculados à APS e da área de pesquisa em APS no sentido de colocar o conhecimento produzido de forma mais facilmente acessível a gestores, trabalhadores de saúde e à população de forma que tudo o que é produzido no âmbito do trabalho da academia possa chegar com mais facilidade aos gestores, trabalhadores de saúde e de todos aqueles que tenham interesse. Houve várias tentativas de articular esta rede no país e vários eventos do MS traziam o tema da pesquisa em APS como tema de relevância para o SUS, para tomada de decisão de políticas, para o desenvolvimento do país.

Após um ano de lançamento, temos cerca de 2800 cadastrados. Ou seja, o crescimento da rede foi muito rápido e sua concepção foi delineada em uma lógica de círculos de complexidade crescente com enfoque na pesquisa e na produção de conhecimento de diferentes abordagens. Ainda que se tenha um comitê formado fundamentalmente por membros das universidades brasileiras, portanto o foco em pesquisa está muito forte, a rede não possui

¹ Tatiane Aparecida Moreira da Silva. Mestre em Ciências, com ênfase em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva).

qualquer tipo de barreira para participação. Ela já foi concebida desta maneira e estes quase 2800 participantes possuem os mais variados perfis. São, portanto, muitos pesquisadores, grande contingente de gestores das diferentes esferas de gestão, o MS, SES, SMS, temos a participação do CONASEMS, CONASS, OPAS. Qualquer pessoa que entrar na página da Rede pode se inscrever na Rede, não sendo necessários senha ou código para fazer sua inscrição. Um cidadão comum que possui dúvida sobre APS, pode lançar seu questionamento, pois temos fóruns com diferentes temáticas, não apenas com discussão no campo da pesquisa em Saúde Coletiva. Os espaços do trabalho da pesquisa e nossa própria atuação da ABRASCIO enquanto entidade científica do campo da Saúde Coletiva alargou pelo menos no dialogo de interação e muito favoreceu o trabalho da Rede.

Inscrevam-se, pois aqui temos parceria com a ABEn, AMFC, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CONASS e OPAS além do MS e ABRASCO, que são apoiadores e mobilizadores desta rede.

Sejam todos muito bem vindos, e é com grande satisfação que os recebemos em mais uma reunião do comitê.

Pela manhã teremos a oportunidade de conversar com o Heider, Diretor do DAB, ao qual agradecemos muito a presença. O DAB está desenvolvendo um programa de melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica. Trata-se de um aspecto inovador que mobiliza o interesse de toda a comunidade, especialmente trabalhadores e gestores que estarão mais diretamente vinculados, mas também da comunidade, universidades, daqueles que estão envolvidos com a produção do conhecimento. Trata-se, portanto, de grande desafio.

Teremos hoje a oportunidade de conversar com o Heider pela manhã e a tarde, de forma participativa, conversaremos a respeito do papel da rede no novo programa de PMAQ e sobre a possibilidade de construirmos um papel colaborativo da Rede com a perspectiva desse novo programa. Pensamos, em função disso, uma agenda de estudos e pesquisas. A rede nasceu de uma idéia de oferecer, especialmente aos gestores e trabalhadores de saúde, evidencias a respeito de pesquisas produzidas, mas também de conjugar esforços na realização de pesquisas colaborativas. Assim, hoje temos boa

possibilidade, com a diversidade de universidades e colegas vinculados ao serviço, de somar esforços na produção de estudos e pesquisas que respondam a questões de interesse do país e que avancem não apenas no conhecimento, mas na questão translacional, ou seja, em traduzir achados e evidências em práticas que melhorem o desempenho de nossos serviços.

Vamos desenvolver uma agenda de trabalho para o restante deste ano. Teremos mais uma reunião da Rede nas vésperas da 14ª CNS, outro momento muito particular e especial de nosso país e precisamos encaminhar a renovação das ações da Rede para 2012.

Sem mais, convido o Heider para fazer sua apresentação e depois abrimos para debate.

A NOVA POLITICA DE APS – DAB/MS COM FOCO NA POLITICA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ)

Dr. Hêider Aurélio Pinto, Coordenador do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Agradeço palavras e convite do Facchini e quero cumprimentar o trabalho da Inaiara para acontecimento deste evento.

Perguntei para o Facchini se ele acredita que o espaço da rede possui um desenho aonde é importante a interface entre a gestão, mais principalmente interface no conjunto das universidades, em que vários pesquisadores trabalham o tema da APS e trocam experiências. Enfim, seja um espaço em rede de rumos e temas no que diz respeito a APS . Além deste papel, a Rede poderia, a curto prazo, ter o papel de mobilizar para podermos construir, para que estas universidades pudessem contribuir em um conjunto de questões. A idéia é provocar a Rede em várias dimensões.

Inicio trazendo para vocês um questionamento realizado pela presidenta em reunião. Ela questiona que os sanitaristas falam muito de Atenção Básica (AB) e sobre sua importância. Entretanto, o orçamento do Ministério da Saúde (MS) é pequeno para a AB.

Assim, apresento logo no início um questionamento aos presentes: A REDE PODERIA, ATIVADA, TER UM PAPEL DE MOBILIZAR MENTES PARA QUE OS PESQUISADORES CONTRIBUAM COM UM CONJUNTO DE QUESTOES?

AFIRMAÇÕES SOBRE AS QUAIS NÃO SE DEVE TER NENHUMA DÚVIDA!!!

- **Saúde é Prioridade do Governo Federal!**
- A **Atenção Básica é Prioridade** na Saúde: base, centro de comunicação, ordenadora e coordenadora das Redes de Atenção
- **Saúde da Família é Prioridade na Atenção Básica**

- Fortalecer a Gestão Municipal, Regional e Estadual da Atenção Básica é tão importante quanto fortalecer a Participação da Sociedade e o Controle Social e investir fortemente no envolvimento, valorização e desenvolvimento dos trabalhadores que fazem a Atenção Básica no dia a dia!

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

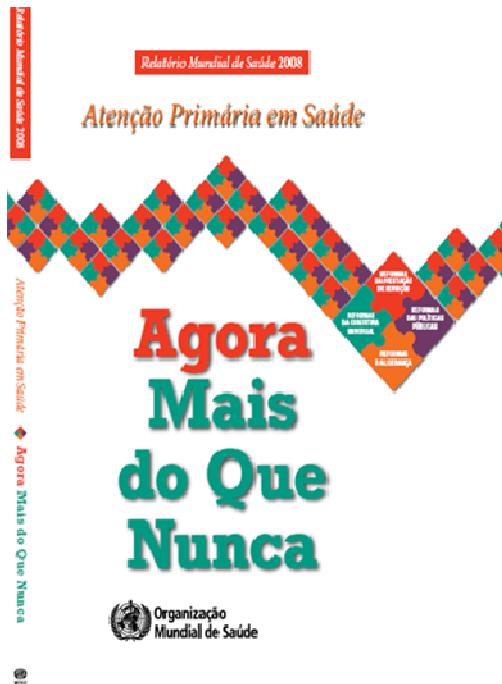
Em todo o mundo já é consenso que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser baseados na AB

A AB deve:

- Garantir o acesso universal e em tempo oportuno ao usuário;
- Deve ofertar o mais amplo possível escopo de ações visando a atenção integral;
- Ser responsável por coordenar o cuidado dos usuários no seu caminho pelos diversos serviços da rede;

A Secretaria de Atenção à Saúde é a Gestora Federal das Redes de Atenção e, por isso, deve ter como prioridade a AB.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) nos traz importantes apontamentos que reforçam nossa posição no Relatório de 2008 como mostro a seguir:



Transformação e Regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o **Acesso Universal** e a **Proteção Social** em saúde

Resposta às Necessidades e Expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças

Promoção de Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis e mitigação dos danos **Sociais e Ambientais** sobre a saúde

Equipes de saúde facilitando o **acesso** e o **uso apropriado de tecnologias** e medicamentos

Participação institucionalizada da **sociedade civil** no diálogo político e nos mecanismos de **accountability**

APS como Coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção

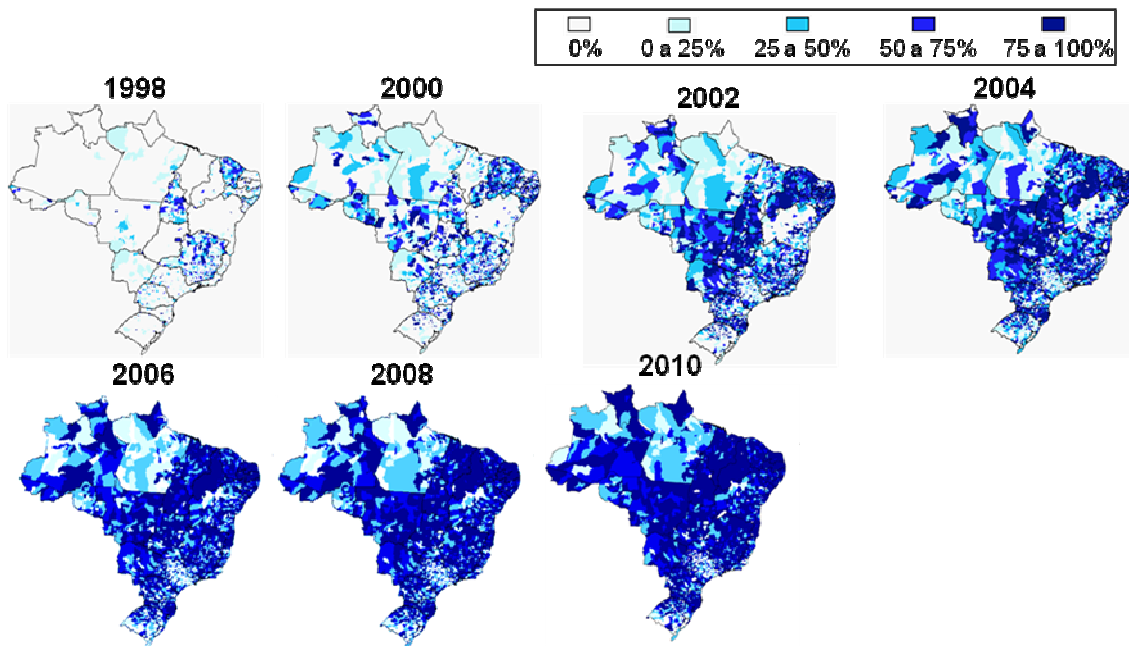
APS não é tão barata e requer **investimentos consideráveis**, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as outras alternativas

Avanços e Resultados na Consolidação da Atenção Básica à Saúde no Brasil

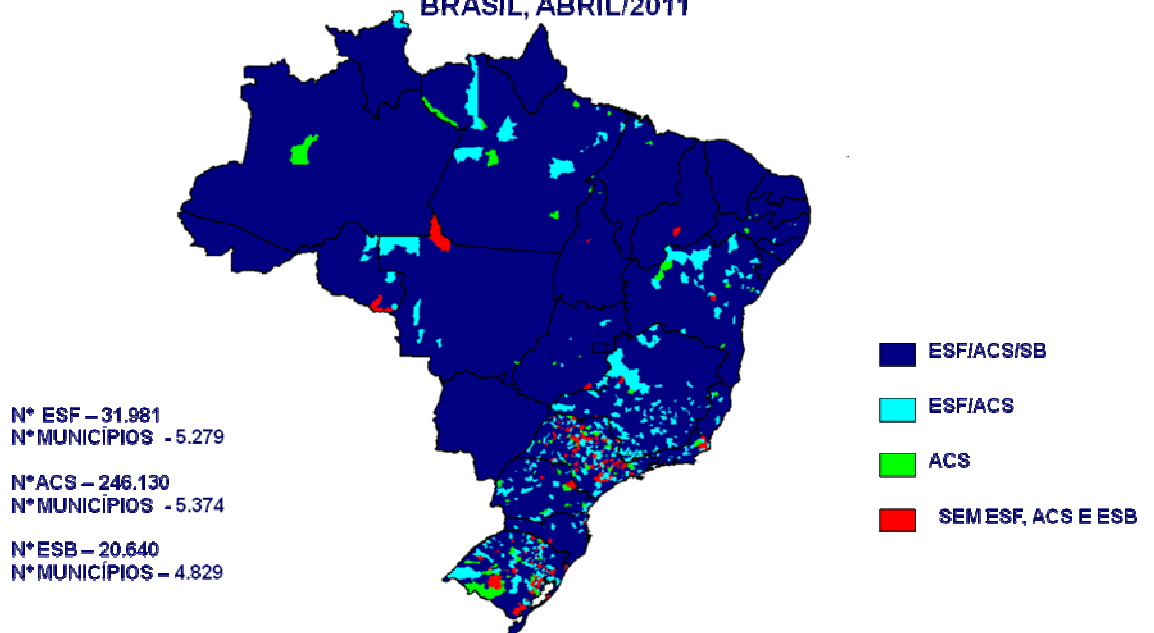
EM TODO O BRASIL HÁ MUITO QUE COMEMORAR!!!

- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passam de 245 mil, cobrem 62,8% da população em 5.375 Municípios;
- São quase 32 mil Equipes de Saúde da Família (eSF) cobrindo 52,6% da População em 5.290 Municípios;
- As Equipes de Saúde Bucal (eSB) chegam a 20.496 e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) já são 1.320 em 870 Municípios;
- Nos últimos anos a estratégia vem apresentando um ritmo de crescimento global de 3% ao ano que se expressa também nos municípios com mais de 100 mil habitantes e nas Capitais do país. Nós já temos importantes avanços na Atenção Básica à Saúde a partir do

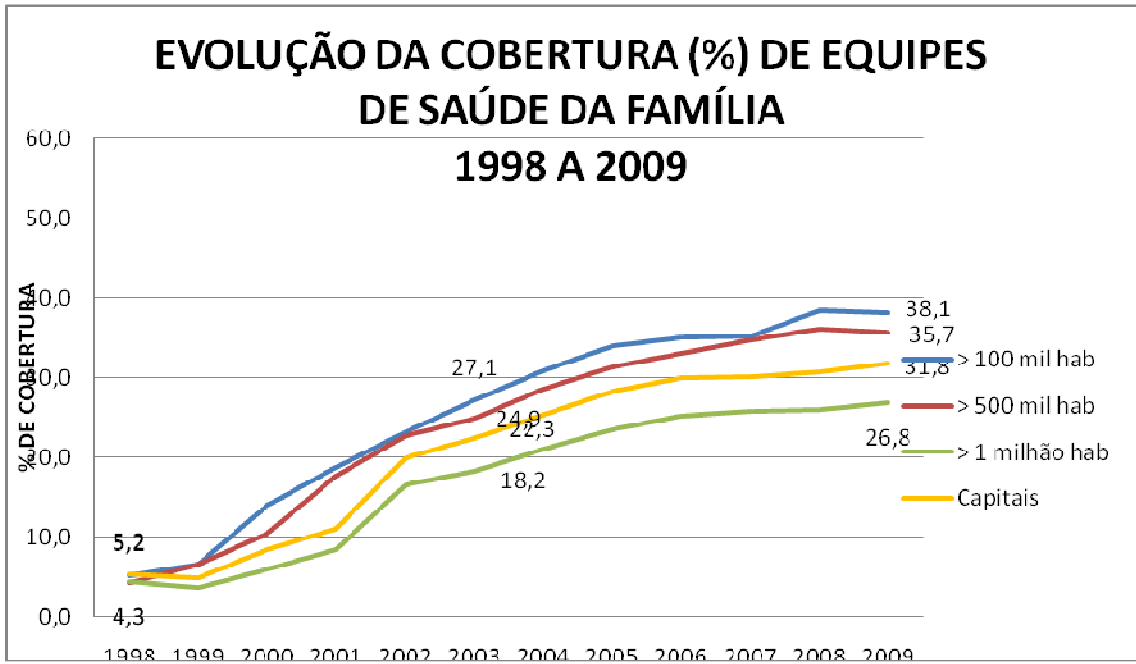
momento em que fica perceptível a evolução da cobertura da população por ESF implantadas, conforme mapas a seguir:



Situação de Implantação de ESF, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde - BRASIL, ABRIL/2011



FOIITE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
 SCIES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde



Cobertura estimada da estratégia saúde da família nos municípios com população maior que 100 mil habitantes no período de 2000 a Julho de 2010



As evidências apontam que a ESF deve ser mantida como estratégia prioritária na expansão e consolidação de APS no Brasil. A ESF terá mais financiamento e melhores condições de aprofundamento e expansão.

Para que a ESF abarque toda a população brasileira, há que se ter esforços de adaptação. Isso está sendo discutido para que as modelagens possam ser feitas mantendo-se os princípios básicos.

Para o MS o central é a garantia de acesso a toda população brasileira. A ESF não pode significar que os 20 milhões de brasileiros não tenham acompanhamento do MS.

Há um esforço de municipalização para que o gestor municipal tenha garantida sua força para colocar em prática a saúde da família de acordo com a necessidade de sua população.

Mais importante que a ampliação do Acesso são os resultados na saúde da população. Uma quantidade cada vez maior de estudos e pesquisas nacionais e internacionais mostram o impacto que a ampliação da Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, vem produzindo na população.

EVIDÊNCIAS DE RESULTADOS DA AB NA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008:

- Entre 1998-2008 houve **redução da desigualdade de renda no acesso à consulta médica:**
 - De 40% para 25%, quando se compara os 20% mais ricos e os 20% mais pobres da população.
- **A Unidade Básica de Saúde (UBS)** é o local mais declarado (56,8%) pelas pessoas que normalmente procuram o mesmo serviço de saúde;
- Há uma tendência **crecente da utilização do Sistema Único de Saúde (SUS)** para atendimentos de saúde (particularmente pelos portadores de doenças crônicas).

Análise dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2008)

- **A cobertura da ESF está associada a melhoria do PRÉ-NATAL:**
- 14% mais gestantes vacinadas contra tétano;
- 69% menos gestantes sem pré-natal nos municípios com grandes coberturas (70% ou mais) (DATASUS);
- O impacto é mais significativo em municípios com maior cobertura pela ESF e com menor IDH:

Ampliou: cobertura vacinal e de pré-natal

Reduziu: mortalidade infantil, desnutrição proteico-calórica e gravidez na adolescência

- **A cobertura da ESF está associada com a melhoria da SAÚDE DA CRIANÇA:**
- **PNDS (2008):** 34% menos crianças com **baixo peso** e **cobertura vacinal 2 X** melhores em munic. com + 70% de cobertura
- **Desnutrição infantil** crônica foi reduzida em 50% de 1996 a 2007, e foi maior e mais rápida em munic. Com maior cobertura (Monteiro, 2009)
- Acompanhamento das **condicionalidades do Programa Bolsa Família** é 2 X maior onde há grandes coberturas (Facchini, 2008)

SAÚDE DA FAMÍLIA É PRIORIDADE

- Tais evidências falam a favor de manter a **ESF** como modelagem base e prioritária na expansão e consolidação da AB no Brasil!
- O MS não tem nenhuma dúvida em afirmar: a Saúde da Família é Prioridade!

E isso vai ser reforçado ampliando o escopo e leque de adaptações da eSF a situações específicas (áreas distantes, densamente povoadas, comunidades ribeirinhas, população de rua, etc.)

Exigindo do Conjunto da AB, inclusive o que não é saúde da família e que cobre 30 milhões de pessoas, padrões de cobertura, acesso e de qualidade.

NÓS CRITICOS A SEREM SUPERADOS PARA A NOVA POLÍTICA DE AB

➤ INFRA-ESTRUTURA

- Precariedade da Rede Física – apenas 25% apresentavam condições adequadas;
- Inadequadas Condições de Trabalho para os Profissionais;
- Ambiência desacolhedora e impressão, para o usuário, de que trata-se de uma oferta de baixa qualidade para a parcela empobrecida da população;
- Baixa conectividade e informatização das UBS (menos de 17%).

➤ MODELO DE ATENÇÃO

- Mudar a modelagem de equipe não é igual a mudar o Modelo de Atenção!
- Predomina ainda um Modelo de Atenção:
 - Centrado em Procedimentos Médicos dirigidos à recuperação da saúde do indivíduo;
 - Racionalidade quase que exclusivamente Biomédica;
 - Foco na Doença e não no Sujeito, sua História, seu meio e seus modos de Vida e Trabalho;
 - Centrado no profissional Médico;
 - Desarticulado do Restante da Rede de Atenção.

➤ O PROCESSO DE TRABALHO é organizado de modo que:

- Restringe o Acesso aos problemas **agudos** desacolhendo o usuário justamente no momento em que o mesmo se sente mais frágil e mais necessitado da UBS;
- Não está preparada para a Atenção Integral e Gestão do Cuidado das situações crônicas;

- Dificulta a **Integração da Equipe** tendo cada profissional agendas de trabalho independentes e até contraditórias;
- Não **Orienta o trabalho** em função de Prioridades, Metas e Resultados definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade e que levem em conta não só os **Indivíduos** mas também a **Coletividade e o Território**;
- Não busca a qualidade da atenção à saúde em termos de **resolutividade** da atenção e **satisfação** do usuário.

➤ **QUALIDADE DA ATENÇÃO**

- Poucos profissionais são Especialistas e/ou assumiram a Saúde da Família como opção profissional objeto de educação permanente (EP);
- Elevada Rotatividade e Instabilidade das Equipes dificultando o planejamento e a consolidação do trabalho em equipe;
- Falta de padronização de Boas Práticas;
- Gestão da Informação não informatizada;
- Pouca integração com a Rede de Apoio diagnóstico e Terapêutico;
- AB não coordena efetivamente o cuidado;
- Clínica com Baixa Integralidade e Resolutividade;
- Persistência do Modelo de Queixa Conduta ;
- Atenção Prescritiva e Focada na Doença (grol et al., 2000);
- Falta segurança para decisão clínica (macwhinney);
- Uso de pessoas e não da literatura para decisão (j farm pract, 1990);
- Menos de 50% dos cuidados prestados têm base em evidências (bodenheimer, 2008);
- 64% das dúvidas dos profissionais de saúde não são esclarecidas.

➤ **GESTÃO DO TRABALHO E MERCADO DE TRABALHO:**

- Precarização dos vínculos e não garantia dos Direitos trabalhistas e previdenciários;
- Formação Clínica dos profissionais é deficiente;
- Há baixa Autonomia dos Enfermeiros;
- Número insuficiente de especialistas em saúde da família;

- Tempo real é diferente do tempo contratado;
- Modelo de Remuneração tradicional e superado;
- Alta rotatividade e insegurança dos Profissionais.

➤ **FINANCIAMENTO:**

- Baixo financiamento *per capita* da Saúde no Brasil e da AB em especial;
- Em média o Governo federal custeia hoje 1/3 do custo da eSF (no começo do PSF esse valor chegava a 2/3);
- Contrapartida dos Governos Estaduais é pequena ou Inexistente;
- Falta de padrão para Modelo não Saúde da Família e ausência de política de melhoria da qualidade;
- Financiamento vinculado ao credenciamento de equipes e não ao monitoramento e avaliação de resultados ou indução de processos de qualidade.

PRINCÍPIOS QUE QUALQUER MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DEVE SEGUIR

A Atenção Básica deve:

- Estar voltada às Necessidades de Saúde das pessoas e coletividades de um Território sobre o qual tem responsabilidade;
- Ser estruturante do Sistema e sua principal Porta de Entrada;
- Estar perto da pessoa, ser familiar a ela e disponibilizar Atenção Oportuna;
- Ofertar uma Atenção Multiprofissional e Integral à Saúde articulando com Redes Públicas e Sociais visando uma Ação Intersetorial;
- Gerir o Cuidado do usuário no seu caminhar pelo Sistema, ser Resolutiva no que diz respeito a: Impacto na Saúde, Satisfação do Usuário e ampliação da Autonomia do mesmo e da coletividade:
 Territorialização, Responsabilidade Sanitária, Adscrição, Agenda Aberta, Acolhimento, Vínculo, Longitudinalidade, Responsabilização, Gestão do Cuidado, Trabalho Interdisciplinar

em Equipe, Integralidade, Resolutividade, Produção de Autonomia, Transformação da Situação de Saúde...

Linhas Gerais para a Consolidação e Aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica

- Fortalecimento da gestão em todos os níveis;
- Fortalecimento do controle social e da participação popular;
- Valorização do trabalhador;
- Ações intersetoriais visando uma atenção integral à saúde;
- Programa de requalificação das UBS;
- Acesso e qualidade.

FORTALECIMENTO DA GESTÃO EM TODOS OS NÍVEIS

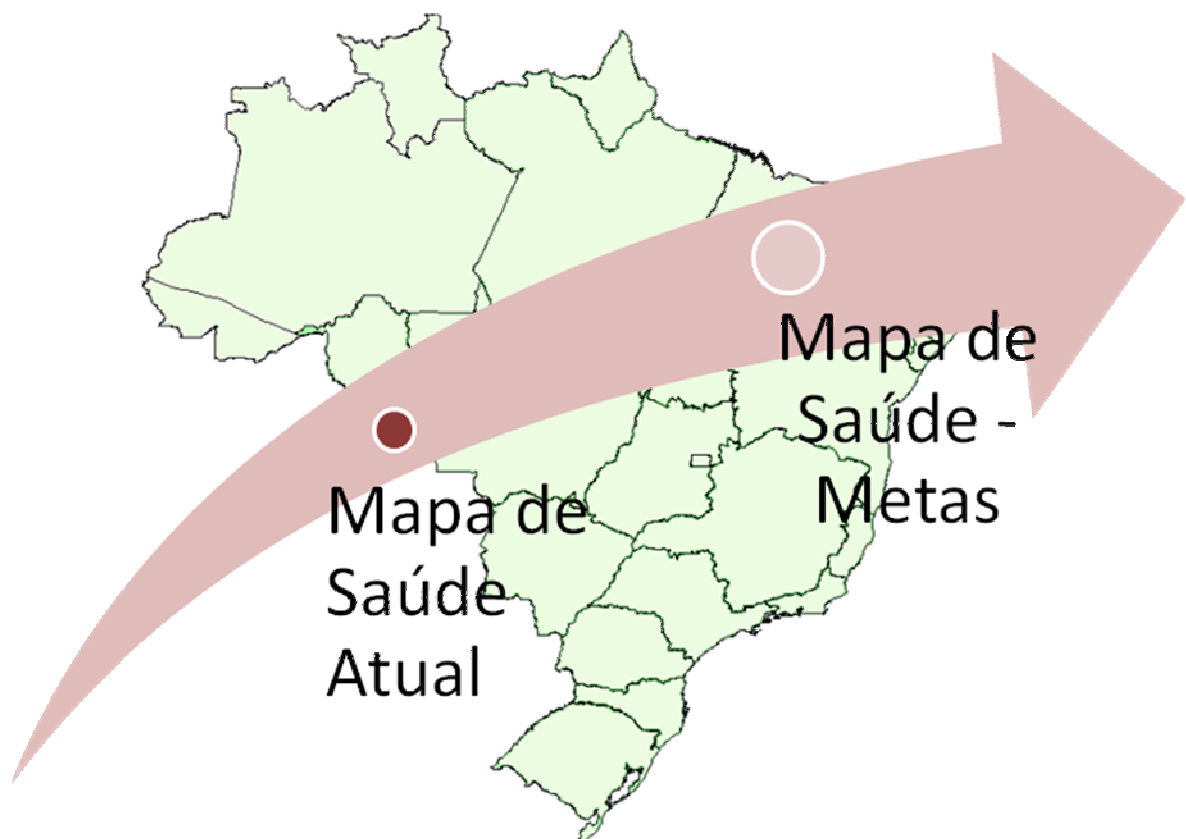
- Fomento à Estruturação das Regiões de Saúde com Apoio ao Desenvolvimento da Gestão Compartilhada;
- Processos de Formação (Especialização e Mestrado) e EP dirigido aos Gestores Municipais e Estaduais;
- Estímulo à Cooperação Horizontal entre Gestores;
- Repactuação Tripartite do Papel dos Estados na AB (incluindo Apoio Institucional e Co-Financiamento além de EP e Coordenação Estadual da Política);
- Definição de Financiamento Tripartite (PAB – SUS);
- Prática de Contratualização em todo os Níveis e instituição de uma Cultura que alimentará o Contrato Organizativo de Ação Pública.

Contrato organizativo da ação pública da saúde

- Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- Oferta de ações e serviços de promoção e recuperação da saúde em âmbito regional;

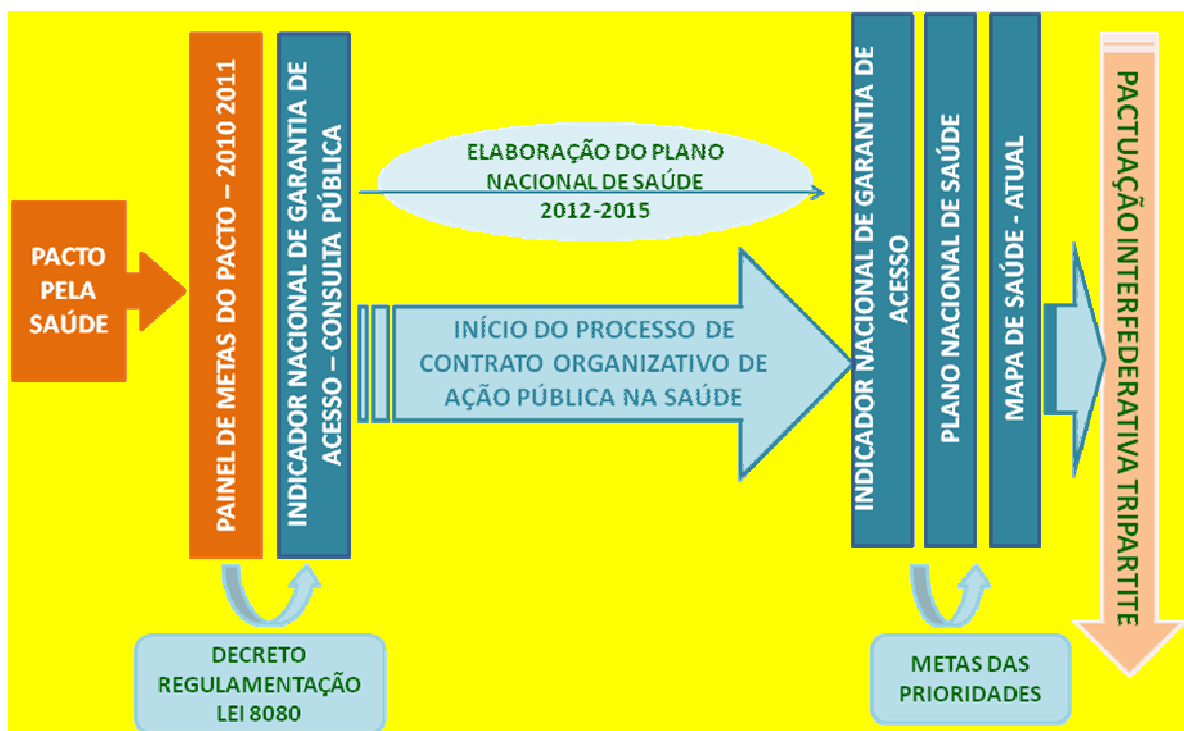
- Aplicação dos percentuais mínimos previsto na Constituição, incluindo as transferências obrigatórias da União e dos Estados para os demais entes;
- Indicadores e metas de saúde;
- Adequação das ações e dos serviços em relação às alterações realizadas na RENASES;
- Investimentos na rede de serviços e as responsabilidades pelo seu financiamento;

MAPA DE SAÚDE: DINÂMICA DE CONSTRUÇÃO



MOMENTO INICIAL - PLANEJAMENTO	MAPA DA SAÚDE REAL:	Retrato geográfico dos equipamentos, serviços, profissionais de saúde e demais elementos, associado a análise da situação de saúde do país por setor censitário, município, região de saúde e estado.
MOMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO	MAPA DE METAS DA SAÚDE:	Retrato da situação a ser buscada (imagem-objetivo), expressa em metas de saúde, estabelecidas à luz de critérios sanitários, epidemiológicos, demográficos, econômicos e sociais, as quais devem ser alcançadas dentro de um marco de tempo definido no contrato de ação pública.

FORTALECIMENTO DO PACTO FEDERATIVO



FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL E DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

- Fomento à Implantação de Conselhos Locais de Saúde e envolvimento dos mesmos na Contratualização com as Equipes;
- Valorização e Apoio à implantação de dispositivos de Participação e de consideração da Opinião e Satisfação do usuário na organização dos serviços e definição da política;
- Implantação do Sistema Nacional de Avaliação de Satisfação do Usuário;
- Implantação do Portal de Transparência do SUS com:
 - Informações e Indicadores que facilitem a avaliação da Sociedade
- Realização de Pesquisa de Satisfação dos Usuários (Linha de Base) em todas as Capitais e Cidades com mais de 500mil habitantes.

VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

- Valorização do Campo de Práticas, de Conhecimento e do Fazer Saúde da Família
- Oportunidade:
 - A imensa maioria dos profissionais trabalharão algum período na Saúde da Família;
 - A maioria destes farão residência ou especialização;
 - Poderão ter tele-consultores e tutores especialistas em saúde da família;
 - A Graduação terá que ser haver com este novo contexto.
- Necessidade de Fomentar Comunidades de Práticas e de Produzir Conhecimentos, Socializar Experiências (PMAQ vai ser uma Lupa nesse sentido);
- Necessidade de fazer vigoroso processo de Desprecarização das Relações de Trabalho, Regularização dos Vínculos e Garantia dos Direitos Trabalhistas e Previdenciários;
- Ampliar formas de inserção do Médico de Família em áreas com boa oferta destes profissionais;

- Apoio às Gestões Municipais e Estaduais para implantação e qualificação de Carreiras Municipais ou Regionais com Gestão Compartilhada e Mobilidade;
 - Apoio Técnico e Cooperação Horizontal;
 - Valorização no PMAQ;
- Indução à implantação de Ganhos relacionados a Desempenho, Resultados, Formação e Esforço de Desenvolvimento Profissional;
- Ampliação da Oferta de Residência e Especialização em Saúde da família com vias à Universalização da Oferta;
- Curso de Formação de Técnicos de Enfermagem e de Saúde Bucal;
- Formação dos Agentes Comunitário de Saúde.

AÇÕES INTERSETORIAIS VISANDO UMA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (2011)

- Plano junto a Associação Brasileira de Indústrias de Alimentos (ABIA) para Redução do Sódio e das Gorduras;
- Projeto Academia da Saúde;
- Qualificação e Re-estruturação do Programa Saúde na Escola;
- Política de Alimentação e Nutrição;
- Plano Nacional de Redução da Obesidade;
- Plano Nacional de Controle das Doenças Crônicas;
- Plano Brasil sem Miséria.

ACADEMIAS DA SAÚDE

- Desenvolvimento de Atividades Culturais, Físicas e Práticas Corporais com gestão social e participação intersetorial;
- Investimento na Construção de Módulos: Pista de Caminhada; Sala de Práticas Corporais, Danças e Orientação individual; Aparelhos de Ginástica; Espaço Coberto para Convivência. Máximo de 180 mil reais em 3 parcelas;
- Recurso de Custeio:
 - Município sem NASF: recurso SVS 36 mil reais ano;

Municípios com NASF: até 3 Pólos por NASF e 3 mil reais mês para cada uma;

Compromisso: Cadastrar mais um Profissional (Professor Educação Física, Nutricionistas, etc.).

POLO ESTRUTURA DE APOIO



Foto meramente ilustrativa.

Sala de vivência: atividades coletivas relacionadas as práticas corporais/ atividade física, artes (teatro, música e artesanato, automassagem e reuniões de grupos).

Área de passagem: acesso aos ambientes internos.

Sala de acolhimento: procedimentos de avaliação e prescrições.

Depósito: guarda de materiais.

POLO ÁREA LIVRE



Foto meramente ilustrativa.

- Destinada às atividades coletivas.
- A sua estrutura é multiuso proporcionada por furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos.
- Possui um dos lados preenchido com barras fixas para apoio a exercícios físicos.

POLO ÁREA DE EQUIPAMENTOS

* Foto meramente ilustrativa.



Flexores de braços horizontais "marinheiro".

* Foto meramente ilustrativa.



Barras verticais para flexão de braços em diferentes alturas.

* Foto meramente ilustrativa.



Espaldar

Pranchas para abdominais com várias angulações.



PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UBS

- Diagnóstico Progressivo:
 - Pesquisa Amostral UFMG (realizada 2008);
 - Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS) IBGE (realizada em 2009);
 - Estimativa Rápida Ministério da Saúde
 - Programada para o mês de maio
 - Censo de todas UBS do Brasil
 - Contratação e preparação em maio e junho.
 - Realização, por Etapas, nos meses de julho, agosto e setembro.
- Programa de Requalificação das UBS;

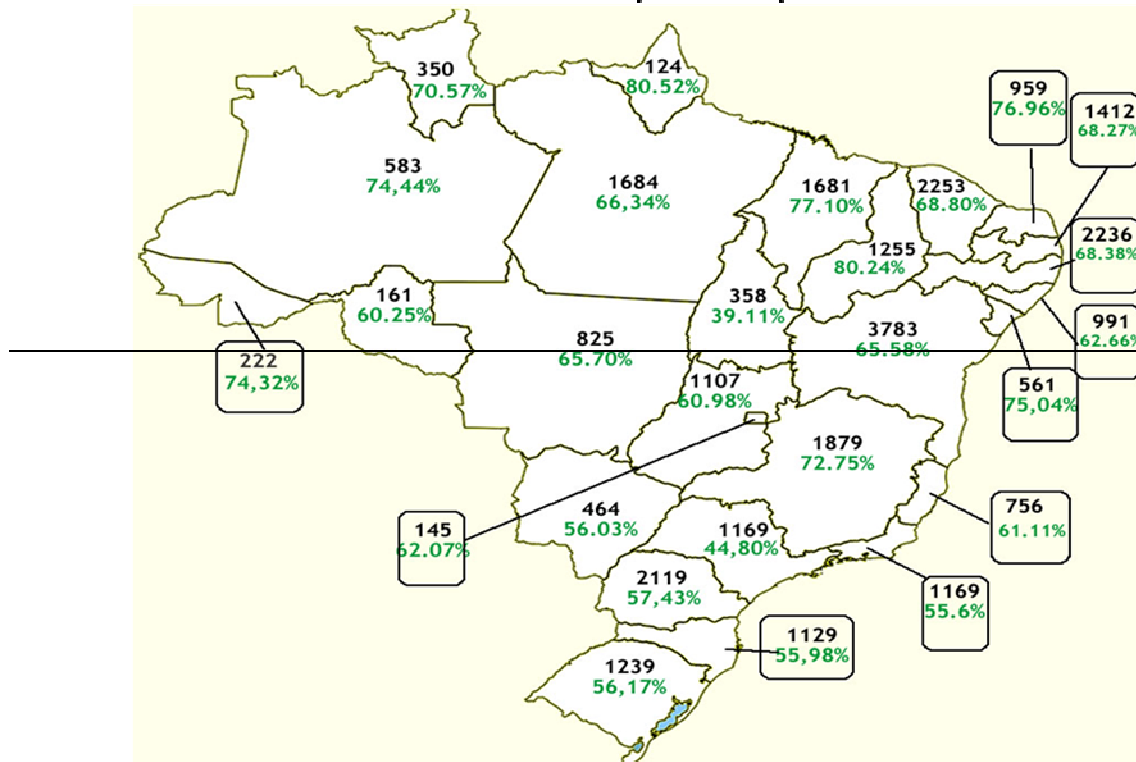
DIAGNÓSTICO:

Pesquisa Amostral (10% do universo) realizada pela Faculdade de Ciências Econômicas UFMG em 2008:

- Percentual de UBS que apresentam Estrutura Mínima
 - 25,4% da amostra: UBS adequadas
 - 74,6% da amostra: UBS inadequadas
- Percentual de UBS próprias ou alugadas:
 - 79,4% da amostra: UBS com instalações próprias
 - 2,3% da amostra: UBS cedidas ou emprestadas
 - 18,3% da amostra: UBS alugadas
- Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS) IBGE 2009:
- Reúne uma série de dados, tais como:
 - Número de Consultórios, Presença de Sala de Vacinação, Sala de Observação e Metragem total das UBS
- Norma da ANVISA (RDC 50/2002) define parâmetros mínimos para autorização de funcionamento de uma UBS
 - A metragem mínima de UBS, considerando as especificações da RDC, é de 153,42 m²
- O Ministério da Saúde trabalhou os micro-dados da AMS-IBGE e identificou que em todo o país:
 - 26,4% das UBS existentes estão adequadas à metragem da RDC
 - 73,6 % das UBS existentes não estão adequadas à metragem da RDC.

Estudo realizado pela UFMG – 2008 mostrou que a amostra era inadequada, se analisada a RDC. Cerca de 74 % das unidades são inadequadas se consideradas as metragens.

UBS Totais e % de Inadequadas por Estado



AMS IBGE - 2009

Realização de exames	Percentual
Sim	0,00
Não	100,00
Total	100,00

Fonte: AMS2009

Coleta para exames	Percentual
Sim	45,54
Não	54,46
Total	100,00

Fonte: AMS2009

Pronto-Atendimento/Urgência	Percentual
Sim	11,14
Não	88,86
Total	100,00

Fonte: AMS2009

Sala de Repouso/Observação	Percentual
Sim	19,45
Não	80,55
Total	100,00

Fonte: AMS2009

Serviço de dispensação de medicamentos	Percentual	Consultório Odontológico	Percentual
Nenhum Serviço	25,53	Sim	37,00
Com Serviço	74,47	Não	63,00
Total	100,00	Total	100,00

Fonte: AMS2009

Fonte: AMS2009

Existência de computadores	Percentual	Computadores conectados à Internet	Percentual
Sim	37,00	Sim	17,39
Não	63,00	Não	82,61
Total	100,00	Total	100,00

Fonte: AMS2009

Fonte: AMS2009

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

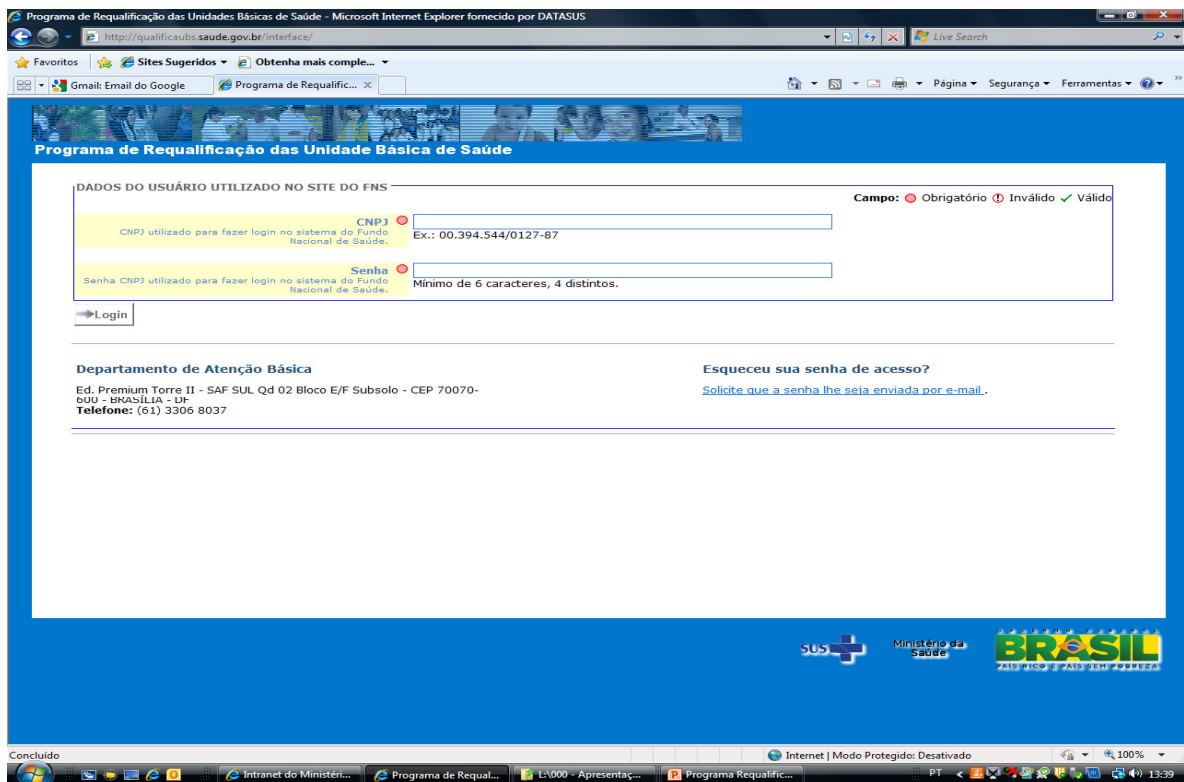
DIAGNÓSTICO PROGRESSIVO:

Estimativa Rápida Ministério da Saúde:

- Contatar todos os Municípios do país (meio eletrônico e contato telefônico) para que preencham Sistema WEB de informações sobre UBS;
- Sistema Próprio do Fundo Nacional de Saúde/DATA-SUS no qual o gestor municipal tem senha para acessar e cadastrar;
- **Período de Realização:** de 18 de maio a 12 de junho (Prorrogado até dias 30 de junho).

Informações:

- Ativa ou não;
- Própria ou Alugada;
- Tem ou não documento comprobatório de posse do terreno;
- Metragem Total da Área Construída;
- Quantidade de RH em atuação;
- Datas de Construção e da Última Reforma.



Censo de todas as UBS do Brasil

- Objetivos

Conhecer o grau de inadequação das UBS;

Identificar os tipos de intervenções necessárias:

Reforma, Reforma/Ampliação ou Substituição

Levantar informações para definir priorização requalificação;

Estratégia: convênio de cooperação com universidades Federais.

Meta: 100% das UBS até 2012

2011	2012
30%	70%

MELHORIA DA INFRA-ESTRURA E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA AB

- **Todas as UBS do Brasil no Plano Nacional de Banda Larga;**
- **Pesado Investimento em Informatização** das UBS;
- Educação a Distância e Telessaúde no espaço de trabalho;
- Implantação do Cartão Nacional de Saúde;
- Unificação dos Sistemas de Informação;
- Registro Eletrônico do Usuário;
- Disponibilização de Softwares que qualifiquem o Cuidado:
 - Gestão do Cuidado
 - Análise de Vulnerabilidade
 - Planejamento e Programação das Ações
 - Gestão da Agenda

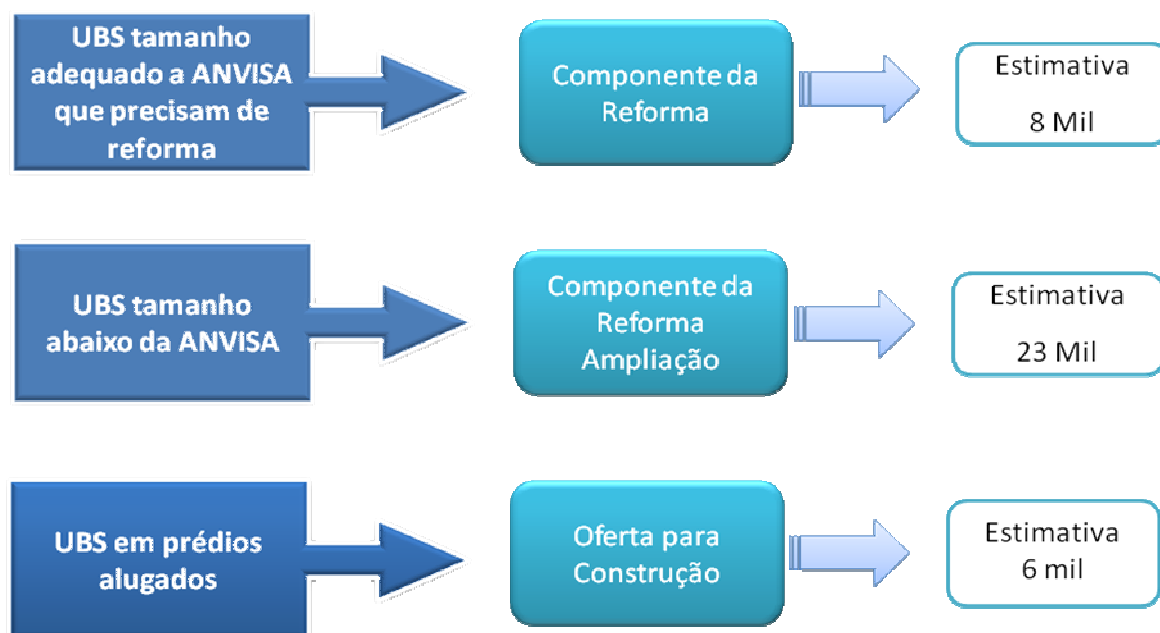
PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UBS

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO:

- Publicação de Portaria que Disciplinará o Programa;
- Abertura do Programa para Cadastramento de Propostas através de Sistema Específico de Cadastramento e Acompanhamento das Obras;
- Repasse: Fundo a Fundo em 2 parcelas, na qual a 2ª ocorre já após a ordem de serviço;
- Acompanhamento: Através do SIMIS + Fiscalização *in loco* + Relatório de Gestão e Órgãos de Controle;
- No caso de não execução: dispositivo que desconta valor no repasse de Atenção Básica do Município.

3 Componentes: Reforma, Ampliação e Construção

Diagnóstico Progressivo



Existe atualmente um Plano de reforma até 2014 de construção de 8 mil unidades de saúde próprias. Além disso, construir até 2018 cerca de 6 mil unidades a fim de renovar a rede física.

Em MG há uma comunidade de praticas em relação as ações intersetoriais que aproxima a universidade das unidades através de prefeituras o que mostrou que os profissionais precisam de apoio. As universidades possuem dificuldades para abordar este tema (suporte para as gestões municipais). Aqui encaminho minha segunda questão aos participantes da Rede: **Como a Rede de Pesquisa em APS pode pensar estratégias, alternativas, para abordar esta temática e proporcionar suporte às gestões municipais?**

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

COMPONENTE REFORMA

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO.

- **Portaria:** normatização do programa
- **Componentes:** reforma, ampliação e substituição (construção)
- **Instrumento:** Sistema web específico (SIMIS)
 - Cadastrar proposta
 - Acompanhar as obras
- **Repasse:** fundo a fundo em 2 parcelas, na qual a 2ª ocorre já após ordem de serviço
- **Monitoramento**
 - Sistema web - SIMIS
 - Empresa Contratada (Fiscalização *in loco*)
 - Entrega do relatório de gestão
 - Controle interno e controle social
- **Prazo:** 1 ano para execução.

Quando da não execução:
Desconto no valor do repasse do Piso de Atenção Básica do Município

- **Critérios de inclusão das UBS para o componente**
 - Imóvel não alugado
 - Apresentar metragem mínima de 153,42 m²
 - Necessita de reforma
- **Critérios de priorização do componente pelo MS**
 - Ministério define valor por Estado em função do:
 - PIB *per capita*
 - Percentual de população em pobreza extrema
 - Percentual de UBS inadequadas
 - Em cada Estado se definirá o valor por Município em função dos mesmos indicadores
 - Gestor indica em ordem de prioridade a cronologia da obras em seu município

Estimativa de
8.000 UBS

Município seleciona no sistema serviços de reforma que pretende realizar por UBS

- **Sistema define valor do repasse conforme padrões respeitando mínimo e máximo**
- **Reforma:**
 - Mínimo de R\$ 30 mil
 - Máximo de R\$ 150 mil
 - Média: R\$ 60 mil

COMPONENTE AMPLIAÇÃO/REFORMA

- **CrITÉrios de inclusão das UBS para o componente:**
 - Imóvel não alugado
 - Apresentar metragem menor que 153,42 m²
 - Necessitar de ampliao
 - Ter sido visitada pelo Censo para detalhamento de condições
- Estimativa de
23.000 UBS
- **CrITÉrios de priorizao do componente pelo MS**
 - MinistÉrio define valor por Estado em função do:
 - PIB *per capita*
 - Percentual de população em pobreza extrema
 - Percentual de UBS inadequadas
 - Em cada Estado se definir o valor por MunicÍpio em função dos mesmos indicadores
 - Gestor indica em ordem de prioridade a cronologia da obras em seu municÍpio

MunicÍpio seleciona no sistema módulos para ampliao e serviços de reforma por UBS

- **Sistema define valor do repasse conforme padrões respeitando mÍnimo e máximo**
- **Reforma:**
 - MÍnimo de R\$ 50 mil
 - Máximo de R\$ 250 mil
 - MÉdia: R\$ 90 mil

PROGRAMA DE REQUALIFICAO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

- Impacto na Melhoria das **Condições de Trabalho**, da **AmbiÊncia e Humanização**;
- Conceito de UBS que **Acolhe, Educa** e faz **1º Atendimento às UrgÊncias**;
- UBS maior com mais Consultórios e espaço para Educação ;
- Ambiente Acolhedor:
 - Sala de Recepção ampla e Sala especÍfica para escuta qualificada e com privacidade;
- Sala de Observação (AMS - 19% das UBS):
 - Sala com duas macas, equipamentos e medicações injetáveis.
- **Banda Larga e Informatização** de todas as UBS (MAS – 17% conexão):

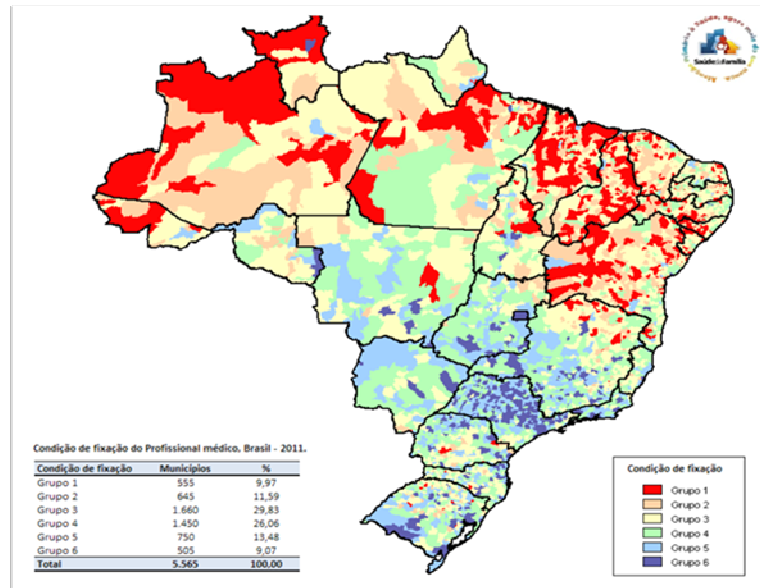
Conexão que facilite EAD e Telessaúde e Disponibilização de Softwares que qualifiquem a Atenção à Saúde

ACESSO E QUALIDADE

SAÚDE: DIREITO DE TODOS EM TODOS OS LUGARES

- **Garantir Acesso Universal Efetivo;**
- **Combinar Estratégias Regulatórias, Educacionais, Financeiras e de Apoio Técnico e Profissional para garantir a “Saúde em Todos os Lugares”;**
- **Mapa da Necessidade de Especialidades Médicas por Regiões;**
- **O Mapa vai Orientar a Abertura de Vagas só onde há necessidade;**
- **Investir na Qualidade da Formação e no Fortalecimento do papel do Generalista;**
- **Fortalecer Iniciativas junto ao MEC para mudança Graduação: Pro-Saúde Pet-Saúde, etc;**
- **Saúde em Todos os Lugares;**
- **Trabalho de Relevância Social que agrega diretos a quem realiza;**
- **Desconto na Dívida do FIES (1% ao mês – no mínimo 1 ano);**
- **Pontuação Especifica na Residência para Médicos que atuem na Saúde da Família;**
- **Ofertar a todos Residência e Especialização em Saúde da Família;**
- **Oferta de Telessaúde com 2º Opinião Formativa, Apoio Diagnóstico e Tutoria à distância.**

Saúde em Todo Lugar



- Formatos Específicos das Equipes para localidades de difícil provimento e fixação dos profissionais;
- Comunidades Ribeirinhas;
- Áreas Rurais e de difícil acesso;
- Plano Brasil sem Miséria:
 - Construção de UBS e geração de emprego;
 - Saúde da Família e Saúde Bucal Especializada;
 - População de Rua – Consultórios e Rua;
 - Papel dos Agentes Comunitários na Inclusão Social.

MAIS QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE NA AB

- Segunda Opinião Formativa e Apoio Diagnóstico às ESF através do “Telessaúde Redes”
 - Desenho construído a partir das Regiões de Saúde, sob Gestão Municipal-Regional e de acordo com as necessidades das Equipes;
 - Apoio para Implantação e Matriciamento das Universidades;

Qualificação da AB e ampliação do Acesso à Atenção Especializada;

Combinação de 2º Opinião Formativa com Apoio Diagnóstico

- **Núcleos de Apoio à Saúde da Família:**
- Fortalecimento e Ampliação expressiva do número de NASF e do Escopo de Ações:
- Ampliação do número de Municípios que podem credenciar (de 870 para aproximadamente 4.524 municípios)
 - NASF 1 = ou > 8 equipes
 - NASF 2 + NASF 3 = NASF 2 = ou > 3 equipes
 - Articulação dos mesmos à Academia da Saúde
- NASF articulado à Academia da Saúde

AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE

- Implantação do **Acolhimento** nas UBS
- Equipes de AB para População em situação de rua: **Consultórios de Rua**
 - Integrado à Política de Combate ao Crack;
 - Equipe de Atenção Primária que cuida desta População que tem Necessidades de Saúde específicas (Drogadição, Saúde Mental, Infeciosas, Dermatológicos, Saúde Bucal, Escoriações, Inclusão Social).
- Equipes de **Atenção Domiciliar** integradas à Atenção Básica e à Política de Urgências/Emergência
 - Aproximadamente 34 mil reais mensais
 - Equipes de Apoio Especializado (6 mil mensais)

QUALIFICAÇÃO DA AB

- A Combinação de:
- Atenção Básica Acessível, Legitimada e Resolutiva
 - Avanço na Identificação de Necessidades de Saúde, Planejamento e Programação das Ações e Gestão do Cuidado

Implantação de Microprocessos de Regulação associados aos Macroprocessos

Apoio à Resolutividade da Atenção Básica (Apoio Matricial, Telessaúde, Apoio Diagnóstico)

Cartão Nacional de Saúde

Contrato Organizativo de Ação Pública

- Nos Permitirá avançar na Gestão e Coordenação do Cuidado ao longo de toda a Rede Progressiva de Cuidados
- **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**
Componente de Qualidade
PAB Variável

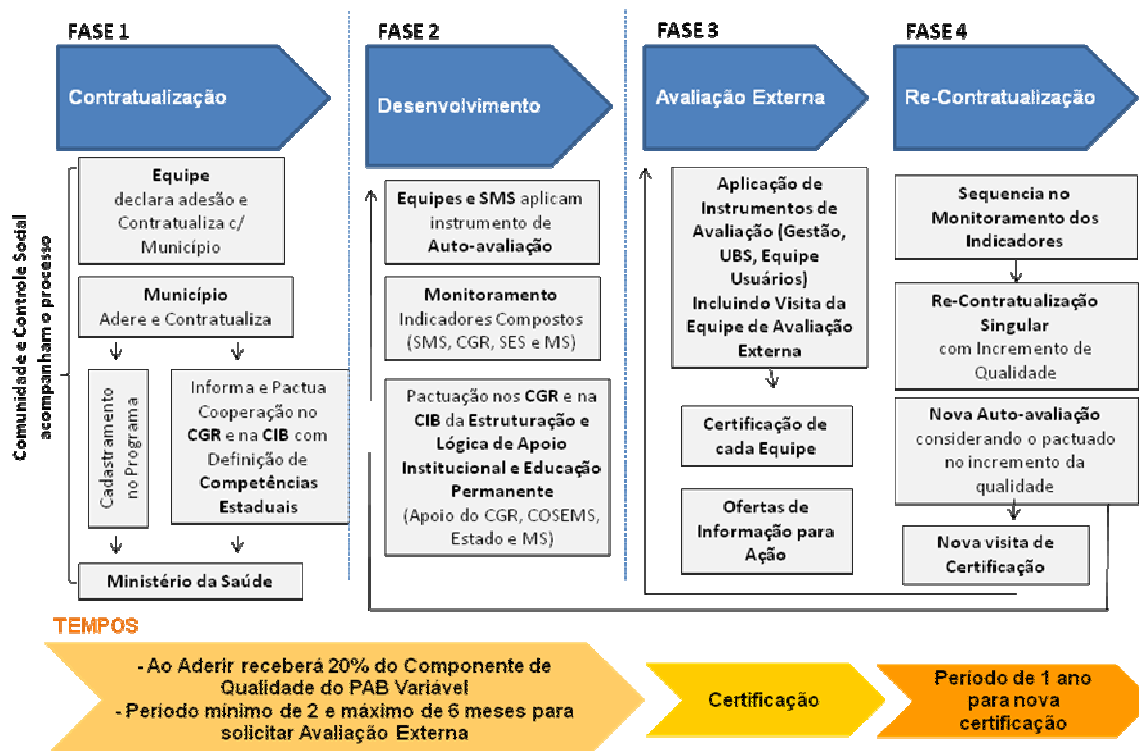
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB

- **Objetivo:** Apoiar Tecnicamente e Induzir Economicamente a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, garantindo um Padrão de Qualidade comparável e passível de acompanhamento público
- **Universo:** Toda a Atenção Básica (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica que se encaixem nos Parâmetros Mínimos definidos pelos princípios da Atenção Básica Nacionais e Internacionais)

QUALIFICAÇÃO DA AB

- **Objetivos Específicos:**
- **Envolver, Mobilizar e Responsabilizar** Gestores Estaduais, Municipais e Locais, Equipes e Usuários num Processo de Mudança de Cultura de Gestão e Qualificação da AB
- Desenvolver **Cultura de Negociação e Pactuação** que promova **Processo de Contratualização** que implique na Gestão dos Recursos em Função dos Processos e Resultados Pactuados
- Estimular a **Mudança** efetiva do **Modelo de Atenção**, o **Desenvolvimento dos Trabalhadores** e a Orientação dos Serviços em função das **Necessidades e Satisfação dos Usuários**

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO DE DA QUALIDADE



QUALIFICAÇÃO DA AB

- **Processo de Avaliação:**
 - **AVALIAÇÃO DE APOIO À GESTÃO:**
 - **Avaliação da Satisfação dos Usuários:**
 - Linha de Base em todas as Capitais e Municípios com mais de 500 mil habitantes
 - Avaliação dos Usuários no Território da UBS e na Sala de Espera
 - **Avaliação dos Trabalhadores das Equipes**
 - Condições de Trabalho
 - Apoio Diagnóstico e Terapêutico e integração com o conjunto da Rede, Coordenação do Cuidado
 - Sobre a Gestão
- Monitoramento Indicadores: Acompanhamento e Avaliação dos Indicadores Compostos (SIAB) – relação com Indicador Nacional de Acesso e Qualidade;

Acompanhamento da Contratualização com Gestão Municipal:
Elementos Contratualizados pela SMS na 1ª Fase;

Aplicação de Instrumento de Análise das Condições das UBS;

Avaliação dos Equipamentos Disponíveis;

Avaliação Perfil e Educação Permanente das Equipes: são especialistas? têm processo de educação permanente? Etc.;

Avaliação de Elementos da Gestão do Trabalho: direitos trabalhistas, carreira, remuneração ligada a desempenho;

Avaliação do Processo de Trabalho com foco nos Princípios da AB, Linhas de Cuidado Prioritárias e Qualificação das Práticas de Cuidado;

Avaliação de Implantação de Processos de Qualidade e Resultados: acolhimento; estratificação de risco; ampliação do acesso; agenda em função de diagnóstico de saúde e necessidades; Plano de intervenção no território; projetos terapêuticos singulares; intervenção familiar; práticas integrativas, etc.;

NO PRIMEIRO CICLO:

- **Extratos de Municípios Semelhantes:** ao contrário de comparar os municípios com uma média nacional eles serão distribuídos em extratos que levam em conta:

População;

PIB per capita;

População em Extrema Pobreza;

População com Bolsa Família;

% de População sem Plano de Saúde;

Densidade Demográfica;

- **No Segundo Ciclo,** após a Certificação e Nova Contratualização teremos:

Aprofundando a Equidade: a partir do resultado concreto, identificação de tendências para ponderar médias em termos de região, porte do municípios, área de localização das UBS etc.

Da Fotografia para o Filme: ao Desempenho Comparado com os pares será acrescido a Evolução do próprio Desempenho

Assim, o esforço e uma melhora acima da média poderá compensar em parte uma situação inicial abaixo da média

Do Geral para o Singular: o Município poderá fazer opções para o incremento na Re-Contratualização dentro de Prioridades justificada pelos indicadores e pactos da Região

QUALIFICAÇÃO DA AB

○ FASE 3: CERTIFICAÇÃO

(Componente de Qualidade do PAB: R\$ 6.500,00 e eq c/ SB R\$ 8.500,00)

Cada Equipe da UBS será Classificada da seguinte maneira:	
Desempenho Insatisfatório: Resultado < -1 desvio padrão (DP) da média	Perde os 20% do Componente de Qualidade e Assume Termo de Ajustamento
Desempenho Regular: -1DP < Resultado < média	Mantem os 20% do Componente
Desempenho Bom: média < Resultado < +1DP	Amplia de 20% para 60% do Componente de Qualidade
Desempenho Ótimo: Resultado > +1DP	Amplia de 20% para 100% do Componente de Qualidade

Aumento dos Repasses do PAB Fixo e Variável para Competência Maio de 2011

AUMENTO EQUITATIVO DO PAB FIXO

- **Crítérios:**

- PIB per capita

- % de pessoas na extrema pobreza ou % de família nos Bolsa Família – o que for maior

- % de Pessoas sem Plano de Saúde

- Densidade Demográfica

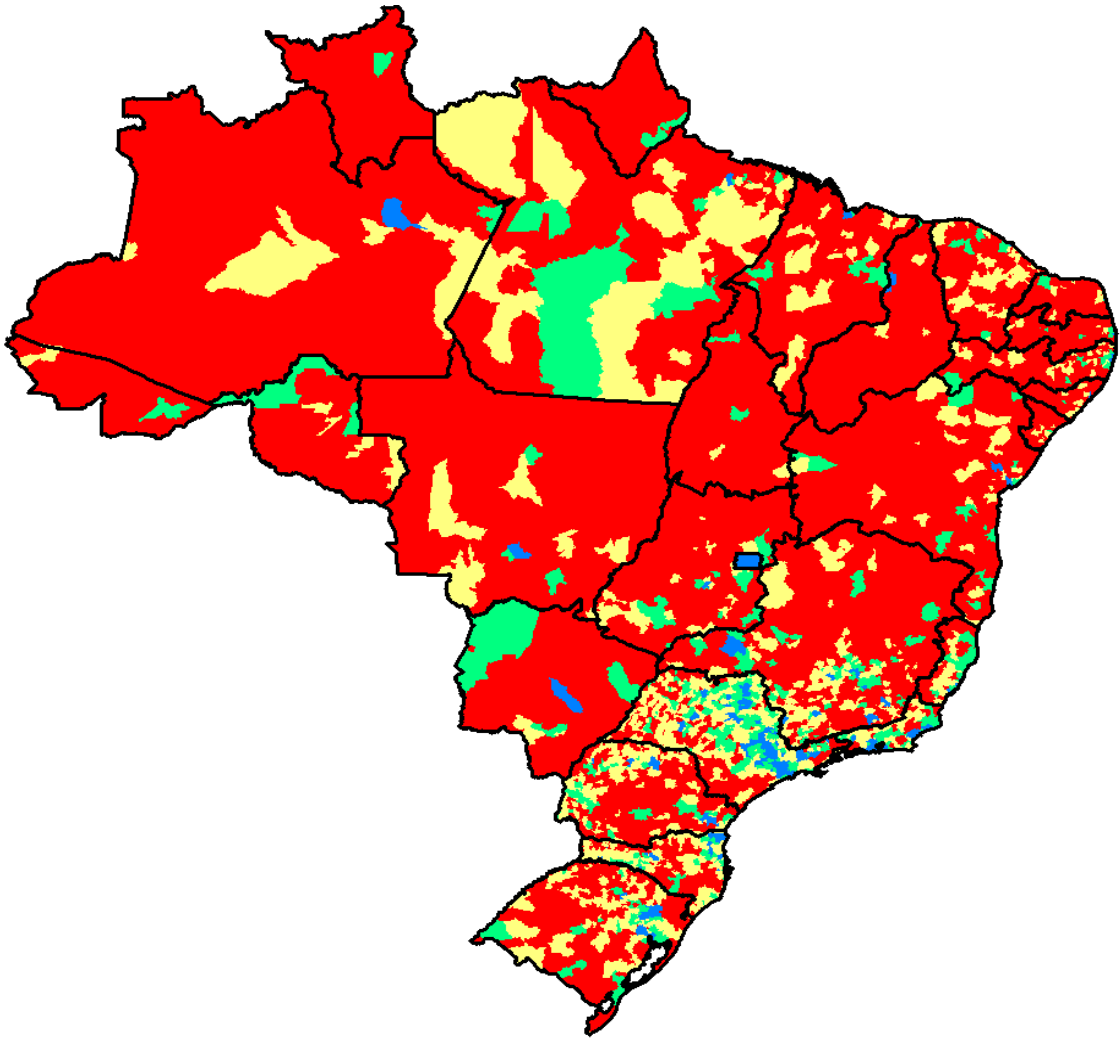
- Todos os Indicadores variam de 0 a 10
0 é atribuído ao municípios com pior indicador e 10 ao de maior indicador
- Soma-se todos e se divide por 5 chegando a um número também de 0 a 10

Distribuição

- **Grupo I:** os 70,1% com piores indicadores excluídos os municípios com mais de 50 mil habitantes
- **Grupo II:** os 20,1% seguintes com piores indicadores excluídos os municípios com mais de 100 mil habitantes
- **Grupo III:** os 7% seguintes com piores indicadores excluídos os maiores que 500 mil habitantes
- **Grupo IV:** os 2,8% com melhores indicadores e municípios com mais de 500 mil habitantes

PAB FIXO

DESCRIÇÃO	Nº Mun.	% Mun.	Valor 2010	Valor 2011	Aumento
Grupo I	3.903	70,1	18	23	26%
Grupo II	1.116	20,1	18	21	16%
Grupo III	390	7,0	18	19	5%
Grupo IV	156	2,8	18	18	0%



AUMENTO EQUITATIVO DO PAB FIXO

- Impacto Anualizado de 340 milhões
- Mais 30 milhões por congelar o PAB dos Municípios que perderam remuneração.

Aumento dos Repasses do PAB Variável

PAB VARIÁVEL

TIPO	VALOR 2010	VALOR 2011	AUMENTO
Agente Comunitário de Saúde	714	750	5%
Equipe de Saúde Bucal Mod. 1	2.000	2.100	5%
Equipe de Saúde Bucal Mod. 1	3.000	3.150	5%
Equipe de Saúde Bucal Mod. 2	2.600	2.800	8%
Equipe de Saúde Bucal Mod. 2	3.900	4.200	8%
Equipe de Saúde da Família	6.400	6.700	5%
Equipe de Saúde da Família	9.600	10.050	5%
Componente de Qualidade ESF	-	6.500	-
Componente de Qualidade ESF+ESB	-	8.500	-

AUMENTO DO PAB VARIÁVEL

- Impacto Anualizado de 373 milhões
- PMAQ:
- 2011: aproximadamente 200 milhões
- 2012: aproximadamente 1 bilhão

FORTALECIMENTO DA GESTÃO E MAIS RECURSOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

- Fomento à Estruturação das Regiões de Saúde com Apoio ao Desenvolvimento da Gestão Compartilhada;
- Repactuação Tripartite do Financiamento DA Atenção Básica (PAB – SUS);
- Ampliação do Financiamento Federal;

- Só com as mudanças no PAB feitas esse ano serão aportados mais 1 bilhão de reais no PAB para custeio da Atenção Básica (crescimento de 13%);
- Avanço na Pactuação de Responsabilidades no SUS - Contrato Organizativo de Ação Pública – que preverá metas de expansão, investimento e custeio para a Atenção Básica;
- Plano Plurianual: crescimento progressivo do financiamento!

O desafio está proposto!!

Faço aqui uma provocação: alguns lugares implantam cursos de formação de teleconsultores. Entretanto, não são as universidades que fazem este trabalho. Seria, portanto, importante que as universidades assumissem este matriciamento. Estratégias de EP para os gestores seriam muito importantes.

Qual seria então o papel dos atores presentes nos territórios em relação a fase dois?

O Momento final possui duas dimensões:

Dimensão 1 é a avaliação externa (certificação e avaliação de gestão e profissionais fazem nas linhas de cuidado e dificuldades).

Dimensão 2 é a recontractualização (componente de qualidade PAB variável)

Para este ano convoca-se as universidades a construir e pensarem a montagem deste desenho para financiamento variável da AB no SUS. Margem para novas pesquisas que triangulem métodos.

Há um interesse de parceria entre a rede e o DAB.

Censo que visitará todas as unidades básicas do Brasil e faço aqui um pedido à rede. Acredita-se que há universidades que possuem experiência com esta oportunidade. Queremos que esta parceria seja com as universidades para produzir este censo.

DEBATE

→ **Jairo Gonçalves**, médico de família da Bahia, fundação estatal saúde da família. Tive o conhecimento de uma portaria de dezembro de 2010 a qual dizia que haveria incentivo de 1000 reais a eSF que tivesse médico de família especializado em Saúde da Família devidamente registrado. O portal do MS dizia que a intenção deste incentivo era que os médicos fizessem prova de título ou residência em saúde da família. Foi dito que isso começaria a valer a partir deste ano e não consigo informações neste sentido. Qual a posição atual do MS em relação a esta questão?

Vou falar da política durante o evento. Só que a idéia maior é conversar sobre as possíveis colaborações dos presentes no desenho posto. Mas em relação a portaria, vamos fazer um financiamento por partes e um financiamento global, sendo que este ultimo foi a opção. Não se trabalhara por desenhos partidos, mas sim por global. Considera-se também a especialização de vários profissionais, não apenas do medico. A formação técnica do auxiliar de enfermagem, da eSB, dos enfermeiros, ou seja, de todos os profissionais. Todas as portarias anteriores a 648 serao suspensas a fim de serem agregadas a nova portaria. Isso vem como escopo da melhoria e qualidade.

→ **Guilherme**, médico de família em BH. Não faço parte da Rede de Pesquisa. Posso duas perguntas: no inicio você falou sobre outros modelos de organização da APS. Que modelos são estes? Há relação com a flexibilização. Este financiamento das reformas, de onde vem? Do governo?

→ **Erno** Integrante do comitê coordenador -UFRGS. Os indicadores que o DAB pensa em utilizar, tanto para representação das UBSs que consegui identificar algumas na reunião da Câmara Técnica, desconheço os indicadores da qualidade, mas fico preocupado com quais serão os indicadores? As UBSs tradicionais, em nenhum estudo foram superiores a ESF. Ninguém aqui seria capaz de propor um conjunto de indicadores ideal, mas acho que todos podem contribuir para fazer um conjunto de indicadores que se aproxime. Acredito que este grupo pode qualificar os

potenciais indicadores que vocês pensam utilizar. Concordo muito com a política de avaliar pela qualidade, mas me preocupa muito qual a avaliação da qualidade, pois não conheço indicadores. Há um potencial de perversidade de indicadores. Há um potencial de que as equipes perseguirem apenas alguns indicadores até conseguir responder ao processo de qualificação e não trazer para comunidade melhoria de qualidade. Neste contexto me preocupa que se estes indicadores não estão bem selecionados, representa de verdade os princípios da APS, estaremos financiando unidades que fazem um trabalho muito aquém do que uma população precisa. A minha proposta é que tenhamos um encontro específico para discutir os indicadores com alguma antecedência. Proponho que este grupo seja um grupo consultivo de indicadores (presencialmente ou virtual) para discutir os indicadores).

→ **Túlio Batista Franco**, Universidade federal fluminense. Acho louvável que em pouco tempo esta equipe do MS tenha conseguido construir um diagnóstico situacional da AB, se não completo, é suficiente para dispararmos linhas de ação bastante fortes e importantes para iniciar o processo e colocar a APS como prioridade. Reconhecimento de que no nosso país não se possa ter um modelo único para AB, visto sua dimensão territorial. Quando foi lançado o PSF, construímos uma análise do PSF e falamos que não seria possível construir um modelo único para um país deste tamanho. Na portaria do MS estava previsto um modelo similar. Niterói tinha um modelo similar, que era o médico de família, Betim também e também Chapecó. Ou seja, reconhecer que a AB funciona em uma multiplicidade de possibilidades e que deu um resultado, que tenha acolhimento, vínculo, projetos terapêuticos. O PSF será prioridade. Outra questão é que existem muitas unidades de saúde da família que não funcionam. A EP é um dispositivo que tem que ser disparado em larga escala e a educação a distância terá que ser utilizada.

→ **Luciano Bezerra Gomes**, Universidade Federal da Paraíba – Na Paraíba, o curso de medicina da UFPB há processo de intensa integração ensino –

serviço. Há residência em Medicina de família e comunidade desde década de 70, residências multiprofissionais, PET Saúde em varias modalidades, ou seja, temos boa bagagem neste sentido. Há duas grandes áreas que temos interesse em participar para contribuirmos. O Primeiro é no campo da formação, pois no momento foi aprovado um processo de formação intenso que faremos em todas as instituições de ensino, mas com nossa coordenação, da UFPB, de formação a nível de especialização presencial para 1350 pessoas envolvidas com AB na Paraíba. Estamos abrindo 1000 vagas para equipes, (médicos, enfermeiros e dentistas), para 100 gestores municipais, 150 vagas para apoiadores matriciais e para 100 apoiadores das gerenciais regionais. Totalizando então 1350 pessoas no âmbito do estado, envolvidas com especialização semipresencial. Haverá processo intenso de pessoal, tecnologia, com importante impacto na Paraíba que possui 90% de cobertura de Saúde da Família, boa parte dos municípios que só possuem SF, até mesmo pelo porte dos municípios.

O segundo é a implantação do Telessaúde. Temos aprovação da CIB na Paraíba e o projeto foi construído em parcerias entre a UFPB, Universidade Federal de Campina Grande, Universidade Estadual da Paraíba e SES. Temos aprovação da portaria anterior, mas temos feito discussões para ver como será feito na lógica de financiamento da SAES. Quero aqui colocar que temos total abertura para desenvolver parcerias nesta e em outros pontos aqui colocados.

→ **Alexandre Melo**, médico de família e comunidade, atualmente no Rio grande do Sul - Minha questão é mais uma preocupação. Semana passada assisti a uma apresentação de defesa de mestrado do Alexandre Medeiros e ele fez uma avaliação da concordância entre os instrumentos do AMQ e um instrumento do município de Curitiba. Acho que uma grande preocupação é quanto estamos investindo de dinheiro público nos instrumentos de avaliação que na verdade não dão conta do que queremos avaliar. Minha preocupação é sobre como podemos participar da construção destes instrumentos de avaliação para que realmente possam ser fidedignos do que se quer avaliar. Meu questionamento é no sentido de construir juntamente com o MS e com o DAB instrumentos de avaliação que

possam potencializar o conjunto da avaliação. Até para que esta avaliação tenha validade para APS nas varias Unidades de Saúde e que possamos avançar na melhoria para o usuário do SUS.

→ **Maria Cristina** –Integrante comitê coordenador –Curitiba- Minha preocupação é com a criação do no PAB SUS. Desde que o PAB foi instituído pela NOB 96, o que ocorria é que poucas SES participavam. Era uma cultura que o recurso é federal e vários profissionais dizem que o recurso vem, porém não é suficiente, pois o PAB, tanto fixo, quanto variável não foi repassado. Sempre digo que não, não é porque o MS atrasou. Qual é a parte da SES e do município? O financiamento do SUS é tripartite. E quando foi colocado da avaliação das unidades de saúde do país todo, melhoria de avaliação do acesso, fico pensando e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)? Uma das metas prioritárias do governo Lula, e que um do CNES, uma das fichas é o RX das condições das unidades de saúde do país. Ela possui mais de 15 instrumentos. Não seria o momento de usarmos como instrumentos de gestão os sistemas de informações que temos? Por exemplo, qualquer estabelecimento de saúde só terá seu registro no CNES se de fato preencher todas as informações. Senti falta no PMAQ da participação da comunidade. Como a população verá isso? Esta avaliação chegará até a população?

RESPOSTAS: HEIDER

→ Existem 12.000 unidades de Saúde pelo CNES e não tem nenhuma equipe de saúde da família cadastrada, apenas unidades de saúde. É o que o Erno falou, é um *potpourri* de modalidades, por exemplo, unidades de Aracaju possuem pediatra. As de Belo Horizonte tem varias unidades que o Helvécio chamaria de eSF ampliadas. Tem profissionais que matriciam. Campinas tinha ginecologistas que matriciavam. Na verdade temos uma diversidade muito grande. Uso o nome de flexibilização. O que discutimos é a ampliação dos formatos para dar conta do pais. Uma discussão é na

Saúde da Família, de ampliar os formatos. Por exemplo, não se pode montar uma equipe com 6 ACS, o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem, o técnico de saúde bucal, o médico, em varias comunidades das regiões ribeirinhas da Amazônia. Chegamos a conclusão que editaríamos portaria atrás de portaria e não conseguiremos responder as singularidades dos territórios. No Norte, o debate foi uma pergunta: como vocês acham que vocês devem organizar a AB no norte? Então nossa discussão é falem como vocês acham que deve ser feita a AB e nós dizemos com quanto iremos entrar e pactuaremos com quanto de financiamento o Estado irá entrar.

Falo também de situação em que fizemos um debate que não se pode ter equipe sem médicos. Mas temo como ter algumas modalidades em que se tem o medico de suporte? O medico não é o único e nem o mais importante. Mas esta equipe não pode não ter o medico, nem o enfermeiro, mas o problema é que o medico é o mais escasso. As medidas das universidades irão impactar daqui há seis anos. Quais soluções agora para a escassez destes profissionais? Isso esta sendo discutido com propostas financeiramente interessantes, porém dosado com avaliação de mercado. Isso está dentro do âmbito da Saúde da Família. As questão das 30 horas também esta sendo discutida, pois quantos profissionais hoje não trabalham na SF porque depois de determinado momento da vida deles não querem mais trabalhar 40 horas na SF? É possível conseguir longitudinalidade da equipe com profissionais trabalhando 30 horas? Estamos dispostos a discutir isso.

Outra coisa é o que não é SF, mas sim outro modelo. Temos feito varias discussões. Estas unidades, por exemplo, até mesmo porque não conseguem garantir a longitudinalidade do cuidado, muitas vezes fazem uma contradição, pois era para o profissional enfermeiro ter autonomia maior. Até mesmo porque são os enfermeiros que fazem a gestão do cuidado. Temos um problema hoje que é a autonomia dos enfermeiros. A formação dos enfermeiros é uma prioridade central. Muito importantes não só na organização do processo de trabalho como também para garantir o cuidado longitudinal destes usuários. São unidades que possuem grande quantidade de carga horária de médicos de varias especialidades e o

enfermeiro que ali seria importante na gestão do cuidado e negociação com os outros profissionais você não tem. Estamos construindo parâmetros para que equipe que não seja saúde da família e queira participar do programa, com prazos de poder adequar. Belo Horizonte é referência em saúde da família no Brasil, mas tem varias equipes que não são saúde da família. A mesma coisa Curitiba.

O MS não está mudando a condição de que a prioridade do investimento é a Saúde da Família. Ate porque todo programa de expansão é Saúde da Família. O que dizemos é que se tem uma unidade tradicional que hoje funciona toda ruim e com péssimos resultados para população com gastos de dinheiro pelo gestor, queremos que ela melhore, pois aquela população é quem atende a comunidade. Queremos é uma melhoria da qualidade. E que tenha melhoria da qualidade dos indicadores e da satisfação do usuário.

Em relação aos indicadores, sem duvida alguma queremos fazer este dialogo de discutir os indicadores, debatendo constantemente.

A outra questão, da pesquisa populacional, que se inicia agora, com 18.000 usuários, ETAC (Entrevista Telefônica Assistida por Computador), será feita entrevista que avaliara acesso, utilização e satisfação do usuário em relação as unidades do SUS. Para cada município tem uma amostra significativa. Esta outra que eu disse, combinara desde pesquisa dos utilizadores das unidades básicas de saúde, até a visita em domicilio de um outro conjunto. O que quero dizer é que quando se pega este conjunto pelo Brasil, se pode fazer um desenho de amostra que se possa fazer inferência, por exemplo, do Estado da Paraíba. Não é só se tem significância estatística que ela é valida. Chamo a atenção para que, mesmo que tenha um usuário, ela possui valor de uso para devolver para a equipe porque as informações que os usuários nos trazem mais da perspectiva da pesquisa avaliativa ela tem é interessante devolver para este usuário. São informações que podem lançar luz aos problemas da unidade. Achamos muito importante que a opinião do usuário seja um dos elementos considerados para planejar nossos serviços. Isso não apenas na AB.

Em relação ao dito pelo Luciano, o que quero combinar é como vocês irão colocar estas pessoas em contato. Na medida em que vocês terão muitos

apoiadores e matriciadores, como combinar este desenho com o desenho do programa, para sincronizar e reforçar a procura do curso e para que este, ao mesmo tempo, sirva para construir competência nos sujeitos que estão no espaço municipal.

O PAB, do ponto de vista concreto, o MS, na melhor das hipóteses, arca com um terço do custo da AB e um ou outro município arca com mais que 60% na maioria das vezes e são 12 os Estados que colocam mesmo investimento na AB, sendo que um só que coloca a mesma quantidade do Governo Federal. Os outros todos bancam menos que 10% do financiamento. Então, é insustentável. O PAB do ponto de vista normativo é financiamento federal de bloco de financiamento federal. Não existe contrapartida as obrigações do Estado ou município. É diferente do financiamento do SAMU que defini os valores do governo federal, do Estado e do município. Temos que chegar a proposta normativa em que se defini claramente quais são as porcentagens de financiamento federal, estadual e municipal. Isso tem evoluções. Analisamos todas as informações que temos e concluímos que o CNES é parecido com o Censo do MEC, ele é de alta informação e tem um momento que, além da alta informação, precisamos de uma visita *in loco*. O IBGE visitando de dois em dois anos pega a informação alto referida. Dando sequencia às perguntas.

→ **Ligia**, Integrante do comitê coordenador - ENSP: Quero parabenizar sua apresentação pela prioridade que é dada no discurso a AB. A questão da melhoria da qualidade em geral da AB, a questão da melhoria da infraestrutura são questões fundamentais olhar para uma atenção primária que possa ser a coordenadora. Em relação a flexibilização me lembro quando o Luiz Fernando começou no DAB na OPAS tinha esta discussão das 30 horas e eu tenho a impressão que a ESF avançou pela continuidade na mesma direcionalidade. Há que se melhorar a atenção da qualidade como um todo. Uma coisa é o interior do Amazonas, que é uma região muito específica. Outra coisa é o Rio de Janeiro, não faltam médicos no Rio de Janeiro não. É alta a quantidade de médicos. Acredito que temos que ter estratégias diferenciadas para locais muito específicos.

A única coisa que falta no discurso geral da política é a questão dos ACS. Hoje temos 240 mil ACS. Particpei semana passada de uma reunião internacional em que haviam muitos ACS os quais são em geral voluntários para ações específicas. Nosso programa de ACS é de grande porte e falta olhar mais importante para este profissional e é preciso incentivar a ação comunitária nos territórios. Qual a diferença que tem entre a SF e a AB é a ação comunitária no território. Se não for avaliado em relação a isso não irá fazer uma diferenciação e ao mesmo tempo tem que ser incentivada e o ACS é muito importante. Sua atuação tem que ser muito promovida e incentivada.

A outra questão é nossa relação com a Rede de Pesquisa- precisamos fazer debates com discussão dos indicadores, metodologias dos instrumentos para avaliação, depois para certificação. Precisamos trazer esta discussão.

Outro ponto que creio é que temos que fazer chamadas publicas abertas para as universidades federais colocarem o telessaúde, fazerem cursos de formação. Isso para que possam participar. Em relação as pesquisas, há que se pensar programas de editais de pesquisa em APS com estes temas específicos. A própria Rede poderia fazer convocatórias para ampliar esta discussão para dar apoio de longo prazo.

- Heimar Universidade Federal da Paraíba e da rede popular em saúde. Quero continuar esta discussão sobre a relação de pesquisa. Vejo a imensa demanda que vocês estão fazendo para os usuários e acho muito importante esta cumplicidade do MS com os grupos de pesquisa das universidades. Porém, nem toda pesquisa na APS tem que estar ligada às necessidades mais urgentes de gestão do sistema. Há muitas pesquisas sobre praticas, modos de relacionar com a população que precisam ser apoiadas, mesmo que não tenham ligação imediata com as necessidades atuais de mudanças no sistema. O CNPq pode apoiar isso, porém tem um tipo de financiamento de uma modalidade de pesquisa muito acadêmica. Acho que algo interessante no SUS é que estão criando grupos nos municípios mais informais, que valorizam estas praticas que estão sendo criadas pelos profissionais de saúde que ainda não tem o desenho

acadêmico da pesquisa financiada pelo CNPq. Precisamos criar formas de financiamento de pesquisa que favoreçam núcleos produtores não ligados as urgências de gestão. Algo que pensamos é mudanças das praticas e como fazer isso? Temos que financiar grupos que trabalham isso mais a longo prazo.

→ **Laura** – Acho que valeria a pena, olhar com cuidado duas experiências recentes que tivemos baseadas na contratualização e na posição de indicadores e a certificação dos hospitais de ensino. Eu diria que a certificação foi melhor que a contratualização. Como é mesmo o protagonismo dos diferentes tipos de gestores deste processo? Nos hospitais de ensino os gestores tiveram baixa capacidade de se apropriarem neste processo e eu não diria que será diferente na AB só porque a AB é responsabilidade do município. Principalmente quando o MS tomar para si um papel muito forte de criar, para os outros sobraría lugar de operador. A certificação envolveu outros atores, mas o efeito da contratualização foi fortemente centrado nos indicadores. Baixa capacidade em processos, uma lógica mais contratista. Me preocupo com os efeitos sobre os processos vivos de trabalho. Em que lugar ficam os outros atores? Além do protagonismo dos vários atores, a capacidade de elaboração e proposição dos diferentes atores que é muito heterogênea e se tomamos certas ações programáticas como ações prioritárias das equipes, qual a repercussão do ponto de vista da relação das equipes com a população. Isso porque em todo o momento há o comando da gestão e as necessidades e a voz da população aparecem de maneira muito frágil. Acaba sendo quase inexistente. Olhando para a experiência do Pacto, que também foi construída tripartite, o MS apostou de um modo, depois evoluiu de outro modo, mas a rapidez com que o processo tornou-se burocracia. Acho que precisamos olhar para estas experiências recentes problematizar e pensar o efeito racionalizador. Outra questão que me preocupa é quem são os externos que irão avaliar esta quantidade de equipes, pois mesmo quem já foi da gestão e mudou para a universidade e vice e versa vê como se muda instantaneamente dependendo do lugar em que se está. Quem

são estes externos e quais apropriações possuem com os locais? Último ponto seria uma pergunta: irá mudar o financiamento das ações de EP?

- **Davi** – Reforçando o que a Ligia falou, sobre a experiência de vocês com edital de convocação de pesquisa. As universidades poderiam se organizar para responder a estes editais. O *DECIT* possui experiência nisso, e podem partilhar experiências dos hospitais sentinelas da ANVISA com experiências operacionais para melhoria da qualidade. Com pouco dinheiro para o gestor local fazer pesquisas que respondam às necessidades locais. Há experiência neste área de qualificação por cidades locais.

- **João Cavalcante** – Diretor da Fundação Estadual de Saúde da Família da Bahia. Nos iniciamos a fundação baseada em varias pesquisas e um dos itens que nos chamou a atenção foi o índice de precarização do trabalho em saúde na Bahia, em que cerca de 80% dos profissionais de saúde possuem contratos precários. Por mais que haja investimento na EP, os contratos precários propiciam que cerca de 50% das equipes de saúde da família tenham trocado de profissional medico. Então estabelecemos uma carreira intermunicipal no Estado da Bahia em que estamos fazendo um investimento forte tanto em apoio institucional quanto na EP. A fundação se apresenta tanto com resultados, como para campo de pesquisa para a Rede.

- **Não se identificou** - do município de Santa Rosa, Rio Grande do Sul. Importância do município poder trabalhar e do vinculo. Nós temos profissionais contratados com dedicação exclusiva desde 1996 com baixa rotatividade (mais da metade dos nossos profissionais estão há mais de 10 anos no trabalho). Isso resultou em projeto de EP. Há residência medica e multiprofissional em SF. Sentimos falta de incentivo. Criamos núcleo ensino e pesquisa que abriu vagas para 10 projetos e tivemos 11 inscritos.

- **Flavia**, médica de família e coordenadora distrito centro Florianópolis. Tenho uma preocupação, pois existe uma dinâmica societária atual de verticalização, pois ao menos na área urbana não há espaço para

moradias. Estamos em uma situação de avanço no espaço público das pessoas estarem trabalhando. Então deixo minha pergunta: o que fazer com os trabalhadores que trabalham dia todo? Como fazer para abordar as famílias que não estão em casa? As crianças não estão em casa, com a ampliação dos horários em educação. Quem os ACS abordarão neste horário? Estamos pensando em uma massa de trabalhadores capacitada para isso que dá de encontro com portas fechadas.

→ **Ricardo**, UFRG. A avaliação parte de algumas perguntas e se é dada para outro que já possui outra pergunta, o resultado da avaliação é responder a pergunta daquele que avaliou tinha e não a pergunta encomendada antes. É preciso avaliar o desempenho da própria política. O que ela ativou? Quais potências locais estavam presentes e não ganharam visibilidade? Para assim termos avaliação de qualidade. Pois a avaliação não pode ser apenas do resultado, mas sim do que está em movimento. Há uma diversidade de práticas em curso e a avaliação precisa dar conta destas diversidades.

Fiquei com uma questão, para a qual precisaríamos um pouco mais de conversa sobre o que é a formação dos gestores. Já tivemos experiências prévias de especialização para gestão de equipes gestoras e já sabemos os resultados destas práticas que foram insuficiente, ou inadequadas, ou fora da realidade. Precisamos avaliar o que é EP para formação de gestores para que não se transforme em especialização para gestores.

Por fim, importante é discutir sobre as portas de saída, o que vamos fazer para encontrar no final de uma linha/de uma rede de cuidados, o pertencimento às práticas sociais. O tema de controle social, a porta de saída envolve este tipo de compreensão. A universalização das residências, hoje os estão se resumindo a um programa de bolsas para residência. Isso é insuficiente para uma política de residências. Quem é o tutor, qual é o desenvolvimento pedagógico, qual é a capacidade pedagógica local. Radicalmente hoje está tudo excluído, pois o que está dentro são as bolsas.

RESPOSTA HEIDER

→ Em relação a discussão dos ACS, há uma série de questões que eu não trouxe para esta apresentação. Pactuamos recentemente com a SGTES uma política importante de desprecarização das relações de trabalho dos ACSs. Temos condições colocadas para conseguirmos fazer um concurso. Estamos focando muito nisso e o programa tem indicadores e elementos que são relacionados aos ACS. Estamos querendo retomar a formação dos ACSs, e esta formação é uma parceria entre a Secretaria de ação participava, nós do DAB e a SGTES inclusive numa perspectiva de itinerário que o considera além de ACS um mobilizador social. A atuação do ACS é muito importante no Brasil sem miséria, desde a identificação de quem não possui registro a informações sobre quem tem direito a questões políticas e sociais, passando por mudanças relacionadas a saber se o ACS pode ser fonte de identificação de pessoas que são elegíveis para o bolsa família, mas que não a possuem (cerca de 30% atualmente).

Em relação ao controle social, estamos fazendo alguns movimentos. O primeiro movimento é trazer o gestor para discutir no Conselho Municipal de Saúde, quais as equipes, o que ele está pensando em fazer, etc. Fora isso, dentro dos elementos de gestão do processo de trabalho, há um componente que é o controle social. Ele é mais conhecer a adversidade do que premiar uma ou outra situação. Alguns elementos podemos utilizar para ver quais os modos, além dos tradicionais que já conhecemos, a opinião do usuário permeia o processo de trabalho. Alguns elementos precisamos identificar para ouvir a avaliação do usuário. Estamos buscando esta cultura de buscar a avaliação do usuário. A questão de fazer a pesquisa de linha de base, de entrevistá-los na comunidade, é para tentar entender um pouco da importância de ter a expectativa de que, por exemplo, o município de Santa Rosa possa pegar algumas metodologias, mudá-las e transformá-las em permanentes e a outra questão é que a contratualização das equipes sejam discutidas com a comunidade.

Até chamei a atenção no início porque via que a rede poderia conseguir levantar necessidades de pesquisa, seguir um pouco na linha das vocações e características de cada instituição e de seu território, da característica do corpo pesquisador. Pensei que a priorização do espaço da Rede é que o DAB pode ser parceiro, além das pesquisas que o DAB pode estar

colocando em curso enquanto necessidades de governo. Do ponto de vista não acadêmico, estamos interessados em estimular as comunidades de práticas. No âmbito do governo federal o projeto de humanização produziu experiência interessante que é uma rede que dialoga bastante com questões a distancia também. O que a Rede já possui de comunidade de praticas, tem que dialogar um pouco com as praticas vivas do dia a dia. Este é um grande desafio que não é apenas do DAB. O decreto que a presidenta está para publicar, é um decreto que chama a atenção por tentar sair de um desenho de financiamento aonde fazemos por tabela e pelo que está escrito no CNES sem querer cair no financiamento por produção. A lógica do nosso financiamento é muita precária, temos que reconhecer isso. Temos que sair para outro financiamento que é mais global, que não coloca vários entraves para o gestor local, a medida em que ao invés de se ter os 5 blocos e os 422 blocos você ter talvez dois ou três blocos aonde o dinheiro de um pode passar para o outro.

A experiência da contratualização dos hospitais é uma experiência que estamos considerando. A experiência de Sergipe, através do contrato de ação publica, algumas experiências na Europa, são grandes desafios. O que temos de decisão é que temos que migrar de um desenho para outro desenho mais forte do ponto de vista do custeio. Isso com todos os problemas trazidos.

Há uma tentativa para que essa contratualização seja um dispositivo para que o gestor municipal aproveite para produzir novas comunicações e novas pactuações com a equipe no município, pois temos clareza que com um processo burocrático que a qualidade é um conceito complicado.

Por isso que acho que o papel da Rede é fundamental. Um dos principais pedidos que eu tenho é olhar para este processo e ver como tentamos dialogar, mobilizar e potencializar esta demanda que é muito desencontrada. A rede precisa acompanhar o processo todo e com diversos olhares.

Do ponto de vista do instrumento estamos trabalhando um instrumento que olha mais para processos em dispositivos do dia a dia da equipe que agregam qualidade. É lógico que tem elementos relacionados a programação em saúde, como grupos prioritários e algumas questões de

acolher, gestante, então muito marcado pelas linhas de cuidado. Mas também tem ocupação importante de conduzir efeito de fazer acesso. Agora, como induzir isso? Queria chamar a atenção de que a maior parte dos elementos, muitos são de processos.

Este debate com vocês foi muito importante. Obrigado.

O PAPEL DA REDE NA PERSPECTIVA DA NOVA POLÍTICA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ)

CONDUÇÃO DOS TRABALHOS: LUIZ AUGUSTO FACCHINI

Facchini: O Heider nos fez muitas provocações e temos que pensar nos encaminhamentos que poderíamos estabelecer nesta tarde. Uma demanda é que as instituições, especialmente as universidades (de maneira geral as instituições de ensino e de pesquisa vinculadas nessa rede) pudessem pensar na colaboração para o MS, no sentido de participar dos vários estudos que serão demandados em função da política avaliação externa que foi proposta e na certificação do PMAQ.

Não sei se nos vamos fazer uma proposta de um estudo através da rede, se vamos identificar as instituições que queiram participar, se todas as instituições vão decidir participar. De fato temos que compartilhar aqui as nossas duvidas, expectativas e percepções a respeito disso.

No intuito de fazer uma reflexão peguei uma cópia da portaria que vai ser publicada, e tentei fazer uma leitura, qual seria o projeto que poderíamos propor.

Trata-se de algo ainda muito inicial, pois não visualizamos nenhuma proposta que possa ser viabilizada agora e todas as observações que foram feitas até o momento, são fundamentais. Se for de comum acordo, posso apresentar minha avaliação e posteriormente abrimos um debate. Se não, podemos fazer algum tipo de consideração preliminar e depois olhamos esse material.

São varias as questões, mas apenas me referia ao PAMQ que foi o que eu tive acesso, através da cópia da portaria que é uma versão que ainda não foi publicada. Temos outras questões que evidentemente precisam ter a nossa apreciação, mas vamos discutir então do que trata esta portaria e o PMAQ de acesso a qualidade vai será nesta portaria publicado.

Um dos pontos da portaria é que haverá um determinado período de tempo para desenvolvimento. Portanto, o desafio é justamente pensar que proposta metodológica poderia ser essa que “desse conta” da demanda.

O PMAQ deve ser publicado nas próximas semanas e considera um conjunto de referenciais legais, desde a Lei 8.080, a Portaria 648 da PNAB, os pactos e a portaria 204, o financiamento em blocos para monitoramento da avaliação de serviços. A portaria possui uma série de considerações na parte inicial e segue uma diretriz governamental para executar a gestão pública por resultados mensuráveis, incluindo a opinião de usuários.

Passiva de acompanhamento público, ela quer induzir um processo de ampliação do acesso da melhoria da qualidade e propor padrões de qualidades comparáveis entre as equipes de saúde, comparando diferentes realidades de saúde. Trata de envolver, mobilizar, responsabilizar os gestores, as equipes e os usuários. Heider mencionou um pouco pela manhã, sobre fortalecer a negociação e a pactuação e eu recolhi da fala dele (não está explícito isso na portaria) mas quero entender se isso estará pautado nos fundamentos da ESF, do ponto de vista da territorialização, das inscrições de população para que possamos pensar no desenvolvimento das características dos instrumentos que serão capazes de mensurar os aspectos que vão ser avaliados. Portanto, é uma portaria que ela fala de promover o processo voluntário de contratualização da gestão de recursos em função de processos em resultados pactuados.

São 4 fases incluindo uma auto avaliação. Serão ofertados instrumentos pelo MS, mas as equipes, os municípios, os estados e as regiões poderão usar qualquer tipo de instrumentos para auto avaliar suas unidades e serviços de saúde. Então essa é uma etapa de estimular os municípios a fortalecer a questão de monitoramento da avaliação, portanto, a questão da auto avaliação vai ter também nessa etapa um monitoramento pelo MS, através do DAB.

Mas o que realmente nos interessa para discussão, é a fase 3, de avaliação externa, a qual tem uma certificação de desempenho dessas equipes que vai ser coordenada de forma participativa e deverá ser realizada por instituições de ensino e pesquisa por meio de verificação e evidencia de um conjunto de padrões. Também haverá uma avaliação não relacionada ao processo de certificação para apoiar a gestão local, contemplando a avaliação da rede de Saúde pelas hipóteses das equipes, avaliação de satisfação do usuário e um estudo de base populacional.

Vamos ver como podemos pensar isso em relação a um desenho metodológico “para dar conta” dessa tarefa e nessa etapa de avaliação externa haverá uma classificação de desempenho das equipes. Essa é a questão crucial: se vou repassar dinheiro para as equipes de saúdes ou para os municípios; isso tem que estar muito claro, tem que haver muita segurança como eu vou fazer essa avaliação para que ninguém se sinta prejudicado ou indevidamente estimulado.

DEBATE

→ **Davi**: Entendi que o desafio é pagamento, fração variável por qualidade do Brasil inteiro (5000 municípios, grandes, com regiões administrações diferenciadas, perfis epidemiológicos diferentes). Quando os ingleses pagavam por avaliação de desempenho e houve melhoria dos dados e ninguém sabe se houve melhoria do serviço, ou se começaram a registrar o que não registravam. Tendo em vista isso, pelo lado qualitativo, existem livros de gerenciamento que falam do constante processo de aprendizado e isso a torna de sucesso. Isso seria atividades de educação continuadas e avaliações, processos contínuos de avaliações. Acredito que se nos resumirmos a fazer avaliação dos processos de educação continuada, estamos implementados efetivamente. Se há uma tradição de avaliar procedimentos, ou processo de trabalho, poderia se colocar a proposta do 30, 40, 30, ou seja, para cada estado teria-se que ter uma variabilidade de qualidade dos parâmetros, teria que se pegar cada ano os 30% que estão na frente , os 40% que estão no meio ganham a metade e os outros 30% não ganham nada. Acredito que isso seja mais pragmático e factível do que nos perdermos no quantitativo.

→ **Veneza –Integrante do comitê coordenador - UFMG**: Tive acesso à minuta 1377 da portaria que ainda não foi publicada. Na pagina do DAB, consta que os critérios seriam os portes de municípios. Em 5 junho foi colocada uma noticia em que os indicadores PIB per capita, percentual pessoas de extrema pobreza, índice de famílias com bolsa família, densidade de demográfica e percentual com plano de saúde, entendo que o DAB quer fazer um recorte diferenciado do que chamamos dos vazios

assistenciais hoje no Brasil. Pela exposição do Heider, este indicador será um indicador composto, do qual separaria o corte de município no quadro que ele colocou do PAB fixo. Isso seria um complicador, pois o número de municípios seria um número muito grande. A partir disso, sair para a questão das equipes de saúde da família, se não colocarmos esse município na região de saúde que está, o aporte que ele possui, é muito complicado avaliar a questão do município. Mas o primeiro seria a questão do número de municípios que estão no “Brasil assistencial”. Entendo que esta seria a prioridade, a do grupo que não tem quase nada.

→ **Não se identificou**: Fico pensando que os ingleses e os canadenses discutiram o pagamento por performance quando você corre o risco de se intervir precocemente o seu desempenho vai ser melhor do ponto de vista clínico, ou seja, quando defino as pessoas precocemente como hipertensas, ou começo a tratar um pré-diabético como diabético, meus desfechos clínicos serão melhores. A outra questão fundamental seria a questão de carga de doenças, a qual é um problema global, pois como vamos avaliar a carga de doenças se imaginarmos que as famílias com vulnerabilidades sociais se mobilizam muito mais. Como exemplo, cito que estou há 15 anos no Santa Marcelina, que cuida de 58 postos da região leste SP, com população estimada 4 milhões de habitantes, então ao se pegar a relação posto por habitante, leito hospitalar por habitante, especialista por habitante, e que todos irão se traduzir no ato clínico,, pois por mais que a Atenção Primária possua resolutividade seja boa, se desfechos clínicos também dependam da atenção secundária e terciária. Ou seja, a estrutura de saúde do município ou da região vai interferir sensivelmente nos casos.

Gosto de mencionar como a Finlândia sempre foi um grande exemplo APS, a própria Finlândia começou a resolver seu problema quando definiu a diferença de ter o mesmo tempo de consulta para população urbana e rural, porque a população urbana era mais jovem e a população rural mais idosa, ou seja, como a remuneração era a mesma, menos pessoas queriam trabalhar no interior porque teriam carga de doença maior, com maior prevalência de síndrome de alto esgotamento. Estes fatores influenciam grandemente para que você consiga criar um sistema.

- **Ricardo preceptor saúde família Betim.** Participei hoje pela manhã de um colóquio sobre Rede de formação residência saúde da família. Um grande problema nosso hoje é: “Quem é o nosso preceptor”? Preocupo-me com a questão do financeiro. O repasse sempre gera um certo canibalismo, pois se esta sendo encontrada uma deficiência, porque não oferecer, por exemplo, cursos de capacitação *stricto sensu* para aquela equipe, uma bolsa para esta equipe. Acredito que o quantitativo é importante, porém é pouco, é precário. Assim, como trabalhar o qualitativo para que ele seja auto-explicativo, simples? Esta é a minha provocação, acho isto importante.

- Magda Duarte dos Anjos Scherer, Prof do Departamento de Saúde Coletiva da UnB. Para se pensar no processo de avaliação de desempenho, se pensarmos de forma casada o desenho, com o desenho de Apoio Institucional, pois esta questão é estratégica e fundamental, pois senão, cairemos na história de que os profissionais de saúde são os responsáveis pelo fracasso do sistema de saúde. São as pessoas, profissionais, que fazem a gestão, que são elementos fundamentais para a qualidade dos serviços de saúde. Creio que as universidades devem não só participar deste momento de avaliação de desempenho, mas também do processo anterior de apoio institucional, de discussão do processo de pactuação com os gestores. Pensar o processo de maneira integral e não fragmentada, assim, se chega ao momento de avaliação de desempenho. Insisto em pensarmos juntos o que é este apoio institucional e como este apoio pode ser de fato um processo de educação permanente e que possa ser integrado para que depois possamos ter um processo de avaliação global.

- **Não identificada.** Vários desenhos podem ser realizados, mas me preocupo pois, na portaria, pelo que entendi, o município irá receber um aporte que é quase o valor de hoje, mas nada garante que este aporte chegue às equipes. E depois, se chega à equipe chega a quem? Ao médico, ao enfermeiro. Esta possibilidade de gerar modelos diferentes, isso

pode gerar uma serie de problemas entre as equipes e entre os municípios. Poderia se pensar em uma forma de pactuação, aos municípios que irão aderir a proposta.

→ **Não identificada**. É assustador o nível de centralização, o Ministério avaliando cada equipe deste país. Será que é isto o SUS? Penso também, aonde estão as Redes? Como ficam as Redes? Será que as unidades não poderiam ser avaliadas no âmbito de suas redes? Estou assustada com o tamanho da descentralização, com o custo operacional, não sei se custará mais que os benefícios. Enfim, gostaria de resgatar a Rede.

→ **Laura**: Talvez a Norma proposta desta vez seja mais sofisticada, fala de assuntos que normalmente não eram falados. É uma norma de pessoas que viveram o processo, mas é uma norma. E sabemos dos limites que a Norma tem do ponto de vista de produzir transformações. O cotidiano é influenciado por muitas outras coisas que operam no cotidiano. Mas ela também tem problemas, raciocinados deste modo, o que moveria as equipes seria o incentivo financeiro, creio que isso teria um papel ao contrario, ou seja, em você possuindo um resultado “bacana”você teria um incentivo.

Os processos que se chamam de educação continuada/permanente, não são a mesma coisa, mas o que se tem que fazer é um investimento no cotidiano de trabalho. Acho que valeria a pena apresentar como recomendação para o DAB como colaborar para que os municípios pequenos e sozinhos possam articular isso regionalmente, sem ser apenas com base na Secretaria Estadual. Como ajudar a produzir e dialogar isso com os Colegiados de Gestão Regional? Vale como recomendação este outro tipo de investimento que pode ser muito mais estruturante que a avaliação de desempenho.

→ **Maria Cristina**- Integrante comitê coordenador Preocupo-me com o tamanho da proposta e da avaliação. Não se falta sistema de informação no

Sistema Único de Saúde. O que nos falta é a prática de usá-los como instrumentos de gestão, que não são utilizados pelos profissionais de saúde. Quando se fala em avaliações, creio que talvez pudéssemos partir do dado da avaliação que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o que ele traz destas unidades de saúde de cada região do país? O meu receio é que, para se fazer este trabalho proposto pelo Heider, talvez se leve toda a gestão atual e o mesmos sejam engavetados ao final da gestão. O que se devolver ao município após a gestão? Uma forma de premiação seria investir neste profissional. Por exemplo, através do financiamento de cursos de pós-graduação a estes profissionais. Outra experiência foi premiar pela produtividade da equipe como um todo. Seria um adicional de salário para todos os profissionais, partindo do pressuposto que toda informação dada pelo ACS é tão importante quanto o saber clínico de qualquer outro profissional que componha esta estratégia, por ser multiprofissional.

→ **Profissional da Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais.** Há três aspectos que quero fazer uma contribuição. Possuo 20 anos de trabalho de serviço de saúde (área hospitalar) e 20 semanas de medicina de família. O que foi feito na ANVISA (2000 a 2007) foi um inquérito em que 6 mil hospitais foram avaliados apenas na área de controle de infecção hospitalar, o que foi muito próximo ao que se propõe realizar. Pelo processo de trabalho, vejo que as equipes de saúde trabalham muito influenciadas pelo processo de formação, pela visão e pelo conceito que os gestores destas equipes têm, bem como a capacidade que o supervisor desta equipe tem com o gestor do município de devolver informação e esta mudar alguma coisa. No meu ponto de vista, este gestor tem que participar da avaliação e não apenas a equipe e isso ocorreu no trabalho da ANVISA. O custo foi muito menor e isso até hoje alimenta mudanças necessárias nestes locais de trabalho.

Houve outro estudo que foi treinar uma equipe, houve um esforço enorme pois as pessoas tinham que quer pré-requisitos para poderem entrar, foram treinadas pessoas de todo o Brasil (120 pessoas), porem houve perda

porque estas pessoas desistiram e ao final foram 30 pessoas treinadas a realizar o trabalho no Brasil visitando hospitais.

Por fim, o Programa Nacional de Avaliação Serviço de Saúde (PNASS), foi realizada Auto-avaliação em todos os hospitais de um porte e após visita para confirmação. Isso foi realizado recentemente com instrumento muito melhorado em relação ao anterior. Houve uma confirmação que auto-avaliação que os hospitais haviam mandado, inclusive avaliações que geravam mudanças no nível de pagamento. Existem possibilidades de aprendizado e isso tudo esta documentado.

→ **Marcio**, Saúde Coletiva UNB. Quero ressaltar um aspecto importante que é o Pacto pela Vida, para o qual há todo um esforço nacional para propor uma lógica de construção. Minha preocupação no sentido do que está sendo discutido é que temos possibilidade de comprometer SUS e sua Rede de atenção (principalmente a Atenção Básica) com o compromisso de redução da pobreza e melhoria da qualidade de vida pelo viés da saúde. Talvez o pacto não tenha avançado neste sentido porque creio que ele tenha ficado muito na lógica de olhar “para dentro” e não se comprometeu com projeto político mais amplo. Entendo que a perspectiva central desta ação é a quem esta qualidade será efetivamente viabilizada. Isso precisa ser o tempo todo mediado na perspectiva da avaliação, porque quais são as dimensões que perpassam o acesso e qualidade mediadas pela pobreza, miséria e sofrimento? Quais regiões estão expostas a estas condições? Quais os compromissos das equipes de saúde da família com as unidades de Atenção Básica tem em reduzir ou melhorar estes indicadores?

→ **Tulio**, UFF: Todos nós temos aqui um pressuposto que a avaliação é instrumento para melhoria da qualidade da Atenção Básica. A questão é “Como chegar e como fazer para que a gente consiga que a AB seja melhor”? A forma de se conseguir fazer isso é pensá-la enquanto processo inteiro, de conjunto e não algo que seja pontual. No caso da pesquisa que está sendo proposta, esta avaliação terá conotação de julgamento sobre o trabalho de uma equipe. E uma equipe não será melhor porque foi julgada ruim e não foi premiada. O efeito imediato sobre este equipe será a baixa

alto estima. Para que a avaliação seja este instrumento de melhora da qualidade da AB, necessário que componha um processo. Neste sentido a minha proposta é que a avaliação seja feita por quem esteja envolvido no processo de construção de AB. Pode ser equipe matricial, de apoio. Faça-se esta avaliação juntamente com estas equipes e aquelas que eventualmente não tenham tido um resultado satisfatório, que isso seja entendido como aprendizado a ser feito e que seja utilizado do ponto pedagógico. Ou seja, como aprendizado demonstrando os problemas que eventualmente esta equipe tenham. Se eventualmente não seja bem avaliada, precisam de suporte e processos educacionais que permita que pense, reflita, com sua própria experiência. É um processo combinado de avaliação neste sentido da construção da equipe básica que envolve equipe matricial de apoio fazendo avaliação junto com própria equipe (auto-avaliação e avaliação) e suporte de educação permanente. Esse processo creio que constrói a Rede de Atenção Básica.

→ **Gustavo Gusso –Presidente SBMFC**: Acompanhei uma vez a reunião da rede e sinto que agora há uma diferença para com as reuniões anteriores, pois o convite do MS é um convite para o tipo de pesquisa que é muito diferente ao vinha sendo convidado. Isso porque uma coisa é se fazer uma pesquisa, que possui validação acadêmica, outra coisa é fazer uma pesquisa que está dentro de uma política que imediatamente está sendo convidado a ser utilizada também como pagamento de desempenho. A relação pesquisador/objeto pesquisado é uma relação complicada, uma relação de poder. Quando se mistura com política de governo, esta relação de poder é mais evidente. Então, entra-se em um embrólio delicado e precisamos pensar outras metodologias mais próximas da pesquisa intervenção, da pesquisa/ação. Temos que tomar uma série de cuidados éticos, pois entramos em um embrólio que tem muitos outros atores. A minha tendência é pensar que ao invés de um grande modelo geral, em cada lugar em que as equipes se candidatem a avaliação, possamos abrir uma grande roda de pactuação inicial, que tivessem todos os envolvidos inclusive para pactuar os desdobramentos. Acho complicado fazer avaliação sem discutir com cada avaliado o sentido do que queremos

avaliar. A avaliação implica que conversemos com o avaliado. Creio que temos que caminhar por uma lógica em que pudéssemos pactuar com o gestor, por exemplo, os que se candidatarem a serem avaliados comecem a trazer as questões que querem colocar e que possamos avaliar, pois a não avaliação significa um grande risco, pois não avaliar significaria tratar igual os diferentes. Precisamos pensar politicamente este processo, qual referencial metodológico nos dá mais condições de participar desta política. Menos importante seria, a confiabilidade e comparação com o Brasil do que os processos epidemiológicos do que o processo que iremos vamos disparar com as equipes/ gestores que participarão desta construção.

→ **Ricardo:** Creio que poderíamos fazer uma comparação com avaliação realizada na educação superior. Acontece algo com os Sistemas nacionais de avaliação que é o mesmo sistema que avalia de maneira igual o país inteiro. Hoje avaliamos, no caso da educação, um perfil de desempenho dos cursos (alunos/professores), que desconsidera o que seria uma diretriz de que os cursos tivessem características locais, regionais. Há um segmento importante de contrariedades direituais da área da educação, os quais são contrários ao fato de que as provas sejam iguais para todo o país. Além de serem sujeitas a mais fraudes do que outro modelo, ainda produzem um perfil de desempenho que deveria ser igual do Amazonas ao Rio Grande do Sul. Apenas dou este exemplo para demonstrar que, embora comemoremos a existência de Sistemas nacionais de avaliação, há que se ter cuidado. Ainda acreditamos que realizar Avaliação externa nos cursos é uma ótima decisão, só que esta avaliação externa dialoga pouco com as diretrizes curriculares e, além disso, temos tido dificuldades em formular e discutir que avaliação seria essa.

Temos uma realidade que é a que muitos cursos se preparam para receber a avaliação. Entretanto, logo após a saída dos avaliadores, estas instituições voltam a ser o que eram antes. Diante disso, seria bom se os avaliadores retornassem e discutissem acerca de cada inclusão realizada e tornassem-nas parte da comemoração sobre por onde caminha a educação superior.

Vou exemplificar para entendermos o desafio que nos está posto. O Facchini, durante a apresentação, expos que “Fortalecer o processo é mais difícil que fortalecer a estrutura”. Mas acontece que a avaliação existe para fortalecermos algo. O que queremos fortalecer? O processo ou a estrutura? Porque ao fortalecer a estrutura vamos perder muitas pessoas. Essa é realidade real, pois as estruturas são postas e os trabalhos são iguais. Assim como temos os determinantes da saúde, temos os determinantes do trabalho e estes não se esgotam no desenho da estrutura. Vou exemplificar com um caso de Caxias do sul. Houve um processo de mudança na cidade, em relação ao modelo do protocolo de atenção básica. A presença de sindicatos médicos naquela região, inclusive um sindicato que não é estadual, produz um efeito sobre a gestão municipal que todos os esforços de transformação pela atenção básica foram limitados por efeito de uma corporação cuja atuação é local. As premiações me preocupam, pois primeiro porque acredito que premiação é igual a premiar o resultado, portanto, o oposto do processo. Mas poderíamos perguntar: vamos premiar o esforço de transformação, o sucesso do resultado, uma prática política? Há várias coisas que podemos premiar. Aqueles locais que fazem esforço de inclusão de saúde mental, os quais não são necessariamente CAPS, mas é um desenho de unidade básica com atenção à saúde mental, contem, por exemplo, o porquê que foi realizado (não basta apenas dizer que era caro fazer um CAPS então fez-se saúde mental na atenção básica/foi devido ao perfil epidemiológico que esse desenho foi configurado). Há necessidade de descentralizar ao máximo e há indicadores. Como possibilitar matriciar isso para que seja objeto de avaliação. Posso dizer que difícil nem tanto, impossível, de modo algum. Em relação aos dados, muitos deles podem ser sistematizados de forma secundária. Agora, pegar este dado, voltar com ele para a equipe e fazer com que nesta ele se transforme em fundação e em problematização, o conhecimento que é apropriado para aquela equipe fica mais difícil de fazer. Que possamos assumir aqui que, se a adversidade é parte da realidade, a avaliação precisa ser um processo de introduzir em todas as equipes a dimensão que temos responsabilidades com nossas respostas em saúde.

Se a avaliação introduzir este elemento, aí sim estaremos produzindo movimento.

→ **Ligia- Integrante do Comitê coordenador - ENSP:** Quero reforçar que o processo de avaliação é um processo de avaliação e um fator primordial é como vamos produzir o apoio institucional para melhoria da qualidade, pois senão apenas iremos avaliar e cristalizar o que já existe e premiaremos aquelas equipes que já são razoáveis e continuaremos sem alcançar melhoria da qualidade. Assim, a questão de como este apoio institucional será desenvolvido é fundamental e universidades estaduais e federais podem ofertar este apoio e, talvez seja daí que se possa ter a diversificação que o avaliador externo, o qual não é totalmente externo porque teria que fazer também o trabalho de apoio ao desenvolvimento institucional. Esta seria talvez nossa sugestão concreta em termos que cada estado teria equipes de sua universidades. Assim, temos que questionar como se pode apoiar para melhorar a qualidade. Depois a questão dos critérios de avaliação. Concordo que teremos que ter um momento de discussão na rede sobre estes critérios, que oferecem a direcionalidade de sua política. O que será implementado? Os critérios nos dizem isso. Temos que recolocar a questão de se o foco é a ESF e há uma tentativa de mudança do modelo assistencial para melhoria da qualidade de nossa atenção a saúde. Tanto que estamos no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade o qual é o resultado da implementação da ESF. Alguns critérios tem que ser colocados sobre a características desse modelo: a questão da adscricão, territorialização, ação comunitária, participação social, diagnostico de saúde, intervenção no território, coisas que as unidades de saúde pouco desenvolvem. Se as UBS realizam todas estas questões elas estão realizando o modelo de ESF. Neste ponto entraria a atuação do ACS. Dessa forma, estes critérios faltam na ESF e deveriam ai estar colocados.

Em relação ao estudo de base, não consigo captar bem a importância dele. Pois, se fizermos um estudo que pega apenas equipes/municipios que aderiram em um certo momento, não teremos a comparação, seria um conjunto distinto. Se queremos realizar uma avaliação da satisfação dos

usuários de uso e acesso, temos que ter uma pesquisa nacional de saúde. Acredito que se tenha que caminhar por esta direção e institucionalizar uma pesquisa que seja feita a cada dois/cinco anos pelo IBGE que levanta os dados e os pesquisadores trabalham os dados. A satisfação dos usuários podemos pegar por inquérito domiciliar nacional de saúde. A pesquisa sobre acessos foi realizada ano passado. Portanto, temos dados gerais.

→ **Emerson**: Atualmente sou professor da pós-graduação da clínica médica da UFRJ. Quero ser aqui repetitivo, assim como todos pontuando que atualmente há uma tentativa de tornar bons problemas construídos por esta equipe do DAB. Mas neste novo patamar, acredito que precisamos ampliar a possibilidade de produzir bons problemas, pois talvez o grande risco diante deste patamar novo, seja o fato de se encarar que as coisas são muito simples: de que basta um bom gestor, com boa formulação, que tudo desenvolverá corretamente. A avaliação é algo que pode ser olhado sob vários pontos de vista, por exemplo, uma certa problematização de que não é útil separar processo de avaliação e gestão da construção de redes de cuidados, pois a avaliação é um dispositivo de construção da própria política. Entender avaliação fora deste contexto, é pretender colocá-la em um lugar de externalidade e de instrumento de um certo ator, para ver se o que ele esta apostando está se implantando ou não. Creio que aqui está se falando contra esta idéia, e que a avaliação é dispositivo e componente fundamental na gestão da produção das redes de cuidado. Não seria diferente no caso do que a maioria chama de APS, nome que particularmente não gosto. Considerando minha experiência, creio que este nome APS é um problema. Assim, coloco uma segunda questão. O que mesmo chamamos de Atenção ao cuidado? Acho que, com este nome, às vezes falamos muito de ordenamento de cuidados médicos no plano de intervenção sobre as necessidades de saúde da população. Acho que o desenho que está apontando para Atenção Básica, é uma ambulatorização do cuidado. Isso puxa o segundo grande problema: o que é qualidade? Não é avaliação, mas o que vem a ser a qualidade? Tomo aqui os parâmetros discutidos no período da manhã, que são os do DAB, que, há alguns marcadores do que vem a ser uma rede de cuidados que o DAB

aposta, que é uma rede que acolhe, que é porta de entrada e coordena o fluxo ou as redes de cuidado. Algo neste sentido. Se vou fazer uma investigação segundo esta aposta, do ponto de vista do que é qualidade, estes são os indicadores de medida.

Outra grande questão seria: não apenas vale a pena chamar atenção sobre o que acreditamos ser avaliação, como também vale a pena discutir o que é qualidade, do ponto de vista das redes de cuidado, por, de certa maneira, estarmos propondo, como medida de qualidade, não obrigatoriamente aquilo que vem como marcador do ponto de vista da Rede.

O terceiro ponto, assim como o Gustavo foi mais enfático nesta questão, seria fazer medida de processos produtivos aonde produtos e resultados são quase expressões de excessos expressivos de objetos. O campo da educação não tem esta objetividade. Se não trouxermos os produtores para a cena do processo de avaliação, sabemos que haverá sobra e a gestão tem que ser obrigatoriamente compartilhada.

- **Julio**: Porto Alegre. Hospital Conceição. Me parece que a portaria está para ser publicada e creio que nossa discussão não irá incidir nesta portaria. Além disso, existem outras demandas colocadas, como a formação de gestores municipais, as quais solicitam a participação da rede. Outra questão é o financiamento. Temos que pensar sobre isso. Quais os encaminhamentos iremos dar neste curto espaço de tempo? E como dar resposta neste curto espaço de tempo?

- **Davi**, Coordenador PSF São Paulo: Temos que ter cuidado para não se fazer algo que não se quer. Se conseguirmos definir melhor este caminho, medir algo estruturante para o sistema, estaremos dando *feedback* para o sistema.

- **Eduardo**: Coordenação geral de gestão AB do DAB. Responsável pela interação mais constante com estados. A possibilidade de estar discutindo o PMAQ é enriquecedora e contribui para qualificação e melhoramento do que está sendo discutido. A segunda etapa do processo do programa de

recontratualização tenta acrescentar outros pontos de comparação dentro do processo de avaliação.

Dentro do grupo podemos fazer uma agenda da rede em que possa se tomar o objeto de discussão e tomar dois passos. O primeiro é: definir o que vem a ser o objeto de avaliação, diretriz. Um exercício interessante é trazer o que tem sido pensado até agora enquanto critérios, parâmetros, diretrizes, elementos de referencia para contratualização que ocorrerá com os municípios. Preparação prévia de qual é nossa proposta dos elementos que farão parte da avaliação. Nas fases do programa, a fase dois consiste em monitoramento, apoio institucional, etc. O Heider mencionou que esta é a fase que pode fazer o diferencial do processo. Tanto o apoio do DAB aos estados direto e, além disso, temos discutido o que podemos fazer, do ponto de vista da política, fazer apoio as equipes de saúde, isso não temos pernas. O que podemos fazer para acontecer um apoio intensivo as equipes. Como fomentar práticas de apoio locorregionais aos municípios. Algumas estratégias têm sido pensadas, via NASF, universidades. Isso também não está fechado. O segundo seria: trazer para o espaço da rede a estratégia de apoio para dar suporte para ativar conjunto de atores locais para que o processo possa ter elemento de vida e movimento e seja dispositivo para modificar situações indesejáveis. Com esta discussão poderemos transformar e construir uma agenda que incorpore críticas, sugestões que são legítimas.

- **Cynthia –Integrante comitê coordenador - DAB**.vemos como principal momento o de desenvolvimento e melhoria contínua. O enfoque tem sido nos compromissos já dados de apoio institucional e EP. Se isso não se der, o projeto estará comprometido. Temos outras estratégias. O PMAQ faz parte de um conjunto de estratégias. É apenas uma das estratégias. Monitoraremos os resultados sobre alguns indicadores para que os municípios possam fazer reflexões...

- **Paulo Rocha – Integrante comitê coordenador - Rio Grande do Norte**: O PROESF foi importante possibilidade de um fórum de avaliação para a rede agitar esta discussão. Haverá, devido às indagações, algo sobre termo de

referencia para que estes trabalhos sejam desenvolvidos ou não? Para entendimento de avaliação.

- **Carlos Dora**, residência há 30 anos e trabalha com avaliação do impacto na saúde de políticas públicas. Vou colocar três questões. Olhar para as prioridades globais e comparar com outros sistemas. Ainda não vi discussão de como um sistema de APS em comparação com outros sistemas resolve esta questão. Outro problema é adaptação aos sistemas climáticos. Há muito dinheiro a ser captado e temos que
- **Túlio**: A pesquisa PROESF feita em 2005 realizou metaavaliação (avaliação da avaliação). Vale a pena recuperar esta linha de base estabelecida em 2005 por ser uma boa contribuição.
- **Ricardo**: a portaria a equipe precisa dar resposta rápida à sociedade. Ainda é tempo para discutir. A questão da melhoria da qualidade em relação à saúde suplementar chama atenção para esta experiência particular. Há um dado que é a própria responsabilidade das equipes com seus usuários. Há dados que podem ser interpretados e devolvidos para lugares. Só a interpretação e reinterpretação dá muito trabalho. Relevante o trabalho com pesquisa e se deve trabalhar com avaliação. Importante se trabalhar o que é avaliação da implementação desta política.
- **Claunara** – Integrante comitê coordenador – GHC – Porto Alegre – Pauta para Rede a partir desta agenda. Essa discussão da avaliação está dada e irá significar novos recursos para AB para o Brasil. Acho que papel da Rede é discutir qualidade da APS. A qualidade pode ser traduzida como acesso oportuno e efetividade clínica inter-relacional entre quem cuida e seus usuários. A coordenação do cuidado não depende especificamente do serviço, mas sim da Rede, de uma gestão que subsidia ou não para o serviço fazer coordenação do cuidado em rede. A proposta de qualificação traz este desafio.