



**REDE DE PESQUISA  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

**SEMINÁRIO ANUAL DA REDE DE  
PESQUISA EM APS**

**3 E 4 DE ABRIL DE 2012 – BRASÍLIA/DF**





**SEMINÁRIO ANUAL DA REDE DE  
PESQUISA EM APS  
03 a 04 de abril 2012 –**

**Auditório OPAS – BRASÍLIA/DF**

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES**

# **BRASÍLIA/DF**

## **03 A 04 de abril, 2012.**

### **SUMÁRIO**

### **PROGRAMAÇÃO DO EVENTO**

**9:30 hs – Mesa de Abertura da Reunião**

**10:00 Mesa:**

Panorama, Desafios Atuais e Perspectivas da Política Nacional de Atenção Básica.

Palestrante: Dr. Hêider Aurélio Pinto – (Diretor do DAB/SAS/MS).

**13hs - Almoço**

**14h – Mesa Redonda:**

**Perspectivas, Estratégias e Abordagens na Produção de Conhecimento e Tecnologias sobre/para Atenção Básica/Primária no Brasil**

Condução: Rosana Aquino (UFBA)

Produção de Conhecimentos e Tecnologias a Partir de Experiências Concretas.

Estudos avaliativos.

Palestrante: Luiz Augusto Facchini (UFPEL).

Debatedor: Luis Cecílio (UNIFESP)

**16 hs – discussão.**

**17h30 - Encerramento**

**LISTA DE SIGLAS**

AB - Atenção Básica  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
APS - Atenção Primária à Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de 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

## **<sup>1</sup>MESA DE ABERTURA DA REUNIAO DA REDE DE PESQUISA EM APS**

### **Mestre de Cerimônia:**

Convidamos para composição da mesa o Dr. Chrtophe Rerat que nesta ocasião representa Dr. Joaquín Molina, representante da OPAS OMS. Dr. Hêider Aurélio Pinto, Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; o professor Dr. Luiz Facchini, presidente da ABRASCO; a Senhora Maria José Evangelista, que neste ato representa o CONASS e o Senhor Marcos Franco que neste ato representa o CONASEMS

Com a palavra o Dr. Chrtophe Rerat

Sejam todos bem vindos a este encontro promovido pela Rede de Pesquisa em Atenção Primária.

Esperamos que este evento seja um espaço para melhorar a comunicação e articulação entre pesquisadores, usuários e gestores de saúde e contribuir para melhora da gestão do conhecimento e da gestão como um todo.

Trabalhamos de forma coordenada com colegas e com certeza a contribuição desta reunião entre pesquisadores será de grande valor. Desejo que seja um grande sucesso para todos, muito obrigado.

Com a palavra o Senhor Marcos Franco, representante do CONASEMS.

Bom dia, em nome do CONASEMS gostaria de desejar um encontro bastante produtivo. A sensação que temos ao vir aqui é que a rede está cada vez esta mais ampliada. Isso representa que a ponta (quem executa dia a dia as ações de APS no BRASIL), isso é extremamente importante, pois para nós quanto mais qualificados os professores, melhores serão os alunos, ou seja, aqueles que estarão verdadeiramente trabalhando na ponta.

Desejamos que nossos desígnios sejam cumpridos nesta reunião.

Com a palavra a Sra. Maria Jose Evangelista, representante do CONASS.

Bom dia, em nome de nossa Presidente a Dra. Beatriz e o Secretário Jaime Frutuoso, desejamos que esse encontro seja muito produtivo e esperamos que o PMAQ enquanto avaliação e estas discussões melhorem e qualifiquem a nossa APS e não percamos esta oportunidade de concretamente melhorar a resolutividade da APS.

Com a palavra o Sr. Luiz Facchini, presidente da ABRASCO.

Bom dia a todos os presentes, é enorme satisfação para a ABRASCO, participar desta reunião da Rede. Quero cumprimentar o nosso anfitrião Dr. Rerat e nos dá muita alegria estarmos aqui na OPAS, realizando mais este encontro entre pesquisadores que compõem esta Rede de Pesquisa em Atenção Primária, esta inicia entre ABRASCO e Ministério da Saúde.

Também quero saudar Dr. Hêider Pinto, diretor do DAB. Para a ABRASCO é muito importante e relevante neste momento, a Rede se afirma no conjunto de seus propósitos e desafios e contarmos com o apoio de da Organização Pan-Americana da Saúde e do CONASS e CONASEMS, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Associação Brasileira de Enfermagem é um enorme orgulho e uma grande satisfação.

Nós consideramos que a Rede vive hoje momento de desafios importantes que precisamos resignificar em termo de todos os seus papéis e do cumprimento de suas estratégias de trabalho e da viabilização de suas perspectivas. Vale destacar nossa homenagem às lideranças que anteviram a possibilidade de criamos uma Rede de Pesquisa aberta, inclusiva, que sintonizasse com as demandas e questionamentos da gestão e possibilidades da academia acrescentar conhecimentos/respostas/perspectivas a este debate. Neste sentido, a participação do Luis Fernando Rolim e da Claunara Mendonça foram muito importantes em liderar todo o conjunto de iniciativas na perspectiva do MS e na própria mobilização dos grupos de pesquisa.

Hoje a rede cumpre de maneira destacada o envolvimento expressivo na realização da avaliação externa do PMAQ. Entretanto, não deve ficar subsumida a esta agenda do PMAQ, por isso precisa ter um conjunto de esforços que permita ampliar nosso trabalho e oferecer a possibilidade de termos outras iniciativas no âmbito da Rede que fortaleçam a pesquisa em APS. Neste sentido contaremos com

o Dr. Jailson Correia, Diretor do DECIT da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e na tentativa de termos nos editais lançados para saúde de forma geral, que se tenha a possibilidade de contemplar a área de APS, que raramente tem sido destacada no campo da pesquisa.

Neste contexto de ressignificação da rede de pesquisa a renovação de nossa parceria com o Ministério da saúde, a fim de garantir financiamento por 24 meses que viabilize reuniões da rede, encontros anuais como este, encontros com o comitê coordenador, o que para nos é grande orgulho permitir a realização de um trabalho autônomo mas em sintonia com as políticas ministeriais especialmente as da ABS o que produz um círculo virtuoso enquanto ciclo de debates e com compromisso social em nosso país.

Agradeço ao DAB, participantes da Rede, especialmente ao comitê coordenador e estímulo a todos que possam se somar a nossas universidades, cursos de graduação, a este esforço da Rede. Convido também a todos a colaborarem e participarem do ABRASCO, que ocorrerá de 14 a 18 de novembro em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, aonde teremos a possibilidade de mobilizar nosso contingente para mobilização de propostas, mesas, painéis e debates que possam fortalecer vínculos da Saúde coletiva no âmbito da APS.

Finalizo convidando a todos os membros da rede presentes para somarem a iniciativa da ABRASCO para a organização do ABRASCÃO 2012 que ocorrerá em Porto Alegre em novembro. Propormos mesas, debates, a fim de fortalecer vínculos da saúde coletiva com pesquisas no âmbito da APS.

Quero destacar que aqui temos a presença da delegação importante da ABRASCO, Carlos Silva, secretário executivo, Inaiara Bragante, nossa secretária executiva e Coordenadora da Rede, e Cátia, a qual recebe renovações na ABRASCO.

Obrigado e desejo a todos um grande evento.

Com a palavra Dr. Hêider Pinto, Diretor do DAB.

**Dr. Hêider Aurélio Pinto**

Bom dia a todos, cumprimento os companheiros da mesa. Só gostaria de agradecer antes da apresentação, pois ontem fizemos reunião com o conjunto das instituições, são mais de 35 envolvidas nesta terceira fase do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade o PMAQ e lembro que em dezembro houve uma conversa entre DAB e a ABRASCO e esta conversa veio na linha do que Facchini chama a atenção da importância de reforçarmos e fortalecermos a produção de saberes e práticas de conhecimento na área da Atenção Básica, a rede é importante para produção de conhecimento. Na ocasião conversamos sobre qual a disposição do conjunto dos participantes e acerca da sinergia entre produção de conhecimento e a produção de informações necessárias para tomada de decisões e formação de políticas de saúde. Foi interessante pois esta reunião ocorreu em São Paulo durante o Congresso da ABRASCO em que foram levantados eixos de atuação e temos ido de encontro com estes eixos.

Sem dúvida a presença do DECIT e do Jailson da diretoria do MS sinaliza a importância de estarmos produzirmos pesquisas relacionadas não só às temáticas, mas a uma série de mudanças e uma análise crítica acerca do rumo a seguir.

Chamo atenção sobre a importância do que teremos amanhã. Amanhã haverá uma coletiva do Ministro com a imprensa aqui na OPAS para discutir sobre o dia 7 (dia mundial da saúde) bem como o início dos trabalhos da terceira fase do PMAQ.

Já havíamos falado sobre se tivermos que colocar cinco áreas grandes para saúde, sem dúvidas uma delas é “o saúde mais perto de você”, especialmente o PMAQ. Amanhã apresentaremos à imprensa a metodologia e objetivos do PMAQ. A decisão de estar realizando esta coletiva aqui na OPAS com a Rede de Pesquisa em APS foi uma decisão para valorizar e reforçar a relação entre as três esferas de governos com as instituições de pesquisa e a Rede.

Trata-se de momento muito importante e oportunidade de termos a APS como prioridade não somente ao lado do MS, mas também do governo federal.

**MESA: PANORAMA, DESAFIOS ATUAIS E PERSPECTIVAS DA POLITICA NACIONALDE ATENÇÃO BÁSICA**

**Palestrante: Hêider Aurélio Pinto (Diretor DAB/SAS/MS).**

A apresentação que preparei para vocês aponta aqui uma síntese do que chamamos de “Saúde mais perto de você”.



## **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

**Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.**

A seguir são vários elementos que compõem esta política:

## SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ



Os nós críticos que pactuamos são compostos pelos seguintes elementos:

- **Financiamento insuficiente da Atenção Básica** – a questão de não redução do ponto de vista de número absoluto, mas redução proporcional, do custo, portanto uma redução da participação do governo federal;
- **Infra-estrutura inadequada;**
- **Mercado de trabalho predatório, alta rotatividade e problemas importantes no provimento e fixação dos profissionais;**
- **A PNAB necessitando de atualização e adequação às distintas realidades** – primeira pauta do CONASEMS era a necessidade de atualização e adequação da PNAB à realidade do país;
- **Diversos gargalos no acesso e na qualidade da AB** – tema da 14ª CNS, elemento central de caminho do SUS;
- **Fragilidade de atuação na PS e em agendas intersetoriais;**
- **Baixa legitimidade da APS** - constatada na reunião dos governadores com a presidente, entendimento claro da necessidade de avanço da ampliação da legitimidade para não se ter retrocessos na estratégia que o país adotou de avançar na Atenção Básica através da ESF.

Como enfrentamos o primeiro nó crítico da **Ampliação de recursos para atenção básica**.

O que irei apresentar é fruto de ação tripartite, não é unilateral do MS, no aumento do desenho que fizemos, pode-se dizer que temos um componente que está relacionado à equidade.

## FINACIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

- Componente de Equidade
  - Novo PAB Fixo
  - Manutenção das modalidades das equipes e da CER
- Componente Indutor de Modelo (Estratégia de Saúde da Família)
- Componente de Qualidade (PMAQ)
- Componente de Qualificação da Infra Estrutura
  - Programa de Requalificação
  - Emendas Parlamentares e Populares

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



Novo desenho do PAB fixo, em que não se tem mais valor *per capita* para o Brasil inteiro, este valor varia conforme quatro estratos.

Dentro do PAB fixo, mas ainda na lógica de equidade tanto as modalidades distintas da Saúde da Família. Estes componentes, portanto, primam para a equidade.

Outro componente é o indutor do modelo da ESF. Temos, portanto, a maior parte do PAB variável, em que a lógica de financiamento está associada a adesão do município a uma determinada modalidade de equipe.

Outro componente (que ainda não existia), é o componente de qualidade, que é, dentro do PAB variável um componente que trabalha com o pós pacto. Há um processo de adesão e implantação de conjunto de acesso e qualidade e há um processo de avaliação que em função destes padrões de qualidade se define recursos que são repassados aos municípios.

Em 14 março discutimos o financiamento.

## FINACIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ano	PAB fixo	PAB variável	Estruturação + Construção e Ampliação	Valor total
<b>2010</b>	R\$ 3,65 Bi	R\$ 5,92 Bi	R\$ 147 Mi	R\$ 9,73 Bi
<b>2012</b>	R\$ 4,42 Bi	R\$ 8,31 Bi	R\$ 633 Mi	R\$ 13,36 Bi
Variação 2010-2012	R\$ 765 Mi 21%	R\$ 2,38 Bi 40%	R\$ 486 Mi 330%	R\$ 3,63 Bi 37%

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



Saiu-se de 21% no PAB fixo e o PAB variável aumentou 40%.

O valor total, portanto, sofreu aumento de aproximadamente 40%.

Nós, no início do ano, nos comprometemos com o fortalecimento do financiamento da APS e com a ampliação da contrapartida federal e posso dizer que foi uma promessa em janeiro de 2011 e tivemos aumento expressivo comparado com qualquer outro período.

O financiamento da Atenção Básica sinalizarei os dois elementos em que foi mais preciso. De um lado o componente de qualidade, se temos uma equipe de Saúde da Família que possui profissionais de Saúde Bucal, apresentando desempenho ótimo, e fazendo jus a 100% dos recursos, do PMAQ, teríamos 11 mil mensais, o que significa que agregaríamos este valor ao repasse normal as eSF. O valor anual subiu de 54 milhões para 793 milhões e a perspectiva é atender a todos os municípios que queiram aderir ao PMAQ para próximo ano.

## FINACIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ano	PAB fixo	PAB variável	Estruturação + Construção e Ampliação	Valor total
<b>2010</b>	R\$ 3,65 Bi	R\$ 5,92 Bi	R\$ 147 Mi	R\$ 9,73 Bi
<b>2012</b>	R\$ 4,42 Bi	R\$ 8,31 Bi	R\$ 633 Mi	R\$ 13,36 Bi
Variação 2010-2012	R\$ 765 Mi 21%	R\$ 2,38 Bi 40%	R\$ 486 Mi 330%	R\$ 3,63 Bi 37%

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



A seguir apresento o aumento PAB fixo. O grupo 1 reúne 70% dos municípios com os piores indicadores sócio, econômicos e demográficos do país. Estes municípios tiveram um aumento acumulado em dois anos de quase 40%. O PAB fixo destes municípios hoje é de R\$ 25,00.

Cerca de 20% destes municípios hoje que vem na sequência dos piores indicadores sócio econômicos e demográficos recebem R\$ 23,00 o que dá aumento de 28%.

Mesmo os 125 municípios mais ricos e maiores tiveram aumento que corrigiu a inflação. Então o aumento menor corrigiu a inflação e o aumento maior teve acréscimo de quase 40%.

## FINACIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Faixa	2010		2011		2012*		2010-2012 Variação
	Per capita	Per capita	Variação	Per capita	Variação		
1	R\$ 18	R\$ 23	27,8%	R\$ 25	8,7%	38,8%	
2	R\$ 18	R\$ 21	16,7%	R\$ 23	9,5%	27,8%	
3	R\$ 18	R\$ 19	5,6%	R\$ 21	10,5%	16,7%	
4	R\$ 18	R\$ 18	0,0%	R\$ 20	11,1%	11,1%	
<b>Valor Total</b>	<b>R\$ 3,45 Bi</b>	<b>R\$ 3,70 Bi</b>	<b>7,2%</b>	<b>R\$ 4,13 Bi</b>	<b>11,6%</b>	<b>19,6%</b>	

#saudemaisperto



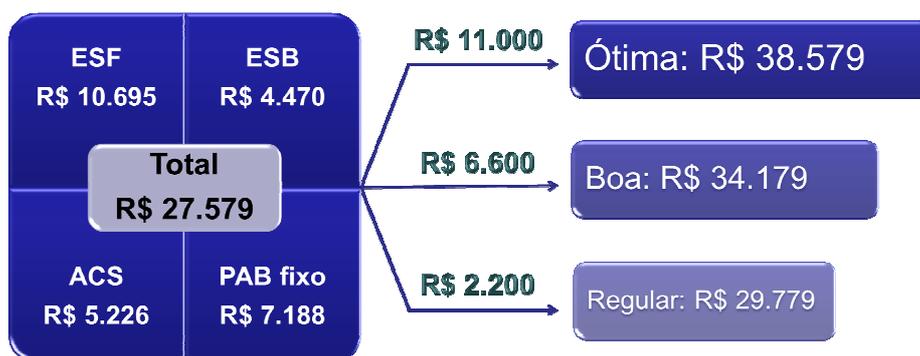
Ministério da Saúde



Mostro a seguir dois temas finais sobre financiamento. Quero mostrar como se expressa quando consideramos equipe prioritária. Municípios mais pobres, mais baixos IDHS. Por equipe teria-se um valor aproximado a R\$ 27.579. Vale a pena sinalizar que a mesma conta em janeiro de 2011 era aproximada a R\$ 18.000. Se esta equipe for avaliada no PAMQ como ótima, este o valor sob para R\$38.579.

## FINACIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

### Projeção 1 - Custeio mensal de uma Equipe de Saúde da Família\*



(\*): Considera uma Equipe de Saúde da Família mod. 1, com Saúde Bucal mod. 2 e 6 Agentes Comunitários de Saúde, com certificação no PMAQ. E no PAB fixo considera uma população de 3.450 habitantes e *per capita* de R\$ 25,00.

#saudemaisperto



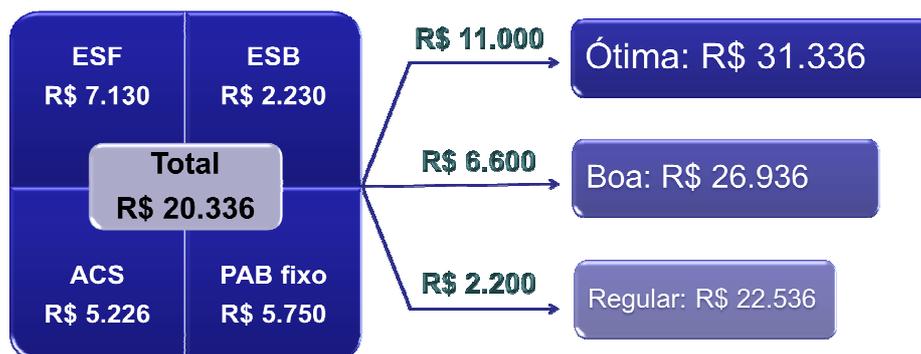
Ministério da Saúde



Se trabalharmos tanto com a situação com valor em torno de R\$ 17.500 para R\$ 31.000 ou para a outra situação valor de R\$ 17.500 também para R\$ 38, podemos até dobrar o valor considerando-se todo o repasse fundo a fundo da ABS.

## FINACIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

### Projeção 2 - Custeio mensal de uma Equipe de Saúde da Família\*



(\*): Considera uma Equipe de Saúde da Família mod. 2, com Saúde Bucal mod. 1 e 6 Agentes Comunitários de Saúde, com certificação no PMAQ. E no PAB fixo considera uma população de 3.450 habitantes e *per capita* de R\$ 20,00.

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



O que temos enquanto necessidades de pesquisa:

- **Impacto deste aumento expressivo de recursos**
  - Em que foi utilizado e investido este recurso;
  - Impacto no mercado de trabalho.

Há alguma lógica em que este aumento de recurso produz inflacionamento no mercado de trabalho? É distribuído entre o conjunto de profissionais? E mais canalizado aos profissionais médicos? Há diferença entre as regiões do país?

Portanto há um conjunto de elementos a serem avaliados.

- **Custos da APS** – outra linha absolutamente importante, e são apresentadas aqui na rede de pesquisa.
  - Subsídios para um PAB SUS – financiamento da APS que não seja apenas do município e do governo federal, mas que seja também dos governos estaduais.

- Subsídios para o financiamento no contexto do contrato organizativo de ação pública. – temos que avançar não apenas para desenho com definição de recursos do governo federal, mas chegarmos a uma análise de quanto custa a APS compreendendo suas singularidades regionais.

Nesta linha estamos identificando grupos que produzem questões que subsidiam debates neste quesito.

A seguir outro elemento importante é o Programa de Requalificação das UBS, em que são destacados dois eixos, no quesito Brasil sem miséria.

## PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UBS

- Brasil Sem Miséria
  - garantia de direitos - ampliação dos serviços de saúde
  - geração de emprego e renda
- Melhoria das condições de trabalho
- Ampliação da legitimidade da Atenção Básica

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



O Programa de Requalificação das UBS, nós utilizamos uma pesquisa feita pela UFMG em 2008, primeiro dado aproximado que nós possuíamos, depois utilizamos a pesquisa do IBGE, da Assistência Médico Sanitária e depois fizemos uma aproximação dentro do programa de requalificação que é o diagnostico auto-referido dos municípios. Tivemos uma participação bem expressiva, cerca de 90% dos municípios do Brasil responderam ao questionário.

## PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UBS

Situação	Quantidade	%
<b>Total de UBS do Brasil</b>	<b>37.000</b>	<b>100%</b>
<b>UBS não elegíveis para reforma/ampliação</b>	<b>16.318</b>	<b>44%</b>
UBS alugadas e sem documentação necessária	11.178	30%
UBS > 150 m <sup>2</sup> construídas e/ou reformadas em 2010 e 2011	5.140	14%
<b>UBS elegíveis para reforma/ampliação</b>	<b>20.682</b>	<b>56%</b>
UBS < 150 m <sup>2</sup> - elegível para ampliação	11.087	30%
UBS > 150 m <sup>2</sup> - elegível para reforma	9.595	26%

#saudemaisperto



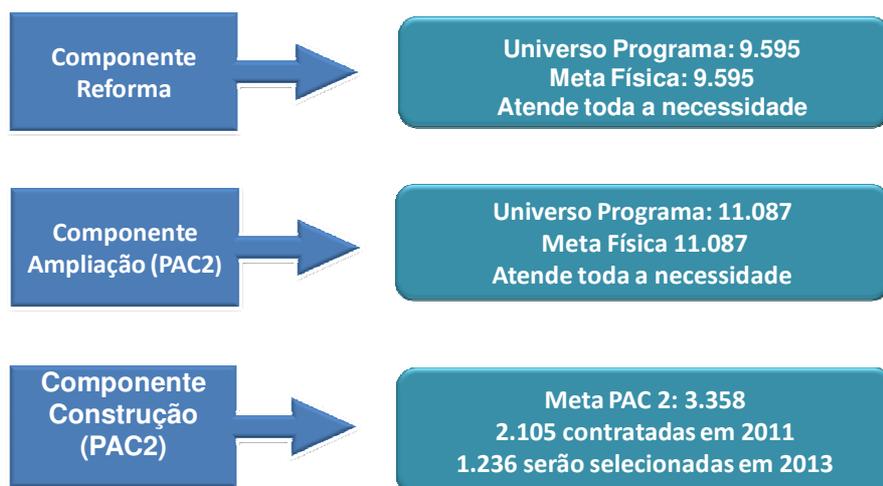
Ministério da Saúde



As unidades não elegíveis foram as alugadas e sem documentação necessária e aquelas que possuem mais de 50 metros quadrados construídas ou reformadas em 2010 e 2011.

O alvo do programa são mais de 20.000 UBS.

## PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DAS UBS



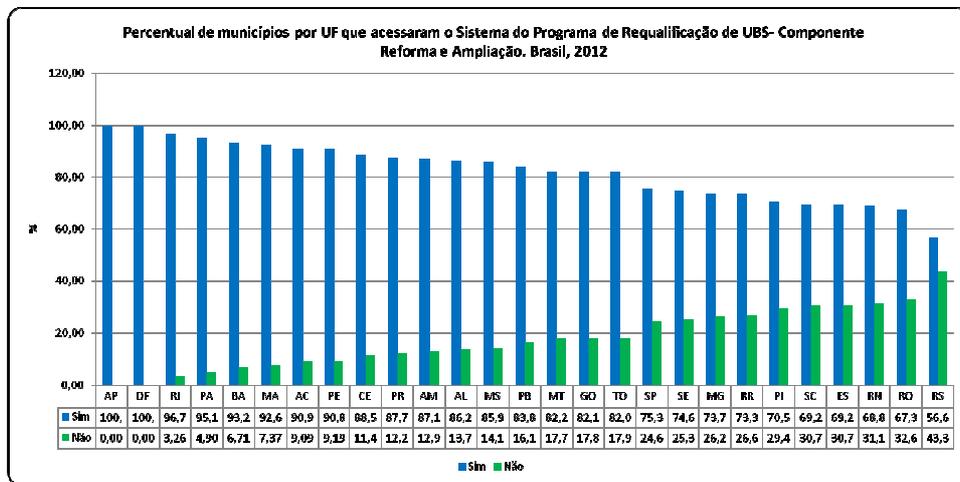
#saudemaisperto



Ministério da Saúde



## ACESSO AO SISTEMA DO PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UBS

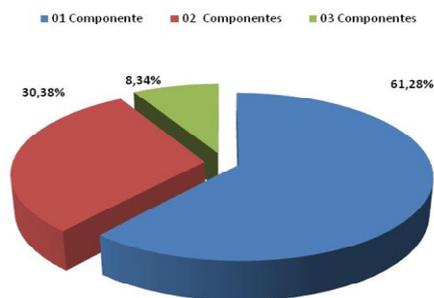


A seguir são os municípios que foram contemplados com algum tipo de reforma ou construções:

➤ **3.104 (55,77%) Municípios foram contemplados com Reforma, Construção e Academia da Saúde, destes:**

- 61,28% foram contemplados para 01 componente;
- 30,38% foram contemplados com 02 componentes;
- 8,34 % foram contemplados com os 03 componentes

Percentual de Municípios por participação nos Componentes Reforma, Construção e Academias no Programa de Requalificação de UBS, Brasil, 2012

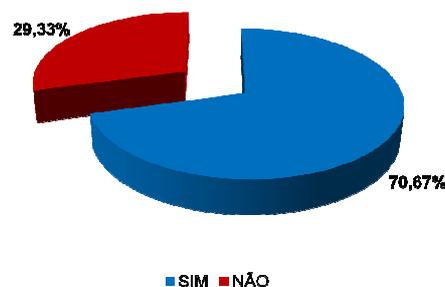


Se somarmos as ampliações, chega-se a quase 4.000 municípios com alguma obra financiada pelo MS.

➤ **2.271 (40,81%)** municípios foram homologados pela CIB no componente ampliação

➤ **3.933 (70,67%)** contemplados com Reforma, Construção e Academia da Saúde e homologados pela CIB no componente ampliação

Percentual de municípios que foram contemplados com reforma, construção e academia de saúde e homologados pela CIB no componente ampliação. Brasil, 2012.



As necessidades de pesquisa neste ponto:

- Censo das UBS. Este censo é decisivo para o próximo passo. Já atingimos aproximadamente 70% das metas de construções e mais de 50% das metas de ampliação e de reformas, mas para chegarmos a totalidade dos municípios precisamos de passo maior que o diagnóstico. O que ocorrerá a partir de agora é que o conjunto das universidades, os avaliadores visitarão unidades de saúde identificando os problemas de modo que conseguiremos planejar o orçamento de 2013 e 2014 para atender as necessidades de reformas e ampliações.. Não se tem duvida que se mudara cara da rede física das unidades ao final de 2014;
- Estudo de quem não acessou para busca ativa. Importante pois abrimos o banco de dados do sistema em que cada gestor, por unidade básica de saúde fala qual a reforma que fará, etc. e ao mesmo tempo temos um sistema que monitorará isso.
- Estudos tendo como base o Sistema de Cadastramento e Monitoramento será decisivo para a qualificação da inteligência de engenharia envolvida na formulação dos projetos, financiamento e execução das obras.

# PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS



- Regulamentação da Lei do FIES – concedeu o direito de abater a dívida de 1% ao mês, caso atue nos municípios que têm maior necessidade;
- PROVAB – Em seu primeiro ano, que temos expectativas que seja maior em 2013 do que esta sendo em 2012.
- Plano Nacional de Educação Médica – o MS entende claramente que faltam médicos no país. Temos um grave problema de distribuição mas também de quantidade. E relação a questão de quantidade, entendemos que o mínimo que o Brasil precisa ter de médicos são 2,7 por 1000 habitantes. Iremos abrir uma quantidade de vagas, preferencialmente em instituições públicas a partir de campos de extensão das universidades que já atuam e nos lugares em que se têm maiores necessidades.
- Apoio à constituição de carreiras intermunicipais – temos parceria com o ministério do planejamento para lançar esta discussão;
- Apoio a estratégia de regulação do mercado de trabalho;
- Dimensão valorização do trabalhador do PMAQ;
- Adequação da PNAB para que se adapte à realidade do mercado de trabalho e a disponibilidade de profissionais.

No caso de necessidades de pesquisa neste quesito, temos uma farta diversidade.

Desde o observatório de Recursos Humanos, acompanhando o impacto do mercado de trabalho de todas estas mudanças agregando ainda: aumento do financiamento e PMAQ.

Amanha teremos uma apresentação aqui, da UFMG, da Estação de Sinais de Mercado, apresentação de uma linha de base de dezembro de 2010, para montarmos um monitoramento em cima disso. Parceria entre Observatório de recursos humanos ligada a Secretaria de Gestão em Educação e Saúde.

Construção de uma plataforma que reúna e cruze principais sistemas de informação do Ministério da Saúde e do Trabalho. Importante fazermos a junção não somente do CNES, mas também de outros sistemas do ministério do Trabalho para cruzarmos estas informações e trabalharmos com banco de dados que hoje não se conversam.



**ATENÇÃO BÁSICA**

## **NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**



É outro nó crítico.

## ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a **promoção** e a **proteção da saúde**, a **prevenção de agravos**, o **diagnóstico**, o **tratamento**, a **reabilitação**, **redução de danos** e a **manutenção** da saúde com o objetivo de desenvolver uma **atenção integral** que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



A questão de afirmar a ESF como prioridade. Não temos dúvidas que a ESF segue como prioridade para expansão e consolidação da PNAB.

## ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Atenção Básica tem na **Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.**

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como **estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica** por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com **maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica**, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



Fizemos uma renovação da política e revisão de conceitos.

## FUNDAMENTOS E DIRETRIZES

**5. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe;** realizando a **gestão do cuidado integral** do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe.

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



## FUNDAMENTOS E DIRETRIZES

1. **Território adstrito**
2. **Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde** de qualidade e resolutivos, caracterizados como a **porta de entrada aberta e preferencial** da rede de atenção, **acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização** pela atenção às suas necessidades de saúde
3. **Adscrever os usuários** e desenvolver relações de **vínculo e responsabilização** entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a **longitudinalidade do cuidado**
4. **Estimular a participação dos usuários** como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



Slide

- Tentamos revogar todas as portarias possíveis para consolidarmos em uma única;
- Compromissos de toda a atenção básica (IDSUS) – todos os princípios da nova PNAB não estão restritos a ESF. Isso é obrigação do conjunto da ABS. O próprio IDSUS já traz parâmetro novo para cálculo de cobertura

que não é apenas os 52% de cobertura de pessoas para ESF. Já apresenta um parâmetro para cálculo para cobertura de ABS.

- Reconhecimento de uma diversidade maior de equipes de saúde da família. Seja equipe de APS para população de rua, sejam fluviais para populações ribeirinhas, etc.
- Articulação com a Rede de urgências. Não há sentido “brigas em UPAS e UBS”;
- Expansão dos NASF – medidas importantes da PNAB. Aponta para uma perspectiva multiprofissionais e interdisciplinar. Cerca de 1000 municípios do país tem NASF. Com estas mudanças 4.000 municípios passam a ter NASF. Iremos avaliar isso este ano e vamos apontar algumas diretrizes nos NASF. Mas sinalizamos que realizando isso podemos caminhar para universalização dos NASFS do Brasil.
- Consolidação do novo desenho de financiamento.

Se tivesse que destacar alguns dos elementos da PNAB, eu destacaria estes elementos.

Em relação aos NASFs, abrimos mais o leque para profissionais e estamos deixando a cargo dos gestores municipais, os quais poderão definir seus modelos. Gestão municipal que poderá definir seus modelos. Incluímos profissionais não presentes, como o graduado em saúde coletiva ou em enfermagem que especializou-se em saúde coletiva.

## NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

### NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Médico Acupunturista	Assistente Social
Médico Ginecologista/Obstetra	Profissional/Professor de Educação Física
Médico Homeopata	Farmacêutico
Médico Pediatra	Fisioterapeuta
Médico Psiquiatra	Fonoaudiólogo
Médico Geriatra	Nutricionista
Médico Internista (clínica médica)	Psicólogo
Médico do Trabalho	Terapeuta Ocupacional
Médico Veterinário	Profissional com formação em arte e educação (arte educador)

**Profissional de saúde sanitaria**, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A questão dos consultórios na rua é a mesma sobre os NASF.

Visitamos as equipes de ABS que cuidam desta população. Imensa maioria dos problemas relacionam-se a saúde mental, assim como saúde bucal e dermatológicos. Os consultórios na rua, portanto, são equipes que cuidam de população de rua. Portanto, precisam ter capacidade e tecnologia para atender o conjunto de problemas desta população. Estas equipes precisam também estarem articuladas aos CAPS e CAPS AD. São modalidades flexíveis.

## CONSULTÓRIO NA RUA

Diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR)

1. Componente da Atenção Básica na Rede de Atenção Psico-social
2. Composição multiprofissional e que lida com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua
3. Ações compartilhadas e integradas às unidades básicas, CAPS, dos serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção



CBO: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal.

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



O mesmo fizemos com as equipes ribeirinhas. Fizemos reuniões em Manaus e no Para e fizemos um desenho que nos permitia contemplar a maneira como os municípios têm cuidado das populações ribeirinhas.

## EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

**I - Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR):** equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial

**II - Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF):** equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

### PROFISSIONAIS:

01 Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade  
01 Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família  
01 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem  
06 - 12 Agentes Comunitários de Saúde

Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas - 01 microscopista, nas regiões endêmicas  
Equipes de Saúde da Família Fluviais - 01 técnico de laboratório e/ou bioquímico  
Estas equipes poderão incluir na composição mínima os profissionais de saúde bucal:  
01 Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família  
01 Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



As necessidades de pesquisa

- Pesquisa dos efeitos – o que esta mudança trouxe do ponto de vista do mercado de trabalho e expansão.
- Diversidade e singularidade x norma nacional – questão a se avançar, pois não conseguimos lidar com todas as diversidades, por exemplo, as diversidades da Região Amazônica, o contrato organizativo aponta para um avanço neste ponto de vista. Permite que façamos um financiamento condizente com as singularidades daquela região.
- Estudos para uma transição na perspectiva do contrato organizativo de ação pública - .

### **Ampliação do acesso e da qualidade**

Neste ponto temos vários elementos.

- Ampliação da cobertura – Brasil sem miséria;
- Novas Modelagens de Equipes;
- Acolhimento nas UBS – agora claro na PNAB desde a 648, com reforço do PMAQ;
- Fortalecimento dos NASFs;
- Ofertas de Formação e Educação Permanente;
- Telessaúde Brasil Redes;
- Informatização das UBS e Novo Sistema de Informação – já estamos mostrando este novo sistema de informação que funcionará na lógica do Cartão Nacional de Saúde. Nossa preocupação é no sentido de substituir um conjunto de sistemas de informação por um que consigamos trabalhar de forma interoperada, o qual permita gerenciar a informação dos usuários;
- Qualificação das Práticas de Cuidado e ampliação da resolubilidade;

Valorização dos profissionais e Comunidade de Prática – Colocar os trabalhadores em contato a fim de trocarmos experiências. Valorização dos profissionais e comunidade de praticas – comunidade de praticas neste momento é uma realidade. Há uma senha para se abordar elementos de discussão. Trata-se de biblioteca virtual, facebook, enfim, é uma mistura elementos que tenta fazer com que

profissionais não fiquem sozinhos. Toda área de comunicação do DAB está sendo canalizada para as comunidades de praticas.

O Telessaúde possui um desenho complementar ao desenho da SEGETS. Focado nos serviços de saúde, que tem i intuito de colocar os profissionais de saúde em comunicação. Avança-se com as possibilidades de cuidado compartilhado. Precisa estar articulado ao fluxo de regulação. Precisa ter teleconsultoria a fim de definir intervenção, seja projeto terapêutico a ser conduzido na própria unidade de saúde ou em outro ponto da saúde.

## TELESSAÚDE

### Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes

- ✓ Projetos Intermunicipais utilizando Profissionais da Rede e desenvolvendo Expertise nos Serviços
- ✓ Implantação que inclui Informatização da Rede, Custeio da Conexão Banda Larga, Núcleos de Telessaúde e Capacitação das Equipes
- ✓ Projetos de acordo com o número de ESF contempladas, variando de 750 mil (pelo menos 80 ESF) a 3,5mi (pelo menos 900 ESF)
- ✓ Estados divididos em 5 Grupos conforme População e Número de Equipes - variando de 750 mil a 4,5 milhões
  - 37 projetos
  - 2036 municípios
  - 10.966 ESF
  - 37 milhões de pessoas beneficiadas
  - R\$44 milhões em 2011
  - 236 milhões 2012 - 2014

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



O Melhor em casa não é especificamente ABS, mas esta na interface entre a ABS, a rede de urgência e a Atenção Hospitalar. Na portaria chamamos de modalidades um, dois e três, em que a modalidade um são as equipes de ABS mais os NASFs e as outras equipes são de atenção domiciliar. A lógica é evitar internações e trabalhar a questão das desospitalizações.

## MELHOR EM CASA



Reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à:

- **Humanização** da atenção à saúde;
- **Redução da demanda** por atendimento hospitalar
- **Desinstitucionalização de pacientes internados/redução do período de permanência** de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para retaguarda das urgências e internação;
- **Preservação dos vínculos familiares e Ampliação da autonomia dos usuários e familiares**, para o cuidado à saúde;
- **Redução de custos.**

### Modalidades de Atenção Domiciliar:

- **AD1** - Equipes de AB + NASF
- **AD2** – EMAD e EMAP
- **AD3** – EMAD e EMAP

\*As EMAD e EMAP podem cuidar, ao mesmo tempo de pacientes nas Modalidades AD2 e AD3

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



## PMAQ



Portaria n. 1654, de 18 de julho de 2011.

### Diretrizes

- Envolver, mobilizar e **responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, municipais e locais, equipes e usuários** num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica
- Desenvolver **cultura de negociação e contratualização**
- Estimular a **efetiva mudança do modelo de atenção**, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das **necessidades** e da **satisfação dos usuários**
- Ter **caráter voluntário** para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da **motivação e proatividade** dos atores envolvidos

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

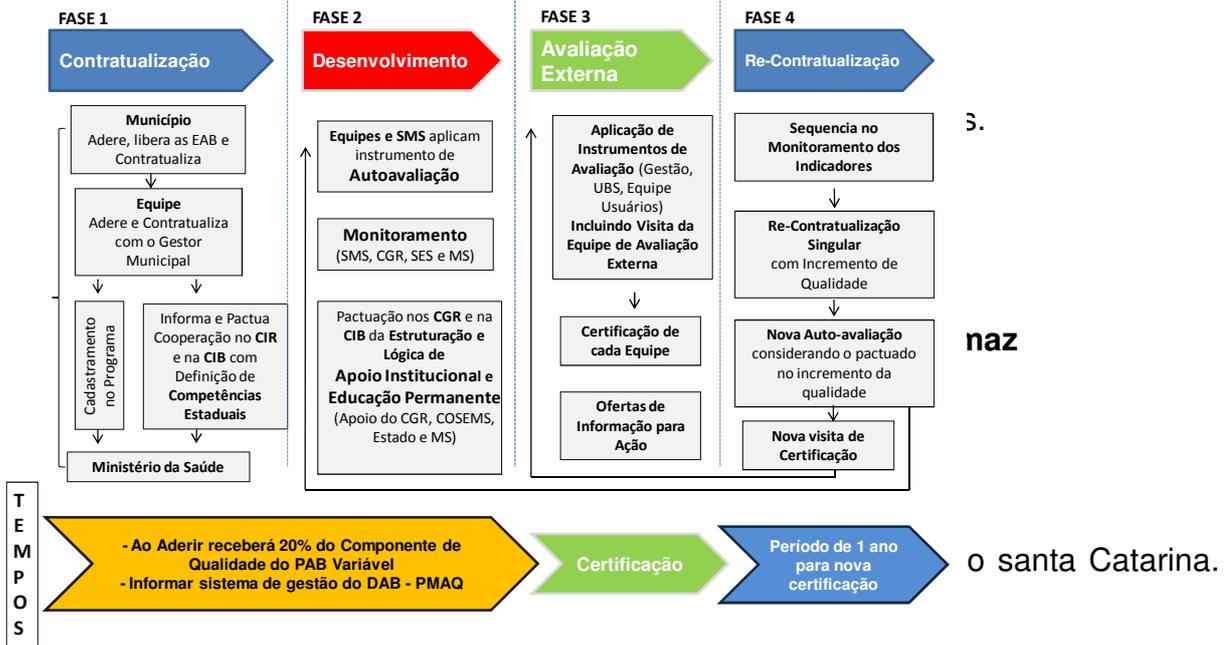
#saudemaisperto



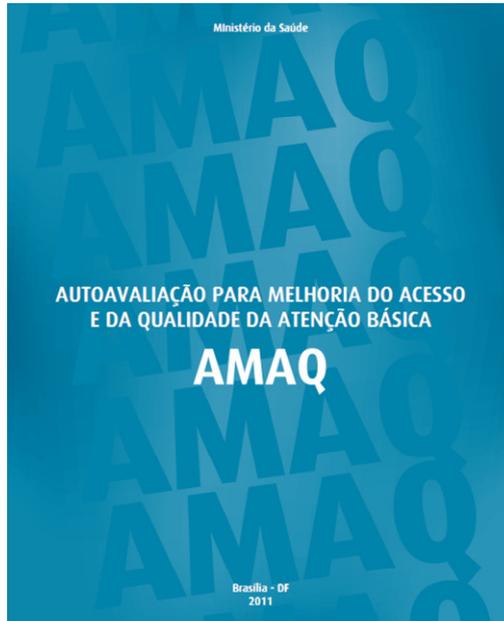
Ministério da Saúde



## PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade



## AMAQ – Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade



Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.





## DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO EXTERNA

- Gestão para o Desenvolvimento da Atenção Básica – 10%
- Condições da UBS – 10%
- Valorização do Trabalhador – 20%
- Atenção à Saúde – Acesso e Qualidade – 50%
- Acesso, Uso e Satisfação do Usuário – 10%

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



## Instrumento PMAQ

### No PMAQ tem:

- Gestão do Processo de Trabalho e Organização da Equipe
- Apoio Matricial e continuidade do cuidado na Rede
- Gestão e Coordenação do Cuidado
- Práticas Integrativas e Complementares
- Redes Temáticas Prioritárias: Psicossocial, Cegonha, CA, Urgências, Pessoas com Deficiência
- Atenção a Grupos Específicos
- Brasil sem Miséria (PBF e Próteses Dentárias)
- Saúde Bucal
- Alimentação e Nutrição
- Assistência Farmacêutica

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



Todos os elementos acima descritos fazem parte, constituem o PMAQ.



## INSTRUMENTOS

- Censo das UBS – todas UBS do país
- Preenchimento de Informações no Sistema do PMAQ
- Entrevista e verificação com cada Equipe
- Entrevista com Usuários

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



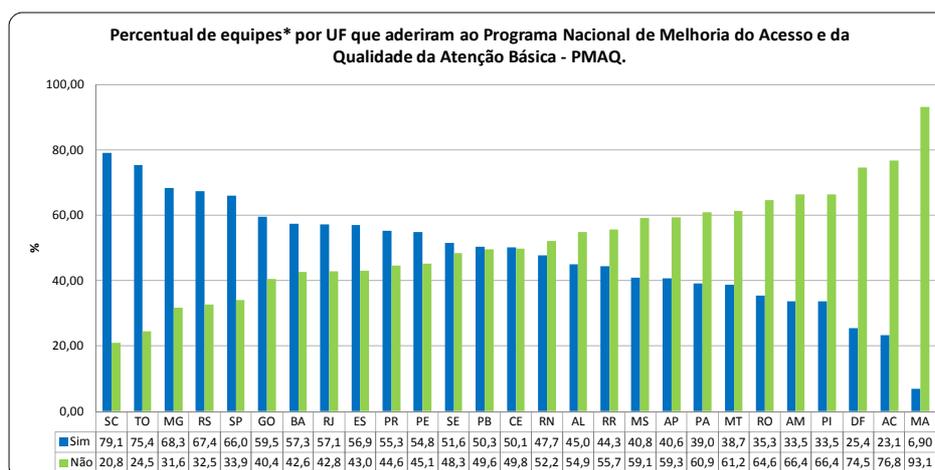
Ministério da Saúde



Visão do PMAQ no país.



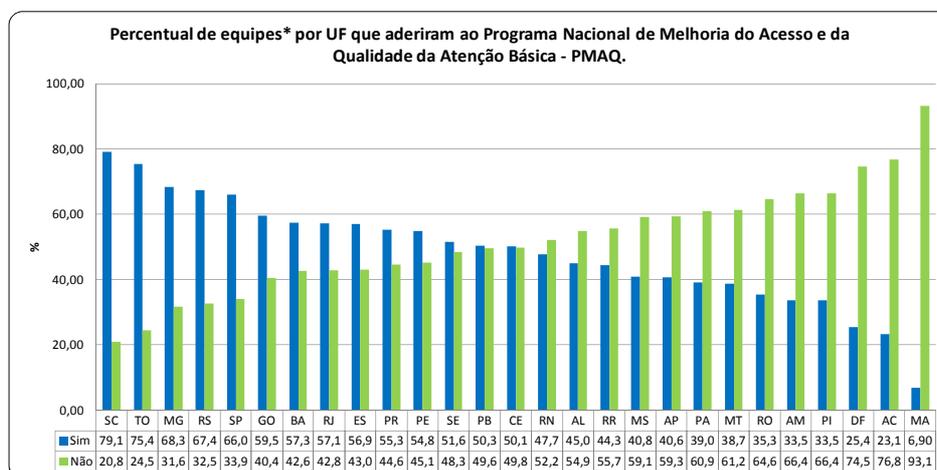
### ADESÃO DAS EQUIPES AO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ- ACESSO E QUALIDADE POR ESTADO



O estado que possui maior adesão é Santa Catarina, com 79,1% das equipes aderidas. Cerca de 52% das equipes aderiram ao PAMQ sendo que Santa Catarina, Tocantins, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo com mais de 60% das

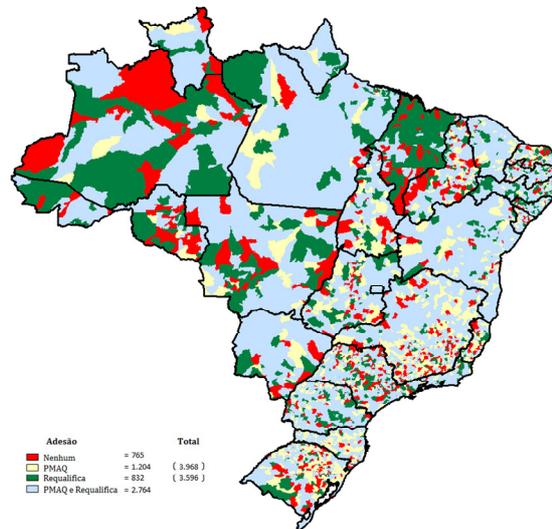
equipes e dos estados com menor adesão são Maranhão com 7%. Acre com 23,1; DF com 25%.

A seguir um mapa do Brasil apresentados com a cor azul os municípios que possuem mais de 75% de adesão. Os verdes que têm entre 50 a 75% de adesão, os em amarelo entre 25 e 50% e, por fim, os em cor vermelha, entre 0 e 25% de adesão.



Quando juntamos os dois quadros, os aquis são os municípios que aderiram ao conjunto das estratégias tanto requalificação das unidades básicas quanto ao PMAQ. Os em amarelo aderiram somente ao PMAQ. Os em verde aderiram somente ao programa de requalificação e os em cor vermelha não aderiram a nenhum dos programas.

A nossa interpretação é que vermelhos precisamos de busca ativa, são cerca de 10% dos municípios. Os municípios em amarelo ou verde demonstra que o precisamos identificar, pois o problema está relacionado à informação por terem tomado a decisão de ou somente aderiram ao PMAQ ou apenas ao programa de melhoria de qualificação.



## Possibilidades de pesquisa

### Possibilidades de Pesquisas

- Um enorme e inédito banco de dados de todas UBS e de mais da metade das equipes do país disponível
- Informações da infra, da gestão, do processo de trabalho das equipes, de indicadores do sistema de informação e de avaliação dos usuários
- Possibilidade de articular com a Comunidade de Práticas
- Estudos de casos singulares
- Análise sobre os efeitos dos processo de avaliação
- Reconstrução de todos elementos do processo
- etc... etc... etc...

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



## Promoção da saúde e agendas intersetoriais

- Reestruturação PSE.

Atende hoje atende mais de 2.000 municípios. Temos hoje cerca de 50.000 escolas com parceria com o PSE.

O PSE possui uma lógica de contratualização, em que cada equipe define o conjunto de metas, ações a serem realizadas.

Amanha será lançada uma parceria com a rede de escolas privadas.

### **Nova política nacional de alimentação e nutrição**

Parceria com a indústria de produção de alimentos, para redução de sódio, gordura, dos alimentos. É uma medida regulatória, com parceria com ANVISA.

- **Academias da saúde**

## **Ampliação legitimidade da atenção básica**

### **AMPLIAÇÃO DA LEGITIMIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

- Articulação entre o conjunto das ações impactando na valorização dos trabalhadores, na melhoria da infra-estrutura e no acesso e qualidade do serviços
- Valorização do saber e fazer da Atenção Básica na formação/ profissões/produção de conhecimento
  - Pesquisas, Residência, Pós-Graduações, PET Saúde, VER-SUS, Mudança na Graduação, PROVAB, FIES, Plano Nacional de Educação Médica, etc.
- Campanhas Publicitárias dirigidas à sociedade



Ano passado tivemos duas campanhas importantes para tentar ressignificar e dialogar a saúde com a população: “saúde mais perto de você” e agora faremos outra. Final de abril faremos uma campanha publicitária que tratará tanto da carta SUS, que já está sendo encaminhada desde ano passado para todos os usuários com internação. Então encaminhamos a carta SUS e o usuário avalia a internação de cada usuário e mostramos para eles quanto custou aquela internação.

A segunda questão é a da rede cegonha. Ligações para mulheres sobre seus partos e também, nesta campanha, teremos a apresentação do PMAQ à sociedade (mostraremos como é o trabalho de certificação das equipes, qual o trabalho dos avaliadores, tentando articular a importância de receber bem o avaliador a fim de qualificar aquele serviço de saúde vinculado àquela pessoa).

### **Próximos passos**

- Extensão do PMAQ para os NASF;
- Novo sistema de informação. Ideia de termos pilotos até o final de 2012 para ofertamos até final de 2013 um software interoperado com o público. Parceria importante com o Ministério de Ciência e Tecnologia e Ministério do desenvolvimento;
- Qualificação da Atenção às condições crônicas. Temos hoje no DAB a coordenação e gestão das áreas técnicas relacionadas à qualificação do cuidado e ao diálogo com os trabalhadores.
- Qualificação de apoio diagnóstico e terapêutico à Atenção Básica. Estávamos discutindo a interface entre ABS e Atenção ambulatorial especializada. Há uma serie de elementos de apoio diagnóstico que são os exames mais comuns como o apoio terapêutico, que em alguns lugares isso faz parte da ABS em alguns países e no Brasil infelizmente a ABS possui uma visão de saúde restrita. O resultado concreto disso são profissionais que realizam bons trabalhos, mas não conseguem manejar recursos e dar continuidade do cuidado ao usuário.
- Atenção especializada a saúde bucal. Também fica no DAB. Centros de especialidades odontológicas maiores avanços este ano.
- Articulação com nova política de regulação
- Estimulo e a produção e socialização de conhecimentos articulados a tomada de decisão. Que são algumas das questões que discutiremos aqui neste evento da Rede de Pesquisa.

### **DEBATE**

**Facchini** – Convido nossa colega da ABRASCO, militante da Saúde Coletiva, a qual foi uma das grande incentivadoras para a construção desta Rede de Pesquisa em APS. Para nós, trata-se de grande orgulho contar com seus comentários e contribuições.

## **ELEONOR CONIL**

Eu tenho procurado falar mais no campo da avaliação, que tem três aspectos que temos que nos centrar, que são a questão da continuidade, a parcimônia e o diálogo com os que realmente fazem o cotidiano.

Fui olhando na questão da continuidade e acredito que há um aspecto positivo que temos que saudar, pois os “nós” de fato trazem o que foi feito em termos de pesquisa e que apontou problemas. Tudo bem circunscritos no PROESF, dentro dos artigos e dissertações. Não houve ruptura, mas sim de fato uma continuidade, assim, avança-se neste sentido, por isso parabênizo.

Há duas semanas estava em seminário internacional aonde estavam os catalões discutindo questões bem particulares da Espanha, pois a Catalunha é muito particular em relação às outras comunidades autônomas, na questão da rede público privada que eles chamam de rede de utilização pública. Certamente é um desafio que talvez falte retomarmos nesta perspectiva de todos estes nós críticos.

Entretanto, houve momento que me incomodou, foi como se tivessem nos dando aula. Houve um momento em que expliquei sermos um país de 190 milhões de habitantes, temos hoje um número expressivo na saúde da família e o grau de nossa complexidade é superior e realizamos isso com cerca de seis vezes menos recursos que eles.

O tempo que avançamos é muito grande, entretanto nossa complexidade é enorme e nosso caráter particular foi o de pulverizar uma descentralização pulverizada, em que não se tem reforma igual. As comunidades autônomas são o centro do sistema espanhol, um NHS absolutamente centralizado, como exemplo também o Canadá, em que se têm as províncias.

Dentro do que se poderia dizer desafio macro, meso e micro, pois acredito que precisamos ter estes recortes analíticos, pois são lógicas diferentes. A lógica do micro, da relação do profissional usuário é outra lógica, de intersubjetividade, refiro-me a busca por autonomia, de questões que tiram o paradigma utilitarista e dos impasses que uma gestão fechada pode levar.

Precisamos ter estas dimensões distintas dos planos: macro meso e micro. O macro é este papel da indução. Neste caso, temos o desafio da indução, pois ao mesmo tempo em que temos que fazer a indução federal para reconstruir a gestão compartilhada (algo que posteriormente será sólido o suficiente para caminhar por si), temos esta diversidade tão grande. Me parece um desafio que está se tentando trabalhar e trata-se de uma contradição brasileira, pois temos que ser macro na indução mas acaba-se por penetrar na esfera da meso gestão devido a reconstrução do modelo particular.

Acredito que não tocamos no Brasil no grande problema que leva ao aspecto de que avanços são imensos, incomparáveis aos da Catalunha, mas temos um mix público privado difícil em relação ao plano de financiamento e da utilização dos serviços. Enquanto a sociedade brasileira não enfrentar esta questão, nosso sistema permanecerá segmentado e com problemas de transversalidade.

Eu venho de Santa Catarina, local com boa formação, profissionais bem remunerados, há uma boa qualidade do sistema eletrônico, informatizado. Entretanto, os planos de saúde são quase que 60% da cobertura de Florianópolis. Isso promove um permanente “fetiche” e de pressão tecnológica que não podemos desconsiderar.

Precisamos trabalhar isso, pois, por exemplo, o tempo de espera é tão grande, que impacta em medidas fundamentais, mas que acabam por não obter legitimização necessária do que se desejaria como sistema público. É uma questão que teríamos que adicionar a agenda da pesquisa.

Fazendo uma ponta para o que pode contribuir enquanto Rede em relação a todas estas questões, como vamos auxiliar como pesquisadores ou produtores de conhecimento? Trata-se de um momento histórico, com possibilidades de pesquisa, recurso, interação e a APS fazendo parte do sistema de saúde como um todo. A questão de como faremos para que nosso conhecimento enquanto produtores de conhecimento chegue, auxilie? Temos que nos aproximarmos, a fim de conseguir trabalhar nesta direção e avaliar os pontos desta política.

Usando sua metáfora, “*temos que olhar o cavalo encilhado, os cavaleiros que estão montando neles é que verão se estão caminhando na direção certa, que apontaram. Se não estão indo, em que direção vão. Acredito que nós temos que ficar na terra e vocês (gestores) irão galopar.*”

Estas são minhas observações.

**Facchini** – Vamos abrir rodada para discussão.

**Marcos** – Primeiramente quero dizer que foram brilhantes, tanto fala do Hêider, que demonstra dimensão de busca pela qualificação da APS no país, em velocidade que esperamos do MS, quanto da Eleonor. Em nenhum momento foi autoritário, mas sim tripartite, sendo o CONASS um grande protagonista neste processo. As demandas de pesquisa apontadas são poucas que podemos acrescentar. Quero comentar que fala de Eleonor foram brilhantes, pouco o que temos que acrescentar.

Tem academia atenta para este processo que estamos caminhando, sendo vital neste momento de reconstrução da APS no Brasil.

Quero fazer um adendo que é demanda nossa, quando se observa desde o início da criação da APS, quanto significou o processo de financiamento e o que significava para os gestores municipais aquela tecnologia. Depois, um processo de abandono, o PAB não foi corrigido nem a 50% da inflação, o que gerou um processo de desqualificação acentuada da APS no Brasil, embora tenha havido um processo de qualificação e aprimoramento técnico. Será que não quebramos o ímpeto inicial de que a APS veio para modificar a relação dos profissionais com o usuário e com o serviço público e com o descompromisso dos anos subsequentes? Enquanto gestor municipal, creio que recompor este vínculo, trata-se de algo que precisamos debruçar, enquanto pesquisa.

O primeiro *slide* da apresentação do Hêider demonstrou 17 subitens e cada um com elevadas complexidades. Isso demonstra o grau de complexidade destas ações que é grande, frente à gestão em nosso país. Não sei se os gestores estão preparados para isso. Assim questiono: qual o grau de complexidade que é necessário incorporar na APS para que se facilite o processo de gestão que qualifique a APS.

Outra questão importante trata-se a vinculação da UPA na questão da APS na perspectiva da rede urgência é vital. Me parece um suicídio, pois neste momento, alguns estados colocam como quesito único enquanto acesso as UPAS, excluído a ABS. O que isso irá significar? Pois acredito tratar-se de questão que merece melhor estudo, por poder criar desvinculo.

Comentário final do que foi colocado, para mim a maior parte das experiências foram as ocorridas a partir da análise da realidade com gestor municipal descentralizado. Quase todas as iniciativas foram vindas de análises de situações ou realidades e posterior proposta para modificar a situação. Quase todas as iniciativas vieram ou de estudos da própria academia ou de análise que o município fez em relação a situação e propôs intervenção.

### **Rodrigo Cariri (Federal Pernambuco).**

Quero iniciar sobre a sugestão da professora Eleonor acerca do pensamento no macro, meso e micro, mas em minha opinião estes patamares se interpõem e de fato meu entusiasmo vai de encontro com a política que considera estes aspectos que desafia, por parte o gestor federal a pensar alguns elementos micro. Gostaria de centrar na questão dos aspectos subjetivos presentes na proposta, desde a questão da ampliação e requalificação das unidades e do modelo de atenção. Muitas comunidades não se consegue outros locais para se instalar as unidades e o quanto isso interfere no modelo assistencial e no dia a dia das equipes.

As campanhas publicitárias são, sem duvidas medidas de impacto, que merecem elogios.

As medidas apresentadas falam muito da representação da APS para o usuário e existem várias medidas para reconhecimento e valorização do profissional, mas os aspectos subjetivos para o profissional que esta na APS merece nosso olhar enquanto pesquisadores.

Na perspectiva da ampliação das vagas de medicina, me preocupa um elemento que a política de educação está em um *modos operandi* e a meritocracia e a mudança que precisamos empreender não consegue ser operada apenas por doutores. As pessoas que estão na ABS muitas vezes são absorvidas pelo sistema da atenção ou pela gestão. Metade de nossos egressos estão na gestão e a outra metade está na ponta e quem está na ponta apresenta dificuldades em serem

docentes ou pesquisadores. O PET não consegue dar o reconhecimento ao profissional que recebe aluno nas unidades.

### **Luciano Gomes – Federal Paraíba**

Parabenizo apresentação e movimento político construído juntamente com CONAS e CONASEMS.

Acredito ser interessante abrir enquanto possibilidade de discussão: o que se impactou na relação da produção do cuidado, no mercado de trabalho, me chama a atenção o que se impactou na relação da produção do cuidado no seguinte sentido: expandir financiamento, cobertura, entre outras coisas, sabemos que pode produzir cuidado, mas, também, pode produzir medicalização. Que lógicas de cuidados estão sendo produzidas e estimuladas na expansão da rede e que lógica de qualificação esta sendo avaliada nas equipes? Será que não se trata da redução do auto-cuidado, e da autonomia?

Três campos de contribuição poderiam ser olhadas, a partir do MS, para contribuir nesta perspectiva.

1 - Conjuntos de pesquisadores que trabalham temáticas relacionadas a racionalidades medicas. O MS possui política nacional de práticas integrativas, porem enquanto lógica nos serviços ainda é marginalizada. Precisa ser mais qualificada.

2 - Educação Popular em Saúde. Outro campo para focar questão medicalização e fortalecer a autonomia do usuário.

3 - Pesquisadores que vem tentando desenvolver o quanto as lógicas de que o poder têm gerado intensificação de lógicas do que Foucault , por exemplo, chama de sociedade de segurança que temos avançado mas na pratica produzimos mais lógicas que dificultam.

### **Gustavo Mata - Escola politécnica da Fiocruz e residência multiprofissional saúde da família ENSP.**

Na escola politécnica realizamos formação dos ACS. Três estados realizam esta formação (Tocantins, Acre e Rio de Janeiro). Isso tem nos trazido algumas experiências interessantes. Hoje, este contingente de trabalhadores aos quais

empregamos alcança quase 300 mil trabalhadores, então, como pensar a formação e a continuidade da mesma.

Isso nos leva a uma segunda questão: Acredito que a política apresentada e os desafios apresentados anteriormente da discussão do atravessamento, transversalidade da discussão da educação permanente. Porque a implantação, instalação de equipamentos e melhoria das instalações são importantes, mas até que ponto atingimos a necessária reorganização do processo de trabalho que almejamos? Estamos realmente trazendo as necessidades de trabalhar as potencialidades do território, etc. Por outro lado, vemos pactuações de metas que retiram os ACS deste modelo, uma vez que tem sido assolados por uma pactuação de metas dos quais eles não fazem parte. São questões que tem sido importantes e também graves neste processo.

Ao mesmo algumas pesquisas em que se tem avançado, importante também a questão das implantação dos NASf mas muitos profissionais que são aportados aos NASFs, não tem formação para atingir estes objetivos.

Gostaria de contribuir no sentido: Como atravessar a questão da gestão da educação e também do trabalho?

**Vinicius da Rocha- Universidade Federal de Campina Grande - Paraíba**

Parabenizo pela elaboração das discussões e gostaria de debater duas questões.

Uma é em relação ao financiamento. Interessante a progressão apresentada, mas dentro do gasto global em saúde em nosso país, quanto a APS cresceu se compararmos ao que os outros níveis de atenção também cresceram em financiamento. Portanto, pensar no crescimento da APS comparando com o crescimento dos outros setores de saúde e seus gastos.

Segunda questão seria em relação a política e educação médica. Esta questão de 2,7 médicos por mil habitantes é que estou em uma área em que são 0,097 médicos por mil habitantes e sabemos o é esta questão de precariedade do ponto de vista do provimento da força de trabalho. Entretanto passamos de 10 anos de diretrizes curriculares para cursos de medicina. Após estes 10 anos conseguimos impactar e superar outras influencias de indução para o mercado de trabalho? A política nacional está preocupada com questões numéricas ou também da questão da formação?

## **Resposta da Mesa (Hêider e Eleonor)**

**Hêider:** Não terei como comentar tudo, porém concordo com fala do Marcos (CONASESM), trata-se de construção de diversas mãos, ou seja, é construção coletiva.

Acredito que a melhor forma de acertar neste caso, foi a partir do momento em que colocamos como prioridade e não no sentido de “inventar a roda”. Trabalhamos nos elementos existentes mas sempre na linha de fortalecer a parceria com o conjunto de atores que apontam para a mesma direção. Não há nada que não foi construído de forma tripartite.

A questão do macro, meso e micro é muito importante e os grandes gargalos estão no campo do micro e um dos grandes exercícios que construímos com o CONASESM foi em relação a construção de políticas no campo micro. De um lado temos apostar no protagonismo e construção de alternativas e de outro lado, o que foi abordado por Cariri, a questão da subjetividade dos profissionais que atuam na APS.

O PMAQ, por exemplo, possui estes elementos, de aproximar o especialista do generalista. A possibilidade de dialogo, seja via Comunidade de Práticas através do PMAQ, seja via TELESSAUDE, seja em outras ações, ou seja, aumentar as redes de contato, para que os mesmos possam dialogar uns com os outros.

No PMAQ tentamos dispositivos que chamam o gestor municipal. Podemos colocar metas, qualquer que sejam. Tentativa de fazer gestores e trabalhadores a fim de construção de pacto de metas.

Não há como não observar o mercado privado, com este crescimento importante no país. Trata-se de elemento fundamental para análise e precisamos avançar nesta questão (colocar o setor privado em análise).

Estamos para lançar uma lei que está relacionada à regulação do setor privado. Primeiro foco será setor de urgências, se existem evidencias de que a avaliação por classificação de risco na urgência é central tanto para a qualidade da atenção, tanto para o usuário, não pode ser opção do setor privado, utilizar ou não.

Com relação a reformas curriculares, e quando fazíamos concursos, os professores que passavam não tinham relação com o que queríamos. Não eram professores que atuavam na pratica clinica, o que precisávamos naquele momento.

Melhor caminho seria o MS articular com o MEC uma questão que formaríamos o profissional no processo.

Novo formato da equipe que permita receber pet saúde. Em relação ao arranjo da nova portaria, ela permite, por exemplo, que o RJ desenhe um modelo de residência em que o preceptor não precise trabalhar 40 horas e possa dedicar parte de sua carga horária para atividades de docência.

Em relação a fala do Luciano relação a sua fala, não tenho duvida que poderemos fazer um conjunto de estudos sobre o que entendemos de ampliação da clinica e redução da medicalização. Chamei atenção para a comunidade de praticas, trata-se de um lugar em que as pessoas possam refletir sobre suas praticas.

Na questão das praticas integrativas complementares, precisa entrar de vez no conjunto das praticas de cuidados, precisa ganhar inerência e cada vez mais trazermos para o cotidiano dos profissionais. Trata-se de qualificação do cuidado.

Gustavo apresentou questão da formação de ACS e reforço aqui que a Bahia também participou desta formação. Tenho muito envolvimento com esta formação técnica de ACS e chamo atenção para algumas questões, por exemplo, no âmbito do PMAQ o ACS faz parte da equipe, não estando excluído. Neste processo, precisamos avançar em algumas questões, por exemplo, em relação ao curso técnico. Temos questões relacionadas ao mercado de trabalho, os custos, projeções no mercado de trabalho (se o ACS não ficaria e teria substituição ao Técnico de enfermagem). Portanto, trata-se de debate importante, há uma necessidade de transversalidade.

A ultima questão, posta pelo Vinicius, refere-se ao financiamento. A Emenda Constitucional aponta sobre crescimento e o que tivemos para a ABS, normalmente é o dobro do projetado. A grande questão é, qual é o custo da ABS que temos, para verificarmos qual a necessidade para custear e um dos principais desafios é avançarmos para debate do custo da ABS, isso é posto para a rede de pesquisa APS.

**Eleonor Conil** – Vou tentar usar o principio da parcimônia, até para dar conta de tantas questões. Duas questões que quero comentar:

Uma é como será o processo de trabalho relacionado com a urgência, como é a divisão técnica deste processo de trabalho no sentido de nossos profissionais terem o desafio da resposta da multidiversidade de questões, problema absolutamente brasileiro. Digo isso porque o medico da Espanha é clinico, ele não faz pediatria nem gineco-obstetrícia.

E gostaríamos que nossos profissionais tivessem boa formação clinica ao mesmo tempo com as toda uma integração com as várias determinações sociais. Há certa confusão técnica entre o processo de trabalho de APS e aquele do profissional médico e precisamos clarear estas questões.

Há também a contradição da maior importância que é: se ao mesmo tempo precisamos de boa formação clinica, qual o grau do sistema que hoje esta absolutamente subordinado ao mercado de trabalho? Qual o grau de autonomia? Do ponto de vista macro, meso e micro, no nível da macro gestão temos que ter indicadores que acompanhem decisões da esfera macro.

No nível meso temos que medir ações: os tempos de espera estão prejudicando?

No nível micro temos a vida acontecendo, tem a dificuldade do acesso ao acolhimento, por exemplo.

Poderíamos pensar possibilidades de dar conta disso.

**MESA REDONDA: 14:00**

**PERSPECTIVAS, ESTRATEGIAS E ABORDAGENS NA PRODUÇÃO DE  
CONHECIMENTO E TECNOLOGIAS SOBRE/PARA A ATENÇÃO BÁSICA**

**PANORAMA SOBRE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE ATENÇÃO  
BÁSICA/PRIMÁRIA NO BRASIL.**

Professora ROSANA AQUINO (UFBA) Instituto de Saúde Coletiva

**ESTUDOS AVALIATIVOS.**

**PALESTRANTE: LUIZ AUGUSTO FACCHINI (UFPEL).**

**DEBATEDOR: LUIS CECILIO (UNIFESP)**

**PANORAMA SOBRE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE ATENÇÃO  
BÁSICA/PRIMÁRIA NO BRASIL.**

Professora ROSANA AQUINO (UFBA) Instituto de Saúde Coletiva

**Seminário anual da Rede de Pesquisa em  
Atenção Primária à Saúde**

Mesa Redonda: Perspectivas, Estratégias e Abordagens  
na produção do conhecimento e tecnologias sobre/para  
a atenção básica

**Estudos e pesquisa em  
Atenção Primária à Saúde  
no Brasil**

Rosana Aquino  
Maria Guadalupe Medina  
Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Brasília, abril de 2012



**Tópicos para discussão**

- Pesquisa em APS: qual é o objeto? Existem questões de investigação específicas? Porque priorizar a pesquisa em APS?
- A pesquisa em APS no mundo: controvérsias, lacunas do conhecimento e agendas de pesquisa;
- A pesquisa em APS no Brasil: sínteses de literatura e a Rede de Pesquisa em APS;
- Desafios para o futuro.



## um objeto único de investigação?

Um objeto multifacetado exige multiplicidade de categorias e diversidade de abordagens metodológicas

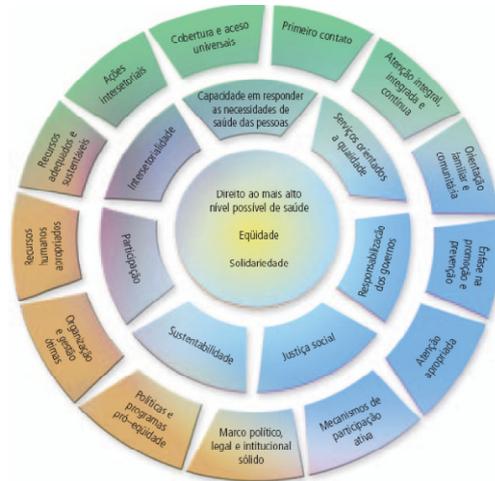


## Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011)



A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

## Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde baseado na APS (renovação da APS, OPAS, 2008)



## Questões para a pesquisa em APS



- ❑ Problemas de saúde e seus determinantes:
  - ❑ Sintomas indiferenciados, multifatoriais em origem, diversos em espectro e frequentemente de curta duração (75% dos sintomas em APS são de causa desconhecida);
  - ❑ Múltiplas morbidades crônicas;
  - ❑ Contexto social, econômico, político, cultural, histórico.

# Questões para a pesquisa em APS



- **As práticas das equipes:**
  - **queixas como ponto de partida: incerteza e complexidade, espera vigilante e tratamento de sintomas;**
  - **Atenção integral, “centralidade da pessoa”, cuidado orientado para a comunidade;**
  - **Relações profissional usuário – autonomia;**
  - **Relações entre os profissionais das equipes – cooperação vs competição.**

Problemas de saúde e seus determinantes

Na APS lidamos com problemas de saúde diferenciados e os contextos em APS são diferenciados do contexto hospitalar. Lidamos com sintomas diferenciados, multifatoriais e de curta duração. São, portanto, diferentes do que tratamos. Lida-se também com a questão do envelhecimento populacional relacionado à multiplicidade. Porque se diferencia das outras práticas ou dos outros sistemas e níveis de atenção. A questão das relações entre profissional e usuário que devem estar baseadas na questão da autonomia e escolha, diferentemente das relações estabelecidas nos hospitais, em que o nível da autonomia é baixo.

Relações de cooperação – estabelecem-se relações de competição entre profissionais e níveis de sistema.

# Questões para a pesquisa em APS



- ❑ **Redes de atenção**
  - ❑ Interfaces entre APS e níveis secundário e terciário – ordenação de redes de atenção;
- ❑ **Ações intersetoriais**
  - ❑ Interfaces com outras políticas públicas;
  - ❑ Relações com as organizações comunitárias.

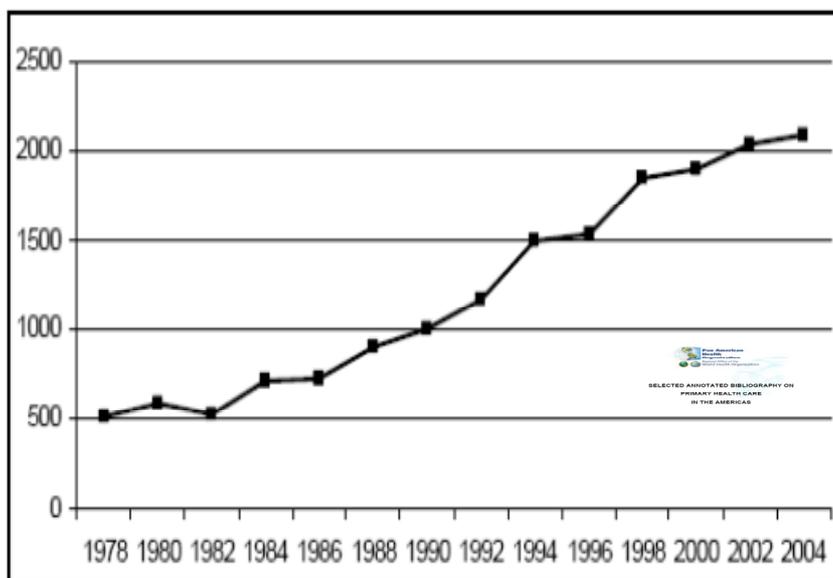
## Situação atual da pesquisa em APS

### Um panorama internacional da pesquisa



Resultados de revisão da literatura internacional, o número de publicações cresceu muito nos últimos anos

Graph 1: Number of new articles published on "primary health care" by year indexed in the Pubmed database.



## Características da pesquisa em APS



- **Baixa produção e pouco financiamento público em pesquisa em GP/APS (Grol e Jones, 2000)**
  - **< 7% na Austrália, Holanda, Nova Zelândia e no Reino Unido do total em pesquisa em saúde.**
  
- **tendência internacional nos países desenvolvidos para sistemas de saúde orientados pela APS vs falta de prioridade na pesquisa (McAvoy, 2005).**

O número de produções ainda permanece baixo e com pouco financiamento.

## Características da pesquisa em APS



- estudos descritivos, análises de intervenções de curto prazo, revisões não sistemáticas, ou estudos de opinião;
- investigações em contexto hospitalar, ou realizadas por especialistas, e não estudos em contexto APS;
- falta de investigação em alguns domínios: efeitos da abordagem holística e integral (vs abordagem biomédica e especializada) - inexistência de investigação & consenso quase implícito sobre a sua importância.

Hummers-Pradier, 2010

## Características da pesquisa em APS



- Pesquisa em medicina de família e APS (GP/FM) de 1960 – 2003 em PubMed (Mendis e Solangaarachi, 2005):
  - Total de 50.288 citações de *general practice/family practice* vs 2.737.655 de saúde pública;
  - Tipo: cartas (5.121), revisões (2.715), editoriais (2.259);
  - Representaram 0,6% dos ensaios clínicos, 0,9% dos estudos randomizados controlados e 0,4% das meta-análise.

## Editorial no Lancet, 2003: “Is primary-care research a lost cause?”



- “... os investigadores de cuidados primários veem a si mesmos, seu tema, e sua tarefa como sendo diferentes dos outros”;
- poucos exemplos de “boa prática” de pesquisa;
- “linguagem da teoria” (círculos, quadrados, domínios, caixas, interfaces, modelos, triângulos, dimensões e paradigmas) – a ênfase na reflexão à custa da ação;
  
- Relações doença & família: foco da investigação.

Todas as críticas partem inclusive de jornais da área de APS e em 2003 editorial do Lancet que dizia APS seria causa perdida.

## Sobre a pesquisa em APS



- Documento da WONCA: definição de clínica geral / medicina de família (GP/FP) para Europa e políticas e estratégias para aumentar a capacidade investigativa em APS (Howe, 2003);
  
- Pesquisa em contexto de APS vs pesquisa clínica “tradicional” e crítica a arrogância intelectual (Douglas, 2003);
  
- Foco na família: modelo da década de 1970 (Delaney, 2004) – a APS no mundo pós-moderno
  - Modelo conceitual (evidência de efetividade e custo efetividade dos cuidados primários); os objetos de pesquisa e os métodos;
  - Financiamentos em tempos de crise: interesses dos investigadores e das indústrias farmacêuticas;

Em hipótese alguma poderia se dizer que o foco é apenas entre família e doença e não se compreende este papel da APS nos sistemas de saúde.

# Sobre a pesquisa em APS



- **Base de evidência em APS para evitar atrasos no diagnóstico (trajetórias errôneas dos pacientes nos sistemas de saúde) e tratamentos inapropriados (Mant, 2004):**
  - **Foco na prática em APS: efetividade das intervenções, aplicabilidade do conhecimento obtido em outros contextos e a doença e seu cuidado na comunidade (Mant et al., 2004);**
  - **Condições manejadas apenas na APS: prevenção de riscos, intervenções complexas;**
  - **Julgamento dos clínicos “livres de evidência” vs a importância da pesquisa no âmbito dos serviços para implementar “boas práticas”.**

Importante a construção de bases de evidências que evitem trajetórias errôneas dos pacientes crônicos de saúde. O enfoque não seria outro que não a prática, condições manejadas, julgamento dos clínicos.

Enquanto a pesquisa em APS sofre críticas, profissionais continuam a oferecer importância à prática clínica.

Dois exemplos recentes de agendas internacionais em APS: Um financiado pela União Europeia sobre pesquisa em saúde e outro a agenda europeia de rede de pesquisa em APS ligada à organização médicos e família.





## Áreas prioritárias



### Equidade e APS

#### Sistemas de saúde:

- **Avaliação das reformas em APS;**
- **Efeitos do financiamento público vs privado:**  
acesso e resultados; cooperação vs  
competição;
- **Gestão de força de trabalho e migração:**  
mobilidade internacional.

Scha et al., 2011

# Áreas prioritárias



## No nível organizacional:

- **Inter-relações organizacionais de cuidados:** APS e atenção secundária; cuidado para pessoas com (múltipla) morbidades;
- **Controle intra-organizacional;**
- **Relações com o paciente:** envolvimento e participação; cuidado orientado para a comunidade;
- **Governança e accountability:** qualidade e segurança em contexto de APS; relações profissional-gerente e regulação de organizações prestadoras de serviços.

Scha et al., 2011

## Síntese de dois estudos realizados no Brasil

Almeida PL, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo MS entre os anos de 2000 a 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, 2008.

Carvalho, 2009. A produção bibliográfica sobre o PSF no Brasil: uma análise bibliométrica do período 1994-2010 [Dissertação de Mestrado]



## ...um pouco da nossa história que delinearão o estudo



- ❑ 2000: esforços em avaliar a ABS pelos centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo MS (financiamento e realização de pesquisas em M&A);
- ❑ 2003: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação no DAB-SAS/MS - formular e conduzir (monitoramento da estrutura, processo e resultado por meio de dados obtidos nos SIS e de avaliações normativas);
- ❑ Comissão de Avaliação da Atenção Básica - gestores e técnicos de vários setores.

Almeida PL, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo MS entre os anos de 2000 a 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, 2008.

### mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde, 2000 a 2006



- ❑ iniciativas do gestor federal na tentativa de institucionalizar a avaliação da ABS no SUS e o significativo número de estudos realizados ou apoiados por esta esfera de governo;
- ❑ “avaliação”: pesquisas com objetivo de proceder a um julgamento sobre uma intervenção para auxiliar na tomada de decisão, descrever ou caracterizar determinada realidade, testar hipóteses, fazer recomendações ou estabelecer normas.

Almeida PL, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo MS entre os anos de 2000 a 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, 2008.

## Três grupos de pesquisa (total = 100 estudos)



1. Linhas de base do PROESF: 14 lotes em municípios brasileiros > 100 mil hab. - áreas com e sem PSF;
  - ❑ dimensões do estudo: político-institucional, organizacional, cuidado integral e do desempenho de SS;
  - ❑ abordagens quali-quantitativa e perspectiva de diversos atores.
2. Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS, 2005: 84 projetos
  - ❑ eixos: avaliação da gestão e da reorganização da ABS, complexo produtivo em saúde e financiamento, institucionalização da avaliação, desenvolvimento e validação de metodologias de avaliação e processo de trabalho em saúde;
  - ❑ abordagens quali-quantitativas; maior parte dos estudos enfocou a gestão.

## Três grupos de pesquisa (total = 100 estudos)



3. Estudos de apoio à expansão do PSF: 11 projetos
  - ❑ encomenda a instituições acadêmicas, consultores contratados ou técnicos do próprio MS, principalmente da Região SE (Rio de Janeiro-São Paulo);
  - ❑ principais aspectos abordados: processo de implantação e monitoramento do PSF - condições de gestão, rede de serviços, posição de atores-chave, maturidade institucional, mecanismos de referência e contra-referência, infra-estrutura das unidades; padrão de custos e financiamento; polos de educação permanente;
  - ❑ predomínio de abordagem quantitativa.

## Algumas considerações



- ❑ Primeiros estudos (2000 – 2002): implantação do PSF (fragilidades, potencialidades e custos); gestores e técnicos como atores privilegiados; divulgação no formato de relatórios de difícil compreensão e poucos artigos publicados;
- ❑ Estudos realizados a partir de 2004 (Estudos de linha de base) – avanços ao abordar avaliação de impacto, compartilhamento das metodologias e resultados com atores das SMS e SES, capacitação de técnicos para avaliação e o ponto de vista dos usuários e alguns artigos publicados;
- ❑ Financiamento público para novas formas de divulgação: livros, revistas temáticas e boletins;
- ❑ Envolvimento das IES – produção de conhecimento e de formação de pessoal.

## Situação atual da pesquisa em APS

Quais as características do financiamento da pesquisa em APS no Brasil?



## PESQUISA PARA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES AOS 20 ANOS DO SUS



Modalidade de Fomento	Nº de editais do PPSUS	Nº de editais do Fomento Nacional	Contratação Direta (Contrato)	Total: Editais + Contratos
Nº de editais / Contratos	61	39	60	160
Nº de projetos:	1150	1195	89	2434
Total de Recursos	R\$ 51.529.321,00	R\$ 295.229.352,43	R\$ 64.023.296,20	R\$ 410.781.969,63

Fonte: Pesquisa Saúde Decit/SCTIE/MS, 2008

### ❑ Investimentos em pesquisas do DAB/MS até 2006

- ❑ **PROESF I - R\$ 17,7 milhões**
  - ❑ **Convênio com o CNPq: R\$ 4,2 milhões**
  - ❑ **Estudos de Linha de Base: R\$ 13,5 milhões**



Fonte: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento da Atenção Básica. INT: Assessoria de Comunicação. Ass: Lançamento da Rede de Pesquisas em APS. Nota Técnica, 2010. (mimeo)



“O apoio para pesquisas com células-tronco é apenas um exemplo do que o Ministério da Saúde vem fazendo pela ciência no país. Desde 2003, **R\$ 532,75 milhões** foram investidos, em 2.694 projetos científicos de universidades e instituições de pesquisa. O repasse foi articulado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério e seus parceiros.”

[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=10054](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10054)  
Capturado em 24/08/2010



## **FÓRUM: Pesquisa em Atenção Primária à Saúde: como construir uma agenda para o Brasil?**

**maio de 2011**





## REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Considerando-se que a elaboração de uma agenda de pesquisa em APS deve buscar refletir a natureza e complexidade desse objeto, que eixos ou dimensões devem ser priorizados na pesquisa em APS e por quê?
2. Que iniciativas devem ser implementadas ou fortalecidas para impulsionar o desenvolvimento da pesquisa em APS e qual o protagonismo e tarefas da Rede de Pesquisa em APS nessa questão?
3. Como melhorar a utilização dos resultados de pesquisa por gestores e profissionais no âmbito da APS?



## REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Organização da rede de atenção: as interfaces e integração entre níveis de atenção, requisitos para que a equipe de SF/APS possa exercer a coordenação dos cuidados e a APS seja ordenadora da rede;
- Formação dos profissionais e qualificação dos processos de trabalho;
- Intersetorialidade: as interfaces e cooperação da APS e outras políticas públicas (nível federal até o território local) para incidir sobre determinantes sociais e promover a saúde;





## REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- **Avaliação de efetividade da APS no estado de saúde da população (promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e o controle das doenças crônicas);**
- **Avaliação de custo-efetividade da APS e do gasto público em saúde;**
- **Pesquisa clínica sobre problemas de saúde em contextos de APS, superando o paradigma da pesquisa baseada na produção de evidências geradas por especialistas em cenários de atenção especializada e em hospitais.**



## REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Considerando-se que a elaboração de uma agenda de pesquisa em APS deve buscar refletir a natureza e complexidade desse objeto, que eixos ou dimensões devem ser priorizados na pesquisa em APS e por quê?
2. **Que iniciativas devem ser implementadas ou fortalecidas para impulsionar o desenvolvimento da pesquisa em APS e qual o protagonismo e tarefas da Rede de Pesquisa em APS nessa questão?**
3. Como melhorar a utilização dos resultados de pesquisa por gestores e profissionais no âmbito da APS?





### Iniciativas para o fortalecimento da capacidade em pesquisa em APS:

- construção de indicadores de monitoramento e avaliação dos processos e resultados do trabalho das equipes multiprofissionais de APS,
- melhoria da qualidade dos registros;
- uso de ferramentas, como o prontuário eletrônico;
- incentivo à pesquisa nos cursos de graduação e no âmbito das equipes de saúde da família.



### Papel da Rede:

- estreitar o diálogo entre pesquisadores, gestores, profissionais e comunidade;
- divulgar a contribuição das pesquisas realizadas (resultado e aplicabilidade) na gestão do sistema e serviços de saúde;
- criar canais de comunicação entre gestores e pesquisadores possibilitando identificar demandas de pesquisa baseadas em problemas concretos dos serviços e da situação de saúde dos municípios brasileiros e
- fazer gestões junto ao DAB e Decit para proposição de editais específicos para financiamento da pesquisa em APS.





## REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1. Considerando-se que a elaboração de uma agenda de pesquisa em APS deve buscar refletir a natureza e complexidade desse objeto, que eixos ou dimensões devem ser priorizados na pesquisa em APS e por quê?
2. Que iniciativas devem ser implementadas ou fortalecidas para impulsionar o desenvolvimento da pesquisa em APS e qual o protagonismo e tarefas da Rede de Pesquisa em APS nessa questão?
3. **Como melhorar a utilização dos resultados de pesquisa por gestores e profissionais no âmbito da APS?**



## REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- apoiar a formação de pesquisadores com vistas a melhorar a qualidade da pesquisa (delineamentos de estudos mais robustos);
- construir espaços permanentes de articulação entre os setores de saúde e ciência e desenvolvimento, a exemplo de parcerias entre as SES e SMS e as universidades e fundações de apoio à pesquisa;
- estimular a criação de núcleos de pesquisa em APS no âmbito das IES, e o reforço das atividades de pesquisa considerando as necessidades e prioridades do sistema de saúde;
- promover a divulgação e discussão dos resultados de pesquisa nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite e nos Conselhos de Saúde do SUS.



# Grata pela atenção!

---

**Rosana Aquino –**  
[aquino@ufba.br](mailto:aquino@ufba.br)

**Maria Guadalupe Medina –**  
[mlupemedina@gmail.com](mailto:mlupemedina@gmail.com)



**PANORAMA SOBRE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE ATENÇÃO  
BÁSICA/PRIMÁRIA NO BRASIL.**

**ESTUDOS AVALIATIVOS.**

**PALESTRANTE: LUIZ AUGUSTO FACCHINI (UFPEL).**

**DEBATEDOR: LUIS CECILIO (UNIFESP)**

**Luiz Facchini**

Agradece a oportunidade de participar deste debate.

Na última década, houve um crescimento expressivo em todo o mundo na avaliação de monitoramento em sistemas, políticas de saúde e tem sido uma tendência mundial importante.

Os Temas/recortes, incluem a questão do acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde, por isso estamos envolvidos neste debate. Outros temas de interesse são relacionadas a gestão dos serviços de saúde, produtividade do trabalho, estudos que colocam o foco dos serviços aos usuários.

Houve importante aceleração em 2005, especialmente entre 2003 e 2006, a partir do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família), o qual deveria ter tido seguimento, mas infelizmente não houve acompanhamento desta linha de base. Interessante é que os financiadores (de políticas ou iniciativas nacional ou internacional), cada vez mais requerem como requisito a questão da pesquisa/estudos avaliativos como elemento de condução e manejo das políticas destes esforços.

No caso do PROESF, trata-se de financiamento internacional, do Banco Mundial, que condicionava a avaliação para condução do projeto nos grandes municípios.

Chegamos em 2012 com uma coleção de estudos, os quais Rosana citou, o que não está restrito às universidades, mas alcança instituições de política e gestão dos sistemas de saúde. Isso não está restrito às universidades, está presente de modo crescente também as instituições de formação de políticas e gestão dos sistemas de saúde, sendo cada vez maior o número de gestores com capacidade e formação em mestrado/doutorado.

Recentemente houve publicação do IDSUS (Índice de Desempenho do SUS), composto por 24 indicadores que combinam informações de 14 indicadores para medir acesso e 10 indicadores para efetividade dos serviços de saúde.

Haverá divulgação da pesquisa de ouvidoria do SUS, ou seja, esforços construídos pela gestão em parceria com universidades, mas em parceria com a gestão. Há aqui uma quebra de paradigma. Tradicionalmente temos a produção de pesquisa por encomendas que as universidades produzem e disponibilizam para uso.

No caso do PMAQ, temos um estudo/pesquisa em que para que equipes de saúde possam auferir este benefício, necessário se faz este estudo. Há crescimento em termos de abordagens dos estudos.

Há um crescimento em termos de abordagem dos estudos e tradicionalmente tínhamos estudos mais qualitativos, outros mais teóricos ou descritivos, estudos de caso. Hoje crescem inquéritos epidemiológicos e estudos institucionais que fazem uma varredura, são estudos com delineamento mais completo, como os estudos de *coort* que são tradicionalmente avaliação de situações e necessidades de saúde, e trazem questões relacionadas a acesso, distribuição de serviços.

Em todos eles há centralidade ou a presença da avaliação de sistemas e centros de saúde.

Na revisão da literatura o que se destaca são os aspectos relacionados aos grupos de comparação, ou seja, em que medida seus achados podem encontrar vantagens ou desvantagens do que se está utilizando. Por exemplo, no estudo do PROESF, quando avaliamos o desempenho da saúde da família, optamos por fazer uma comparação entre unidades tradicionais e unidades de saúde da família.

Por último, houve esforços direcionados a populações ditas vulneráveis. Fizemos inquérito comparando região sul e nordeste, relacionando utilização de serviços em beneficiários do bolsa família. Comparando aqueles que dispunham dos que não dispunham deste benefício. Foram dois os achados importantes. O primeiro é que as iniciativas da APS não diferenciam do ponto de vista de ênfase e prioridades os beneficiários “do bolsa família” em comparação aos não beneficiários. Embora o “bolsa família” seja extremamente bem sucedido, ele possui competência de resolver problemas do âmbito da educação. Famílias que recebem “bolsa família” possuem crianças e adolescentes na escola e menor trabalhando, quando se

compara aos não recebedores deste benefício. Isso não se traduz no mesmo perfil de vantagem para característica da prestação de serviços de saúde das UBS.

Elemento fundamental é que estas áreas de abrangência das Unidades básicas saúde família são apenas relativamente homogêneas. Encontramos padrões de rendimento mensal *per capita* de 30 reais. Ou seja, apenas um real por dia a até R\$ 500,00 *per capita* por mês. Esse padrão de um salário mínimo, comparado ao que recebe 30/mês, é o grande determinante das diferenças em termos de situação de saúde, utilização de serviços e qualidade dos serviços. Este foi o achado mais impressionante.

Identificamos nuances que permitiam que determinadas questões, que são marcadores importantes de iniquidades e vulnerabilidades sociais, poderiam variar até 30 vezes ao se considerar, por exemplo, insegurança alimentar grave. Essa diferença de insegurança alimentar grave, chega a ser 30 vezes ao se comparar os dois grupos acima citados.

Houve ao redor de 30% de famílias neste grupo de extrema pobreza, enquanto que grupos que recebiam 500 *per capita* a proporção era 1%.

Estes são os parâmetros da injustiça dos estudos avaliativos construídos em todo este contexto. Se nossa capacidade de distribuição de renda não fosse não grande, a insegurança alimentar seria entre 6 a 7 vezes menor. Nas próprias comunidades pobres, ditas homogêneas, que mostram estes contrastes, temos pistas do que esperaríamos do país em que as desigualdades sociais não fossem tão contrastantes.

Outro elemento foi o entendimento que, ainda na extensão da abrangência da APS, temos áreas tradicionais com problemas sistêmicos graves. Um exemplo está relacionado à revisão do parto. Observa-se que revisão de parto é problema sistêmico. Números do sul eram melhores que no nordeste. Entretanto, no grupo de extrema pobreza menos de 70% haviam feito revisão do parto.

Chega-se ao desafio de conduzir esta pesquisa de avaliação externa do PMAQ que foi oportunidade de sair do espaço de produção local, para a possibilidade de termos cooperação multicêntrica. Hoje, o que nos interessa não são acúmulos de experiências, mas sim apreender a realidade e diversidade que outras universidades que compartilhem conosco suas experiências. Estas são sinalizações dos estudos avaliativos.

Um dos questionamentos que nos mobilizou foi como realizar estudo avaliativo com as peculiaridades e nuances de um estudo característico de um serviço de saúde, em escala nacional. O segredo seria “lançar mão” da possibilidade de conduzir pesquisas, estudos, criteriosos sob todos os pontos de vista. Temos um panorama que nos permite observar estudos que descrevem características dos usuários e serviços, até modelagens variadas.

Por fim, eu diria que há uma nuance de que os estudos no âmbito avaliação de sistemas e serviços eles deveriam ter sua maior valorização em função do uso de seus resultados. Ou seja, deste apoio à tomada de decisão à possibilidade de delinear políticas a partir de achados de pesquisa, até a própria implementação das políticas, como no caso do PMAQ.

Temos continuamente temos a sinalização de novas temáticas de pesquisa, Hêider mencionou pela manhã em relação à questão da utilização dos recursos. Quanto custa? Qual o modo de referência em um município, no estado e na nação? O ponto comum e principal desafio é a abordagem através de objetos recortados de uma realidade multifacetada, conforme mencionado por Rosana. Apesar disso, os avanços são expressivos.

Portanto, investimentos estratégicos serão fundamentais para que se possibilite a capacidade de monitoramento e avaliação do SUS que articule estratégias e abordagens em nosso país.

Muito obrigado!

**ALEXANDRE DE SOUSA RAMOS** – Obrigado professor Facchini, passamos agora a palavra ao debatedor Luis Cecílio.

#### **DEBATEDOR: LUIS CECILIO (UNIFESP)**

#### **LUIS CECILIO**

Início agradecendo o convite.

Acredito que Rosana apresentou revisão cuidadosa das pesquisas e na questão do financiamento ainda insuficiente, quando se compara a pesquisa mais a áreas ainda tecnológicas duras.

Facchini fez uma intervenção muito interessante com viés de epidemiologista, desta pesquisa. Talvez as investigações na APS sejam mais próximas do que realmente nos interessa a dimensão mais ampla da determinação social do modo como adoecemos e morremos.

Falarei como viés de alguém da área do planejamento e gestão. Até porque os recortes serão múltiplos e influenciados.

Houve um ponto em comum nas duas falas que são a complexa e nada fácil articulação da pesquisa com a gestão, que nos remete ao princípio ético e político das pesquisas.

O PPSUS tem sido uma política interessante, tem sido aproveitada para o financiamento da ABS. Estamos trabalhando em uma pesquisa sobre regulação. Trata-se de estudo que possui como título: “A construção da integralidade do cuidado indo além da regulação governamental do acesso ao serviço”.

Nós já supomos que a regulação governamental não é suficiente por si só para realizar toda a regulação do sistema. Portanto é uma pesquisa qualitativa, método biográfico, dois municípios da região do ABC e temos nos surpreendido com questões como a força com que os cuidados primários em saúde afloram no estudo que não foi feito para discutir cuidado.

Há três elementos que podemos afirmar que são muito interessantes do estudo e os vejo engajados no debate da construção da redes temáticas:

1 – **A rede básica é um posto avançado do SUS** para a população nos municípios que estamos estudando. Dois municípios industrializados, um mais rico e outro mais pobre, do ABC. A rede básica conta para as pessoas que buscam por atendimento.

2 – **Rede básica como lugar de coisas simples** – A população reconhece e precisa da rede básica. É impressionante ver como formula o imaginário, em particular o papel e limite do generalista. Este com baixa capacidade de resolutividade em relação hierárquica (especialista e generalista).

3 – **Impotência compartilhada entre usuários e equipes da atenção básica.** Usuários veem a equipe. Para pessoas que usam o sistema, elas conectam com a secundária. O encontro com o especialista é encontro incompleto e não gera atendimentos subsequentes. Não se articula, tudo que falamos relaciona-se com a rede temática.

Este estudo é qualitativo não intencional que oferece uma dimensão em que a formulação das políticas, em que a rede básica é lugar de articulação para as redes temáticas.

Dizer que a rede básica é espaço de coordenação, tecnologicamente não estamos preparados para isso. Temos que *empoderar* o médico da rede básica para um novo desenho tecnológico da rede. Nós *empoderamos* este médico para o agir profissional regulatório. Trouxe isso para rapidamente fazer um recorte do que chamo de dois pontos para atualização epistemológica dos estudos para a rede básica. O primeiro eu chamaria de uma análise de implicação de pesquisas em APS. A nossa inserção no campo. Temos duas características que nos marca, não somos usuários do SUS. Somos pesquisadores que pesquisam o SUS sem necessidade ou dependência do SUS. Segundo ponto: enquanto entramos no campo com certo projeto e formulação. Pesquisamos objetos que nos é externo.

A primeira parte da pesquisa chamamos de a quimera da APS, ou seja, o sonho que nunca se realiza. Todos os entrevistados falam de uma rede básica que um dia irá acontecer, o sistema será outro. Esta rede faz tudo. A rede básica é a porta de entrada do sistema, ela foi promovida como eixo estruturante do SUS com o PSF e a última promoção dela é o centro de articulação da rede temática. Isso acredito que não nos ajuda. Pegarei a fala da Silvia Santiago (pesquisadora da UNICAMP do nosso grupo de pesquisa), “quem fala pela rede básica? Todos, não é instância de onde emanam desejos formulações, mas todo mundo deseja algo dela”. Temos uma questão hoje para enfrentar.

## **ABERTURA PARA QUESTIONAMENTOS**

### **SANDRA LUCIA CORREIA LIMA FORTES – UERJ. PESQUISADORA SAUDE MENTAL ATENÇA PRIMARIA**

Estávamos conferindo aqui, em todos os descritores não existe Atenção Primária. Eu faço pesquisa em uma esse que foi financiada pela OPAS e nunca posso utilizar APS. Quando organizamos um núcleo de pesquisa em APS no Centro Biomédico na UERJ, fomos verificar as pesquisas realizadas em APS feitas pela nutrição, enfermagem, medicina, etc, ninguém utilizada o descritor APS. A primeira decisão do grupo foi colocar o descritor em APS. Acredito que isso talvez seja uma

medida que temos que ter uma força política para criarmos. Existe uma subárea chamada medicina especializada, mas não existe em APS.

### **JOSÉ IVO PEDROSA - Universidade federal do Piauí.**

Temos um GP junto a ABRASCO de educação popular em saúde o qual também não tem um descritor.

O fazemos para demonstrar que este campo é de intervenção e produção do conhecimento. Nossos parâmetros para produção científica é, comparada a outras áreas, com os mesmos indicadores. Que evidências são possíveis de serem produzidas que não são necessariamente as evidências da epidemiologia reconhecida nos consensos internacionais.

Quais evidências e caminhos estamos fazendo para criarmos que afirmem este campo? Acabei de participar de uma pesquisa no Piauí sobre a satisfação do usuário que consome serviços hospitalares do SUS. Para estas pessoas, a APS o PSF, não existe, trata-se apenas de local de passagem. O que sobra são os ACS Talvez seja momento para reflexão e nos perguntarmos: o que fazemos para firmar este campo como campo verdadeiro de produção de conhecimento?

### **VINICIUS XIMENES MURICY DA ROCHA – UFCG.**

Difícil debater com pessoas que são nossas referências deste época do movimento estudantil.

Às vezes há o paciente que prefere ir para cidade distante, para não debater sua patologia no local em que ele reside. Existem situações particulares como estas que nos levam a considerar que existam outras portas de entrada. Se não considerarmos a APS como porta de entrada preferencial, me pergunto se o projeto para o sistema de saúde não for este, qual seria?

### **CARLOS EDUARDO AGUILERA – FIOCRUZ/ENSP**

Acredito ser problema termos uma rede de pesquisa que é da ABRASCO, acredito que deva ser mesmo da ABRASCO, porém conjugada a sociedades que trabalham a questão clínica, como enfermagem, sociedade de medicina de família.

A medicina de família e comunidade não é uma área de conhecimento. Não existe esta área do conhecimento. Não pode descrever um curso de pós-graduação no campo da área de conhecimento de medicina de família e comunidade.

Outra questão é: avaliação externa não é papel da universidade. Avaliação externa é uma área técnica de organismos de acreditação. Acho ser um perigo acreditarmos que fazendo avaliação externa estaremos fazendo pesquisa.

Nos foi sugerido pela manhã a realização de pesquisa em construção de unidades, o que não compreendi. Temos que ter cuidado em instrumentalizar as universidades a fazerem qualquer papel que o MS não consegue resolver. Temos que qualificar o que podemos fazer.

Precisamos investir em pesquisas de processo de trabalho, pois acolhimento se transformou em um “palavrão” quem formula, conceitua, não está atendendo, discute questões muito bonitas mas não atuam na ponta. Tornou-se pronto atendimento, por exemplo. Temos que trabalhar pesquisa em processo de trabalho que possam trazer soluções para nossas dificuldades.

Quando priorizamos tudo, não priorizamos nada. Não se consegue ver o que está como curto, médio e longo prazo e aonde se quer chegar nestes distintos momentos.

### **ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO– UFPB**

Início com a provocação realizada por Cecílio em relação a APS. Na prática sou pesquisador com pequena produção bibliográfica.

Existem evidências na literatura que a APS é efetiva e que sistemas baseados na APS possuem melhor resultado que os que não são. Existem outras evidências nacionais que nossa APS é frágil. Estudos que demonstram suas irregularidades, na melhor das hipóteses.

Como mudar estas práticas? Este é o grande desafio. Temos problemas sérios de gerenciamentos e falta de insumos. Temos que focar em questões mais palpáveis. Como formar melhor profissionais para atenderem na APS.

### **ALUISIO GOMES DA SILVA JUNIOR – UFF/LAPPIS**

Fiquei sensibilizado com a fala do Cecílio. Sinto-me compelido a falar em defesa do Cecílio, pois não me aparece que ele quer mudar o rumo da APS, mas

sim, que percebamos dentro deste tipo de construção política, que parecem ser insuperáveis se continuarmos nesta perspectiva prescritiva. Perceber formas de condução de política e produzir alterações neste processo de trabalho me parece um nobre questão lançada pelo Cecílio.

Neste aspecto, a ideia do papel das graduações. Estamos assistindo 10 anos de implantação das novas diretrizes curriculares, muitos currículos (em especial o de medicina) mudaram, inseriram em APS, passaram a ter papel importante e gerado pessoas diferentes neste sentido. Estes estudantes têm sido inseridos em novos formatos de pensamentos e tem gerado resultados. Eu esperava uma discussão sobre o papel da formação. Parece-me importante vislumbrarmos este novo papel de inserção do conhecimento, discutir a interface em que os cursos de medicina tem feito com o sistema. Parece-me que o poder que temos são aspectos pontuais de pesquisas encomendadas, embora eu não concorde com a ideia de avaliação externa tem que ser feita por mecanismos de acreditarão. Acredito termos que recolocar este papel dentro das discussões do SUS

### **ERNO HARZHEIM - UFRGS**

A prescritividade do MS é tão ruim? A reforma na Espanha foi feita no “canetasso”. Quando o primeiro governo socialista conseguiu ocupar o poder, houve muito “canetasso” em um momento que havia muito apoio popular, das instituições, corporações. Temos um processo mais afastado da reforma positiva, em prol da população do sistema sanitário.

Porque não fazemos uma experiência: município pequeno, investe-se muito pouco, e coloca uma equipe com 2.000 pessoas, para atender a população. Ambiência adequada, prioridades bem determinadas, com perfil epidemiológico da população... e vamos ver se esta equipe é capaz de coordenar estas redes.

Trabalho também em uma unidade de saúde com pesquisa, a população esta precisando de intervenção, não podemos considerar toda tecnologia como fetiche.

### **LUCIANO BEZERRA GOMES - UFPB**

Pergunto para o Cecílio, pois o que foi posto não foi algo pensado em curto tempo. Vejo como avanço no DAB uma construção para APS, pois temos que garantir acesso da população com qualidade. A ESF é uma diretriz sim, mas temos

que pensar na APS como um todo. Importante que a APS tenha continuidade e resolutividade. Como romper com a normatividade? Temos esta questão posta, mas é política no sentido de que cada um de nós, que atuamos enquanto sujeitos políticos na sociedade, “olhares para o mundo”.

Com relação a gestão, lançaria um olhar de novos modos de produzir política pública e precisaríamos olhar sem ser na perspectiva da normatividade. No trabalho, que novos modos de se produzir o cuidado estão sendo construídos de maneira que rompam com o modo rígido de se fazer saúde com base em lógicas protocolares.

O fortalecimento da população. São questões que, enquanto pesquisadores, poderíamos discutir para romper com estas problemáticas.

## **LUIS CECILIO**

A ABS tem toda a prioridade, esse é nosso projeto e agradeço a reação posta pelo Vinicius, pois será que um sanitarista mudou agora? Não se trata disso, mas será que o fato de serem pacientes mais graves, nesta pesquisa, não seria uma viés? Será que população não muito grave se beneficiaria mais? Esta questão do viés será outra reflexão. Destacamos os vieses das pesquisas e os utilizamos como dispositivo analisador.

O primeiro viés trata-se de sermos simultaneamente pesquisadores, profissionais da saúde/gestores. Tínhamos uma preocupação de como escolher as pessoas. Inicialmente seriam pessoas realizando diálise e chegamos a estas pessoas através dos ACS, por serem aqueles que circulam na comunidade e chegamos as pessoas através dos ACS e conseguimos, de certa forma, reduzir este viés. Descobrimos que havia relação entre pacientes e os ACS. O viés nos revela uma rede que não se explicita. São usuários com contatos no sistema. Os contatos pessoais dos serviços de saúde facilitam a regulação do ACS.

Terceiro viés: será que se pegássemos amostra de pessoas com problemas de saúde menos grave, emergiria cuidados. As pessoas graves que permitem analisar o sistema na complexidade. O primeiro achado foi: a rede básica existe sim para as pessoas.

Interessante que boa parte das pessoas reconhece o generalista sabe seu nome, as pessoas reconhecem a rede. Estas pessoas fora da curva que nos

auxiliam a articular os cuidados primários em saúde. Várias destas pessoas circulam na alta complexidade.

Acredito que uma questão central é montar rede temática e suas coordenações funcionais. Na atual configuração tecnológica e organização de seus processos de trabalho ainda não habilita a rede para isso.

Quem frequenta os congressos da ABRASCO sabe, o que há de experiências positivas, ou seja, não é um saber realizado na bancada acadêmica. O SUS hoje é uma grande escola e grande laboratório de pesquisa e satisfação. Outro espaço é a educação permanente, creio ser lugar de produção e apropriação do conhecimento, não sendo responsabilidade da estratégia pública.

### **ROSANA AQUINO GUIMARÃES PEREIRA – UFBA**

Minha defesa em relação a APS vem de meus estudos e ideologia desta proposta. Embora estejamos aqui em curto espaço de tempo para discussão sobre pesquisa, rapidamente corremos deste tema para falarmos da APS e gestão.

Em relação ao PMAQ, creio ter sido fantástica, a UFBA é uma das instituições que participa deste esforço. Entretanto acho importante pontuar pontos de tensões, os quais devem ser pontos de reflexão. Quando Cadu fala sobre a questão do papel das instituições de ensino realizar avaliação externa, eu diria não. Mas estamos aqui para outro interesse, o qual ainda irá acontecer.

Agora o que ocorre é acompanhamento de uma política. Porque as universidades estão fazendo? Tem um interesse posterior.

Quando Alexandre fala do recursos alocados para esta atividade me pergunto: com todo este recurso como podemos transformar em recursos de pesquisa? A pesquisa ainda começará, no momento são coletas para interesse do ministério.

Esta iniciativa não é uma pesquisa. Este exemplo aponta as dificuldades da relação entre academia e pesquisa. A saúde aponta o exemplo do papel da academia, da questão do financiamento e temos muita discussão a frente e reflexões, além de produzir estes dados e conhecimentos em cima destes.

### **FACCHINI**

Os temas que alimentam ao longo do tempo as iniciativas, sejam das universidades ou dos editais eles vão se modificando. A questão da gestão como elemento fundamental, como tema de pesquisa não existia. Não temos profissionalização da gestão e o “canetasso” que faltou.

A noção de porta de entrada e coordenação do cuidado necessita de hierarquias e fluxos. Entretanto, não pode ser tão burocratizante. Cito um exemplo real. Um jovem convulsiona, assusta-se e está acompanhado por um jovem também. Procura pronto socorro e lá realiza-se classificação de risco. Encaminha-o para UPA. O mesmo, sem acompanhamento algum, segue sua trajetória. Na UPA é acolhido com classificação de risco e orientado quanto a sua necessidade de neurologista e exames. Assim o encaminha para unidade de saúde da família de sua área de cobertura.

Ou seja, o que é a porta de entrada? Não é para desautorizar a APS como coordenadora da Rede, mas sim em que condições ela poderá coordenar a Rede e o Cuidado. Em que condições ela faria isso?

A ideia do Erno de fazer piloto pode ser bem sucedida. Em alguma medida possuímos isso. Quando ingressei na Abrasco a grande crítica que recebi era, nós não valorizamos a APS.

Fato é que temos uma APS pobre para pobre e atenção complexidade subsidiada para população rica.

## **ALEXANDRE DE SOUSA RAMOS - DAB**

Varias questões foram colocadas aqui para nós e, sem sombra de duvidas o DAB quer agradecer, por um lado as universidades e a força da Rede seus temas e desafios.

Apresenta comunidade de praticas

# A Comunidade

## Porque trocar experiências?

- Mostra de experiências em saúde da família;
- Encontros entre equipes;
- Congressos da área;

## Rede Social da Atenção Básica

- Espaço de encontros;
- Compartilhamento e valorização de experiências;
- Troca de informações;
- Discussões temáticas referentes a Atenção Básica;
- Aprimoramento/qualificação profissional;

## Quem participa?

A Comunidade de Práticas surge com objetivo principal de ser uma ferramenta com caráter permanente para se realizar o movimento de ampliar as experiências e constitui-se enquanto uma rede social.

Quem participa? Inicialmente os trabalhadores e gestores, para que se constitua como apoio para equipes e gestores atenção básica.

Como funciona? Abre um conjunto de possibilidades. A ideia de uma área exclusiva, ou seja, de perfil, a fim de se realizar trocas de experiências.

Discussões temáticas.

Existe uma área comum, em que publicações realizadas em suas áreas exclusivas possam ir para área pública.



Fluxos na comunidade – Pode articular-se com cursos de EAD, que não sejam de tutoria, de auto formação, em que todos sejam tutores de todos.

Hoje está desenhada com gestores e trabalhadores, em numero relativamente pequeno, pois a comunidade teve inicio a cerca de 20 dias.

Portanto, o conteúdo principal ainda está a ser elaborado e apresentando.

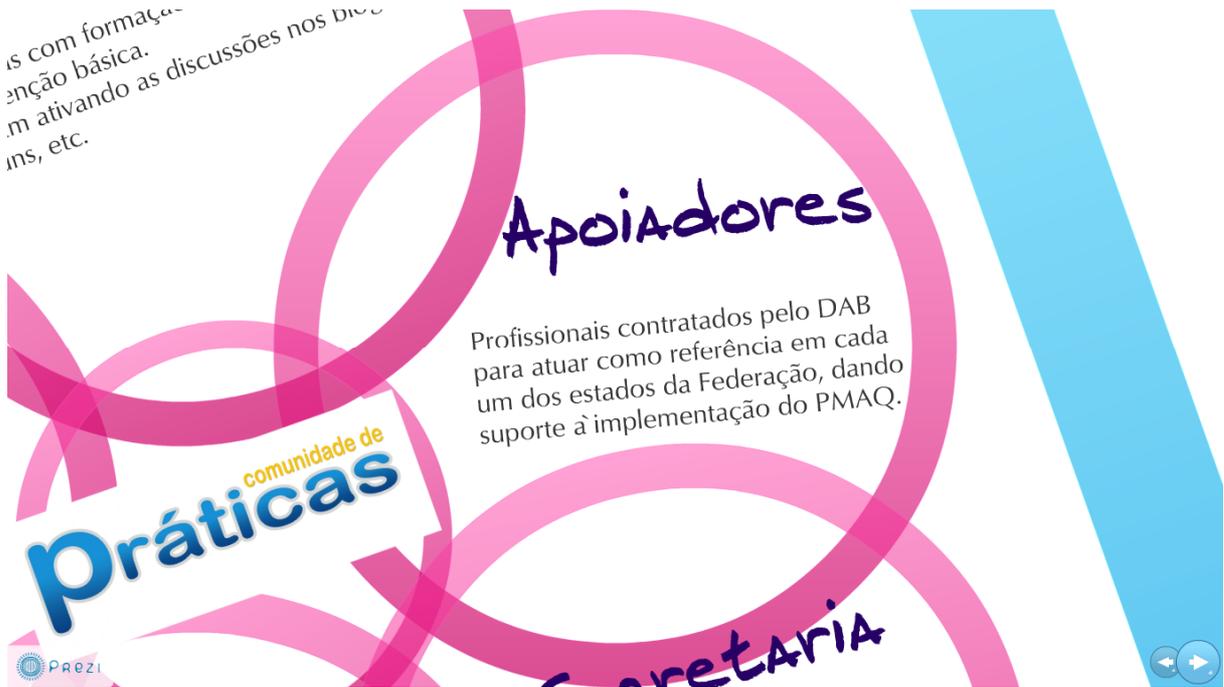


Também conta com um grupo de facilitadores, que são pessoas contratadas, como o João (médico sanitarista), para suscitarem reflexões acerca dos conteúdos publicados.

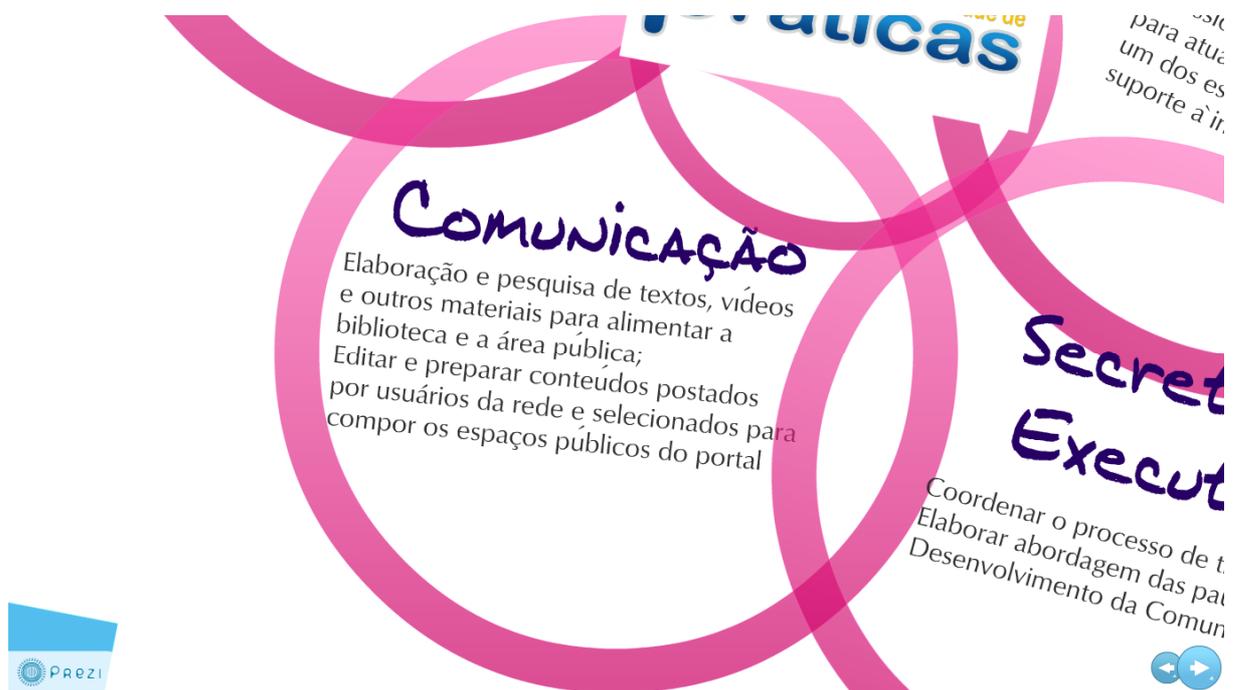


A comunidade também participa, através de profissionais e há equipe de comunicação, responsável pelo apoio a rede.

is com formação  
ação básica.  
m ativando as discussões nos bloc  
ins, etc.



Há também uma secretaria executiva, para que seja feita parceria entre o DAB e sociedade civil.



Surge, portanto, como proposta ainda inovadora por não termos espaço específico como rede social. Há produções neste sentido e três vídeos são apresentados, a fim de exemplificar.

Primeiro vídeo discute agendamento e acolhimento, ampliação de acesso. Segundo vídeo apresenta uma experiência de acolhimento em Unidade de Saúde da

Família de Saco Grande, Florianópolis. Experiência centro saúde Faria Lima. Experiência acolhimento. Experiência agentes vigilância saúde agente vigilância saúde OTICS. Trata-se de três exemplos para estimular a imaginação para viabilizar experiências na comunidade de praticas. Quais possibilidades da rede com a comunidade de praticas?



Obrigado!

[www.atencaobasica.org.br](http://www.atencaobasica.org.br)

[fcavalcantidab@gmail.com](mailto:fcavalcantidab@gmail.com)



## DEBATE

Desafio de se posicionar nesta comunidade.

Sugestão: a participação na Rede se daria por *login*, sugiro consulta ao comitê de ética e que, nos termos de adesão, facultássemos ao participante E a divulgação.

**Felipe** – A Comunidade de Práticas vem no sentido de reconhecer o lugar da ciência na produção de dispositivos de sociabilidade, porem não podemos relegar conhecimento científico a senso comum.

**Eduardo Mello – DAB** - Na mesa havia uma fala sobre conhecimento de tecnologias para AB. Pensando nas necessidades dos gestores e trabalhadores do SUS, importante perceber que precisamos de conhecimento e também de

tecnologias habituais até a outras formas de apresentações dos conhecimentos de imediato.

Esta comunidade apresenta possibilidades e reconhecimento que vários ciclos de conhecimentos são produzidos e não podemos desqualificar formas não convencionais de produção científica.

Na vida do SUS, muito conhecimento é produzido ainda que não sistematizado. Há um campo propício para quem possui maior disponibilidade de conhecimento de forma mais sistematizada e que pode ser validado com maior disponibilidade.

**Sandra** - Minha questão é: se a comunidade contribui para este espaço em que se pode criar outros tipos de produção, o que dá certo? O que funciona no território? Como estruturar? Se a comunidade trouxer este espaço para a rede de pesquisa?

**Alexandre** – Profissionais da ponta visualizam necessidade de tecnologia. Assim, pode ser uma forma de captarmos estas necessidades. Discordo um pouco do Erno no sentido de como fazer APS em país com população como a que temos. Pensar na rede como objeto de estudo, requer que se garanta capacidade de dialogar. Entretanto, precisa-se ganhar maior capilaridade com apresentação do conhecimento de forma agradável. Entendo este espaço para novas apropriações de tecnologias e ferramentas de tradução de conhecimento para linguagem que seja mais acessível a trabalhadores e gestores.

**Gustavo Matta – politécnico: Fiocruz.**

Creio ser fundamental ampliar este debate. Precisamos pensar em como navegar nestes conjuntos de tecnologias.

**Carlos Eduardo (Cadu)** – Precisamos pensar em como realizar uma aproximação, encontros entre pessoas com problemas para resolver e equipes que resolveram. Talvez um banco de benchmarking. Partilhar com quem está com o problema na área. Não seria também necessário aparecer, poderia se buscar nos municípios a fim de divulgar a quem possui dificuldades para se resolver isso. Eventualmente o MS poderia promover encontros presenciais com estes grupos.

**Felipe** – a questão dos encontros presenciais poderíamos articular com os encontros que já realizamos, como, por exemplo, o ABRASCÃO. Neste sentido, o encontro proposto por Cadu, no momento do cadastro há a possibilidade de dizer: “posso oferecer conhecimento em”; ou “posso ter interesse em”. O sistema, portanto, irá sugerir e também propor estas possibilidades.

Uma das reflexões realizadas foi como expor as boas práticas que seriam replicadas. Saímos disso e repensamos as experiências que apontam questões para análise do trabalho que realizamos. Este seria papel que os facilitadores teriam neste processo.

**João** - Ficamos apreensivos e discutimos muito sobre as regras de consentimento, pois as práticas serão expostas a análise.

**SEGUNDO DIA: 04 de abril de 2012**

Sábado Nicolau Girard, NESCON/UFMG núcleo de pesquisa de sinais de mercado.

Avaliação de linha de base de mercado em dezembro de 2010.

Convido também o Bolzan, diretor da ouvidoria, a qual passou por importante mudança, pois manteve o que tinha e acrescentou papel de ouvidoria ativa. Houve também pesquisa de proporções em parceria com outras instituições, universidade das redes de pesquisas. Temos a proposta de se ter linha de base de dezembro de 2010 e no caso da ouvidoria, será realizada pesquisa a cada ano.

Na sequencia, concluindo esta etapa e com a chegada do ministro, o qual realizará anúncios acerca do dia mundial da saúde, haverá anuncio da parceria com a Rede Federação Nacional de Escolas Privadas.

Além disso, o anuncio do inicio da terceira fase do PMAQ e o sistema de informação para melhor em casa.

Convido o coordenador geral de avaliação e acompanhamento do DAB/MS, Allan Nuno Alves de Sousa.

**ALLAN NUNO ALVES DE SOUSA – DAB**

Passo a palavra ao Professor Sábado Girard.

Seminário Anual da Rede de Pesquisa em APS

# Mercado de Trabalho de Médicos na Atenção Básica

Projeto Sistema de Monitoramento do trabalho em  
Atenção Básica no Brasil

*Sabado Nicolau Girardi*

*Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado*

*Observatório de Recursos Humanos em Saúde do*

*Núcleo de Educação em Saúde Coletiva*

*Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais*

Brasília, 04 de Abril de 2012



Início agradecendo ao MS e ao DAB, na pessoa do Hêider. Agradeço também ao Facchini, pela oportunidade.

## **MERCADO DE TRABALHO DE MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA.**

Apresentação dos objetivos da construção deste sistema de monitoramento, que possui como intuito avaliar e medir o impacto das políticas estratégias e programas adotados pelo MS para redução das iniquidades na distribuição de profissionais.

### **Objetivo**

- **Avaliar e medir o impacto das políticas, estratégias e programas adotados pelo Ministério da Saúde na melhoria do acesso e na redução das iniquidades na distribuição de profissionais no âmbito da Atenção Básica em Saúde no SUS.**

## **Objetivos**

**Escassez > Carência > Privação**

- **Áreas e populações desassistidas**
- **Áreas com escassez de profissionais de Saúde**

**Iniquidades distributivas**

- **Espaciais**
- **Institucionais (SUS – Não SUS)**
- **Funcionais (AB *versus* Especializada)**

**Relações de trabalho**

O que se quer é medir o impacto das políticas na carência e privação no sentido de identificar áreas com escassez de profissionais e redução das iniquidades distributivas (espaciais, institucionais – SUS/não SUS) e funcionais (ABxEspecializada).

Além de medir estas questões de trabalho e impacto na melhoria e proteção e constituição de relações de trabalho na APS em geral.

Políticas estratégicas e programas cita todas elas....

## **Políticas, Estratégias e Programas**

- **PNAB**
- **PMAQ**
- **Nova Política de Financiamento da AB**
- **Políticas de provimento e fixação (PROVAB, FIES, etc.)**
- **Plano Nacional de Educação Médica**

Vamos falar do impacto e de medir e trabalhar desta métrica do antes e depois para o caminhar no sentido da melhoria.

- PNAB
- PMAQ
- Nova política de financiamento da AB
- Políticas de provimento e fixação – PROVAB, FIES, etc
- Plano nacional de educação medica

### Metologia

## Dados secundários

Tratamento e análise de dados secundários na área do mercado de trabalho, através do dimensionamento e descrição do número de profissionais de saúde e do acompanhamento das trajetórias de profissionais em APS:

- Estabelecimento da linha de base de análise a partir do CNES;
- Análise conjuntural anterior e posterior à Portaria 2.027/2011;
- Monitoramento trimestral a partir do CNES;
- Análise do mercado formal a partir da RAIS.

Dados secundários (registros administrativos e oficiais do governo e tratamento destes dados na área do mercado de trabalho através do dimensionamento e descrição do numero de profissionais de saúde e acompanhamento das trajetórias de profissionais em APS.

Monitoramento trimestral, a principio, do CNES pareando com a RAIS (registro administrativo oficial do governo) além de outras fontes oficiais.

## Fontes de dados primários

Utilização de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) e técnicas qualitativas (grupos focais, entrevistas online, etc.), junto a profissionais e gestores da APS dos municípios brasileiros, buscando complementar as informações disponíveis nas bases de dados secundários. Questões que podem ser investigadas:

- ❑ Impacto da Portaria 2.027/2011 em relação a movimentos de inserção e reinserção ocupacional na ESF;

- ➔ Fontes de dados primários. Trabalharemos para complementar as lacunas e falhas de informações destas fontes e realizar questões não passíveis de responder questões secundárias. Exemplo, pesquisa telefônica, grupos focais, entrevistas online, entrevistas em profundidade.
- ➔ No fim a ideia de construção de um sistema de consulta *online* posta a disposição do DAB em que faremos sistematização dos dados coletados através de indicadores que sinalizem para situações possíveis de crise.

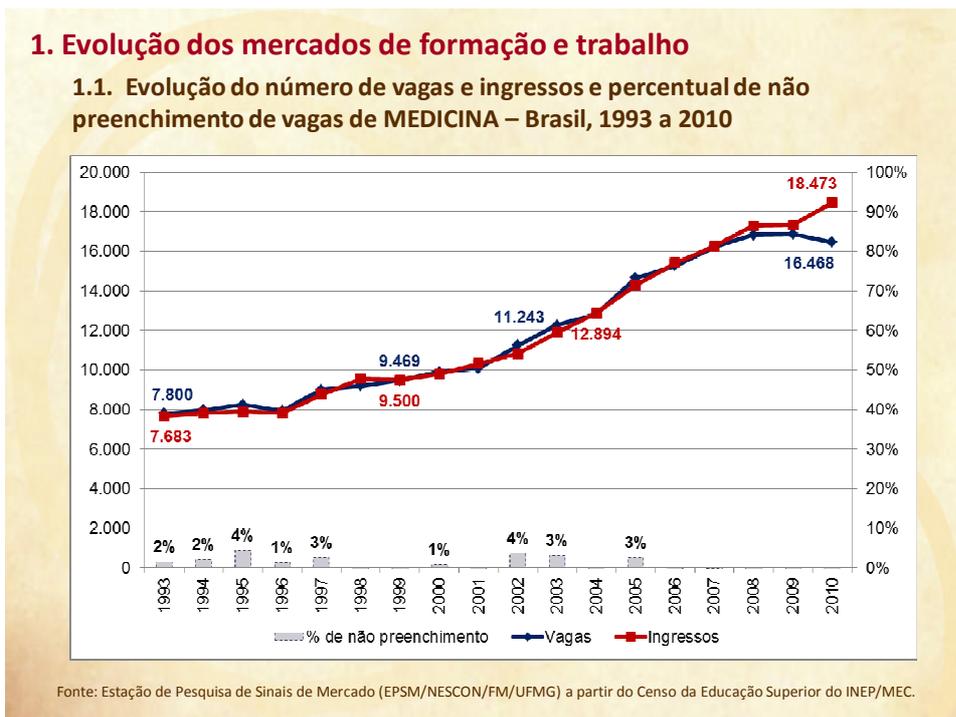
## Consulta *online*

Reunião e sistematização do material coletado através de um sistema de consulta *online* sobre indicadores do trabalho em APS e na ESF.

Essa etapa será conduzida ao longo de todo projeto, visando apresentar módulos temáticos de consulta dos dados coletados.

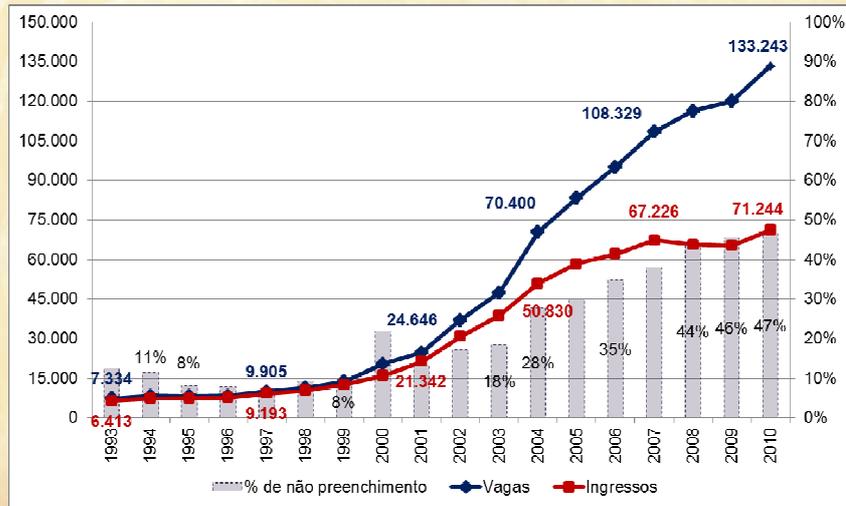
## PANORAMA DO MERCADO DE TRABALHO DOS MÉDICOS LINHA DE BASE DEZEMBRO DE 2010

Evolução do mercado de trabalho apresenta dados gráficos do INEP/MEC. Apresenta curva com número de vagas e ingressos entre 93 e 2010.



Apresenta quadro sobre enfermagem, situação enfermagem, percentual de não preenchimento de vagas.

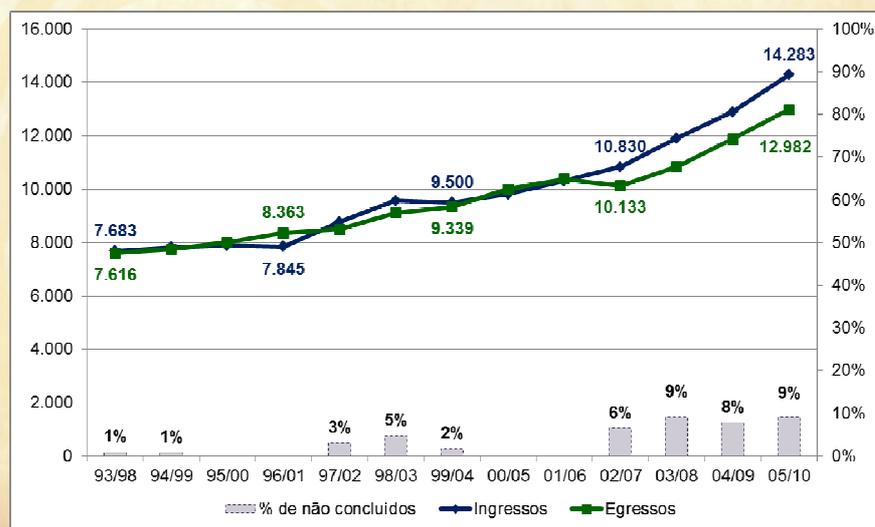
### 1.2. Evolução do número de vagas e ingressos e percentual de não preenchimento de vagas de ENFERMAGEM – Brasil, 1993 a 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

Terceiro gráfico apresenta egressos após seis anos de curso há um percentual de 10% que não concluem em seis anos.

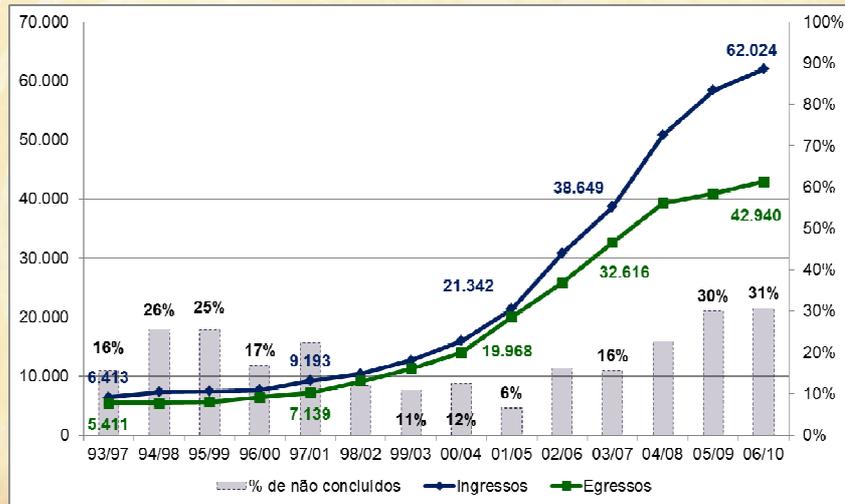
### 1.3. Evolução de ingressos e egressos de MEDICINA e percentual de não concluídos no período de 6 anos – Brasil, 1993/98 – 2005/10



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

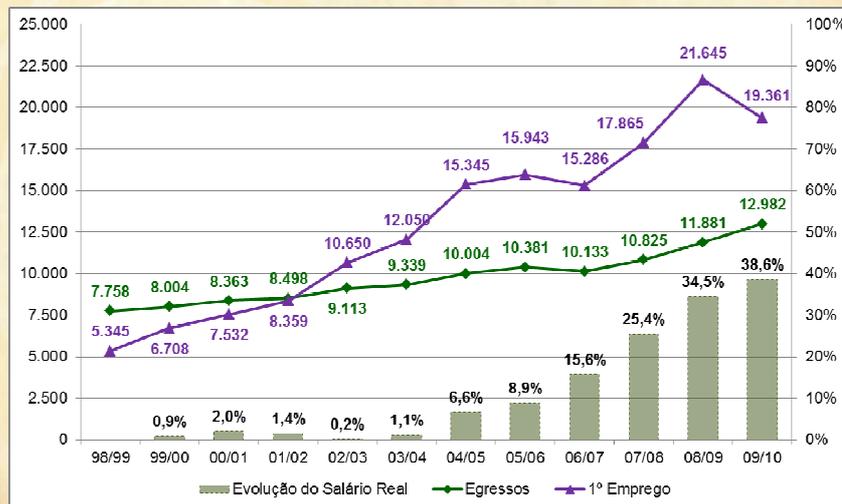
Com a enfermagem gráfico 4, cerca de 31% não concluem o curso

**1.4. Evolução de ingressos e egressos de ENFERMAGEM e percentual de não concluídos no período de 5 anos – Brasil, 1993/98 – 2005/10**



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC.

**1.5. Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real\* de MÉDICOS no mercado formal e egressos de MEDICINA no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10**



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

\* Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

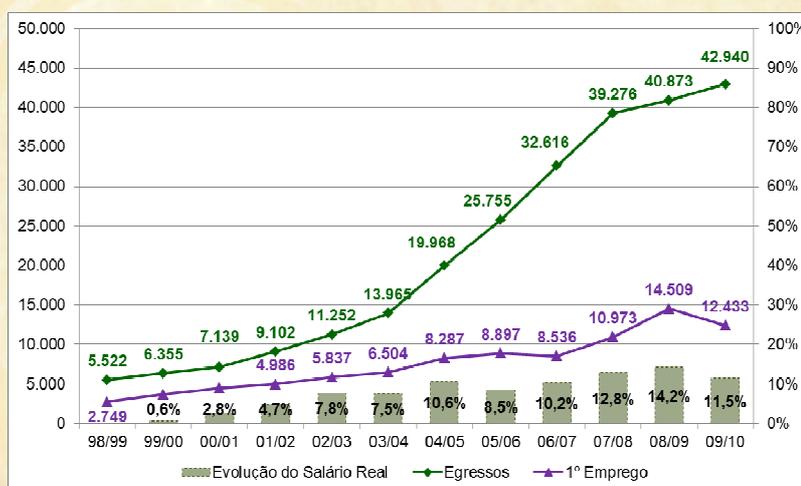
Dado mostra numero egressos em verde das faculdades de medicina e em azul tem dados da criação de empregos formais (nomeação de cargo seja efetivo, seja temporário, seja celetista no mercado de trabalho). Trata-se do primeiro emprego.

Apenas 42% de declaração do imposto de renda dos médicos são de empregos formais. O restante são de outras formas de trabalho.

A partir de 2002 temos formado mais empregos formais. Grande parte dos trabalhos são de PSF.

Em 2009 houve uma queda que pode ser explicada também por contratações temporárias. E a APS ainda não encontrou relações de trabalho protegidas.

**1.6. Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real\* de ENFERMEIROS no mercado formal e egressos de ENFERMAGEM no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10**



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).

\* Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

Relação emprego formal é a forma preferencial de inserção da enfermagem no em mercado de trabalho. Numero de egressos que ingressariam no mercado de trabalho e os primeiros empregos formais gerados, percebam que há um *gap*.

## OFERTA DE MÉDICOS

## 2. Oferta de médicos

### 2. 1. Número de profissionais

<b>Indicador/fonte</b>	<b>N</b>
<b>Médicos em atividade em 2010 (CFM)</b>	<b>351.779</b>
<b>Médicos em estabelecimentos de saúde dez/2010 (CNES)</b>	<b>283.145</b>
<b>Médicos c/ Equivalência a Tempo Completo em est. de saúde* (CNES)</b>	<b>337.052</b>
<b>Vínculos formais de emprego de médicos em 31/12/2010 (RAIS)</b>	<b>280.426</b>
<b>Médicos em atendimento pelo SUS em dez/2010 (CNES)</b>	<b>240.973</b>
<b>Médicos da APS** dez/2010 (CNES)</b>	<b>77.637</b>

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, da Relação Anual de Informações Sociais e do estudo "Demografia Médica no Brasil" (CFM/CREMESP).

\* 40 horas semanais = 1 médico.

\*\* Médicos ocupados em Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde e Unidades Mistas.

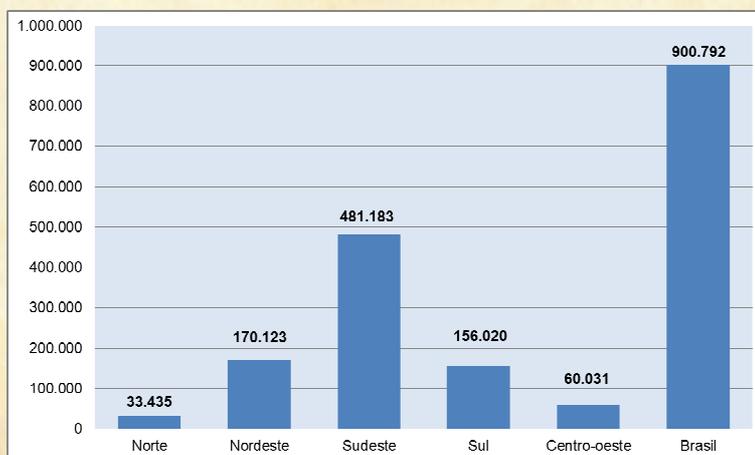
Médicos em atividade no Brasil são cerca de 352 mil. Entretanto no são cerca de 283 mil. Com equivalência, tempo completo ou seja, se somássemos todos em tempo integral, teríamos 337 mil vínculos 40 horas. Vínculos empregos formais 280 mil segundo RAIS. O número de médicos em APS – 77 mil.

### **PERFIL DOS VÍNCULOS DE MÉDICOS EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.**

Gráfico 3.1 demonstra iniquidades na distribuição.

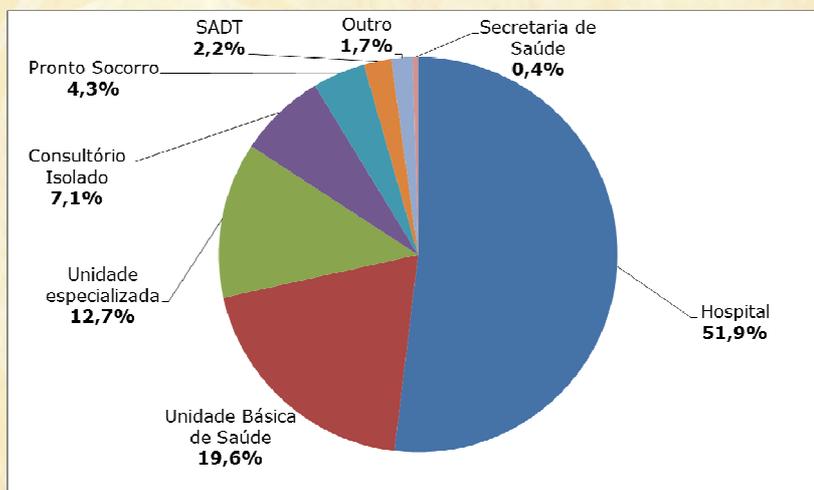
### 3. Perfil do mercado de trabalho médico em estabelecimentos de saúde

#### 3.1. Vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde por região – Brasil, dez. 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

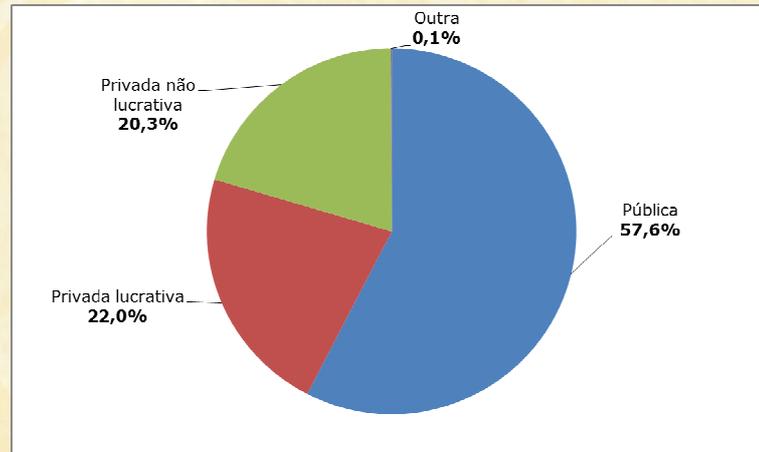
#### 3.3. Distribuição da massa de horas semanais de trabalho de médicos em estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimento – Brasil, dez. 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Massa de horas semanais em estabelecimentos de saúde, estas são horas informadas. O vermelho que nos interessa, UBS quase 52% ainda em hospitais.

### 3.4. Distribuição da massa de horas semanais de trabalho de médicos em estabelecimentos de saúde por natureza jurídica – Brasil, dez. 2010

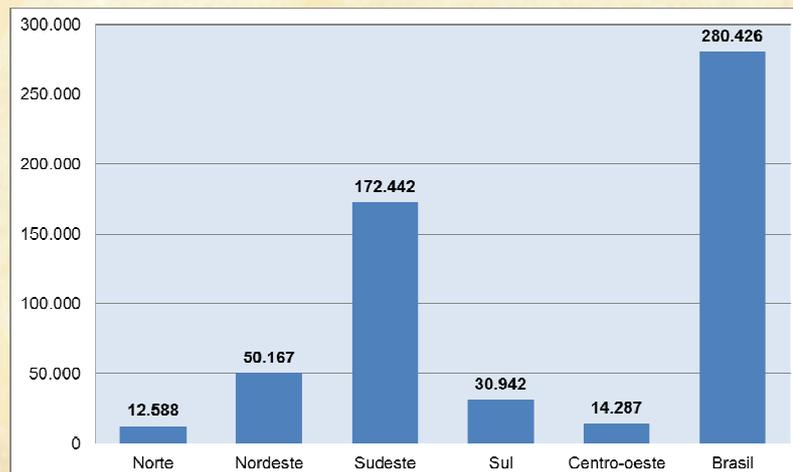


Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

## PERFIL DO MECADO DE TRABALHO FORMAL DE MÉDICOS.

### 4. Perfil do mercado de trabalho formal de médicos

#### 4.1. Vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2010, por região – Brasil, 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da Relação Anual de Informações Sociais.

**4.3. Salário médio, salário-hora e salário médio 40 horas (em Reais) de médicos, com vínculos formais de emprego, ativos em 31/12/2010, por natureza jurídica e tipo de vínculo – Brasil, 2010**

	Sal. Médio	Salário-hora*	Sal. Médio 40 horas**
<b>Natureza jurídica</b>			
<i>Público</i>	4.922,98	44,90	7.205,63
<i>Privado lucrativo</i>	4.630,05	43,42	8.070,58
<i>Privado não lucrativo</i>	5.366,88	57,63	8.799,30
<b>Tipo de vínculo</b>			
<i>CLT</i>	5.007,89	51,80	8.232,00
<i>Estatutário</i>	4.980,19	44,79	7.252,60
<i>Temporário</i>	4.741,85	41,28	6.649,35
<b>Total</b>	<b>4.982,51</b>	<b>46,90</b>	<b>7.354,55</b>

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir da Relação Anual de Informações Sociais.  
 \* Quociente entre a massa salarial dos vínculos de emprego de médicos e o total de vínculos de médicos.  
 \*\* Corresponde ao salário médio de vínculos formais de emprego que perfaziam uma carga horária semanal de 40 horas.

**Perfil do mercado de médicos em APS.**

**5. Perfil do mercado de médicos em Atenção Primária em Saúde**

**5.1. Número de profissionais segundo CNES de dezembro de 2010**

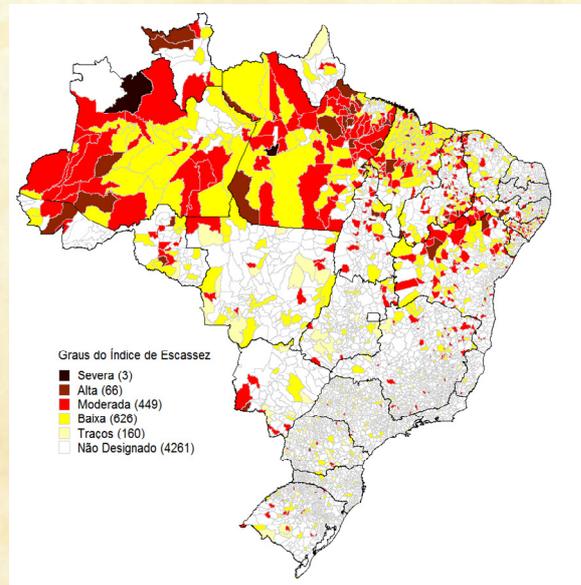
<i>Dezembro de 2010</i>	<b>N</b>
<b>Médicos da APS*</b>	<b>77.637</b>
<b>Médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF)</b>	<b>36.223</b>
<b>Médicos ocupados exclusivamente na APS</b>	<b>21.963</b>
<b>Médicos que trabalham na APS de mais de um município</b>	<b>14.071</b>
<b>Médicos da APS c/ Equivalência a Tempo Completo**</b>	<b>65.598</b>
<b>Médicos da APS por 3 mil habitantes</b>	<b>1,22</b>

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.  
 \*Médicos ocupados em Unidade Básicas de Saúde, Postos de Saúde e Unidades Mistas.  
 \*\*40 horas semanais = 1 médico.

C

**Mapa da escassez**

### 5.1. Índice de escassez de médicos em APS\*



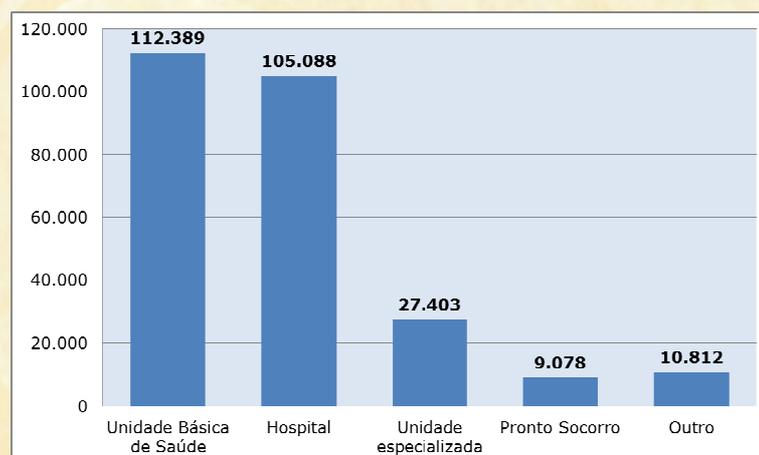
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

\* Considera o número de médicos equivalente a 40 horas nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria.

Ideia que a política mude a situação deste mapa e situações de privação e escassez representada. Situação que deslegitima qualquer governo.

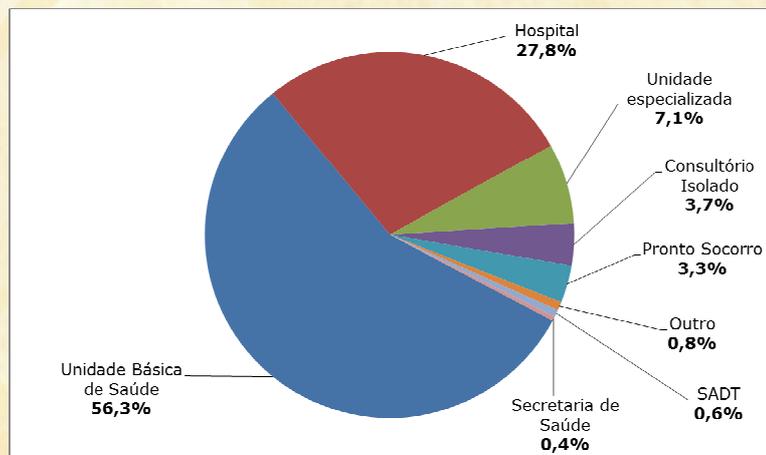
Distribuição de acordo com tipo de estabelecimento. O Alan Nuno informa que o que se deseja é mudar o que tem-se de ocorrências.

### 5.3. Distribuição do número de vínculos dos médicos da APS segundo tipo de estabelecimento – Brasil, dez. 2010



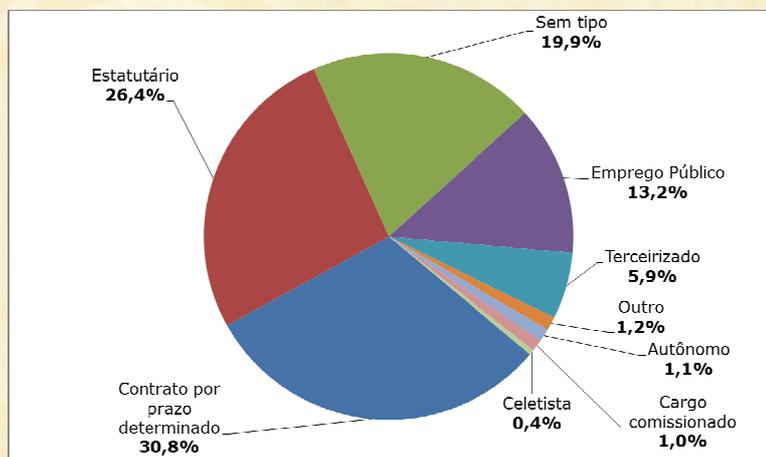
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**5.4. Distribuição da massa de horas semanais de trabalho de médicos da APS, segundo tipo de estabelecimento – Brasil, dez. 2010**



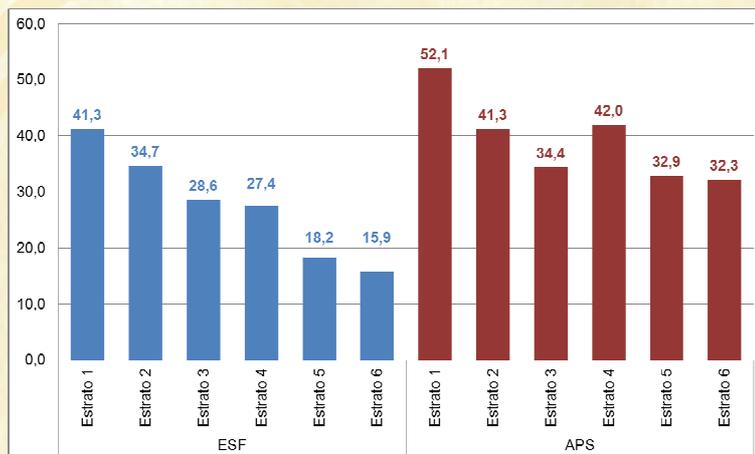
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**5.5. Distribuição dos vínculos de médicos da APS por tipo de vínculo – Brasil, dez. 2010**



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 5.6. Nº de médicos na ESF e da APS por 100 mil hab. segundo estratos do PMAQ\*



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Diretoria de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

\*Os estratos do PMAQ foram definidos segundo o porte populacional e a pontuação do municípios segundo PIB per capita, % da pop. c/ plano de saúde, % da pop. Com Bolsa Família, % da pop. Em extrema pobreza e densidade demográfica. A pontuação pode variar de 1 a 6.

Estrato 1: pontuação menor que 4,82 e pop. de até 10 mil hab.

Estrato 2: pontuação menor que 4,82 e pop. de até 20 mil hab.

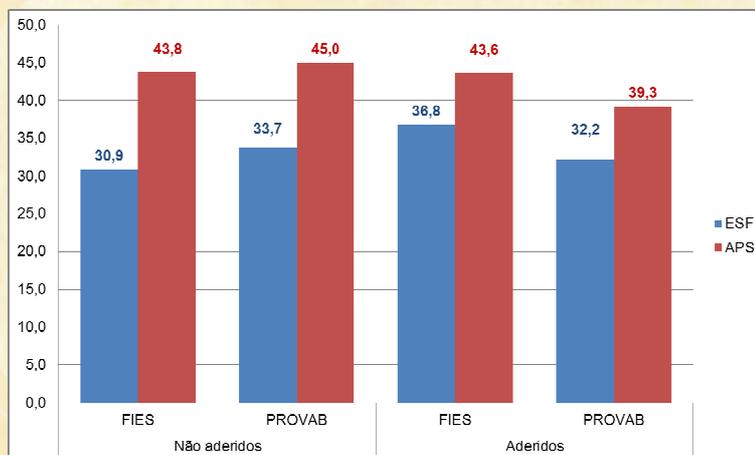
Estrato 3: pontuação menor que 4,82 e pop. de até 50 mil hab.

Estrato 4: pontuação entre 4,82 e 5,4 e pop. de até 100 mil hab.; pontuação menor que 4,82 e pop. entre 50 e 100 mil hab.

Estrato 5: pontuação entre 5,4 e 5,85 e pop. de até 500 mil hab.; pontuação menor que 5,4 e pop. entre 100 e 500 mil hab.

Estrato 6: pop. acima de 500 mil hab. ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

### 5.7. Nº de médicos da ESF e da APS por 100 mil hab. segundo adesão ou não ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa de Financiamento Estudantil (FIES)

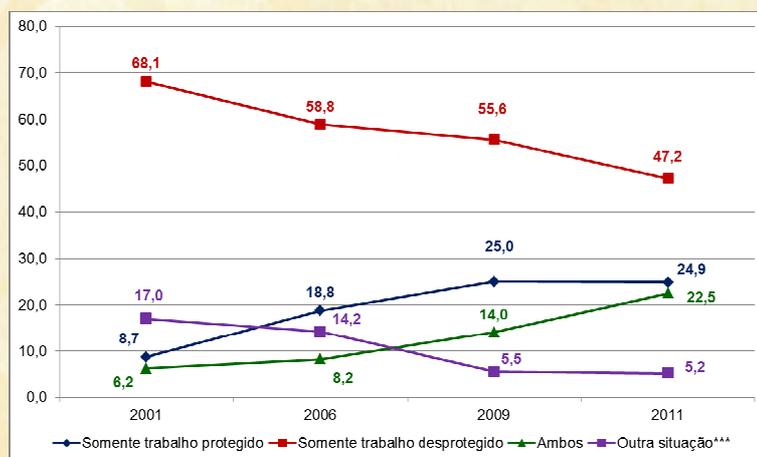


Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Diretoria de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Fazemos pesquisa telefônica desde 2001 e em 2003 houve problema metodológico e o que ocorre de fato é um vermelho no gráfico dos municípios que informam contratar apenas trabalho desprotegido. O trabalho protegido é o celetista e o estatutário. O temporário é parcialmente protegido.

### 5.8. Dados primários – Monitoramento do trabalho na ESF

#### Distribuição dos municípios\* (%) por prática de trabalho protegido e desprotegido\*\* na Administração Direta – Brasil, 2001 - 2011



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

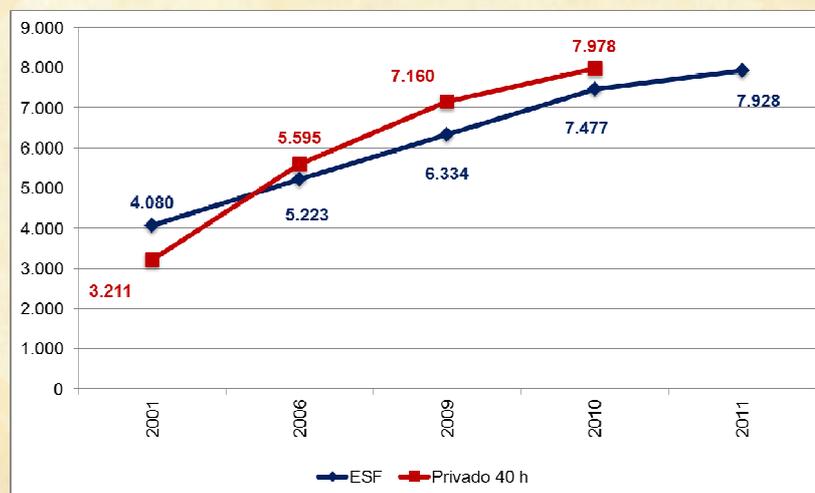
\* Corresponde aos municípios do painel fixo, que foram acompanhados em todas as pesquisas.

\*\* Trabalho protegido = vínculos como CLT e estatutário; Trabalho desprotegido = vínculos temporários, autônomos, PJ e outros.

\*\*\* Municípios que não realizavam contratação direta de médicos na ESF e municípios que não responderam.

### 5.8. Dados primários – Monitoramento do trabalho na ESF

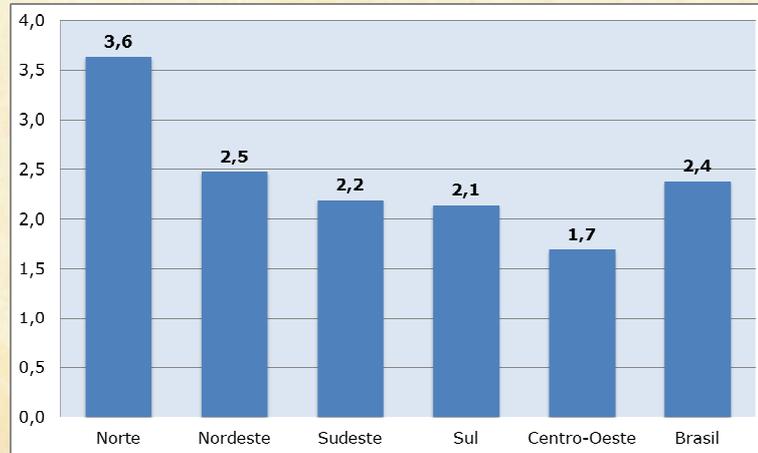
#### Evolução dos salários médios de médicos na ESF e no mercado formal privado 40 horas – Brasil, 2001 - 2011



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) e Relação Anual de Informações Sociais.

### 5.8. Dados primários – Monitoramento do trabalho na ESF

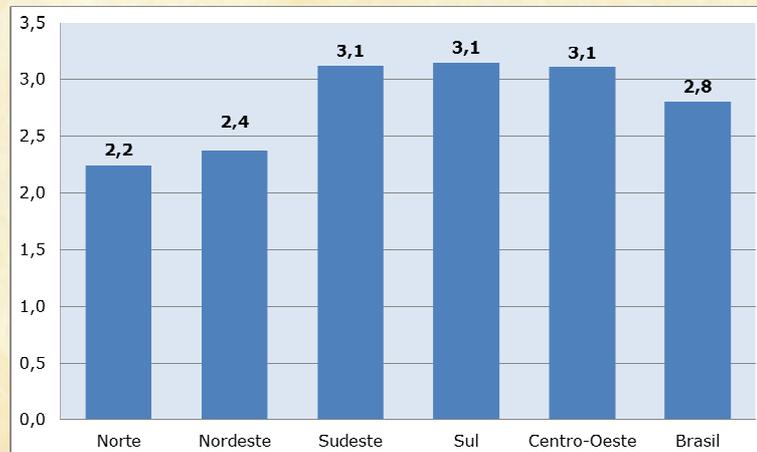
**Tempo médio, em meses, para preenchimento de postos vagos de Médicos na ESF - Brasil, 2011**



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM).

### 5.8. Dados primários – Monitoramento do trabalho na ESF

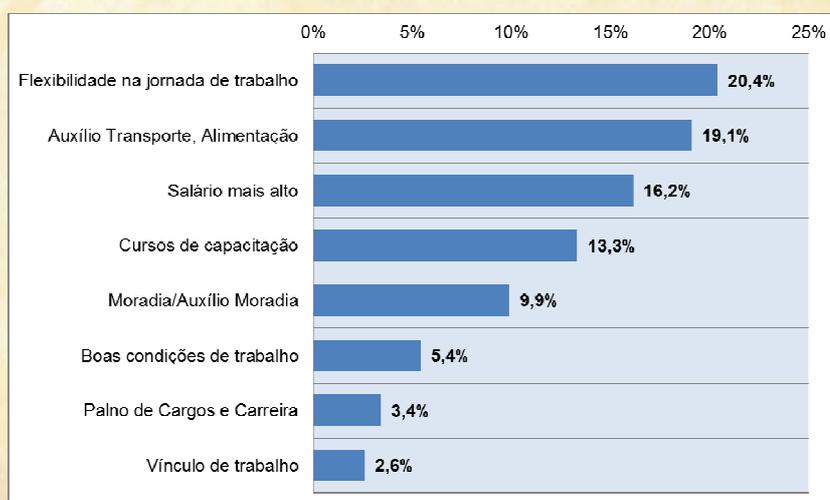
**Tempo médio de permanência do Médico na ESF do município (em anos), Brasil – 2011.**



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFGM).

## 5.8. Dados primários – Monitoramento do trabalho na ESF

### Estratégias utilizadas pelos gestores para fixação de médicos nos municípios, Brasil – 2011.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG).

PSF pratica trabalhos que o mercado de trabalho pratica.

Gráfico de 2011 em que 3,4 % dos municípios do Brasil praticavam a estratégia de planos de cargos e carreira para retenção de profissionais. A flexibilidade na jornada de trabalho era a principal estratégia para manter tal retenção.

Finalizo por aqui

**Rede Observatório** **OPAS RH** **NESCON**  

**Obrigado!**

**Sábado Nicolau Girardi**  
[sabadogirardi@gmail.com](mailto:sabadogirardi@gmail.com)

**SUS**  **NESCON - Faculdade de Medicina UFMG**  
Av. Prof. Alfredo Balena, nº 190, 7º andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG, CEP 30130-100  
Fone: (31) 3409-9673/ Fax: (31) 3409-9675/ [nescon@medicina.ufmg.br](mailto:nescon@medicina.ufmg.br)

**Allan Nuno** – nos interessa acompanhar o que tem sido produzido para aumentar a fixação dos profissionais, sobretudo nas regiões menos assistidas.

Na sequencia Bolzan apresentará pesquisa satisfação de usuários realizada ouvidoria do MS.

# *Resultado Preliminar da Pesquisa de Satisfação com Cidadãos Usuários da Atenção Básica e/ou Urgência e Emergência*

Abril de 2012  
Brasília-DF

Trata-se de resultados sobre AB de urgência e emergência. É um resultado preliminar da pesquisa de satisfação de cidadãos usuários urgência e emergência.

A ouvidoria do MS passou por reestruturação e assumiu, além de ouvidoria passiva. Mais de 4 milhões de recebimento por ano. Uma das ações de ouvidoria ativa tem sido pesquisas de opinião realizadas para o MS ou mesmo simples contatos com o gestores para se saber serviços simples para saber a situação e repasse dos dados a gestão para que a mesma tome medidas.

## Objetivo

Avaliar o grau de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção básica e urgência/emergência, mediante inquérito amostral.

## Metodologia

- ✓ **Amostra:** 384 (trezentos e oitenta e quatro) usuários do SUS, residentes nas 27 capitais brasileiras e em 18 municípios com quantitativo populacional de 500.000 (quinhentos mil) ou mais habitantes.
- ✓ 12 municípios com menos de 500 mil habitantes foram reunidos em um estrato de 384 entrevistas.

## Metodologia

- ✓ **Público alvo:** cidadãos com idade a partir de 16 anos que tenham utilizado o SUS nos últimos 12 (doze) meses para vacinação, consultas, exames, atendimento de urgência, internação ou para pegar medicamentos, ou que possuam dependentes menores de 16 anos que utilizaram o SUS no último ano para os mesmos procedimentos.

Para quem utilizou SUS ultimo ano, perguntas sobre perfil e questionário  
Para quem não utilizou o SUS, perfil e três perguntas como: se tem plano saúde e porque o adquiriu.

## Metodologia

- ✓ Para quem utilizou o SUS nos últimos 12 meses ou o dependente:
  - Perfil
  - Perguntas do questionário
- ✓ Para quem não utilizou o SUS:
  - Perfil
  - 3 perguntas (tem plano de saúde, por que adquiriu, avaliação do SUS)

## Metodologia

- ✓ Instrumento de coleta: questionário com 40 perguntas fechadas e abertas, dividido em quatro partes:
  - Perfil;
  - Atenção Básica;
  - Atenção Odontológica e
  - Urgência e Emergência.

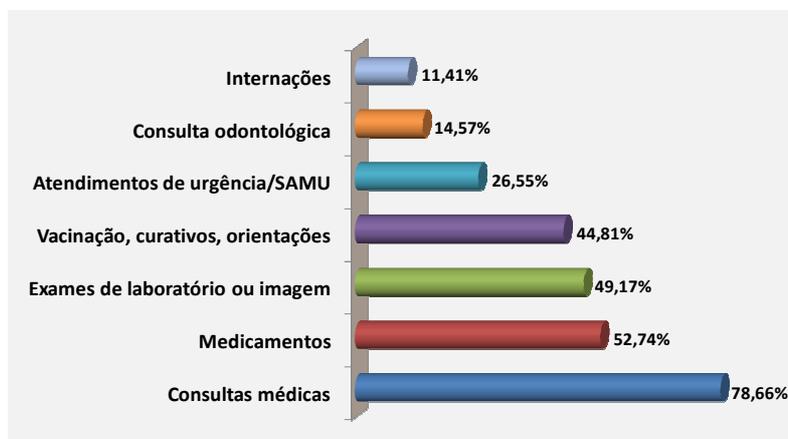
## Dados gerais

### *Entrevistas realizadas*

1. Entrevistados que utilizaram o SUS nos últimos 12 meses: **18.673.**
2. Entrevistados que não utilizaram o SUS nos últimos meses: **7.949.**

**Total= 26.662 entrevistas realizadas.**

**Pergunta :** Para quais atendimentos você procurou o SUS?



## *Atenção Básica*

Perfil majoritariamente entre 21 a 30 anos.

Dados por região estão sendo trabalhados assim como os encaminhamentos, a partir dos dados preliminares. Entretanto já oferece a avaliação do cidadão em relação a saúde da família, atenção odontológica. Antes era BR oi e atualmente é Embratel, clientes para os quais foram efetuadas ligações de maneira aleatória.

Luis Carlos Bolzan – Departamento de ouvidoria geral do SUS.

**Facchini** – Saúdo os apresentadores Sábado, pesquisa de alta qualidade juntamente com sua equipe no NESCON. Da mesma forma o Bolzan, pela pesquisa realizada pela ouvidoria mostrando a potencia da ouvidoria.

De forma sintética para a rede em APS, os estudos apresentados mostram a importância da produção de conhecimento e dos estudos de avaliação dos serviços de saúde do nosso país. A rede cumpre seu papel de mobilizar instituições produtoras de conhecimento.

Sábado, há relativa escassez profissionais de saúde é fundamental para entender questões apresentadas por Bolzan.

O mapa da carência mostra situação média. Mesmo em lugares que carência não é tão perversa, ainda assim temos problemas, pois como o dado é apresentado para o agregado, mesma Santa Catarina e Goiás e Rio Grande do Sul, tem ao interior destes municípios lugares com muita carência.

A situação do país é grave, o que não é falta de RH, mas a situação perversa como, por exemplo, o tipo de contrato de trabalho que permite três a cinco vínculos.

Nossas pesquisas nos observatórios, estudos epidemiológicos, etc não serão suficientes, pois precisamos de etnografia para mostrar este comportamento nocivo. Não são apenas dos médicos, mas sim de varias categorias.

Poderíamos, em próxima pesquisa da ouvidora, pedir a população atribuição de uma nota ao SUS. Teríamos uma triangulação de dados.

**Felix Herrera, representante da OPAS.**

Penso estarmos em etapa não só avaliar os sistemas de saúde, talvez seja necessário criar uma instancia para fora. Conheço o trabalho de saúde há muito tempo e analisamos os resultados que Bolzan apresentou.

Penso em reflexão previa que temos conjuntos específicos de aspectos nas consultas. E outra pergunta seria qual sua opinião no SUS. Ontem li um relatório sobre situação da felicidade no mundo, algo em moda agora.

Ingredientes como trabalho, situação econômica, como estou feliz, estou satisfeito. Ponto principal é como o SUS esta sendo mais analisado, divulgado enquanto resultados e como conjunto de diferentes áreas podem ajudar a mostrar avanços. Cada avaliação tem intencionalidade. Todos temos que refletir sobre como medir para melhorar. Não há no mundo conjuntos avaliativos bons. Qualidade técnica, equidade, quais seriam mecanismos e referencia?

É chegado o momento de que o SUS tem condições de avanço no sentido de instrumentos avaliativos e satisfação dos usuários no serviço.

## **AÇÕES COMEMORATIVAS DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE**

**Ministro Alexandre Padilha, acompanhado por Joaquim Molina; Helvécio Miranda Magalhães; pelo Secretário Vigilância Saúde Jarbas Barbosa; Secretário Saúde Rafael Aguiar Barbosa; Presidente ABRASCO Luiz Augusto Facchini e pela Presidente das escolas particulares Amábile Pacios.**

JOAQUÍN MOLINA – OPAS

**Mestre de Cerimônia** - Saúda Ministro da Saúde, Alexandre Padilha e autoridades que compõem a mesa. Presidente do conselho de saúde Alexandre Padilha, acompanhado do senhor representante da Organização Pan-Americana da saúde Joaquín Molina, o senhor Secretário de Atenção à Saúde (SAS) Helvécio Miranda Magalhães Junior. Secretário de Vigilância da Saúde (SVS) Jarbas Barbosa, secretário de saúde do Distrito Federal Rafael Barbosa, Luis Augusto Facchini, Presidente da ABRASCO e da senhora presidente da federação nacional das escolas particulares Amábile Pacios.

Neste momento, passo a palavra ao representante da Organização Pan-Americana da Saúde Joaquín Molina.

**Representante da OPAS** - Início saudando o Ministro da Saúde Alexandre Padilha A OPAS, em seu aniversário de 64 anos, dedica o Dia Mundial da Saúde: com o “tema envelhecimento saudável e saúde das pessoas idosas”, dentre as várias prioridades que a saúde enfrenta, reforça sua importância na questão referente a mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida mas não deixa de reconhecer e responder ao desafios e a oportunidade que acompanha esta sociedade que está envelhecendo. Este ano teremos a oportunidade de refletir sobre envelhecimento populacional e sua relação com a saúde e sem dúvida esse é um momento importante para discussão.

A seguir, o vídeo em comemoração ao dia Mundial da Saúde, comemorada em 7 de abril, com participação de Dra. Mirta Rose, Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde.

Link para acesso....

<http://www.youtube.com/watch?v=xnQhnZtqpZs&feature=player>

O dia mundial da saúde, 7 de abril, foi instituído pela OMS e este ano o tema mundial da saúde é o envelhecimento e saúde, com o *slogan* “tema envelhecimento saudável e saúde das pessoas idosas”. Além de dar visibilidade à saúde da pessoa idosa, também tem como forma a preservação e o cuidado com a saúde ao longo da vida. Para que o envelhecimento possa ser vivenciado de forma plena e produtiva, será assinado agora o acordo de cooperação técnica entre o MS e a Federação Nacional das Escolas Particulares. Este acordo possui como objetivo reunir esforços e trabalhar conjuntamente para incrementar ações voltadas para a Saúde nas escolas da rede privada de ensino, em âmbito nacional, com foco nas cantinas escolares.

Neste momento passarei a palavra à senhora Presidente da Federação Nacional das Escolas Particulares, Amálibe Pacios

A proposta do Senhor Ministro da Saúde – Alexandre Padilha nos chama a atenção por tratar-se de uma proposta que nos desafia, justamente por apresentar uma vertente educativa. Este desafio nos chamou a atenção, e falo em nome da Diretoria das Escolas particulares, por ser muito inteligente começar essa prevenção da obesidade das crianças. Primeiramente porque se aprendemos a nos alimentar bem nas escolas o faremos para a vida e as crianças estão prontas para aprender por que estão na escola, depois por nos ajudar em nossa reeducação. É muito difícil uma política pública chegar em uma escola particular e como diz nossa presidente temos hoje 6 milhões de “brasileirinhos e brasileirinhas” estudando e nós agradecemos a lembrança de uma ação poder chegar até as escolas particulares e estabelecer um grupo de trabalho nos ouvindo. A metodologia escolhida, o fato de estabelecer um grupo de trabalho nos ouvindo sobre o que funciona nas escolas. Isso foi fundamental, pois algumas pessoas ou adultos esquecem o que vem a ser escola e o senhor, pela metodologia, nos ouviu dizer o que funciona e o que não funciona. No mais, quero dizer que o senhor pode contar com a federação, nós estamos presentes em quase 6 mil municípios aqui no nosso país temos mais de 6 milhões de crianças o senhor pode contar com todo nosso esforço para delegação e

cada uma de nossas instituições. Quero lhe agradecer pela lembrança, por ter focado a escola particular nessa pauta e dizer que o senhor não irá se arrepender.

## Mestre de Cerimônias

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, o objetivo de ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS com garantia de padrão nacional e regional, transparência e efetividade das ações não governamentais direcionadas a ABS em todo Brasil.

Neste momento ouviremos o Diretor do DAB, Hêider Aurélio Pinto.

## Hêider Aurélio Pinto - Diretor do DAB



## POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Gostaria de chamar atenção em um momento muito importante e Facchini, nossa grande liderança no conjunto das Universidades integrantes da Rede de Pesquisas tem falado que normalmente as universidades propõem um conjunto de pesquisas e a decisão do MS está em uma situação em que as políticas públicas fazem mais processo de avaliação de pesquisa que resulta em um aumento elevado de recursos em função da implantação do acesso de qualidade e do desempenho das equipes. Isso que vamos apresentar agora.



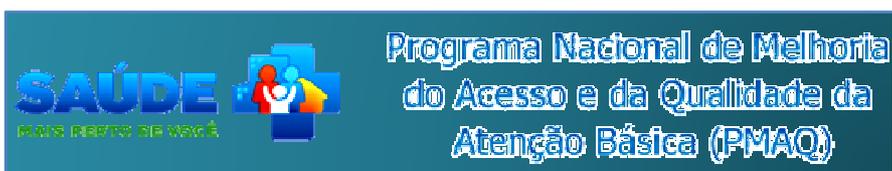
## AVALIAÇÃO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ

Avaliar as condições das Unidades Básicas de Saúde e o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica à Saúde da População

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



- São 35 Universidades e Instituições de Pesquisa envolvidas
- Serão 800 “avaliadores de qualidade” em campo que em 3 meses:
  - visitarão 3.972 municípios
  - avaliarão 17.482 Equipes de Atenção Básica
  - entrevistarão 70 mil usuários

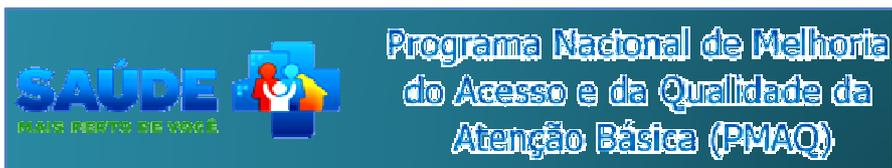
#saudemaisperto



Ministério da Saúde



A operação de saúde mais perto de você vai avaliar as condições das UBS de todo o país e o acesso e a qualidade da atenção básica da saúde geral da população. São 35 universidades, instituições de pesquisa envolvidas, grande parte dessas instituições estão aqui neste auditório, serão 800 avaliadores da qualidade em campo em cerca de 3 meses, visitando 3.978 municípios, avaliando 17.482 equipes de atenção básica, entrevistando mais de 70.000 usuários.



- **Censo das UBS** – todas UBS do país:
- Condições de Funcionamento
- Equipamentos Disponíveis
- Ambiência e Acessibilidade
- Disponibilidade de Medicamentos. Etc.

Política Nacional de Atenção Básica  
Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

#saudemaisperto



Ministério da  
Saúde



Sem dúvida nunca nada foi feito com essas proporções em todos os municípios do país. Todas as unidades básicas de saúde do país serão visitadas por estes trabalhadores que avaliarão as condições de funcionamento da UBS, quais os equipamentos disponíveis, etc. Prezamos aqui o serviços o que têm ambiência mais acolhedora para o usuário além de questões relacionadas a acessibilidade de pessoas com deficiência e a disponibilidade de medicamentos, quais são os medicamentos oferecidos e disponibilizados em cada unidade básica de saúde para a população do usuário do sistema de saúde.



- **Entrevista e Verificação com cada Equipe de Atenção Básica que atua nas UBS**

- Acesso das UBS com destaque para agenda aberta, acolhimento, redução de tempos de espera...
- Qualidade da Atenção às gestantes, crianças, pessoas com doenças crônicas, com drogadição, etc.
- Desenvolvimento de Ações de Promoção da Saúde
- Informatização das UBS, uso de Prontuário Eletrônico, etc.

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



- **Entrevista com Usuários (Informantes Chave)**

- Condições de Acesso – facilidades, dificuldades, tempos para ser atendido...
- Qualidade do cuidado à saúde recebido
- Verificação de boas práticas (ex: qualidade do pré-nata)
- Satisfação do usuário com a UBS, os profissionais e o atendimento, etc.

#saudemaisperto



Ministério da Saúde



Além deste censo em todas as UBS, temos a entrevista e verificação em cada equipe de AB que atua nessas UBS, por exemplo: os prontuários eletrônicos estão funcionando, entre outras situações. Além disso, serão entrevistados usuários acerca das condições de acesso, as dificuldades, o tempo para serem atendidos, a qualidade da saúde recebido por essas pessoas, quem é a pessoa que atende, se pergunta pelo nome, se pergunta para a família, se na hora do exame toca aquela pessoa, a questão da organização do atendimento, a realização do atendimento, a

verificação de boas táticas, por exemplo, o pré-natal, se o previsto na Rede Cegonha está sendo realizado pelos profissionais com cada gestante que se atende na UBS e na satisfação do usuário com as UBSs, e com os profissionais e o atendimento. Essa ação começa a acontecer entre final de abril e início de maio. Serão três meses de realização destas avaliações. Somados a isso, o MS vem acompanhando 6 meses em todas as equipes, 24 indicadores de qualidade, relacionados ao pré-natal, qualidades de consultas, hipertensão, diabetes, vacinação entre outros. Isso vai gerar uma certificação das equipes e em função dessa certificação a equipe considerada com o desempenho ótimo, poderá dobrar os recursos mensais recebidos e repassados pelo MS.



Estamos lançando o sistema de monitoramento do melhor em casa que é o nosso programa de política nacional de atenção domiciliar, com informações de todos atendimentos.

## Sistema Monitoramento Atenção Domiciliar

- **Registro de Ação Ambulatoriais em Saúde da Atenção Domiciliar (MELHOR EM CASA):**
  - **Informações sobre todos os atendimentos das Equipes de Atenção Domiciliar**
  - Permite a avaliação da quantidade das pessoas atendidas
  - A avaliação da qualidade do atendimento e sua capacidade de resolução de problemas de saúde
  - Monitorar permanentemente o funcionamento do programa em cada município



A partir de hoje, nos passaremos a apontar informação de todos os atendimentos das equipes de atenção domiciliar, quantidades de pessoas atendidas a avaliação da qualidade de atendimento e a sua capacidade de resolução dos problemas de saúde, o funcionamento do programa no município.

## Sistema Monitoramento Atenção Domiciliar

- **Registro de Ação Ambulatoriais em Saúde da Atenção Domiciliar (MELHOR EM CASA):**
  - **Implantação Progressiva:**
    - A partir de hoje todas as equipes passarão a preencher o formulário diariamente e alimentar o Sistema mensalmente
    - Em junho este preenchimento passa a ser feito com um *Smartphone* distribuído para cada profissional de todas as equipes
    - No 2º semestre será implantada versão *on line* com alimentação e monitoramento em tempo real

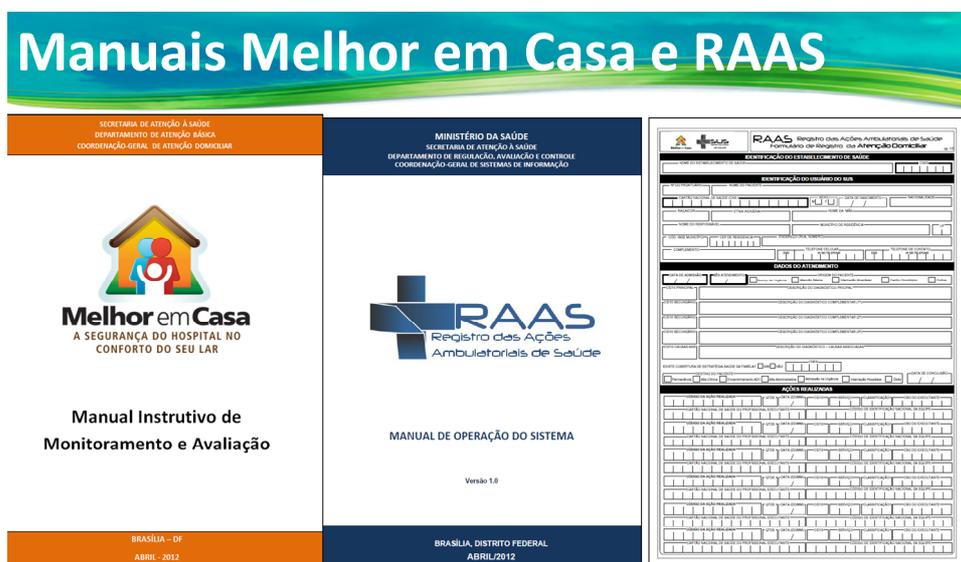


A implantação é progressiva e a partir de hoje as equipes poderão preencher o formulário diariamente e alimentar o sistema mensalmente, mas em junho este

preenchimento deixará de ser um preenchimento amplo e passará a ser um preenchimento realizado através de *smartphone*, que será distribuído para cada profissional que compõe cada uma das equipes de atenção domiciliar. No segundo semestre implantaremos a versão *online* e poderemos alimentar o sistema e monitora-lo em tempo real com informações de cada equipe de atenção domiciliar.

Estamos lançando hoje para orientar todos os profissionais, a utilização do sistema como preencher o formulário identificação relacionada ao usuário, temos informações relacionadas a todos os usuários atendidos no programa informações muito importantes sobre o atendimento, que permite inclusive monitorar o tempo de permanência, se estamos trabalhando com o tempo de permanência adequado, para que logo possível atendermos esses usuários fora do hospital, de maneira humanizada e com maior qualidade, que ele possa ter mais autonomia e retornar a ser atendido pela equipe de ABS. Além de avaliar o tempo de permanência, avalia também a relação com as equipes ABS, justamente para poder encaminhar para melhoria de qualidade de vida da ampliação da autonomia deste usuário.

Por fim nos temos ainda um histórico das ações realizadas permitindo para cada usuário identificar todas as ações que foram utilizadas naquele período em que ele passou pelo tempo de internação.



# Identificação do Usuário

Atendimento Domiciliar

Mês de Atendimento	CNES	CNS Paciente	Dt. Início
04/2012	0023582	980016004889852	02/04/2012

[ P ] Identificação do Paciente | [ A ] Identificação do Atendimento | [ R ] Dados das Ações Realizadas

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**Prontuário**

**Dados Pessoais**

Nome	Sexo	Dt. Nascimento	Nacionalidade
		__/__/__	
Raça/Cor	Etnia		
CEP	UF	Município	
Nome da Mãe	Nome do Responsável		

**Dados do Endereço**

Endereço	Número	Complemento	Tel. Celular	Tel. Contato

Gravar Excluir Pendências Salvar



Ministério da Saúde



# Informações do Atendimento

Atendimento Domiciliar

Mês de Atendimento	CNES	CNS Paciente	Dt. Início
04/2012	0023582	980016004889852	02/04/2012

[ P ] Identificação do Paciente | [ A ] Identificação do Atendimento | [ R ] Dados das Ações Realizadas

**IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO**

Dt. Início	Competência	Origem do Paciente
02/04/2012	04/2012	

**Ações Realizadas**

CID Principal

CID Causas Associadas

CID Secundário

Coertura de Estratégia Saúde da Família ?

(S/N) CNES da USF

Destino do Paciente Dt. Conclusão

Gravar Excluir Pendências Salvar

- Monitorar Tempo de Permanência
- Relação com Equipes de Atenção Básica



Ministério da Saúde



# Histórico de Ações Realizadas

Atendimento Domiciliar

Mês de Atendimento: 04/2012    CNES: 0023582    CNS Paciente: 980016004889852    Dt. Início: 02/04/2012

[ P ] Identificação do Paciente   [ A ] Identificação do Atendimento   [ R ] Dados das Ações Realizadas

**DADOS DAS AÇÕES REALIZADAS**

Ação	Dt. Realização	Quantidade
CID		
Serviço	Classificação	
CNS Profissional	CBO	
Equipe	Tipo da Equipe	

Incluir  
Alterar  
Excluir  
Limpar

Ação	Descrição	Equipe	Dt. Realização
------	-----------	--------	----------------

Gravar   Excluir   Pendências   Sair



## Mestre de Cerimônia

Com a palavra Senhor Ministro de Estado com a Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Saúde Alexandre Padilha.

## Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Nós temos feito um discurso grande pra que cada vez mais a gente possa chegar ir além dos espaços somente públicos de promoção à saúde. A população também cuida da saúde em conjunto de ensinamentos que mostra que às vezes os agrados são maiores no campo da saúde nas redes privadas e nas redes publicas um dos exemplos bastante evidente é o combate a Dengue. Já estamos chegando com os dados consolidados no mês de março, vamos chegar depois no mês de abril para podermos realizar o balanço. Já para o mês de maio passar esse período epidêmico e com todo esforço que fazemos nas orientações dos profissionais na organização da rede da saúde não apenas publica, mas privada também, o cuidado, o atendimento aos pacientes com dengue. Às vezes temos mais óbitos com serviços privados do que com serviços públicos, então esse esforço de cada vez mais pensar no conjunto da saúde da população e agregar aliados que possamos chegar aonde se faz a saúde do dia a dia através da orientação, da educação, das praticas do que

aprendemos na escola. Somos parceiros, estava falando com nossos colegas da imprensa que promover hábitos alimentares mais saudáveis para nossas crianças e para os adolescentes, em primeiro lugar, é com o intuito de buscarmos a melhoria da saúde de nossas crianças e adolescentes, porém já impacta na prevenção do risco que temos de ter uma geração de adultos obesos cada vez mais obesos. Estamos agindo na saúde presente das crianças e adolescentes, mas apostando também em alguns hábitos saudáveis, na prevenção de outros problemas de saúde que possam existir nas gerações de adultos que vem das nossas crianças.

Quero saudar hoje o mestre Facchini, não somente pela parceria pelo papel na ABRASCO. Quando montamos essa ideia do processo permanente de avaliação a ABS, com instrumentos da avaliação, inclusive para avaliar o desempenho das equipes, pensamos em ter a academia como nosso parceiro nesse processo de avaliação e sabemos que a academia teria mais interesses, mais aliados e sabemos que vamos criar um campo de prática. Estamos convencidos mais que uma parceria institucional de quase 30 universidades com a ABRASCO ser fundamental para a avaliação do desempenho das equipes de ABS para nosso país acredito estarmos contando com o compromisso apaixonado de vocês pela AB, mobilizar 30 instituições, 800 avaliadores que serão formados, acompanhá-los em cada “canto do país”, acompanhar quase 18 mil equipes em 71% dos municípios brasileiros, ou seja, sabendo que vocês irão visitar UBS em Pelotas, São Paulo, interior da Amazonas, temos vocês como parceiros pelo compromisso da atenção básica.

### **Luiz Augusto Facchini – Presidente da ABRASCO**

Quero destacar algumas questões que o ministro falou aqui que foram muito importantes: a ABRASCO realmente tem uma peculiaridade muito interessante, somos uma entidade científica que congregamos cursos de pós-graduação na área de saúde coletiva, mas nos também somos uma das entidades mais importantes do nosso país em termos internacionais na advocacia com o compromisso histórico de defesa dos sistemas públicos de saúde, do acesso da qualidade do serviço. Envolver o trabalho exclusivo detalhado com compromisso dos gestores e trabalhadores da saúde, além de todos os companheiros da academia, estudantes e docentes pesquisadores, então esta situação única nos permitiu outro salto de qualidade, uma ousadia, que foi trazer para o interior da ABRASCO os temas da

APS e, portanto, também não apenas os desafios da organização dos serviços, mas também das condições de avaliar esse serviço e o interesse de conectar os desafios da clínica do cotidiano dos pacientes, dos usuários com todo esse conjunto de conhecimento de elementos que a saúde coletiva nos trás. Então, estes aspectos permitiram que tivéssemos uma Rede de Pesquisas em APS. Esta é a primeira vez que o Ministro Padilha está conosco em uma reunião da rede, o que nos deu muita alegria e essa rede cumpre plenamente o seu valor, seu papel. Vinculada a ela vem um conjunto expressivo de universidades que estão aqui para contribuir com esse envolvimento da ABRASCO dos colegas do campo da saúde coletiva da APS com os formuladores gestores das políticas da saúde. Isso nos permite um processo virtuoso em que não apenas acadêmicos e pesquisadores sabem conduzir pesquisas, mas também trabalhadores de saúde, gestores, todos estão aptos e habilitados para desenhar e conduzir processos complexos de avaliação.

Ouvimos hoje aqui a apresentação da ouvidoria do SUS, tivemos o lançamento do IDSUS e teremos o PMAQ, para triangular toda uma compreensão a respeito dessa realidade do nosso país.

Tudo isso somente terá sentido se produzir evidências capazes de investir nas mudanças necessárias para mudar os serviços para melhorar o SUS porque todo esse discurso somente tem sentido se as condições de vida e de saúde da população melhorarem substancialmente.

Inspirados no tema estabelecido pela OMS para a comemoração do dia mundial da saúde, no dia de hoje fizemos questão de poder trabalhar dois temas preparatórios do dia 7 de abril, dia mundial da saúde. A ideia de trabalhar esses dois temas marca uma posição muito clara do MS, pois ao discutir o envelhecimento ativo necessariamente passamos a priorizar as políticas de alimentação saudável, de hábitos saudáveis, a desde a criança dizer que é possível construir um SUS, a rede de saúde que ofereça não somente ações de promoções, mas, sobretudo, cuidado da saúde da população mais idosa que acesa a rede do sistema de saúde.

Ter a rede de APS não somente como entrada, mas como a coordenadora do conjunto. Estou muito feliz por estarmos chegando ao dia de hoje, ao processo que começamos a construir desde o começo do ano passado. Montamos um proposta em que se remunera e apoia-se pelo desempenho, pela qualidade do atendimento feito pelas equipes de ABS, esse não é um desafio político, mas um desafio técnico.

Hoje, ao colocarmos uma parceria com as universidades, em que 800 avaliadores irão percorrer o conjunto das equipes que participam do programa e acompanham o trabalho das equipes, visitam as unidades, farão um roteiro de avaliação em função dos indicadores que estabelecemos desde dezembro. Cada unidade que esses trabalhadores irão visitar ficará visível para a população uma placa que mostra que a unidade fez parte do processo de certificação do resultado, mostrando que a unidade é uma integrante do programa.

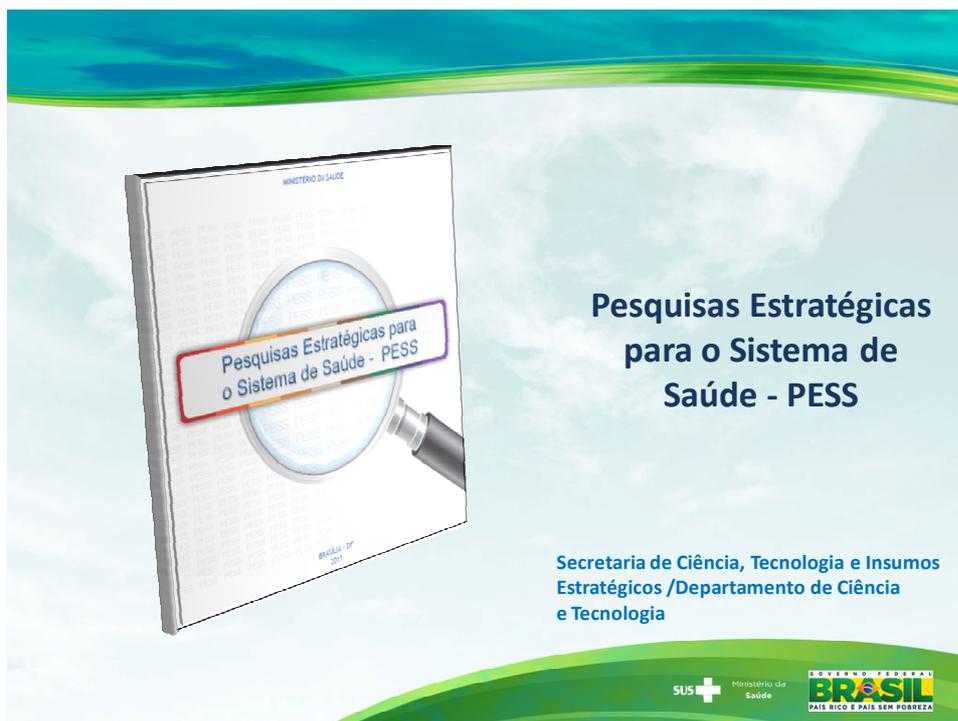
As pessoas querem escolher por qual médico desejam ser atendidas, aquele profissional que gera mais vínculo e unidades e equipes que tenham esse tipo de alternativa/tipo de construção, possam ser melhor avaliadas. Isso sem levar em consideração aquilo que sempre estabelecemos: que as equipes de ABS não têm que ter agenda fechada, mas sim, oferecer agenda aberta, realizar um esforço para reduzir o tempo de espera nas unidades que se esforçam em fazer uma relação melhor com a média complexidade, seja através da saúde, seja através da interação da rede. Por este motivo, reduzem o tempo de espera para diagnóstico consulta com especialista que conseguimos cada vez mais reduzir o tempo de espera do usuário em relação ao conjunto do seu cuidado, definição do diagnóstico.

Muito obrigado!

**JAILSON CORREIA DIRETOR DECIT/ SCTIE/MS, E EDUARDO MELO -  
COORDENADOR GERAL DA GESTÃO ATENÇÃO BÁSICA DAB/MS.**

**PESQUISAS ESTRATEGICAS PARA O SISTEMA DE SAUDE PESS  
SECRETARIA DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS  
ESTRRATEGICOS/DEPARTEMNTO DE CIENCIA E TECONOLOGIA**

**JAILSON**



Em evento com pesquisador área saúde bucal, presidente CNPq e da FACEP de Pernambuco e informaram estarem orgulhosos com a questão da odontologia.

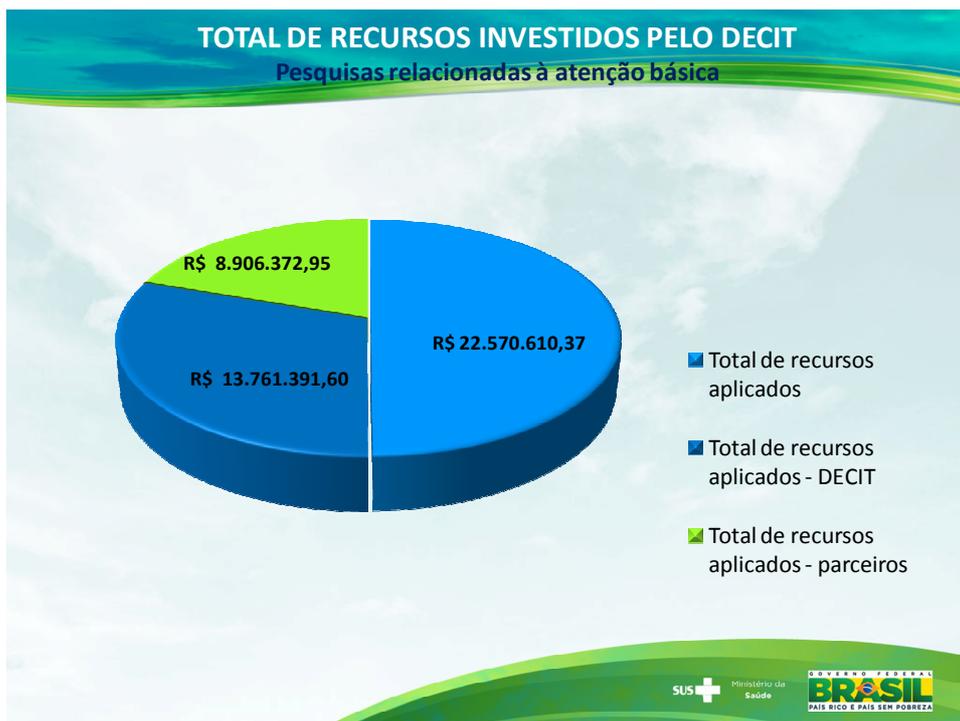
No cargo do DECIT que precisamos colocar o conhecimento por nossa responsabilidade sanitária na boca do brasileiro. As pessoas que são nossos clientes no sistema de saúde brasileiro e este conhecimento tem que chegar não só para que as pessoas incorporem este conhecimento, mas também que este conhecimento chegue através de todo um sistema de atenção.



O fomento no MS em pesquisas é bastante heterogêneo e cada área temática em pesquisa possui sua agenda tocada dentro da secretaria específica. Mas no âmbito da secretaria de ciência e tecnologia e insumo estratégico temos o departamento de ciência e tecnologia o qual possui história em pesquisa em saúde.

Ao longo de 2011 uma das principais contribuições foi a elaboração do documento PESS que diz respeito àquilo que é fomentado pelo MS que estas pesquisas estejam alinhadas às prioridades elencadas na gestão. A principal preocupação, ao longo da história do fomento a saúde, década anterior a gestão de Alexandre Padilha, o fomento a atividade pesquisas em saúde envolveram.

Do total recursos aplicados, temos parte referente ao DECIT e aos totais aplicados pelos parceiros.



Abaixo, apresentamos os principais parceiros de financiamento de fomentos.



Objetivo do documento é alinhar prioridades do governo federal da área da saúde com atividades de pesquisa científica e tecnológica envolvendo:

- Projeto formação e melhoria da qualidade de Rede de Atenção à Saúde - Qualisus – Rede;

- Programa de apoio e desenvolvimento Institucional do SUS – PROADI-SUS.

## DESAFIOS e PROPOSIÇÕES

- Direcionar os recursos disponíveis para investimento em temas de pesquisa articulados com os objetivos estratégicos da atual gestão;
- Contribuir para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover o desenvolvimento nacional sustentável;
- Consolidar o Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, articulando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com iniciativas destinadas a estimular o desenvolvimento econômico e social do país, como o fomento às atividades de pesquisa científica e tecnológica em saúde.

## HISTÓRICO

- 2004 – lançamento da **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde – ANPPS**
- Primeira iniciativa de sistematização de prioridades de pesquisa em saúde no Brasil;
- Apresenta um elenco de 838 linhas de pesquisa relacionadas a todos os campos do conhecimento em saúde:  
Ex. Saúde da mulher, doenças transmissíveis, assistência farmacêutica...
- Importante ferramenta na definição dos temas que compõem os editais de fomento à pesquisa em saúde;
- Não aponta prioridades, cabendo ao gestor este papel.

## DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE

- A partir das experiências internacionais, foram adotados os seguintes critérios de priorização:
  1. Magnitude do problema;
  2. Carga de doença ou outros indicadores epidemiológicos;
- Análise dos determinantes da carga de doença, segundo os diferentes níveis de intervenção:
  1. Individual, familiar e comunitário;
  2. Ministério, sistema e serviços de saúde;
  3. Instituições de pesquisa; políticas governamentais e outros setores com impacto na saúde;

## DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES DE PESQUISA EM SAÚDE

5. Possível impacto da pesquisa;
6. Estado da arte do conhecimento científico e tecnológico disponível;
7. Custo-efetividade das possíveis intervenções e a possibilidade de sucesso;
8. Efeito na equidade;
9. Aceitabilidade ética, política, social e cultural;
10. Possibilidade de encontrar soluções;
11. Qualidade científica das pesquisas propostas;
12. Factibilidade de recursos humanos e financeiros.

Características deste documento que norteiam a PESS

## CARACTERÍSTICAS DA PESS

- **Identifica:**
  1. Os principais problemas de saúde que dependem do conhecimento científico e tecnológico para a sua resolução;
  2. As lacunas do conhecimento existentes e, as linhas de pesquisa prioritárias;
- **Processo de construção interativo e consensual:**
  1. A participação dos atores envolvidos em todas as suas etapas; Conferiu transparência e credibilidade ao trabalho desenvolvido;
  2. Deu legitimidade às linhas de pesquisa priorizadas.

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## CARACTERÍSTICAS DA PESS

- **A PESS apresenta 151 prioridades de pesquisa, sendo:**
  1. Ministério da Saúde – 105
  2. QualiSUS – 19
  3. Proadi – 27
- **Essas prioridades foram enquadradas nos 16 objetivos estratégicos do Ministério da Saúde, que foram pactuadas no Conselho Nacional de Saúde;**
- **O intuito é identificar quais conhecimentos científicos, tecnológicos e inovações precisam ser fomentadas para a consecução plena desses objetivos.**

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## APLICABILIDADE

- **Representa um marco na história recente da ciência, tecnologia e inovação em saúde do país;**
- **Ministério da Saúde dispõe de um conjunto de temas prioritários contidos no Plano Plurianual 2012-2015 que refletem as necessidades de pesquisa do gestor federal, alinhadas com os objetivos estratégicos aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;**
- **A expectativa é que esse documento seja utilizado para direcionar os investimentos do governo federal visando atender as necessidades de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, tanto no âmbito da gestão, como da regulação e da atenção à saúde.**

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## APLICABILIDADE

- **Representa um marco na história recente da ciência, tecnologia e inovação em saúde do país;**
- **Ministério da Saúde dispõe de um conjunto de temas prioritários contidos no Plano Plurianual 2012-2015 que refletem as necessidades de pesquisa do gestor federal, alinhadas com os objetivos estratégicos aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;**
- **A expectativa é que esse documento seja utilizado para direcionar os investimentos do governo federal visando atender as necessidades de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, tanto no âmbito da gestão, como da regulação e da atenção à saúde.**

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS do SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO



## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS da ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Prioridades de pesquisa e iniciativas do PPA 2012 – 2015 relacionadas ao:

### Objetivo Estratégico 01

Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.

## INICIATIVAS DO PPA 2012 – 2015

1. Ampliação e qualificação do acesso a uma alimentação saudável;
2. Aperfeiçoamento, avaliação, desenvolvimento e pesquisa clínica de ações e serviços especializados em traumatologia e ortopedia;
3. Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações e serviços especializados em oncologia - INCA;
4. Apoio e fortalecimento para a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) nas redes de atenção à saúde, garantindo sua organização, informação e comunicação, assim como a qualificação e capacitação dos profissionais; Aperfeiçoamento, avaliação e desenvolvimento de ações, serviços e pesquisas na área cardiovascular;

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## INICIATIVAS DO PPA 2012 – 2015

5. Apoio e fortalecimento para a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) nas redes de atenção à saúde, garantindo sua organização, informação e comunicação, assim como a qualificação e capacitação dos profissionais;
6. Promoção e garantia da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens;
7. Qualificação das ações em saúde para população em situação de privação de liberdade;
8. Reordenamento da atenção especializada visando a integralidade da atenção, assim como ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade;
9. Atenção à saúde nos serviços ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde;

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## INICIATIVAS DO PPA 2012 – 2015

10. Atenção de referência, educação e pesquisa em reabilitação física qualificada;
11. Desenvolvimento de estratégias diferenciadas de atenção à saúde que busquem ampliar a reinserção social dos usuários do SUS;
12. Elaboração e implantação de uma política de comunicação voltada para as redes de atenção;
13. Fortalecimento da hemorrede pública nacional visando garantir a disponibilidade de hemocomponentes à atenção especializada e à atenção integral as pessoas portadoras de doenças hematológicas;
14. Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS e entre os sistemas de saúde público e suplementar;

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## INICIATIVAS DO PPA 2012 – 2015

15. Implantação do complexo integrado do Instituto Nacional de Câncer - INCA;
16. Implementação da Política Nacional para a Pessoa com Deficiência;
17. Reordenamento do processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, na perspectiva da oferta da atenção à saúde integrada às políticas prioritárias, garantindo o acesso com qualidade;
18. Universalização do acolhimento e das práticas humanizadas nas redes de atenção à saúde.

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## PRIORIDADES DE PESQUISA

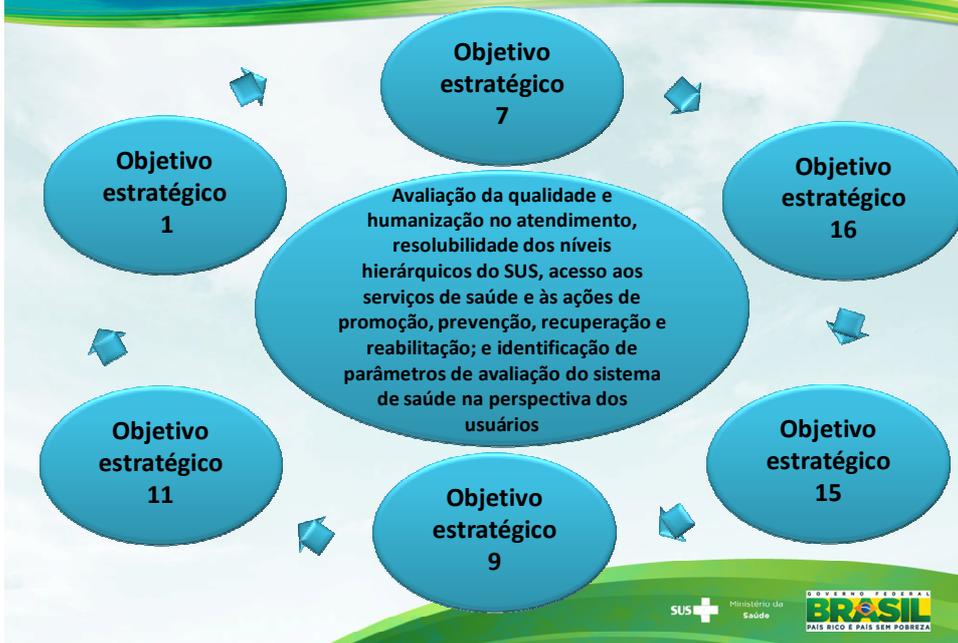
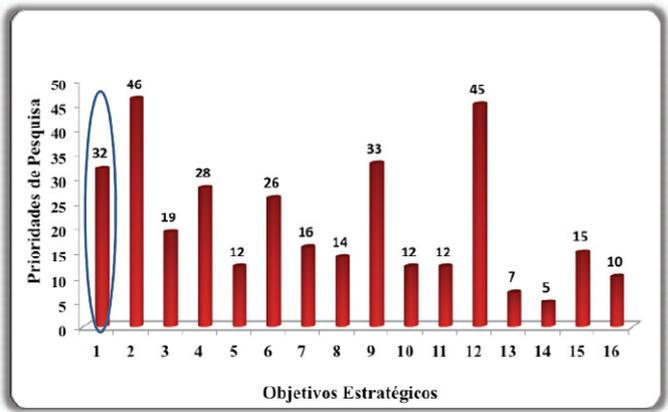
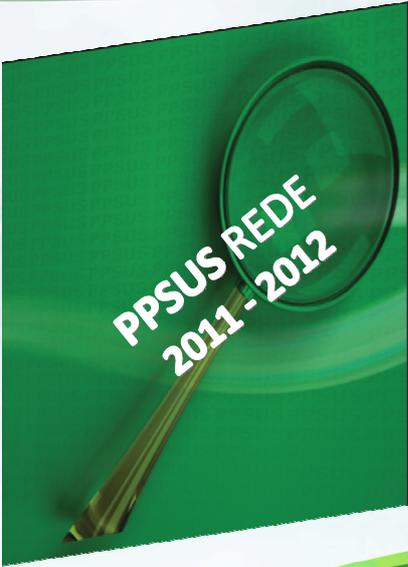


Gráfico 1 - Representação Gráfica da Convergência entre Prioridades de Pesquisa e os Objetivos Estratégicos do Sistema de Saúde Brasileiro





PPSUS REDE  
2011 - 2012

Programa Pesquisa para o  
SUS:  
gestão compartilhada em  
saúde

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

## O PPSUS

Gestão compartilhada de ações com descentralização dos recursos e do poder decisório na definição das prioridades de saúde e na redução das desigualdades regionais no campo CTIS com a desconcentração do conhecimento e das atividades de pesquisa em saúde em cada um dos estados.

SUS

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

# PPSUS

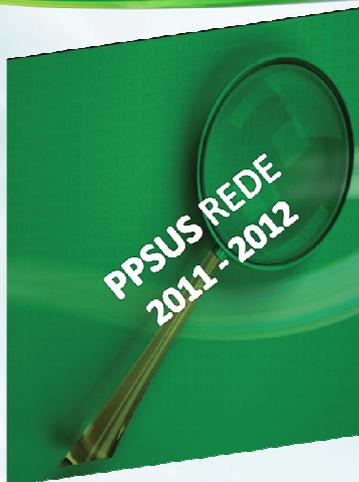
## Principais Objetivos

- **Financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira;**
- **Contribuir com o aprimoramento do SUS;**
- **Promover a redução das desigualdades regionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde.**

SUS+

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA



## Programa de Formação e Melhoria da Qualidade de Atenção à Saúde



Centro oeste: Distrito Federal, Mato Grosso do Sul;  
Norte: Amazonas, Pará;  
Nordeste: Ceará, Pernambuco;  
Sul: Paraná, Santa Catarina;  
Sudeste: São Paulo, Minas Gerais.

SUS+

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

## PROJETO QUALISUS REDE

- Contrato do MS com Banco Mundial (2008): duas fases (2011-2014 e 2015-2020)
- Visa apoiar a organização de redes de atenção à saúde (RAS) em regiões selecionadas do Brasil
- Termo de adesão induz à organização de pelo menos duas das redes temáticas priorizadas pelo MS (Cegonha e Urgência/Emergência)
- Primeira fase: seleção de 15 regiões (MS e estados) para Subprojetos:
  - 10 regiões de saúde em regiões metropolitanas
  - 5 regiões tipo – diversidade do país (não necessariamente coincidentes com regiões de saúde)

## LEGISLAÇÃO

### Decreto 7.508/11

Regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990

- Organização do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Planejamento da saúde;
- Assistência à saúde;
- Articulação interfederativa.

Preocupações centrais:

- Integrar a organização, o planejamento, o financiamento e a execução de ações e serviços de saúde nas regiões de saúde;
- Ter o cidadão e as necessidades em saúde como centro do sistema;
- Criar um padrão de integralidade, assegurado através das redes de atenção à saúde;
- Aumentar a resolutividade do sistema;
- Melhorar a articulação interfederativa.

## QUALISUS: COMPONENTES 1, 2 e 3



[www.saude.gov.br/decit](http://www.saude.gov.br/decit)

SUS + Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## QUALISUS – CONTRIBUIÇÕES PARA O COMPONENTE 2: ATRIBUIÇÕES DO DECIT

Fomentar estudos nacionais e regionais para apoiar a implantação e organização das redes de atenção à saúde no país, de forma a subsidiar o processo de tomada de decisão pelos gestores nos três níveis de governo.

SUS + Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA  
[www.saude.gov.br/decit](http://www.saude.gov.br/decit)

## PROJETO QUALISUS REDE – PPSUS REDE

### Regionalização, redes e planejamento

1. Integração dos instrumentos de gestão e planejamento regional do SUS, modelos de governança e contratualização federativa
2. Sistemas de regulação do acesso (local, regional, estadual)
3. Modelos de organização da atenção especializada e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, articulados com o processo de regionalização, para garantir acesso, economia de escala e resolutividade
4. Registro eletrônico das informações dos usuários e uso do cartão eletrônico
5. Modelos de acreditação das redes de atenção à saúde

### Assistência

6. Modelos de instrumentos de governança clínica (com ênfase nas linhas de cuidado prioritárias) e sistemas de auditoria clínica
7. Sistema de transporte sanitário para paciente crônicos
8. Modelos de assistência farmacêutica para as redes de atenção à saúde
9. Modelos de avaliação e gestão de tecnologias para as redes de atenção à saúde

SUS



Ministério da Saúde

BRASIL  
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

## PROJETO QUALISUS REDE – PPSUS REDE

### Recursos humanos

10. Necessidades de alocação, capacitação e fixação de médicos e demais profissionais de saúde estratégicos
11. Perfil e composição das equipes multiprofissionais em distintas modalidades de redes de atenção à saúde, incluindo profissionais para as atividades de gestão, monitoramento e avaliação
12. Carreiras e sistemas de remuneração das equipes multiprofissionais
13. Necessidades de formação/capacitação das equipes multiprofissionais

### Monitoramento e avaliação

14. Estudos de linha de base e formulação de indicadores e modelos de avaliação da estruturação, desempenho e resultados das redes de atenção à saúde
15. Estudos de linha de base para as ações de vigilância em saúde
16. Avaliação de resultados e impacto das ações assistenciais consideradas estratégicas sobre a mortalidade infantil
17. Avaliação de resultados e impacto de práticas assistenciais na redução da letalidade da dengue

### Financiamento

18. Sistema de apuração e gestão de custos nos serviços e nas redes de atenção à saúde
19. Modelos de financiamento de redes de atenção à saúde em sistemas universais de saúde e modelos de pagamento a prestadores e transferência de recursos

## PROJETO QUALISUS REDE – PPSUS REDE

**Investimento Total: PPSUS REDE** (Recurso Decit e parceiros)

- **Edital Temático: redes de atenção à saúde**
- R\$ 98,7 milhões (Valor total)
- R\$ 60 milhões (DECIT/SCTIE/MS)

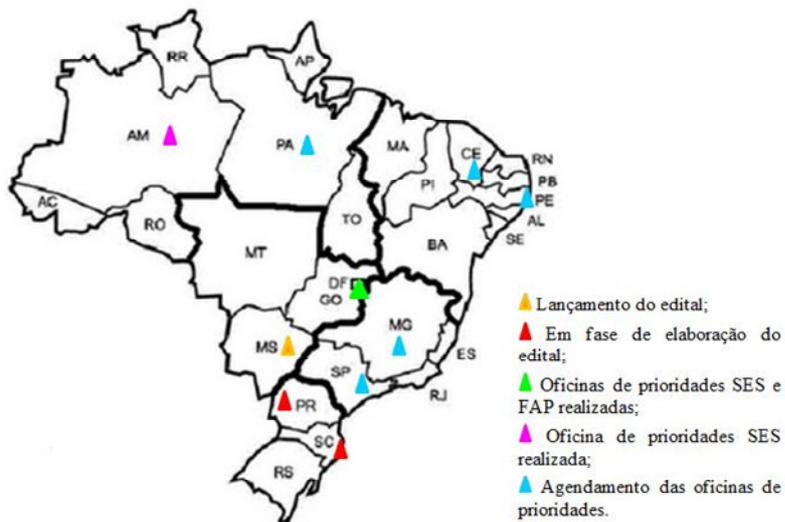
**Investimento 2011: PPSUS REDE** (Recurso Decit e parceiros)

Origem recurso	Valor (R\$)	%
Investimento Decit	30	60,9%
Contrapartida Estados	19,3	39,1%
TOTAL	49,3	100,0%

## EXPECTATIVAS DO MS – PROJETO QUALISUS REDE – FASE I

- Os projetos devem **servir como experiência** de organização de redes de atenção à saúde e regiões de saúde à luz do novo **Decreto 7508/11** e da **diversidade das regiões** brasileiras
- **Estudos apoiados devem servir para subsidiar a implantação das redes** nas regiões selecionadas e em outras regiões não contempladas pelo Projeto
- Implantar as **redes de atenção à saúde temáticas e prioritárias**
- Organizar **regiões de saúde** mais resolutivas e com maior capacidade de gestão das redes

## SITUAÇÃO ATUAL PPSUS-REDE



Encontro com a Comunidade Científica 2012:  
Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde  
no Projeto Nacional de Desenvolvimento

16 a 18 de abril de 2012

Brasília - DF

Convite final 16 a 18 de abril em Brasília. Encontro para este ano com o MS, através do DECIT.

# Atenção Básica

**Eduardo – agenda de estudos e pesquisas prioritárias para a atenção básica**



## AGENDA DE ESTUDOS E PESQUISAS PRIORITARIAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

**SEMINARIO NACIONAL DA REDE DE PESQUISA EM APS**

Abril de 2012

Na linha da apresentação da Rosana realizada ontem, fizemos um levantamento em conjunto com o DECIT usando banco de dados em saúde o que encontramos quase 300 projetos entre 2002 e 2010. Por fora tivemos o PROESF e entre 2005 e 2007 84 pesquisa mais estudos de linha de base e com certeza temos aqui grande maioria de pesquisas financiadas com recursos federal.

## PANORAMA DAS PESQUISAS SOBRE ATENÇÃO BÁSICA FOMENTADAS PELO MS

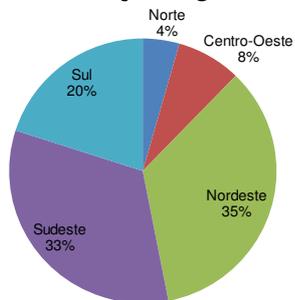
### -Banco de Dados do Pesquisa Saúde:

- Buscador: “atenção primária”; “atenção básica”
- 299 projetos financiados 2002-2010

- PROESF: 84 + Estudos de Linha de Base (2005-2007)

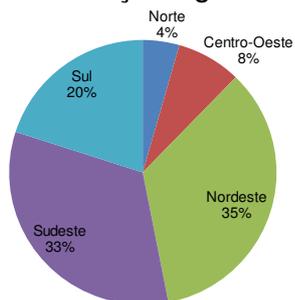
Gráfico apresenta distribuição regional e estadual o que segue uma curva semelhante a anterior.

### Distribuição Regional

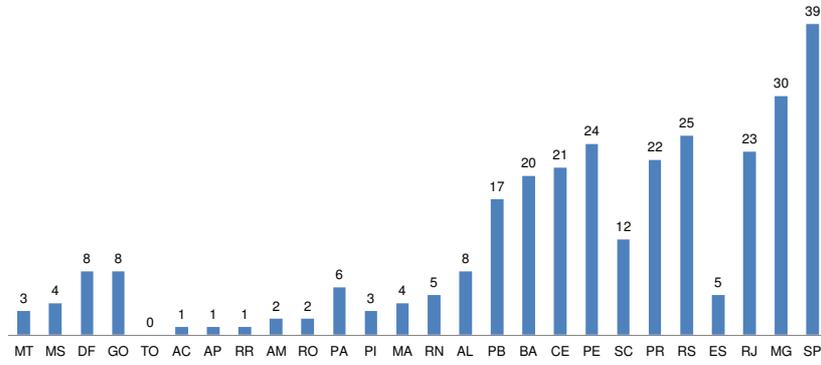


Terceiro por temática. Ao fazer este exercício, percebe-se uma gama grande de temáticas e as pesquisas tomam a AB como temática principal.

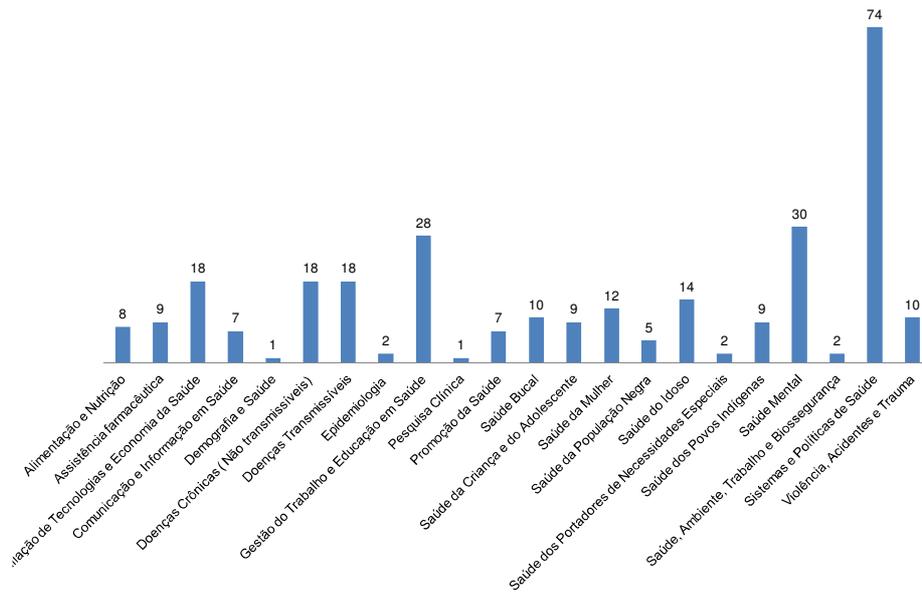
### Distribuição Regional



## Distribuição Estadual



## Pesquisas por Temática Principal





## PANORAMA DAS PESQUISAS SOBRE ATENÇÃO BÁSICA FOMENTADAS PELO MS

--DCIT/PP-SUS:

**pesquisas cujos editais foram lançados a partir de 2009:**

70 pesquisas, abordando:

acesso (2); assistência farmacêutica(2); atenção domiciliar(3); custos(1); doenças crônicas(10); doenças infecciosas(4); educação permanente e formação(4); Internações por condições sensíveis à atenção primária(2); saúde do idoso (9); modelo de atenção (7); promoção(2); reabilitação (1); redes(1); saúde bucal(3); saúde da criança (3); saúde da mulher (3); saúde mental(5); condições de trabalho (1); vigilância (1) e violência (1).



O Fernando que trabalha conosco no DAB realizou este levantamento e em 2009 cerca de 70 pesquisas abordaram esta temática. É possível perceber temas que falam da AB de forma mais geral.

Do ponto de vista do DAB alguns pressupostos necessidades que nos baseamos para pensar pesquisas que devam fazer parte de nossas prioridades no que se refere a APS.

Ainda que seja importante aumentar o volume de recursos financeiros e pesquisa que pensem atenção básica.

## ALGUNS PRESSUPOSTOS, NECESSIDADES E PERSPECTIVAS PARA AS PESQUISAS SOBRE ATENÇÃO BÁSICA

- Diferentes lógicas (necessidades imediatas da gestão federal, aspectos estratégicos com outras finalidades e tempos);
- Desafios da PNAB, Avaliação crítica de Estratégias/Iniciativas da PNAB;
- Valor de uso e efeitos das pesquisas;
- Participação e envolvimento de diferentes atores ;
- Multiplicidade de Abordagens: pesquisas avaliativas, desenvolvimento de tecnologias de cuidado e de gestão, sistematização de conhecimentos e experiências etc;



Primeira questão importante marcar para nós as pesquisas que pretendemos apoiar tendem a diferentes lógicas. Dentro destas lógicas há pesquisas que visam atender necessidades mais imediatas, centradas de maneira mais direta ate pesquisas que tocam aspectos estratégicos e que possuem outras finalidades e aspectos.

## TEMAS PRIORITARIOS NO CONTEXTO ATUAL

### 1) FINANCIAMENTO

- Gastos tripartites;
- Custos da atenção básica (escopo de ações e diversidade regional);
- Modalidades de co-financiamento estadual da atenção básica;
- Impacto e utilização do financiamento federal;
- PAB SUS, COAP;

### 2) PMAQ

- Avaliação do programa e seus elementos (macro e micro);

### 3) PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Apoio institucional, Educação permanente, Práticas Avaliativas, Cooperação Horizontal;



Temos duas modalidades de fomento que consideramos validas e sempre com cuidado para sempre que possível priorizar os editais.

Do ponto de vista das temáticas o que esperamos que a s pesquisas possam contemplar também avaliação critica de estratégia

## TEMAS PRIORITARIOS NO CONTEXTO ATUAL

### 4) GESTAO DO TRABALHO

- Dinâmica do mercado de trabalho na atenção básica;
- Avaliação do impacto de experiências e estratégias de provimento e fixação profissional (FIES, PROVAB, Carreiras, PMAQ);

### 5) ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO BASICA EM REDE

- Praticas e ferramentas de regulação a partir da atenção básica;
- Cuidado compartilhado;
- Informações em rede;
- Apoio matricial de serviços especializados;
- Linhas de cuidado;
- Regionalização de serviços;



## TEMAS PRIORITARIOS NO CONTEXTO ATUAL

### 6) NASF's

- Modos de estruturação e funcionamento, Praticas de apoio ao cuidado desenvolvidas, Efeitos sobre a capacidade de cuidado das equipes;

### 7)TELESAUDE

- Utilização das funcionalidades pelos núcleos e pelos profissionais, Articulação com processos e centrais de regulação, impacto;

### 8) MODALIDADES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BASICA EM DIFERENTES SITUAÇÕES E REALIDADES

- Populações rurais dispersas, ribeirinhas, situação de rua, regiões metropolitanas;
- Adensamento Tecnológico, Composição de Equipes;





## TEMAS PRIORITARIOS NO CONTEXTO ATUAL

### 9) EFETIVIDADE E RESOLUTIVIDADE

- Internações por condições sensíveis à atenção básica;
- Avaliação da Resolutividade clínica;
- Coordenação e Gestão do Cuidado em rede (dispositivos, ferramentas, experiências);
- Desmedicalização e autonomia

### 10) PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

### 11) ATENÇÃO DOMICILIAR

- Articulação com atenção básica;
- Impacto nas internações e urgências;



## ABERTURA PARA DISCUSSÕES

**Rosana** – Quero continuar debate iniciado ontem sobre prioridades de pesquisa em APS, articulando à questão do financiamento. Primeira questão estamos debatendo e Eduardo coloca em sua fala sobre como estamos tratando pesquisas em APS especialmente não como *locus*, mas como objeto de pesquisa já que colocamos um sistema que se ordene pela APS como ordenadora desta rede de atenção e como as pesquisas podem ajudar se temos encontrado este ponto.

Fazendo este exercício, como se coloca na questão das agendas, na agenda nacional citada por Jailson, não aparece APS como objeto em si da pesquisa.

Aparecem 7 vezes na saúde mental, violência, idoso, demografia e família, processos de formação e estudos sobre saúde da família. No tópico 22 da agenda, este é o único tópico que aparece. Não temos prioridade e acho que temos que ver os mecanismos para colocar prioridades claramente.

Segundo ponto a questão do financiamento. Ninguém discute que não é todo financiamento do gestor que será gasto em editais. É legítimo e desejável que parte do financiamento seja alocado a estes mecanismos. Mas temos que discutir que talvez os editais tenham quantidade menor dos recursos que teria.

No documento pesquisa para saúde contribuições 20 anos do SUS fonte é DECIT, diz respeito a 2434 projetos, temos 140 milhões reais investidos em pesquisa dos quais 51 milhões foram para PPSUS, o que correspondem a 1150 projetos e 64 milhões foram para contratação direta o que corresponde a 89 projetos.

Esse financiamento precisa também ser alocado a outras áreas e com maior balanceamento.

**JAILSON - DECIT** – Agradeço a Rosana pela oportunidade de falar sobre isso por ser assunto tão sensível. Aqui temos que somar esforços e neste quesito a rede vem para somar neste sentido. Isso é fundamental, pois como se a área de pesquisa tivesse que sempre provar a que veio. Há constante tensão entre objetivos e expectativa que tem literatura interessante neste ponto. Gestor e pesquisador pensam diferentes. Em Pernambuco dou aulas sobre metodologia. Peço aos alunos de mestrado para fazerem oficina sobre pesquisa. Interessante como cada aluno tenta provar como seus projetos são importantes. Pequena representação sobre como comunidade dialoga com o gestor. Depois no dia seguinte realizo atividade como se os alunos fossem da Secretaria de Saúde. Eles refletem de forma diferente.

O PPSUS tem a estratégia de diálogo. Este exemplo é para demonstrar a importância da necessidade de sintonia entre gestão e pesquisa. Por isso é importante termos a possibilidade de exercer reflexões nesta lógica.

Espero que o DECIT e a secretaria possam ter total flexibilidade de discutir isso. Dito isso, toca-se em ponto importante. Se não conseguirmos respostas pelos editais precisamos reformular as perguntas. Nosso grande desafio é fazer com que todos falem a mesma língua, no âmbito do MS há alinhamento importante que permite esta priorização da área temáticas.

**Eduardo** – o Jailson assumiu há pouco tempo e por conta deste seminário tivemos algumas conversas. Após este seminário temos uma agenda para detalhamento e descrição para materializar questões postas como prioridades. Aproveito para colocar que teremos termos de referência focado no tema da gestão do cuidado a partir da AB utilizando condições crônicas como teremos edital e estamos na fase final de elaboração no âmbito do QUALISUS. Em breve teremos edital enfocando esta temática específica isso ainda em 2012.

Importante no espaço da rede, criar agenda de temas e discussões para que possamos escolher temas importantes discuti-lo do ponto de vista de sua representação para o sistema e também para produções neste campo. Interessante como mecanismo de publicação e encontros entre pesquisadores.

Aluisio agradece a mesa e convida Facchini para comandar a plenária final.

**Faccini** – convidamos colegas Hêider, do DAB, para realizarmos encaminhamento e encerramento da reunião. Facchini convida Inaiara Bragante e Eduardo para fechamento da discussão.

**Heider** – Importante estes encontros de reunião da rede. Durante todas as reuniões ocorridas ate o momento, avançamos muito. Do ponto de vista de mobilização campo da pesquisa. Chamo atenção em que do ponto de vista da rede e mobilização e envolvimento de mais sujeitos identificando importância da rede para o DAB, avançamos e muito e temos interesse em seguir. Do ponto de vista do processo mais relacionado ao PAMQ lembrando que não é única pauta, porem é agenda importante, só tenho avaliações importantes. O responsável pela avaliação saúde Houve um debate em um dos momentos Helvécio apresentou PMAQ. Como Padilha participará de algumas avaliações externas e o responsável pela avaliação de saúde gostaria também. Teremos trabalhos baseados nisso que estão sendo realizados. Quarta questão – discussão comunidade de praticas. Creio precisarmos ajustar. Trata-se de demanda importante e teremos que tirar encaminhamentos práticos em relação a articulação da rede com a comunidade de praticas. Ao avançarmos em número de profissionais cadastrados e discussões, é fantástico campo de produção e precisamos mobilizar esta comunidade com a rede. Articular com outras redes como a Rede de Praticas Educação popular em saúde. Então estamos fazendo este movimento. Fizemos aqui um excelente encontro e espero que possamos seguir em caminho crescente.

**Inaiara** – Convido todos a se cadastrarem no portal, basta entrar no site e cadastrarem. A rede conta com 3700 cadastrados. Veremos agora o perfil desta rede e na última pesquisa grande maioria eram pesquisadores e de MG. O portal

passa por mudanças agora e a parte do acesso restrito será mais interativo. Cada usuário terá uma página dentro da rede de pesquisa em que ele mesmo poderá divulgar seus trabalhos.

**Nosso próximo encontro será na Rede Unida** em que estabeleceremos pauta para este ano.

**Eduardo** – Faço um balanço positivo deste seminário. O espaço da rede é um espaço que ainda pode se enriquecer muito com diversidade de perspectivas e olhares. Interessante termos esta abertura e composição. Temos uma agenda na rede unida e a ideia é que possamos pensar como avaliar o que a rede vem realizando até o momento e o que imaginarmos de novos processos. A comunidade de praticas entraria aqui também como questão importante.

**Facchini** – Finalizo agradecendo a todos e ao esforço do encontro na reunião em maio. O mais importante é que nosso projeto foi aprovado pelo DAB e teremos mais 18 meses com esta proposta. Decorre nossa possibilidade de continuarmos partilhando experiências e trocando atividades que realizados e utilizando a rede como espaço democrático e de valorização a APS em nosso país.