

**DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS
PARA ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA
ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**



Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Giovanni Guido Cerri

Secretário Adjunto

José Manoel de Camargo Teixeira

Chefe de Gabinete

Reynaldo Mapelli Junior

Coordenador de Saúde da Coordenadoria de Regiões de Saúde

Affonso Viviani Junior

Equipe Técnica da Atenção Básica - CRS/SES

Marta Campagnoni Andrade

Nilza Silva Ferreira

Regina Lucia Pinheiro de Carvalho

Rosana Marques Ferro Cruz

Sandra Montagna Barelli

Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP)

Ademar Arthur Chioro dos Reis

1º Vice-Presidente

Fernando Casquel Monti

2º Vice-Presidente

Silvia Elisabeth Forti Storti

Representantes do COSEMS no Grupo Técnico Bipartite de Atenção Básica

Célia Cristina Pereira Bortoletto

Jorge Harada

Kelen Cristina Ramo Carandina

Marcia Aparecida Bertolucci Pratta

Marcia Tubone



e

APRESENTAÇÃO

Escrever a apresentação deste documento a duas mãos traduz o atual nível de diálogo e parceria estabelecidos entre o COSEMS/SP e a SES/SP nesse período.

Este caderno reflete o resultado de um processo de pactuação bipartite das Diretrizes e Estratégias para Estruturação da Atenção Básica no Estado de São Paulo.

Não há dúvida que vivemos um momento histórico. Celebramos um acordo que possibilitou o desenho de uma Atenção Básica que se apresenta como ordenadora do sistema, garantindo o acesso, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde, na busca de serviços de saúde cada vez mais resolutivos e humanizados.

Os eixos que compõem essa Política - Regionalização e Construção de Redes de Atenção; Modelo de Organização da Atenção Básica; Gestão de Pessoas, Trabalho e Educação em Saúde; Indicadores e Monitoramento e Financiamento contêm elementos com potencial transformador da realidade atual.

Reivindicação histórica dos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde paulistas, a definição de uma política de investimentos e o cofinanciamento do custeio da Atenção Básica por parte da Secretaria Estadual de Saúde merece especial destaque, em função do seu ineditismo e do impacto que terá para os nossos 645 municípios. Contar com recursos das três esferas de governo - Ministério da Saúde, Estado e Municípios aponta novas perspectivas para a Atenção Básica em nosso Estado.

Consolidar essa Política dependerá do esforço dos três entes federativos, exigirá que cada um cumpra suas atribuições e responsabilidades, além da disposição para o diálogo permanente, no aprimoramento do processo de pactuação que estamos construindo de forma solidária.



Giovanni Guido Cerri Ademar
SECRETÁRIO ESTADUAL DA SAÚDE



Ademar Arthur Chioro dos Reis
PRESIDENTE DO COSEM/SP



DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

O fortalecimento da Atenção Básica é uma estratégia fundamental para a mudança do modelo assistencial em todos os níveis de complexidade, bem como a construção de redes de atenção que garantam a integralidade, o acesso às ações e serviços de saúde e que a Atenção Básica seja, efetivamente, a coordenadora da rede e orientadora das linhas de cuidado.

Necessitamos da construção de uma rede básica resolutiva e humanizada, que trabalhe com instrumentos capazes de coordenar o processo de atenção à saúde. Para isso, é fundamental que haja uma Política Estadual de Atenção Básica, que reconheça as especificidades de cada território, a realidade histórica das formas de organização e garanta a melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida da população.

1. REGIONALIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO

A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. A conformação de regiões de saúde se constitui em estratégia necessária para construção de um sistema que deve ter como característica relações intermunicipais solidárias; a existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios; a identificação de fluxos assistenciais; e um perfil da disponibilidade de recursos, insumos, equipamentos em escala adequada à qualidade de acesso (CONASS, 2009), além de identidades sócio-culturais e do perfil epidemiológico.

Desde 2007, no processo de construção do PACTO PELA SAÚDE do Estado de São Paulo, foram constituídas 63 Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR).¹ Recentemente, foi pactuada na CIB a proposta de estruturação de 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde, ordenadas a partir da atenção básica, com o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado (Pacto pela Saúde).

* PRINCÍPIOS

a) A Atenção Básica (AB) deve ser responsável pela gestão do cuidado, garantindo a integralidade, por meio de processos regulatórios instituídos a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS).

b) A responsabilidade pela oferta de atenção integral à saúde da população é das três esferas de Governo: federal, estadual e municipal.

c) Os municípios têm como responsabilidade a garantia da oferta da AB no seu território. A idéia de resolver “todas” as necessidades e/ou demandas de saúde no município pode resultar em altos custos e respostas pouco eficazes.

Reconhecer outros pontos de atenção na Região de Saúde, que possam responder a essas necessidades potencializa a capacidade de resposta dos municípios e racionaliza os gastos com o setor.

Nesse sentido, a pactuação regional, orientada por necessidades da população e pelo perfil epidemiológico local, é imprescindível para a garantia da integralidade na atenção à saúde.

d) O Colegiado de Gestão Regional (CGR), previsto no Pacto pela Saúde, constitui-se em um espaço de decisão e definição de prioridades entre os gestores, contribuindo com a redução de desigualdades, para a promoção da equidade e fortalecimento dos municípios para que exerçam seus papéis de gestores.

O apoio matricial² é uma potente estratégia de gestão e cuidado na rede básica de saúde, pois auxilia as equipes a pensar sua atuação, conhecer sua rede e ampliar seus conhecimentos e possibilidades de ação. Permite o compartilhamento de saberes no encontro de múltiplos profissionais. Nos municípios de pequeno porte, onde não há base populacional ou mesmo estrutura organizacional suficiente para contratação de “equipes matriciais”, faz-se necessário pensar em dispositivos e estratégias para a realização de um matriciamento regional.

* ESTRATÉGIAS DE AÇÃO:

a) A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio do Departamento Regional de Saúde (DRS), deve coordenar o processo de reconhecimento das necessidades regionais de saúde no âmbito do CGR, de forma compartilhada e dinâmica com os gestores municipais, articulando ações coletivas e individuais para definição de prioridades e estratégias de intervenção; fortalecendo e qualificando os processos de planejamento e seus instrumentos de gestão. Para tanto, faz-se necessário o fortalecimento e reorganização dos DRS, sem o que os mesmos não poderão cumprir de fato suas responsabilidades e atribuições, ampliando e qualificando o apoio técnico aos municípios da sua área de abrangência, principalmente os de pequeno porte.

b) Priorizar a Atenção Básica numa agenda permanente de discussão nos CGR, destacando a importância do seu fortalecimento como ordenadora da rede e orientadora do cuidado com melhoria da relação custo/efetividade e resolubilidade da atenção à saúde em nível regional.

c) Organizar um movimento de articulação de projetos de apoio institucional da SES-SP, dos apoiadores do COSEMS, dos Articuladores da AB da SES-SP e do apoio do Ministério da Saúde, buscando integrar e unir esforços para garantir que todos os municípios tenham apoio técnico para Atenção Básica, independente do porte populacional.

d) Implantar estratégias que visem garantir a integralidade do cuidado à saúde, com prioridade para o transporte sanitário, visto que a maior parte do absenteísmo nas consultas médicas gerais ou de especialidades está relacionada à falta de transporte adequado.

e) Reestruturar as redes de atenção à saúde nos municípios a partir da organização das Linhas de Cuidado, ampliando as ações das redes temáticas para implantação de processos regulatórios a partir da atenção básica e dos usuários.

f) Definir projetos de matriciamento como uma importante estratégia de ação para apoio às equipes de referência da Atenção Básica. Tais projetos devem incluir articulação entre as equipes de referência da rede básica e as equipes de matriciamento com diretrizes clínicas e sanitárias pactuadas.

g) Investir na informatização da rede básica e na estruturação do Sistema de Informação Integrado, tendo especial atenção à identificação do usuário através do Cartão Nacional de Saúde.

2. MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A organização da Atenção Básica no Estado de São Paulo é heterogênea. A cobertura da população com equipes de saúde da família, atualmente, está em torno de 30% da população; o Estado conta com um número expressivo de unidades básicas tradicionais e unidades básicas que utilizam os princípios norteadores da Estratégia da Saúde da Família (ESF), mas que se estruturam a partir de outros arranjos organizacionais.

A Saúde da Família é uma estratégia prioritária para o Estado de São Paulo. Entretanto, é importante reconhecer a existência e dar legitimidade aos diferentes formatos de organização da Atenção Básica desenvolvidos em distintas realidades loco - regionais, desde que tomem como referência os mesmos princípios e diretrizes da Estratégia da Saúde da Família. Os arranjos pactuados na Atenção Básica no Estado de São Paulo são:

- i. UBS composta exclusivamente pela Estratégia Saúde da Família com equipe completa.
- ii. UBS organizada a partir da oferta de especialidades médicas básicas (clínico geral, pediatra e ginecologista-obstetra) na qual são agregados os Agentes Comunitários de Saúde.
- iii. UBS estruturada por meio da Estratégia Saúde da Família, composta pelo médico generalista, mas que conta também com o suporte de médicos de clínicas básicas.

A publicação da Portaria 2027 de 25-08-2011 - GM/MS, que disciplina o financiamento de equipes com diferentes conformações e cargas horárias dos profissionais médicos que compõem as equipes de Saúde da Família é um avanço, entretanto é necessário ampliar as discussões que visem à elaboração de novas propostas que incluam outros arranjos organizativos para a Atenção Básica, como as já existentes no Estado de São Paulo.

* PRINCÍPIOS:

Os princípios norteadores são: acessibilidade, longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação do cuidado, adscrição de clientela, territorialização, vínculo, responsabilização sanitária, ações comunitárias, educação permanente, matriciamento, intersetorialidade e devem nortear o modelo de Atenção Básica a ser adotado de acordo com as diversidades loco regionais. As realidades são muito específicas para que se possa definir para todos os municípios paulistas um único arranjo tecno-assistencial. Cumpre destacar que a territorialização deve ser estruturante para a organização da Atenção Básica, com adscrição de clientela, presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em todas as unidades básicas e definição de estratégias que ampliem a responsabilização das equipes de saúde pelo seu território. A incorporação do ACS potencializa a resposta e o vínculo da unidade com a população.





*** ESTRATÉGIAS DE AÇÃO:**

a) Garantir aos municípios do Estado de São Paulo o direito de computar, no cálculo de cobertura populacional, para fins de planejamento, avaliação e recebimento de recursos, as outras modalidades de organização da AB, desde que incorporem os princípios contidos na política estadual aqui expressa.

b) Propor a redefinição da proporção prevista pela Política Nacional de Atenção Básica- ESF, de uma Equipe de Saúde da Família para 3.000 a 4.000 habitantes, considerando os diferentes arranjos organizativos propostos neste documento.

c) Garantir a participação da rede básica no sistema estadual de urgências, com atendimento às urgências de pequena complexidade, intercorrências clínicas e queixas agudas, de forma que haja integração dessa dimensão da assistência com a longitudinalidade do cuidado. A adequada integração do atendimento da demanda espontânea e demanda agendada é fundamental para o funcionamento e credibilidade do SUS por parte da população usuária.

d) Instituir o acolhimento com classificação de vulnerabilidade e risco ao usuário, que deve ser realizado por toda equipe e ocorrer durante todo o horário de funcionamento da Unidade, respeitando as diretrizes da Política Nacional de Humanização/PNH.

e) Definir que o acesso à atenção ambulatorial especializada seja realizado a partir da Atenção Básica, evitando duplicidade de atenção, medicalização excessiva da população e aumento de procedimentos desnecessários.

f) Hospitais de pequeno porte podem e devem incorporar novas tecnologias e processos de trabalho para suplementação e qualificação do cuidado em saúde, integrando-se ao esforço de construção de uma rede básica resolutive, em particular nos pequenos municípios.

g) Trabalhar com a ideia do “território sanitário vivo e dinâmico”, através das ações de vigilância em saúde e identificação do risco sanitário nas UBS. A articulação destas ações com ações individuais no atendimento ao usuário deve ser incrementada, isto é, diagnóstico, notificação e tratamento de doenças, captação de grupos populacionais expostos a agravos específicos, acompanhamento e controle de epidemias, bem como a organização de ações intersetoriais de promoção em saúde.

h) Incentivar o trabalho em equipe com reuniões dos profissionais nas UBS e qualificar esses espaços para reorganização dos processos de trabalho;

i) Ampliar as equipes de saúde bucal integradas na ESF;

j) Incorporação do ACS nas UBS que não contam com a Estratégia de Saúde da Família. Ampliar progressivamente a oferta de serviços para outras áreas da saúde de nível universitário;

k) Incorporação dos Agentes de Combate às Endemias nas equipes de AB de acordo com a portaria 1007/10;

l) Incentivar e garantir a participação social por meio do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores de Saúde nas UBS;

m) Garantir um padrão de ambiência para as UBS, com estrutura física e equipamentos médico-hospitalares adequados ao processo de trabalho das equipes de saúde e necessidades da população.



3. FINANCIAMENTO

* PRINCÍPIOS:

a) Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios.

b) A transferência de recursos fundo a fundo deve ser a modalidade preferencial de repasse de recursos entre os gestores.

c) A alocação de recursos deve ter sempre como parâmetro a diminuição das iniquidades regionais e municipais, reconhecendo e considerando as diversidades locais e sazonais, com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

* ESTRATÉGIAS DE AÇÃO:

a) Repasse de recursos financeiros transferidos fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais, de acordo com pactuações deliberadas em Comissão Intergestores Bipartite, que agregue estratégias destinadas ao custeio de ações de Atenção Básica. Durante o período em que a legislação estadual regulariza a modalidade fundo a fundo, os repasses poderão ser efetivados por meio de Termos Aditivos (T.A).

b) Participação permanente da SES no custeio das ações de Atenção Básica para TODOS os municípios, com valores diferenciados a partir de critérios pactuados na CIB, respeitando o princípio de equidade.

c) Os recursos de investimento devem ser priorizados a partir de uma política de financiamento de curto, médio e longo prazo, em consonância com as diretrizes nacionais, potencializando políticas das três esferas de gestão, buscando fortalecer os processos de regionalização.

d) Priorizar em curto prazo, investimento para recuperação, readequação e expansão da rede física, bem como mobiliário, equipamentos de saúde e informática, ampliando acesso e melhorando a qualidade de atendimento.

e) Elaboração de propostas de padronização da estrutura física, equipamentos e informatização das UBS, que orientem uma Política de Investimentos em médio prazo.



f) Implantação da Política de transporte sanitário, com financiamento a ser pactuado na CIB

DETALHAMENTO DAS PROPOSTAS DE FINANCIAMENTO:

a) Regularizar no Estado de São Paulo a modalidade fundo a fundo para os repasses de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, conforme lei federal complementar 141/12.

b) Instituir PAB Fixo Estadual: recurso destinado ao custeio da atenção básica, para todos os municípios do Estado, na modalidade fundo a fundo, a serem transferidos mensalmente, em valores que deverão ser revistos anualmente, respeitando critérios de equidade pactuados na CIB, a partir de 2012.

c) Os recursos previstos, a partir de 2013 serão pactuados no âmbito da CIB em proposição crescente.

d) Manutenção do Estado no financiamento do PAB variável (Qualis Mais), contemplando prioritariamente municípios com índices de maior pobreza, dentro dos princípios de equidade, previstos no papel do Estado e no apoio a projetos específicos regionais, com revisão dos critérios e repactuação em CIB prevista para o próximo ano.

e) Potencialização da participação do Estado, a médio e longo prazo, no financiamento do PAB variável, contemplando os novos arranjos tecno-assistenciais com correção periódica.

f) Instituir linha estadual de investimento específica para Atenção Básica, contemplando reformas, ampliações, construções, mobiliário, equipamentos e informatização, especificando valor a curto (2012), médio e longo prazo.

g) Valor mínimo proposto para investimento de R\$ 200 milhões para o período de 2012 a 2014, com revisão dos valores a partir dos anos seguintes. Os critérios para as próximas etapas serão pactuados de forma equânime e para todos os municípios do Estado no decorrer de 2012.

4. GESTÃO DE PESSOAS, TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Há algum tempo a gestão de pessoas vem sendo apontada como um dos problemas centrais para o desenvolvimento adequado da Atenção Básica.

Na ESF, em particular, essa situação vem se tornando cada vez mais crítica. No campo da gestão do trabalho, os principais problemas identificados referem-se principalmente às dificuldades de contratação e de fixação dos profissionais, em especial do médico.

A dificuldade no estabelecimento de estratégias de gestão do trabalho adequadas gera uma competição descontrolada entre as Prefeituras de determinadas regiões, onde o principal mecanismo de atração dos profissionais limita-se a incremento no valor da remuneração ou redução informal nas horas efetivamente trabalhadas frente às horas contratadas.

Também a falta de preparo técnico e perfil profissional para a realização do trabalho proposto é bastante frequente, mais ainda quando se trata do médico da ESF. Para esse profissional é necessário que haja uma prática e uma formação geral, para atuar junto a todos os grupos populacionais envolvidos na atenção, considerando as especificidades e necessidades da população. É fundamental também que se tenha uma abordagem integrada da dinâmica familiar, do planejamento e do desenvolvimento de ações no plano individual, coletivo e intersetorial que venha ao encontro das necessidades da população.

Destaca-se ainda, que o fato da formação desses profissionais estar voltada para a especialidade tem causado maior dificuldade na contratação dos mesmos para atuação na AB.

* PRINCÍPIOS:

- a) Integração ensino-serviço com universidades públicas ou privadas da área da saúde para o Estado, no âmbito municipal e regional, com atuação nas áreas de assistência, ensino e pesquisa.
- b) O reconhecimento de que boas práticas e Educação Permanente como estratégia prioritária de educação em saúde devem fazer parte da Política Estadual de Atenção Básica.

* ESTRATÉGIAS DE AÇÃO:

- a) Incentivar a formalização de estratégias de gestão (contratos de gestão, consórcios públicos ou fundação estatal) entre os gestores e as gerências das unidades de saúde que permitam o gerenciamento dos profissionais mediante regras consensuais, estabelecimento de contrato de

metas para a implementação de processo de desenvolvimento individualizado dos profissionais contratados, direcionado às necessidades específicas, bem como aos projetos regionais prioritários.

b) Buscar apoio técnico, administrativo, jurídico e financeiro aos municípios em projetos para melhoria e adequação dos processos e modalidades de contratação, fixação, evolução e movimentação de profissionais, de acordo com o perfil e as necessidades de cada região, bem como os processos de Educação Permanente.

c) Elaborar a Política Estadual de Educação em Saúde do SUS, de forma bipartite, entre o COSEMS e a SES, que possibilite contemplar, integrar e articular todas as iniciativas relacionadas ao Ensino no nível da graduação, residência médica e multiprofissional, Educação Permanente, Telessaúde, entre outras, que hoje se apresentam fragmentadas.

d) Apoio técnico e logístico da SES para o programa Telessaúde-Redes, tendo como meta a implantação em 100% das unidades de saúde de SP.

e) Estabelecer mecanismos para discussão com as universidades buscando garantir o desenvolvimento efetivo das diretrizes curriculares de profissionais, incorporando conceitos, conhecimento das políticas desenvolvidas no SUS e para o SUS.

f) Desenvolver estratégias de integração formal em parceria com as instituições de ensino para que a rede de serviços de saúde se constitua numa Rede-Escola e seja utilizada como campo de ensino-aprendizagem, pesquisa e extensão universitária, privilegiado para a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, incluindo municípios que não são sede dessas instituições de ensino.

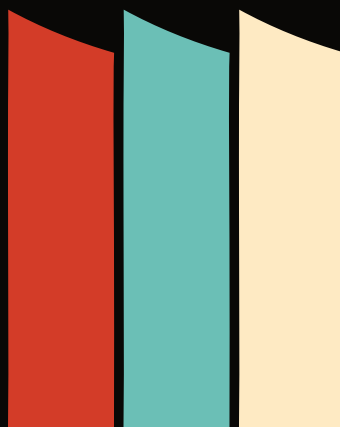
g) Estabelecer critérios para os programas de residência médica, financiados pela SES/SP com pontuação diferenciada para os graduados que atuarem na Atenção Básica na ocasião do processo seletivo da residência médica.

h) Construir política de estímulo, certificação e qualificação para as Unidades de Saúde e seus trabalhadores, com destaque para os gerentes das UBS.

i) Implementar e fortalecer a Política de Educação Permanente com definição das necessidades regionais, acompanhamento e avaliação sistemática.

j) Discutir e apoiar a política de Educação Permanente, tendo como estratégia a ordenação da Atenção Básica nas redes de atenção.

k) Manter a articulação das estratégias estaduais com a Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.



5. INDICADORES E MONITORAMENTO

As ações de avaliação e monitoramento da Atenção Básica são fundamentais para os Municípios e para o Estado, porque trazem informações norteadoras para construção e consolidação desta Política. O instrumento utilizado deve ser dinâmico e sistemático.

Estas ações devem ser pactuadas e oferecerem perfis de qualidade da atenção básica.

* ESTRATÉGIAS DE AÇÃO:

- a) Organizar o registro e manejo dos sistemas de informação em saúde com vistas ao planejamento e monitoramento de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde local.
- b) Avaliar a AB de maneira ampla: equipes, UBS e a rede básica como um todo.
- c) Instituir formas de reconhecimento de boas práticas, que não exclusivamente financeira.
- d) Compatibilizar os Sistemas de Informação da Atenção Básica, considerando os diferentes arranjos da organização da AB no Estado de São Paulo.
- e) Integrar os processos de avaliação federal, estadual e municipal, num único instrumento.
- f) Incorporar na Política Estadual de Atenção Básica as diretrizes instituídas pela Portaria 1.654 de 19-07-2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB.

g) Definir de forma bipartite os indicadores e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no Estado.

h) Estabelecer critérios de certificação de qualidade das Unidades Básicas de Saúde mediante cumprimento de metas pactuadas como também da qualificação das equipes de saúde, de acordo com os princípios da Política Nacional da Atenção Básica.

i) Contratualizar os serviços da Atenção Básica considerando os critérios de especificidades regionais, construídos de forma bipartite.

¹ Embora o decreto 7.508 de 28-06-2011 tenha adotado a denominação CIR em substituição de CGR, neste documento manteremos a expressão CGR.

² Entende-se por apoio matricial um arranjo na organização dos serviços que visa dar apoio às equipes de referência. Atua de forma integrada à rede de serviços a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de referência que são responsáveis pela construção do vínculo com o usuário.

