

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Política Nacional de Atenção Básica

Fortaleza - Ceará
14 de novembro 2017



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Porque a Atenção Básica é importante

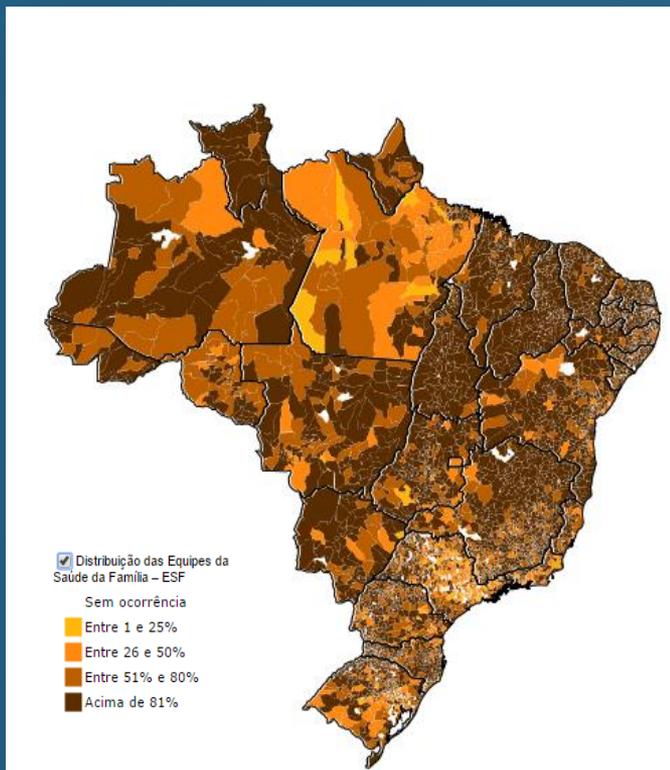
- ✓ Em todo o mundo já é **consenso que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser baseados na Atenção Básica (OMS 2008)**.
- ✓ A **Atenção Básica** é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma **proposta estruturante para organização do sistema de saúde**, que comprovadamente, quando o sistema está centrado na AB apresenta os melhores resultados em saúde para a população.
- ✓ A AB deve **garantir o acesso universal e em tempo oportuno ao usuário**, deve ofertar o **mais amplo possível escopo de ações visando a atenção integral** e ser responsável por coordenar o cuidado dos usuários no caminhar pelos diversos serviços da rede.

Porque a Atenção Básica é importante

- ✓ Mais chances de reduzir as desigualdades sociais
- ✓ Melhor reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde
- ✓ Menor mortalidade infantil
- ✓ Menor mortalidade precoce (exceto causas externas)
- ✓ Maior expectativa de vida
- ✓ Menor mortalidade por doenças cardiovasculares
- ✓ Maior precisão nos diagnósticos
- ✓ Maior adesão as tratamentos indicados
- ✓ Diminuição das internações sensíveis à atenção ambulatorial
- ✓ Maior satisfação dos usuários do sistema

(HEALTH EVIDENCE NETWORK/1994; OPAS/2005; STARFIELD/2007; OMS/2008; MACINKO/2006; FACCHINI/2008; CONILL/2008; VILAÇA/2012; GERVAIS/2011; GASTÃO/2016; CECILIO/2014)

Panorama geral da Atenção Básica

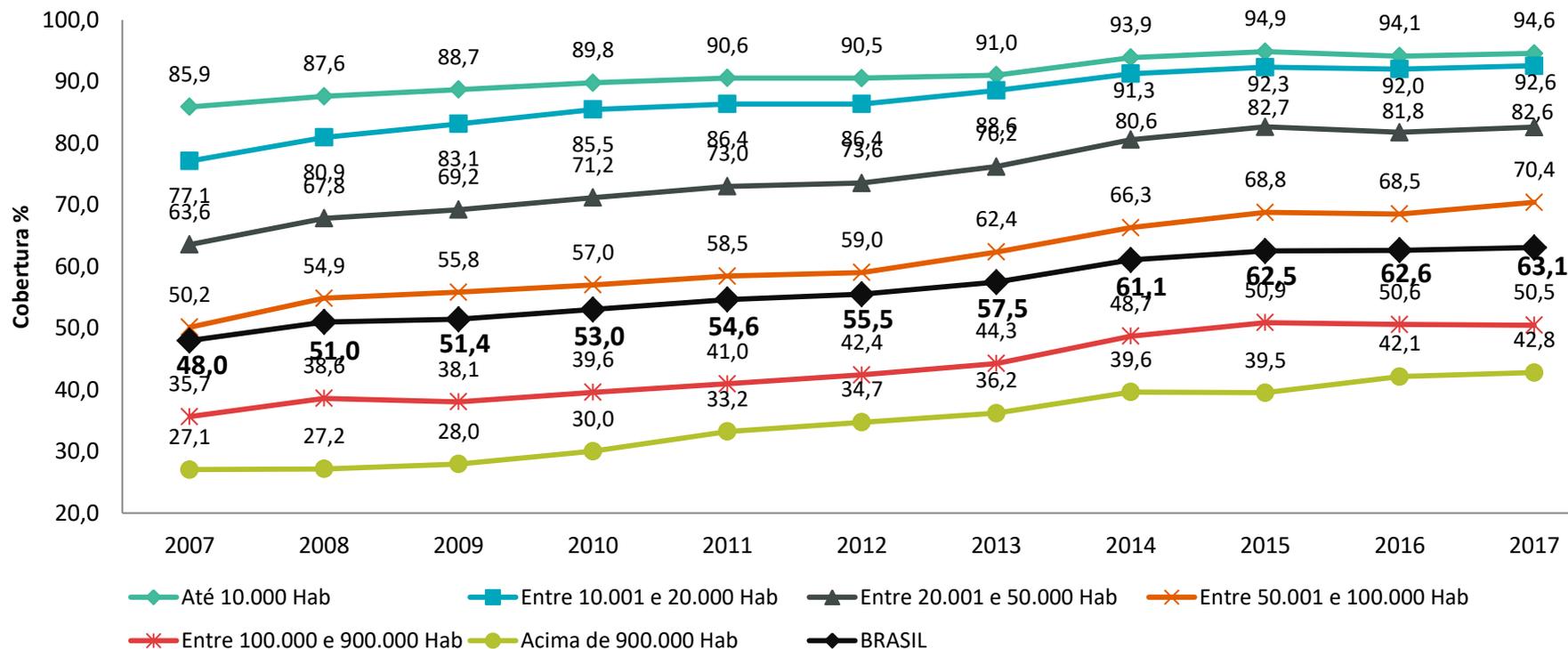


- **74,6%*** da população coberta pela **atenção básica**, considerando-se, além das equipes de Saúde da Família, equipes equivalentes formadas por clínicos gerais, ginecologistas-obstetras e pediatras.
- **63,3%**** da população coberta por **Equipes de Saúde da Família**.
- Cerca de **42.105** equipes de Saúde da Família cuidam de mais de **126 milhões de cidadãos**.
- Distribuída em **42.711** Unidades Básicas de Saúde
- Com mais de **700 mil** profissionais

*Cobertura com parâmetro de cálculo de 3000 habitantes por equipes de saúde da família e equipes equivalentes (compostas por 60h ambulatoriais de clínicos, ginecologistas-obstetras e pediatras), utilizando no cálculo a população do IBGE de 2012.

** Parâmetro de Cobertura de 3.450 habitantes por equipe e como referência a população IBGE, 2012.

Cobertura de Saúde da Família – 2007 a 2017



Número de equipes implantados/financiados (set/17)

- ❖ **41.238** Equipes da Estratégia Saúde da Família
- ❖ **25.215** Equipes de Estratégia de Saúde Bucal
- ❖ **263.236** Agentes Comunitários de Saúde
- ❖ **4.593** Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF
- ❖ **1.118** Centros de Especialidades Odontológicas - CEO
- ❖ **227** Equipes de Atenção Básica da Saúde Prisional
- ❖ **114** Equipes de Atenção Básica do Consultório na Rua
- ❖ **133** Equipes de Saúde Bucal das Unidades Odontológicas Móveis - UOM
- ❖ **89** ESF para populações Ribeirinhas e **06** ESF em UBS Fluviais

Financiamento da AB 2010 a 2017

Ano	PAB Fixo	PAB Variável	Requalifica UBS	Emendas Parlamentares	Total s/ Emendas	Total c/ Emendas
2017*	R\$5,01	R\$10,65	R\$0,64	R\$2,00	R\$16,31	R\$18,31
2016	R\$4,86	R\$10,79	R\$0,72	R\$0,96	R\$16,37	R\$17,33
2015	R\$4,94	R\$12,47	R\$0,72	R\$0,67	R\$18,12	R\$18,78
2014	R\$5,06	R\$11,01	R\$0,88	R\$1,41	R\$16,95	R\$18,36
2013	R\$4,52	R\$7,37	R\$0,68	R\$0,50	R\$12,57	R\$13,07
2012	R\$4,42	R\$8,13	R\$0,72	R\$0,50	R\$13,27	R\$13,77
2011	R\$4,44	R\$7,19	R\$0,76	R\$0,12	R\$12,40	R\$12,51
2010	R\$3,66	R\$5,94	R\$0,19	R\$0,07	R\$9,79	R\$9,86

* 2017: É considerado o orçamento autorizado, em 10.11.17

PNAB – Linhas prioritárias de financiamento (ano 2016)

Políticas, programas, estratégias e ações

- ✓ Estratégia Saúde da Família
 - ✓ Equipes de Saúde da Família = **3.3 bilhões**
 - ✓ Equipes de Saúde Bucal = **872 milhões + 220 milhões CEO**
 - ✓ Agentes Comunitários de Saúde = **3.5 bilhões**
 - ✓ Equipes dos Núcleos Ampliados da SF-AB = **815 milhões**
- ✓ Programa Nacional de melhoria do acesso e qualidade – PMAQ = **1.9 bilhões**
- ✓ Programa de Requalificação das UBS – RequalificaUBS/Emendas = **2.5 bilhões**
- ✓ Programa de informatização – PIUBS/Estratégia e-SUS AB = **3 bilhões (estimativa)**
- ✓ Programa Mais Médicos – PMM = **2,7 bilhões (orçamento SGTES)**

Política Nacional de Atenção Básica

Políticas, programas, estratégias e ações

- ✓ Política Nacional de Saúde Bucal/Brasil Sorridente
- ✓ Política Nacional de Alimentação e Nutrição
- ✓ Política Nacional de Atenção Integral as Pessoas Privadas de Liberdade
- ✓ Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
- ✓ Telessaúde – 0800
- ✓ Consultório na Rua
- ✓ Unidades Básicas Fluviais
- ✓ Academia da Saúde
- ✓ Programa Saúde na Escola

Programa de melhoria do acesso e a da qualidade na AB/UBS – PMAQ-AB

- ✓ **Definir de forma tripartite & universidades** um conjunto de atividades (**padrões esperados de qualidade**) que as Equipes de Atenção Básica devem atingir/desenvolver. Além da infraestrutura, insumos e equipamentos esperados para as UBS (Instrumento de avaliação externa & indicadores)
- ✓ **Avaliar** in loco (cada equipe participantes do programa) e com uso dos dados do SISAB, para reconhecermos/certificarmos as equipes, e também para utilizar essas informações no aprimoramento das ações para a Atenção Básica
- ✓ **Aumentar o financiamento** das equipes de atenção básica/saúde da família considerando a **qualidade e o desempenho** do trabalho delas, garantindo um **padrão de qualidade comparável** nacional, regional e localmente – com **transparência das ações governamentais direcionadas à AB**
- ✓ **Realizar ações** como: autoavaliação, apoio institucional, educação permanente, monitoramento de indicadores e cooperação horizontal

PMAQ no Ceará

Número total de ESF: 2.406

Equipes (ESF) que realizaram avaliação externa (in loco): 2.339

Número total de NASF: 227

NASF avaliados: 220 equipes

Usuários entrevistados: 9.543

É fundamental conhecer e debater os resultados da “avaliação produzida à partir do PMAQ”, pois com esse “retrato da atenção básica Cearense” abre a possibilidade de planejar melhor os recursos financeiros estaduais, federais e municipais para melhorar o atendimento a população; e também direcionar as pesquisas e parcerias com as universidades do Estado.

Principais mudanças da nova PNAB – Equipes de AB e SF

PNAB 2011

- EAB era reconhecida apenas no PMAQ
- EAB tinha financiamento federal apenas pelo PMAQ
- A composição da “EAB PMAQ” era mais restritiva, por exemplo: a carga horária médica mínima era de 70h/semanais e de enfermagem de 60h/semanais

PNAB 2017

- EAB passa a ser reconhecida na PNAB e no PMAQ
- Há previsão de financiamento da EAB, com valor inferior ao repassado às ESF, que continua prioritária (em financiamento e modelo de atenção)
- A carga horária total da EAB é semelhante a ESF: carga horária mínima semanal (40h), porém a distribuição é bem distinta, ficou assim definida: composição das equipes (máximo 3 profissionais por categoria/ch mínima 10h)
- ESF, acabaram as equipes com flexibilidade de carga horária médica (20 – 20x20 – 30x30)
- ESF, não tem mais a recomendação para uso de 8 horas/semanais para apoio, ep, especialização etc.

Principais mudanças da nova PNAB – Integração AB e Vigilância/ACE – Atividades ACS

PNAB 2011

- ACE não compunha ESF/EAB
- Processo de trabalho e território diferentes
- ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe) e facultativo na EAB
- Sem atribuições dos ACE e com 8 atribuições dos ACS
- Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro

PNAB 2017

- ACE pode ser membro da ESF/EAB
- Território único e planejamento integrado das ações, e a coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior)
- ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da pop. / excluído máximo por equipe)
- ACS facultativo na EAB
- Amplia as atribuições dos ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de nível superior e após treinamento e com autorização legal – aferir a pressão, medição da glicemia e aferir temperatura e realizar técnicas limpas de curativo

PNAB 2011 / 2017 – Núcleo Ampliado da SF e AB

PNAB 2011

- NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) podia se vincular apenas às ESF

PNAB 2017

- NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
- NASF-AB pode se vincular às ESF e EAB
- As modalidades, composição de equipes e parâmetros permanecem

Principais mudanças da nova PNAB – Gerente de AB

PNAB 2011	PNAB 2017
- Não recomendava	<ul style="list-style-type: none">- Reconhece o papel do gerente de UBS, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local- Não há previsão de recursos adicionais para equipes com este trabalhador- Gerente de AB deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde- Caso seja enfermeiro, a UBS deverá ter outro enfermeiro para as ações de cunho clínico.

Principais mudanças da nova PNAB – Territorialização / Vínculo

PNAB 2011

- Não deixava evidente essa possibilidade, apenas ficava subentendido na diretriz que recomendada adscrever os usuários

PNAB 2017

- Usuário agora pode se vincular a mais de uma UBS, através de negociação entre gestão e equipes, e mantendo a informação com a equipe de referência

Oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB

PNAB 2011

- Não possuía.

PNAB 2017

- Incorpora o debate em torno da **formulação** de uma oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB – busca a uniformidade da AB no País

Desafios para melhorar a Atenção Básica:

1. Consolidar a **reestruturação das Unidades Básicas de Saúde**: reformas, ampliações, construções, equipamentos, informatização com prontuário eletrônico e conectividade.
2. Garantir **financiamento tripartite compatível com os custos** de uma atenção básica mais resolutiva e considerando diferenças regionais.
3. **Ampliar o acesso , a qualidade, a resolutividade e a capacidade de cuidado** da atenção básica, intensificando a oferta de dispositivos de qualificação do trabalho na atenção básica como: educação permanente, apoio institucional, cooperação, pagamento por desempenho, telessaúde, matriciamento, formação de estudantes e residentes, protocolos clínicos e de encaminhamento, etc

Desafios para melhorar a Atenção Básica:

4. Ampliar a **integração das Unidades Básicas de Saúde com outros pontos de atenção das redes** – para de fato possibilitar a coordenação e continuidade do cuidado.
5. Consolidar todas as **ações previstas de provimento, fixação e formação**, na perspectiva de construir uma política sustentável de gestão do trabalho para o conjunto dos trabalhadores da Atenção Básica.
6. Implantar os novos arranjos de equipes previstas na PNAB sem diminuir a cobertura da estratégia saúde da família, ou melhor, **como podemos manter e expandir o modelo prioritário (ESF) para a atenção básica brasileira**, e ao mesmo tempo financiar - reconhecendo arranjos distintos de equipes.

...que a **Atenção Básica** pudesse se transformar na **imensa e generosa porta de entrada para o SUS**, sendo uma ampla rede de serviços, **próxima dos usuários**, de acesso universal, **resolutiva**, produtora de cuidado integral, **promovedora de cidadania e consciência sanitária**.

(Cecilio, 2014)

Obrigado!

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>
dirceu.klitzke@saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

