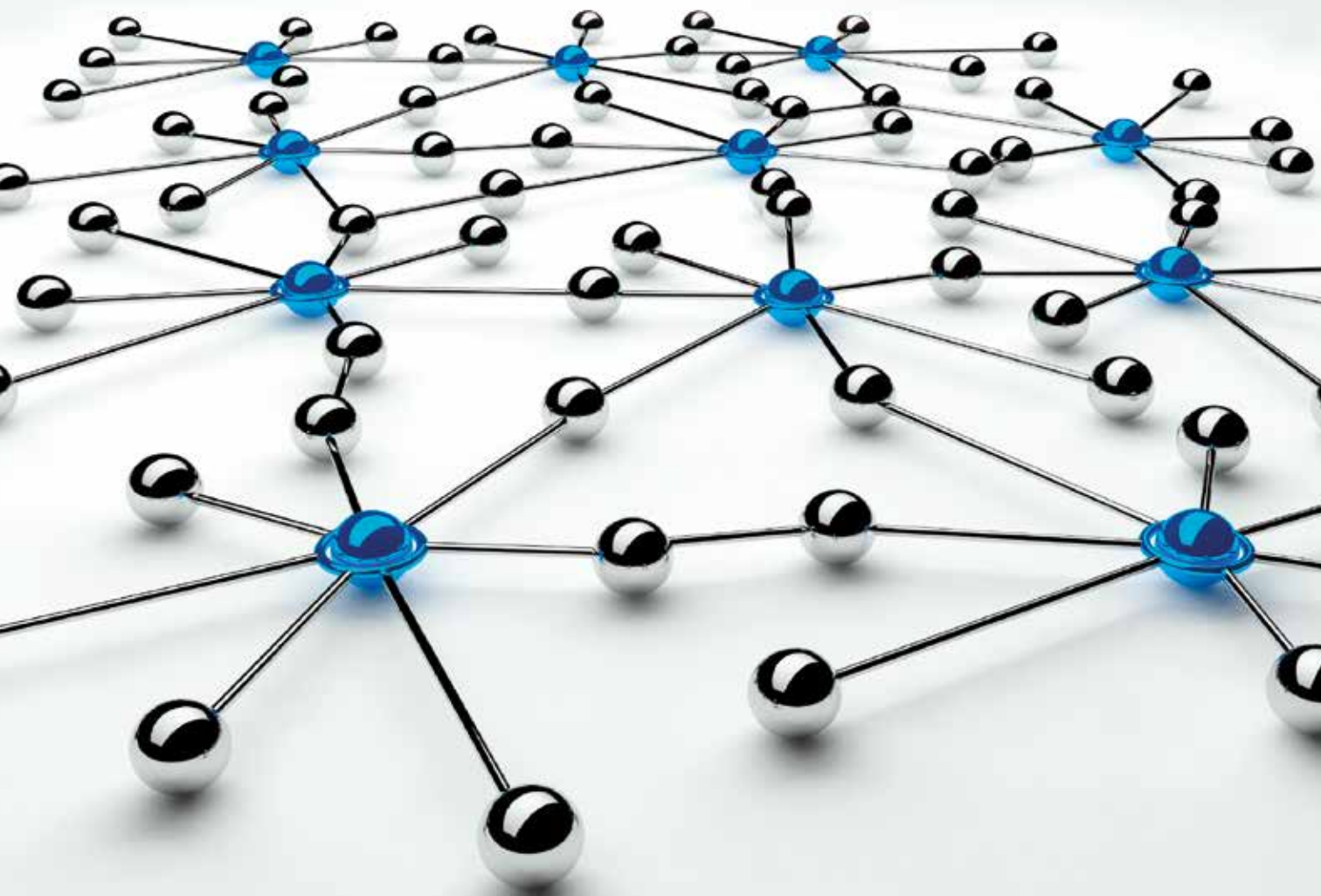


SAÚDE EM FOCO | PEC n. 241/2016 e os impactos no SUS

Planificação da Atenção à Saúde

Conheça a proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde



consensus

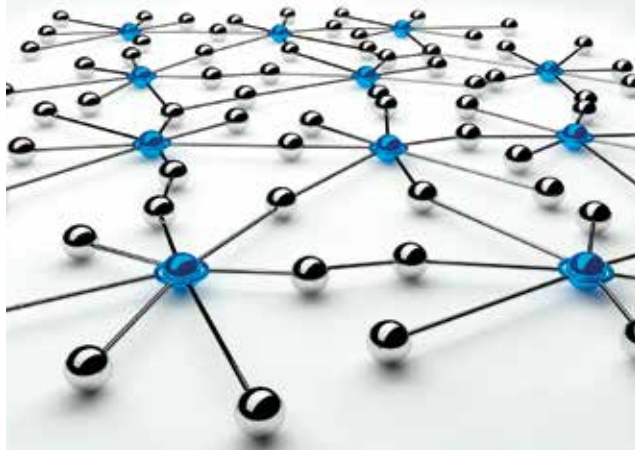
REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano VI | Número 20 | Julho, Agosto e Setembro de 2016

SAÚDE EM FOCO | PEC n. 241/2016 e os impactos no SUS

Planificação da Atenção à Saúde

Conheça a proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde



6

consensus entrevista

Eugênio Vilaça explica as origens e a evolução da Planificação da Atenção à Saúde, destacando a atuação do CONASS e demais atores na mudança nos processos de trabalho das unidades de saúde promovida pelo projeto, a fim de organizar e qualificar a atenção à saúde dos brasileiros

12

matéria de capa

Planificação da Atenção à Saúde – por meio da realização de oficinas temáticas e acompanhamento contínuo, vislumbra-se uma mudança prática, sedimentada em processos estruturados em planejamento, execução, monitoramento e continuidades

saúde em foco

18 *PEC n. 241 e os impactos no SUS*

opinião

28 *Planificação da Atenção à Saúde – uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde*

34 *curtas*

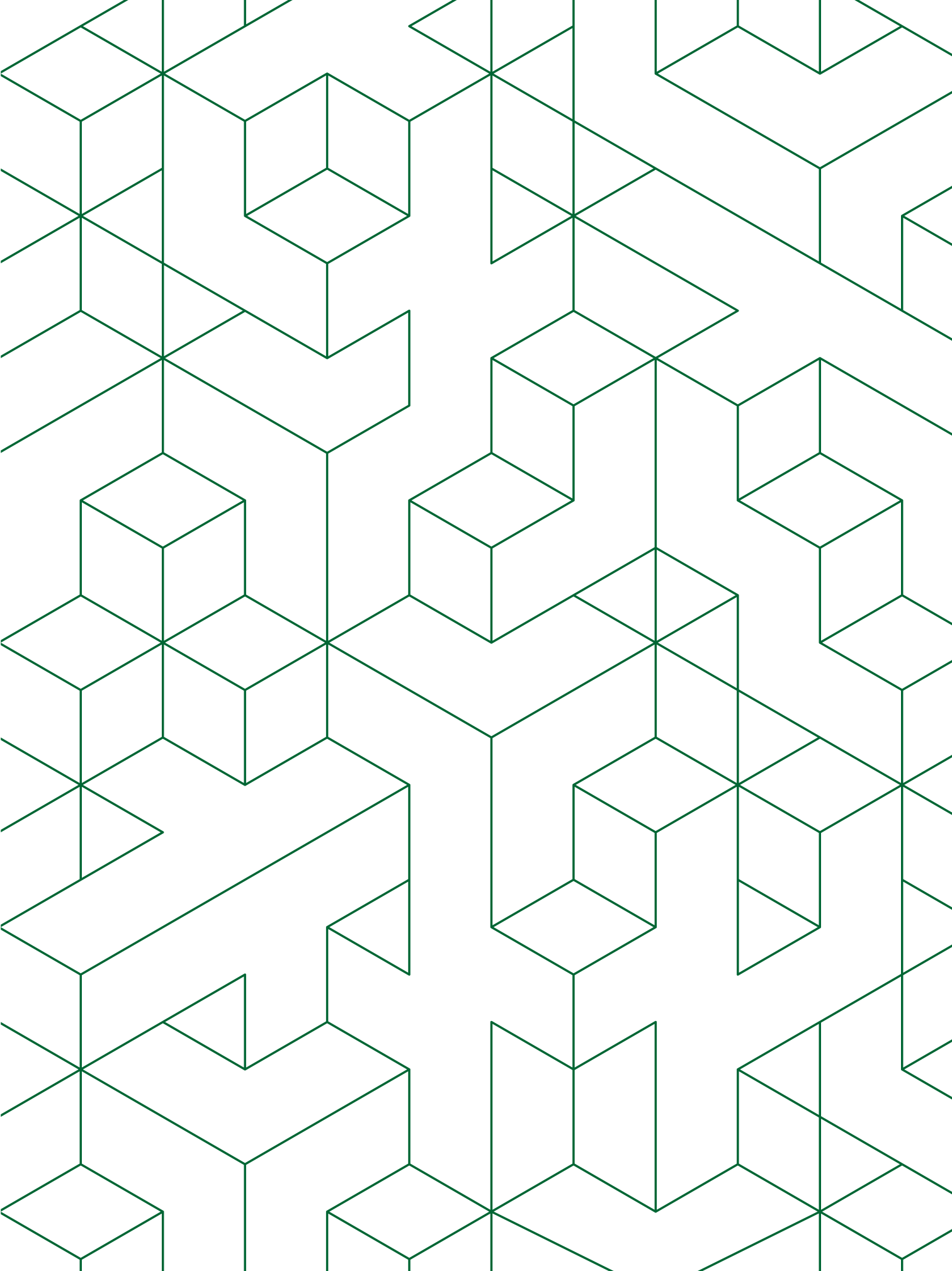
O tema central desta edição da **Revista Consensus** é a proposta de Planificação da Atenção à Saúde que o CONASS está executando junto às secretarias estaduais de saúde no intuito de organizar a Atenção Primária à Saúde à Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.

O projeto conta com a consultoria de Eugênio Vilaça, que concedeu entrevista na qual explica como se deu o início da planificação e o desenvolvimento do projeto, destacando a atuação do CONASS e demais atores na mudança nos processos de trabalho das unidades de saúde a fim de organizar e qualificar a atenção à saúde dos brasileiros.

Ouvimos gestores e profissionais envolvidos na planificação que falaram dos desafios e resultados esperados com o projeto e relataram como se dá a realização de oficinas temáticas, organização e acompanhamento contínuo dos processos de trabalho nas unidades de saúde, vislumbrando uma mudança prática e sedimentada por meio de processos estruturados em planejamento, execução, monitoramento e continuidade. Trata-se de um projeto dinâmico que vêm se aprimorando no decorrer dos mais de 10 anos em que está em curso e cujo conteúdo e metodologia estão descritos no artigo desta edição.

Na seção Saúde em Foco, matéria especial sobre as implicações para o Sistema Único de Saúde da possível aprovação da PEC n. 241/16. Nela, a opinião de autoridades e especialistas ouvidos pelo CONASS e também os dados projetados pelo Grupo Técnico Institucional de Discussão do Financiamento do SUS, que apontam para um déficit de R\$ 433bi para o orçamento da saúde nos próximos 20 anos, período de vigência do novo regime fiscal proposto pela PEC.

Desejamos a todos uma ótima leitura!



ENTREVISTA

Eugênio Vilaça Mendes

A Planificação da Atenção à Saúde é um processo que há mais de 10 anos vem sendo aprimorado. Com seus estudos e teses, Eugênio Vilaça Mendes acompanha e fomenta as mudanças no projeto que tem por objetivo a organização da Atenção Primária à Saúde, integrada à Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.

Autor de diversos livros e consultor do CONASS, Vilaça explica nas próximas páginas as origens e a evolução da Planificação da Atenção à Saúde, destacando a atuação do CONASS e demais atores na mudança nos processos de trabalho das unidades de saúde promovida pelo projeto, a fim de organizar e qualificar a atenção à saúde dos brasileiros.



Consensus **Dr. Eugênio, como nasceu o processo de planificação da Atenção à Saúde?**

Eugênio Vilaça Esse processo começou no ano de 2004, em uma experiência no estado de Minas Gerais que começou a avaliar e discutir o papel das Redes de Atenção à Saúde. Naquela época, um diagnóstico levou à constatação de que sem organizar a atenção primária não é possível organizar as redes. Então, o estado desenvolveu um conjunto de oficinas, denominado Plano Diretor da Atenção Primária, sendo oferecida aos 853 municípios durante 2 ou 3 anos. Esse movimento constituiu a primeira geração das oficinas de planificação da APS. O CONASS acompanhava essa experiência e, a partir daí, formou um grupo que elaborou as oficinas de planificação da Atenção Primária a Saúde.

Consensus **E como foi desenvolvido o processo?**

Eugênio Vilaça Seguindo uma filosofia semelhante à de Minas Gerais, o CONASS seguiu desenvolvendo o que eu chamo de segunda geração desse processo, com elaboração das oficinas de planificação da APS ofertadas a vários estados. Esse processo se mostrou muito positivo, pois, com a realização das oficinas, verificou-se que tanto o ciclo feito em Minas Gerais por meio do Plano Diretor da Atenção Primária, quanto as oficinas de planificação desenvolvidas pelo CONASS, promoveram o alinhamento do conceito de Atenção Primária à Saúde como função resolutiva e coordenadora das Redes de Atenção a Saúde. Na verdade, isso aconteceu simultaneamente a

um forte movimento que o CONASS desencadeou com a realização das oficinas de Redes de Atenção à Saúde em diversos estados brasileiros. É importante ressaltar que a experiência com essas oficinas teve papel fundamental no processo de construção da Portaria n. 4.279/10/MS, cujo texto é muito afinado com o conteúdo das oficinas do CONASS, e também para que essa normativa se transformasse em uma política nacional, posteriormente, respaldada pelo Decreto n. 7508/11 que trata das redes e regiões.

No entanto, percebeu-se que as oficinas, apesar de orientar e levar o conhecimento acerca da APS, não tinham poder de transformar, profundamente, as unidades básicas de saúde. Isso porque, nos momentos de dispersão, em que os profissionais colocavam em prática o que foi discutido nas oficinas, não havia uma mudança substantiva dos processos em prática. Nesse momento surge a terceira geração de oficinas de planificação que consistiu em complementar as oficinas de planificação com um modelo de melhoria voltado para a organização dos macro e microprocessos da APS por meio de gerenciamento de processos e com a utilização de uma concepção educacional diferenciada e baseada na utilização da tutoria e de um processo de implementação que tem uma fase inicial numa unidade laboratório seguida de uma fase de expansão para outras unidades. O gerenciamento de processos significa mapear os processos efetivamente realizados, redesenhá-los e implantar os novos processos por meio de ciclos de PDCA.

PDCA – Tecnologia que auxilia a mudança de processos

P, de *Plan* – Planejar – estabelecer os objetivos e processos necessários para fornecer resultados de acordo com os requisitos e políticas predeterminados; D, de *Do* – Fazer, executar – implementar as ações necessárias; C, de *Check* – Checar, verificar – monitorar e medir os processos e produtos em relação às políticas, aos objetivos e aos requisitos estabelecidos e relatar os resultados; A, de *Act* – Agir – executar ações para promover continuamente a melhoria dos processos.

Consensus De que maneira essa terceira geração de oficinas aprimorou a planificação?

Eugênio Vilaça Essa terceira geração trabalha com o modelo de melhoria e com a concepção da educação tutorial, ou seja, todos ensinam e todos aprendem. Surge, então, a figura central que é o tutor, que está dentro das unidades para acompanhar o conjunto de mudanças de processos e que tem o domínio do como fazer. Nesse momento avançou-se também com a metáfora da casa para a organização da APS, na qual, a partir da construção dos alicerces dessa casa se garante a solidez da APS, implantando, a partir de então, as mudanças estruturais nos macro e micro processos, ou seja, erguendo as paredes, construindo o teto e o telhado e colocando as portas e janelas (veja figura na página 14). Esses macro e micro processos são da atenção aos eventos agudos; da atenção às condições crônicas não agudizadas; da atenção domiciliar; da atenção às demandas administrativas, da atenção preventiva e do apoio ao autocuidado.

Consensus Como essas inovações foram testadas?

Eugênio Vilaça O CONASS desenvolveu uma série de laboratórios. O primeiro deles foi o laboratório de atenção às condições crônicas realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Em seguida desenvolveu-se o Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte no qual se testou, de maneira sistematizada, esses micro e macro processos representados pela casa na Atenção Primária à Saúde. O mesmo se passou em Tauá, no Ceará, em que esse processo foi também implantado e avaliado. Em Santo Antônio do Monte o laboratório contemplava também um centro de especialidades para gestantes e crianças e pessoas com diabetes, hipertensão e doença renal crônica, se mostrando bastante inovador. A partir dessas experiências verificou-se

seria importante organizar a APS e a atenção ambulatorial especializada conjuntamente.

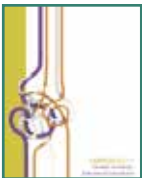
Consensus Então é possível organizar a atenção primária e concomitantemente a especializada?

Eugênio Vilaça Os profissionais da Fundação Dr. José Maria Mares Guia de Santo Antonio do Monte, ao implantar um novo modelo sugerido por um livro sobre redes de atenção à saúde publicado pela OPAS e pelo CONASS, constataram que não era possível organizar a atenção especializada sem reestruturar a atenção primária à saúde. Observou-se, em Santo Antônio do Monte que as pessoas estavam sendo encaminhadas à atenção especializada sem uma estratificação de risco e que isso não permitia organizar racionalmente a atenção especializada. Como acontece em geral no SUS a grande maioria das pessoas referidas ou que estavam nas filas não tinham indicação para a atenção dos especialistas. Isso gerava uma distorção: os centros de especialidades atendiam predominantemente pessoas com doenças de baixa complexidade gerando um modelo de atenção caro e sem efetividade. Infelizmente isso ocorre em todo o Brasil. Entendeu-se que se não se organizasse a atenção primária para que ela estratificasse e manejasse adequadamente os baixos e médios riscos, não seria possível organizar a atenção especializada.

A experiência de Santo Antonio do Monte permitiu ao CONASS evoluir para uma quarta geração de planificação que não era somente da APS, mas da atenção à saúde porque envolvia organizar, também, a atenção ambulatorial especializada. Essa quarta geração da planificação fez-se por três modelos: o de Santo Antonio do Monte, que iniciou a organização da atenção especializada para depois organizar a atenção primária; o modelo do Paraná, que realizou a organização conjunta da atenção primária e da atenção especializa-



Quando trabalhamos com gerenciamento de processo, significa o mesmo que fazer coisas que agregam valor para as pessoas, ou seja, eliminar os desperdícios e os retrabalhos.



Saiba sobre os 3 modelos no livro CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada goo.gl/kELXoK



da; e o modelo de Tauá, que partiu da organização da atenção primária, seguindo para a organização da atenção especializada. Hoje é possível afirmar que o melhor a se fazer é iniciar os dois processos juntos.

Consensus Assim como ocorreu no Paraná?

Eugênio Vilaça Sim, no Paraná isso foi feito. Mas, neste momento, o Espírito Santo e o Ceará estão caminhando nesse sentido. É muito virtuosa a opção do CONASS de fazer os laboratórios de inovação por que quase todas as políticas públicas brasileiras na área da saúde são feitas sem avaliação, pois não há uma tradição de avaliar e, quando há, essa avaliação é feita com instrumentos muito frágeis, o que na literatura se chama evidências anedóticas, que é o estudo de poucos casos aliados com a opinião de um número restrito de profissionais ou de poucas pessoas. Esse modelo avaliativo, ainda que não seja irrelevante, não tem a capacidade de sustentar uma teoria.

O laboratório de Santo Antonio do Monte permitiu ter uma avaliação mais rigorosa feita por um grupo forte de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e da

Universidade Federal de São João Del Rei, envolvendo, inclusive, uma pesquisa de amostra domiciliar com a linha de base em 2012 e a linha pós intervenção em 2013/2014. Além disso, fizeram-se pesquisas qualitativas a fim de demonstrar a capacidade do modelo e das unidades de saúde em manejar as condições crônicas e os resultados foram muito bons, tanto na pesquisa qualitativa quanto na pesquisa quantitativa. Como consequência, pode-se afirmar que a aplicação da metodologia desenvolvida em Santo Antonio do Monte, melhora muito a Atenção Primária à Saúde, a atenção secundária e a capacidade das equipes em manejar as condições crônicas que são o nosso grande desafio dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos. Ou seja, o modelo de Santo Antônio do Monte está validado empiricamente com pesquisa robusta. A experiência de Tauá também vem sendo avaliada por pesquisadores de centros universitários do estado do Ceará.

Consensus Podemos dizer que a planificação é um processo que vai se aprimorando conforme vai sendo praticado?

Eugênio Vilaça Claro, o *feedback* acontece com a prática e os resultados são melhores tendo em vista que não se trata apenas de teorias, mas de transformações reais de processos que acabam por mudar a vida dos trabalhadores que se sentem mais confortáveis e das pessoas usuárias que se beneficiam da mudanças nos processos clínicos e administrativos.

Consensus Essa organização demanda muita diferença na rotina de trabalho dos profissionais?

Eugênio Vilaça É uma mudança radical. O que se tem visto, de um modo geral, é que os processos estão desorganizados, e, portanto, não agregam valor às pessoas. Quando se trabalha com gerenciamento de processos, sig-

nifica dizer que esses processos agregam valor para as pessoas e que os desperdícios e os retrabalhos são eliminados. Isso melhora os resultados sanitários e econômicos. A experiência de Santo Antônio do Monte mostrou uma estabilização da glicemia nas pessoas com diabetes três vezes maior que a média nacional, tanto do SUS quanto do setor privado da saúde suplementar.

Consensus Com a experiência acumulada nesses anos, o que o senhor apontaria de convergente para que a planificação aconteça satisfatoriamente?

Eugênio Vilaça É importante falar que a liderança dos gestores é fundamental. Em Santo Antônio do Monte, no período da intervenção, houve um prefeito médico capaz de liderar esse processo. O mesmo aconteceu em Tauá com uma liderança firme e efetiva da Prefeita Municipal. Mas também é importante que as Secretarias Estaduais de Saúde coordenem esse processo, assumindo-o como uma política de governo. Outro fator imprescindível é a capacidade e qualidade dos tutores responsáveis pela implementação, o que reflete numa questão essencial que é a qualidade da atenção.

Consensus O senhor falou da importância da liderança dos gestores. Como esse é um processo de médio e longo prazo e, sabemos das questões políticas que podem afetá-lo, em sua opinião, essas mudanças de gestão podem interferir no processo?

Eugênio Vilaça A construção é contínua e não se pode pedir que não haja eleição no Brasil. As eleições e a transição de governos são fundamentais para a democracia. O processo tem de adaptar-se a essa liturgia democrática, ainda que algumas vezes, isso possa afetar negativamente o setor saúde. Contudo, a metodologia utilizada volta-se para a mudança dos processos de trabalho realiza-

dos pelas equipes de saúde. Nesse sentido, as mudanças no âmbito político tendem a afetar menos o trabalho das equipes de saúde que foram capacitadas com os novos processos implantados.

Consensus Como o senhor vê a continuidade desse processo?

Eugênio Vilaça O CONASS já percebeu que as oficinas de planificação de quarta geração, ainda que bem avaliadas, carecem ampliar o escopo de seu trabalho. Nesse sentido já se está trabalhando na construção de uma quinta geração de oficinas de planificação da atenção à saúde que agrega, à quarta geração vigente, a organização de processos relativos a três áreas fundamentais: a assistência farmacêutica, o apoio diagnóstico e a organização do acesso à APS. Essa nova geração deverá ser implementada a partir do próximo ano.

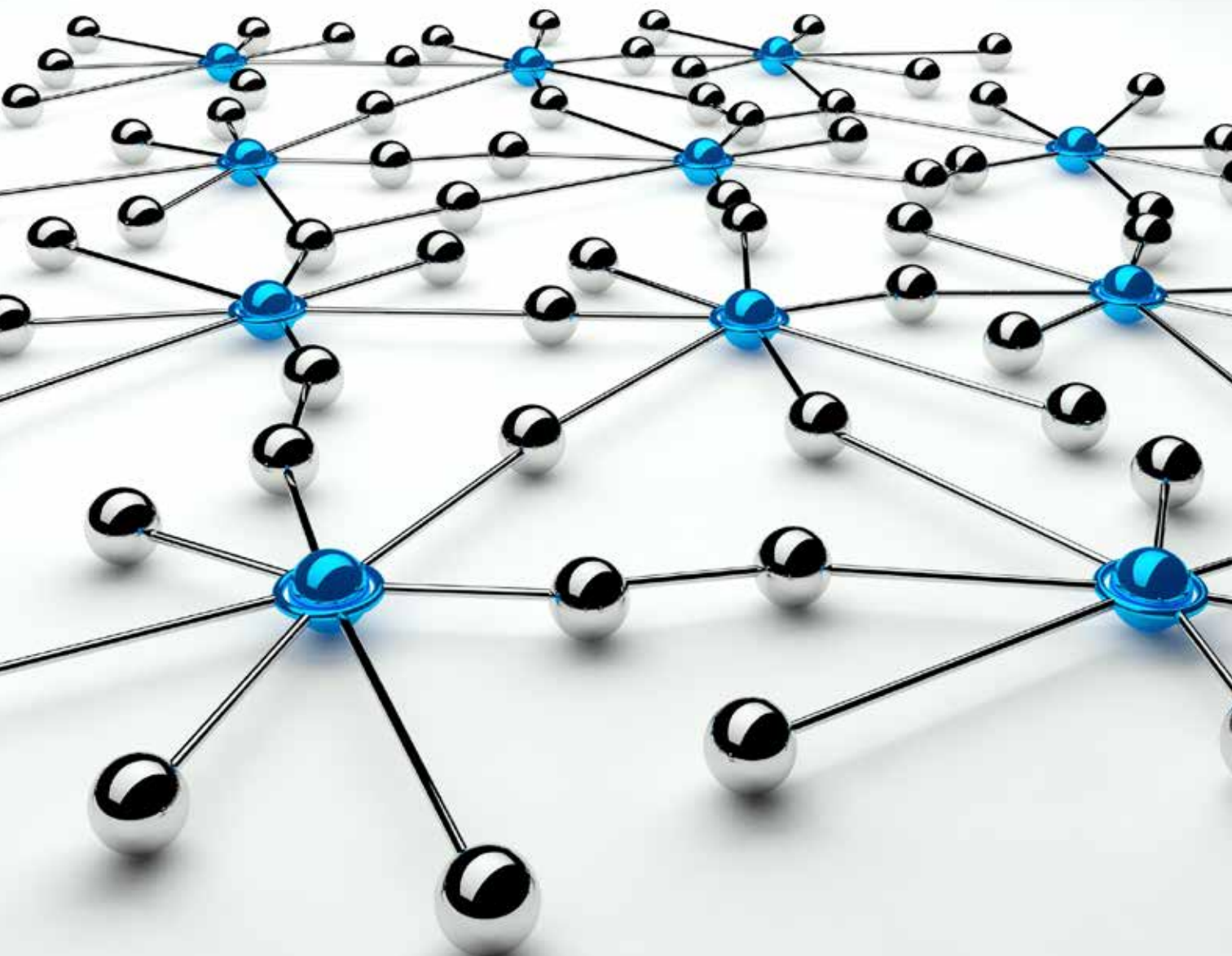
Consensus Em relação à questão financeira, a planificação da Atenção à Saúde onera o estado ou o município que resolve fazer implementá-la?

Eugênio Vilaça Não necessariamente porque o foco não está na estrutura, mas nos processos. Em geral o que está em pauta na saúde, especialmente nos momentos eleitorais, são as mudanças na estrutura como a contratação de médicos, a construção de unidades de saúde e a aquisição de novos equipamentos. A experiência da planificação da atenção à saúde mostra que o ideal continua ser aprimorar a estrutura e modificar os processos conjuntamente. Mexer apenas na estrutura não trará resultados, mas interferir nos processos pode melhorar muito, mesmo sem fazer mudanças estruturais. O foco nos processos demanda menos recursos físicos e financeiros adicionais. ■

Planificação da Atenção à Saúde

Por meio da realização de oficinas temáticas e acompanhamento contínuo, vislumbra-se uma mudança prática, sedimentada em processos estruturados em planejamento, execução, monitoramento e continuidade

ADRIANE CRUZ



Planejamento, plano mensal, mudança nos processos de trabalho e conhecimento compartilhado por meio de uma rede formada por consultores, facilitadores e tutores configuram a Planificação da Atenção à Saúde, em curso em diversos estados brasileiros. O CONASS, com experiência acumulada há mais de dez anos, está apoiando tecnicamente e *in loco* a organização Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Especializada (AE) nos quatro cantos do país, fomentando a efetivação de um modelo que prioriza a qualificação da atenção à saúde dos brasileiros.

A territorialização é uma das características do projeto que vem promovendo grandes mudanças nas regiões de saúde que estão apostando no modelo que direciona para a organização dos processos das unidades de saúde e para a integração das atenções primária e especializada. Gestores e profissionais envolvidos no projeto descrevem a experiência com otimismo, considerando-a como um processo que tem tudo para se estabelecer como modelo da política pública de saúde tendo em vista os resultados já alcançados.

O secretário de Saúde do Espírito Santo, vice-presidente do CONASS na região Sudeste, Ricardo de Oliveira, explica que no estado a prioridade de criar redes regionais de assistência ganhou forças com o projeto da planificação. “Fizemos os planejamentos regionais com a perspectiva de assumir toda a rede. Ao tomar conhecimento desse projeto na assembleia do CONASS, identifiquei a semelhança com a nossa política de regionalização e em seguida começamos a planificação”. Ricardo também falou que a decisão de implementar o projeto foi oportuna, pois ocorreu quando o estado já estava construindo e remodelando seus centros de especialidades e, com a parceria do CONASS, o processo de trabalho mudou com vistas à integração da APS com a AE. “É uma mudança radical de paradigmas tanto no que diz

respeito ao formato de organização, quanto no processo de trabalho nos ambulatorios especializados. Esperamos melhorar muito a qualidade do atendimento ao usuário do SUS e também aumentar a eficiência da aplicação de recursos que é um dos grandes objetivos da nossa gestão”, destacou.

Pretta Cani, superintendente da Região Norte de saúde do Espírito Santo, fala da implantação do processo na região composta por 14 municípios, escolhida para iniciar a planificação com o objetivo de romper com um modelo de atenção fragmentado no qual as consultas médicas acontecem de maneira isolada. “No planejamento da região, identificamos os principais problemas e agora vamos trabalhar no centro de especialidades com as linhas de cuidado materno e infantil, hipertensão, diabetes e oncologia. Utilizando ferramentas da gestão da clínica, buscaremos a gestão diferenciada, compartilhada entre a secretaria estadual e os 14 municípios, além do modelo de gerenciamento por meio de um consórcio”, relata.

O início da planificação no Espírito Santo ocorreu em julho deste ano, com o lançamento da proposta junto aos prefeitos e aos gestores da região e segue com a realização



.....
Ricardo de Oliveira, secretário de Saúde do Espírito Santo e vice-presidente do CONASS na região sudeste

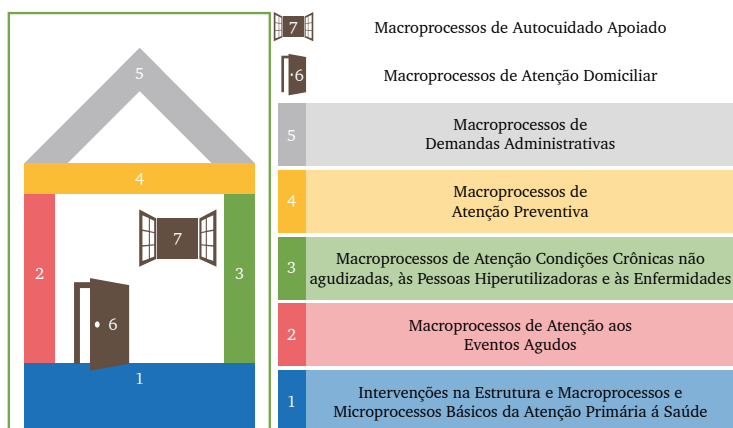
das oficinas (veja detalhamento das oficinas nas páginas 32 e 33), mobilização das equipes gerenciais da SES e dos municípios, paralelamente à preparação da abertura do centro de especialidades. No Espírito Santo, a pactuação contínua a cada passo da planificação tem mostrado resultados. “A sensibilização do gestor é importante, assim como convencimento da prática. Conversamos muito com os prefeitos e articulamos bastante, agora vamos fazer a transição com um encontro de planejamento regional com os novos prefeitos para falar da proposta e pactuar as próximas ações, explica Pretta”.

Já o prefeito de Santiago, no Rio Grande do Sul, Julio Ruivo, ressalta a importância dada pela planificação à territorialização e fala da expectativa de organizar e dar mais resolutividade ao sistema de saúde por meio do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a diminuição da procura da média e alta complexidade, definição dos fluxos nos organogramas funcionais, fortalecimento dos processos de gestão e consequentemente dos indicadores da saúde no município. Além disso, destaca a possibilidade de fazer mais com os mesmos profissionais a partir da redefinição do processo de trabalho. “É

possível aplicar a metodologia independente da qualidade e da capacidade financeira da região e do município. É um método econômico e um dos resultados que a gente espera é fazer mais e melhor com menos”.

Ruivo destaca ainda a que as mudanças são lentas e que o gestor não pode abandonar os municípios onde estão sendo implantadas as metodologias. Para ele, é imprescindível que o gestor municipal acredite e invista, pois a planificação provoca uma mudança cultural, que ele compara à Estratégia de Saúde da Família (ESF). “Muitos achavam que era impossível, que não ia funcionar e levou um tempo até a população entender o funcionamento daquela estratégia. O gestor é imprescindível nesse processo, assim como não basta achar que apenas treinar e aplicar é suficiente. É preciso monitorar permanentemente como se monitora os indicadores”. Ele insiste que o desafio não é apenas da sensibilização dos gestores, da realização das oficinas e de todas as fases do processo, mas da insistência no monitoramento e na reavaliação dos processos. “É preciso checar e dar suporte para as unidades laboratório para o permanecimento do processo, ou então ele se perde”, alerta.

A metáfora da casa na construção da APS



Tutoria

A experiência do município de Tauá, no Ceará, que realizou a planificação da Atenção Primária à Saúde, foi fundamental para o aprimoramento da metodologia. A dificuldade em organizar os processos apenas com as oficinas teóricas levou à discussão a respeito da necessidade da figura do tutor nas unidades laboratório, conforme relata Rúbia Barra, consultora do CONASS no projeto de planificação. “Em Tauá contamos com os tutores para organizamos os macro e microprocessos da APS de forma que pudessem ser reproduzidos. São profissionais que auxiliam e acompanham a organização dos processos, reproduzindo-os nas demais unidades. O fato

de participar dessa organização e de compartilhar com a equipe da unidade faz com que eles não apenas acreditam na planificação, como também sejam capacitados a aplicá-la e a reproduzi-la de forma organizada”, explica.

Marta Barreto, facilitadora do CONASS, participa desde 2006 da planificação, acompanhando o desenvolvimento da metodologia desde a realização das oficinas apenas no âmbito estadual, que ficava responsável por multiplicá-las nos municípios, passando pela experiência de implantação no município de Tauá, quando percebeu-se que apenas as oficinas teóricas e a dispersão não dariam conta da mudança necessária no modelo de atenção à saúde vigente. “É uma mudança profunda, pois estamos envelhecendo e precisamos cuidar das doenças crônicas. Sem a organização do modelo não damos conta disso”.

Nas oficinas se discutem os conceitos do novo modelo e a tutoria atua na unidade de saúde organizando, junto à equipe, os macroprocessos (cadastramento do território, da área de abrangências das equipes de saúde da família, alimentação do e-SUS, entre outros) e dos microprocessos (recepção da unidade, imunização etc.). “Constatamos que o processo da tutoria é mais efetivo. É o fazer com, é ajudar a equipe a entender os conceitos da oficina e mudar a unidade de saúde. É entender que não basta saber se a pessoa é hipertensa ou diabética, mas se é de baixo, médio ou alto risco, pois os manejos desses riscos são totalmente diferentes. A tutoria desenvolve junto à equipe o planejamento e o plano de ação, apontando as dificuldades e as potencialidades da unidade. Quando a gente volta, checa o plano de ações e auxilia nas modificações possíveis, como, por exemplo, a recepção da unidade, que parece simples, mas é um lugar-chave onde os usuários são recebidos. Então, vamos para a recepção ver se a pessoa sabe agendar o usuário com condição crônica, se



sabe encaminhar quem só vai tomar vacina, ou fazer nebulização ou curativo”, explica.

O Conasems, que está acompanhando a planificação, visitou Tauá para conhecer a experiência do município. Segundo o presidente do conselho, Mauro Junqueira, a proposta é interessante porque trabalha a atenção básica integrada à média complexidade. Ele também destacou que a prefeitura do município acreditou e investiu na planificação o que, segundo ele, foi essencial para o desenvolvimento do projeto. E completou falando da revisão da Política Nacional de Atenção Básica. “Estamos no processo de revisão na PNAB e nesta reavaliação é preciso levar em conta a planificação e os avanços que ela promove”.

Maria José Evangelista, assessora técnica do CONASS, explica os papéis dos profissionais que atuam na implementação da planificação nos estados e municípios. O facilitador é a pessoa que vai para o estado, realiza a oficina preparatória e as oficinas teóricas e fica responsável junto à equipe da secretaria estadual para organizar a operacionalização do processo como um todo. Além disso, os facilitadores do CONASS capacitam os facilitadores dos estados ou regiões de saúde e treinam os tutores. O tutor é do próprio município e trabalha diretamente com as equipes de APS e AE. “O facilitador não precisa necessariamente saber como funciona, por exemplo, uma

.....
Equipe do
CONASS e
de Tauá na
Planificação
da Atenção
à Saúde no
município
cearense

sala de vacina. Já o tutor precisa ser alguém que entenda o funcionamento da unidade no dia a dia, pois é ele quem vai pegar na mão da equipe para mudar o processo de trabalho, além de participar das oficinas”. Para capacitar os facilitadores em tutoria e outras temáticas, o CONASS conta com a consultoria de Eugênio Vilaça, Marco Antônio Bragança e Rúbia Barra.

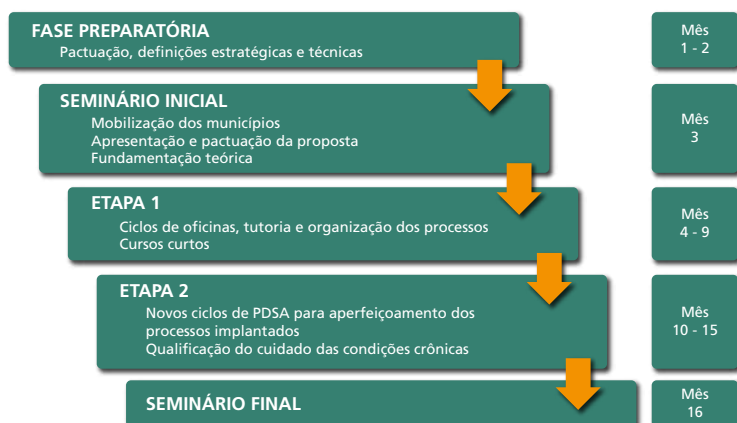
Integração da APS com a AE

Jurandi Frutuoso, secretário executivo do CONASS, explica que o conselho tem trabalhado insistentemente a necessidade da reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país e que aposta na organização da APS para que o sistema que funcione de maneira efetiva. Em relação à integração da APS com a AE, Jurandi afirma que a proposta visa aprimorar os fluxos e reduzir as, melhorando a qualidade de saúde da população. “A literatura mostra que a atenção primária resolutive dá conta de 90% das necessidades de saúde da população e um dos resultados da planificação é reduzir os encaminhamentos da atenção primária para a especializada”. Ele argumenta que 70% das causas de internação no Brasil são causadas por

doenças crônicas e que a quantidade expressiva de doentes nas unidades especializadas se dá por conta de doenças que não deveriam ser controladas pela APS.

Cabe ressaltar que em muitos locais os ambulatórios de especialidades e de exames têm a “porta aberta”, ou seja, os usuários procurar por conta própria um especialista e acabam muitas vezes por fazer exames sem indicação clínica ou avaliação prévia, baseada nos protocolos nas linhas guias. Neste sentido, Marta Barreto fala da importância do cadastro das famílias e dos indivíduos, que deve ser atualizado ao menos uma vez a cada ano, pois é por meio dele que se conhece a condição de saúde das pessoas, ou seja, a estratificação. “É preciso começar com a atenção combinada e, se não conseguimos a partir do momento que o usuário chega na unidade de especialidade ou ambulatório com a solicitação de exames sem passar pela APS, por a atenção não estar organizada, deve-se acionar o agente de saúde da micro área para que a equipe passe a acompanhar esse usuário”, esclarece. Para Marta, organizar a atenção como um todo é garantir exames e especialistas para quem de fato precisa, realizando o matriciamento com a Atenção Primária à Saúde, no qual o cardiologista converse com o profissional da ESF, agregando conhecimento para a organização da atenção.

Cronograma Geral da Planificação da Atenção à Saúde



Capacitação e aprimoramento

Nos dias 10 e 11 de outubro, a equipe de consultores e facilitadores do CONASS se reuniu na sede do Conselho em Brasília, para apresentar o estado da arte da planificação nos estados e também para debater a incorporação de outras temáticas nas oficinas. O consultor do CONASS Eugênio Vilaça explica que alguns pontos essenciais precisam ser introduzidos às oficinas, como a organização da Assistência Farmacêutica, da

patologia clínica ou laboratório de análises clínicas, e do acesso.

Segundo Marco Antônio Bragança, também consultor do CONASS, os dois dias de trabalho mostraram que a planificação se tornou uma proposta muito consistente para estados, municípios e suas equipes de saúde num momento em que o SUS carece de uma proposta de organização e qualificação dos serviços ofertados à população. “As experiências mostram que a planificação coloca o foco no usuário, na população de determinado território sanitário, e podemos enxergar isso no nível de uma equipe ou até de uma região ou município. O que nos interessa é identificar a necessidade de saúde e nos organizarmos para responder a essa necessidade. Então, a planificação está superando um equívoco do SUS que é o trabalho na lógica da oferta, implantando serviços desordenadamente sem a compreensão se de fato aquilo responde à população”, alega.

Apesar de trabalhar pontualmente os micro e macroprocessos da APS e a sua integração com a AE, o objetivo da planificação é organizar a rede como um todo. Na oficina de trabalho dos facilitadores do CONASS, foi debatida a necessidade de trabalhar o sistema de apoio laboratorial, a Assistência Farmacêutica, que são componentes importantes para qualificar a resposta à população, conforme explica Marco Antonio. “É muito dinâmica a planificação porque vamos de encontro a realidades que, do ponto de vista socioeconômico e cultural são muito distintas, porém as necessidades de saúde da população são muito semelhantes. A planificação torna possível uma proposta única, pois se trata de uma proposição de cuidado contextualizável de acordo com as situações e o fato de focar o usuário e na sua necessidade de saúde a torna única para todo o SUS”, conclui.

Para Rúbia Barra, o desafio do CONASS é padronizar todos os processos para que os

facilitadores, em qualquer lugar, tenham o mesmo padrão de trabalho. “É preciso refinar a metodologia, como estamos fazendo em relação ao acesso. Embora o bloco de horas facilite o acesso, ele é só uma parte do acesso que devemos buscar em que qualquer pessoa que chegue a uma unidade de saúde possa ser atendido como preconizado nas diretrizes clínicas, com o comportamento também padronizado em todas as unidades”.

Marco Antonio afirma também que, mesmo num momento de crise, com recursos escassos, a planificação consegue melhorar a resposta, apenas organizando os processos e reconquistando os profissionais para o protagonismo do cuidado à sua população. E destaca o trabalho do CONASS junto a esses profissionais de saúde. “A primeira coisa é levar uma proposta, pois as pessoas estão lá fazendo mais do mesmo todos os dias, cansadas e muitas vezes isoladas, trabalhando na mesma unidade e sem nenhuma colaboração entre elas, apenas fazendo a tarefa do dia. O fato de chegar uma proposta que não é apenas teórica – que vai além ao inserir uma pessoa para apoiar e ajudar a refletir sobre a prática da assistência, a identificar fragilidades, formular propostas de melhoria – valoriza a posição daquele trabalhador e daquela equipe. Chegar em numa unidade, desenhar e depois criticar os fluxos, o que está ou não funcionando, faz com que eles próprios enxerguem as mudanças necessárias e, assim, chegamos a uma nova hipótese de fluxo feita por eles, o que ajuda muito na motivação”, explica. Marco Antônio também destaca que levar a metodologia proposta à uma unidade laboratório faz dessa unidade uma referência para que outras unidades vejam que é possível fazer mais e melhor com metodologia e devida organização dos processos de trabalho. ■





PEC n. 241/16 e os impactos no SUS

TATIANA ROSA



Acesse aqui a
Nota Técnica
Conjunta
goo.gl/1NIF9r



Os números são de 2014, mas ainda assim impressionam pela grandiosidade: em 2014, o SUS realizou 4,1 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 19 milhões de procedimentos oncológicos, 3,1 milhões de procedimentos quimioterápicos.

Esse é um retrato do SUS de acordo com dados do portal Brasil. Números que impressionam, mas que estão ameaçados em face da aprovação em primeiro turno, no dia 10 de outubro, da Proposta de Emenda à Constituição n. 241/16 que “altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal”.

A PEC tem como justificativa a intenção de reverter, a médio e longo prazo, o atual desequilíbrio fiscal do Governo Federal.

Após a divulgação do parecer apresentado pelo relator da comissão especial, Darcísio Perondi (PMDB/RS), com propostas de alterações à PEC, que passa a ter como base para incidência do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o ano de 2017, ao mesmo tempo em que revoga o escalonamento pre-

visto na Emenda Constitucional n. 86/2015, passando a incidir em 2017 o percentual de 15% sobre a Receita Corrente Líquida (RCL), CONASS e Conasems divulgaram Nota Técnica Conjunta em que apontam, segundo projeções baseadas nos cálculos do grupo técnico, e considerando a RCL para o ano de 2017, prevista pela Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa), no valor de 758,3 bilhões de reais os prejuízos para o SUS, no período de vigência do novo regime fiscal, seriam da ordem de R\$433 bi.

Para o presidente do CONASS, secretário de estado da Saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis, é grande a dificuldade de manter o recurso da saúde conforme está estabelecido na PEC tendo em vista os custos do setor serem sempre crescentes.

De acordo com ele, inúmeros fatores estão sempre a demandar mais serviços da saúde e conseqüentemente elevar as despesas na área, como, por exemplo, a incorporação de novas tecnologias e medicamentos e a própria realidade demográfica do país que aponta para o envelhecimento da população

Mauro Junqueira, presidente do Conasems e João Gabbardo, presidente do CONASS, no Fórum que debateu a PEC n. 241/16 e suas implicações para o SUS



o que, segundo destacou, irá exigir mais atendimento, mais leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), mais serviços de oncologia etc. “Fica muito difícil dar conta das despesas na área da saúde quando a receita estiver vinculada apenas ao que foi gasto no ano anterior mais o processo inflacionário, então nós defendemos que para a área da saúde tem de haver uma flexibilidade e ela tem que ser compatível com os custos”, enfatizou.

Gabbardo alertou para a fase crítica que o SUS atravessa e acrescentou não ter dúvidas de que este é o momento mais dramático que o sistema vive do ponto de vista de financiamento.

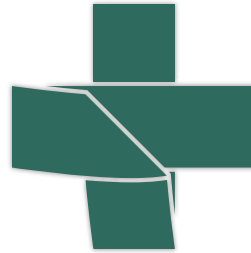
E chamou a atenção para alguns números relacionados ao gasto público com saúde no Brasil. “Do total de recursos gastos em saúde apenas 47,5% são públicos, ou seja, mais da metade são de recursos privados onde as pessoas colocam do seu bolso ou por meio dos planos de saúde. No entanto, nós temos um sistema que é público, universal e integral, ou seja, deveria dar tudo para todos, mas apenas 47% dos recursos são públicos”.

Para ele a cobrança que se faz em cima dos gestores de que o sistema deveria ofertar serviços com melhor qualidade fica comprometida com a absoluta insuficiência de recursos.

Mauro Junqueira, presidente do Conasems, afirmou que a PEC em questão é preocupante, pois os recursos atuais já são insuficientes. “A nossa visão de que esta proposta é prejudicial ao SUS está correta e mostra claramente as suas consequências principalmente para a área da saúde, com a diminuição de recursos nos próximos 20 anos”.

Ele observou ser nítida a situação fiscal complicada que o Brasil vive e ressaltou que ela impacta diretamente nos municípios, onde acontece a execução da política pública de saúde.

Segundo o presidente do Conasems, se aprovada definitivamente, a PEC trará como consequências a redução de leitos, a redução



NÚMEROS DO SUS



4,1 bilhões
de procedimentos
ambulatoriais

1,4 bilhão
de consultas médicas



11,5 milhões
de internações

98% do
mercado de vacinas é
movimentado pelo SUS



19 milhões
de procedimentos
oncológicos

3,1 milhões
de procedimentos
de quimioterapia



Fonte: Ministério da Saúde

Élida Graziane Pinto, procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo

de serviços, o fechamento de unidades de saúde e o acesso não será universal a toda população brasileira. “Essa é nossa preocupação e por isso insistimos na não aprovação desta proposta que fatalmente vai trazer o caos para a saúde pública”.

E, apesar de estar em negociação direta e intensa com diversos parlamentares, inclusive com o relator Perondi, Junqueira disse perceber que existe uma forte intenção de aprovação da PEC. “É muito preocupante a situação. Temos participado de audiências públicas, para apresentar os dados, por isso temos feito essa movimentação e nessa parceria com o CONASS. Temos assinado notas técnicas mostrando o cenário preocupante para os próximos anos da saúde pública para que a gente possa sensibilizar o conjunto de deputados que vão efetivamente para o processo de votação desta medida que pode sim, impactar negativamente na saúde pública do nosso país”, concluiu Mauro.

Fórum ouve especialistas

No dia 12 de setembro, CONASS e Conasems promoveram em São Paulo o Fórum de Debates sobre a PEC n. 241/16, com o objetivo de debater os impactos que a proposta terá no Sistema Único de Saúde (SUS).

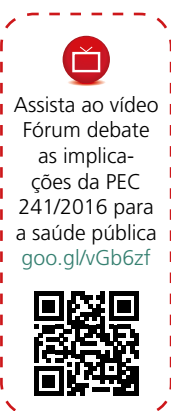
Uma das palestrantes, a procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo, Élida Graziane Pinto, declarou que a PEC é absolutamente inconstitucional e disse que o Executivo utiliza um discurso fatalista para pressionar o Legislativo pela sua aprovação.

Para a procuradora é fundamental do ponto de vista do ordenamento jurídico brasileiro provar que a PEC não só não é solução de ajuste fiscal, como também não consegue efetivamente cumprir o seu objetivo. Segun-



do ela, seria importante suscitar um debate de controle judicial de base em relação ao nível do gasto federal que tem sido regressivo nas mais diversas políticas públicas, já que existe uma guerra fiscal de despesas em que a União concentra receita, mas sobrecarrega os Entes subnacionais (estados e municípios) dos seus gastos, fazendo com que eles tenham que aportar muito mais recursos. “Quando os municípios e estados lutam contra essa PEC não é só adequado que se concentre esse debate no Congresso, mas que também questionem essa trajetória histórica de regressividade de subfinanciamento da saúde, da educação e das demais áreas, sobretudo para apontar que não é admissível um orçamento público que priorize a receita despregada da despesa”, disse.

Ela destacou que antes de mitigar a Constituição Federal (CF) de 1988 no seu texto permanente, sobretudo nos pisos com saúde e educação, é muito importante recuperar regras já em vigor que permitem ajuste fiscal em consonância com a CF, a exemplo da contenção das renúncias fiscais concedidas pelo artigo 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal, para mostrar que a ideia de criar um regime transitório para 20 anos é praticamente um redesenho da Constituição. “É uma nova constituinte que suspende a eficácia dos direitos fundamentais. Tenho dito inclusive, que é uma espécie de estado de sítio fiscal e isso é inadmissível. A pretexto de mostrar uma solução econômica você simplesmente fere de morte a CF de 88.”



Assista ao vídeo
Fórum debate
as implica-
ções da PEC
241/2016 para
a saúde pública
goo.gl/vGb6zf

A procuradora acredita que para mostrar que o ajuste não é válido não adianta apenas o discurso, sendo necessário fazer o confronto na realidade concreta, daí a importância do controle incidental por meio da magistratura, da justiça federal no âmbito dos estados e municípios para buscar a contenção dessa regressividade e custeio da União.

Gustavo Andrey, professor do Departamento de Gestão Pública da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP/FGV), afirmou que Proposta de Emenda à Constituição toca em uma questão importante da administração pública brasileira: o endividamento do déficit público.

Segundo ele, houve de fato, nos últimos anos, um período de crescimento muito elevado das despesas que foi contrabalanceado por um crescimento ainda mais rápido das receitas ocasionando na produção de um superávit primário. Com a crise econômica mundial e a crise brasileira, explicou Andrey, “o *boom* das receitas sumiu, o déficit apareceu e a PEC vem tentando controlar esse déficit”.

O professor ressaltou que o problema da proposta em questão está no fato de que ela se limita a criar tetos para gastos públicos congelando gastos reais, mas não entra no porquê da questão: “porque a administração pública não consegue produzir com esses recursos, mais?”, indagou.

Outro problema da PEC, ainda na visão de Andrey, é que ela também não aborda uma questão fundamental que existe em diversos setores da administração pública e a saúde é uma delas. “Saúde é complicado, é caro, tem uma gestão complexa, é um bem semipúblico, ou seja, é um bem que naturalmente tem o financiamento menor do que o necessário”.

Para ele a motivação da PEC é clara e consiste em controlar e estabelecer limites mínimos nos valores reais gastos este ano para saúde e educação justamente para ter controle fiscal, quando na verdade a questão da saúde e educação merecem uma análise a parte.

Ele acredita que o problema maior é que esses dois setores (saúde e educação) não são os grandes responsáveis pelo déficit público que vem de uma política fiscal irresponsável que gerou juros altos, gerando um custo de dívida muito elevado. Portanto são outras razões estruturais que estão muito mais no problema previdenciário do que na saúde e educação. “No fim das contas a PEC acerta em tocar essa questão do déficit fiscal e na necessidade de ter um regime fiscal mais equilibrado, porém erra completamente nas medidas. No caso específico da saúde é um risco muito grande de reduzir um financiamento que já é insuficiente provocando na verdade não um avanço, mas um atraso no setor”, concluiu Andrey.

Na opinião do professor do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Geraldo Biasoto Junior, a PEC n. 241/16 é muito ruim para a condução das contas públicas brasileiras, pois não afeta problemas estruturais da gestão do Estado, especialmente nos campos do câmbio, da taxa de juros e das questões creditícias que têm influenciado demais no aspecto fiscal e



Gustavo Andrey, professor do Departamento de Gestão Pública da EAESP/FGV

Geraldo Biasoto Júnior, professor do Instituto de Economia da Unicamp



também porque focaliza simplesmente nos gastos primários do governo que, segundo afirmou, estão sobre razoável controle, pois quando houver crescimento econômico haverá mais receitas e há uma espécie de estabilidade dentro desse processo.

Biasoto afirmou que, caso a PEC seja aprovada, será difícil a sua execução. “Temos a contratação de expansão de gastos além da inflação e um monte de segmentos como a previdência, por exemplo. A PEC tende a obstaculizar todos os movimentos das finanças públicas, levando a uma insegurança imensa ao gestor sobre como será a liberação de recursos durante o ano e levando até a uma expectativa de redução da condição de gasto desta estrutura”.

Assim como a procuradora Élide Graziaine Pinto, outro palestrante do debate, o professor de Economia Instituto de Economia da Unicamp Guilherme Santos Mello observou que a aprovação da PEC representa para a sociedade brasileira e para o Estado brasileiro uma desconstrução das possibilidades ditas na CF de 88.

Ele afirmou que a ideia de construir uma sociedade inclusiva com serviços sociais de educação, saúde, cultura e diversas outras áreas, com a perspectiva do Estado prover esses

serviços, fica completamente limitada pela perspectiva de que não vai haver nenhum aumento de gasto nessas áreas. E, acrescentou que, mesmo que a receita cresça, todo o aumento será destinado ao pagamento de uso da dívida, enquanto a demanda por saúde e educação crescem e ficam desamparadas do ponto de vista de financiamento.

Do ponto de vista da saúde o impacto dessa PEC, segundo o professor, acontecerá de maneira muito clara. Ele indagou como é possível congelar o gasto público em saúde ao longo do tempo sendo que as demandas por saúde estão sempre aumentando e vão aumentar cada vez mais, já que a população está envelhecendo, os medicamentos são cada vez mais caros e existe ainda um déficit enorme em estrutura de saúde no Brasil. “Com essa PEC, mesmo com todos esses fatores aumentando os custos da saúde não será possível aumentar o investimento. Não será possível na verdade ampliar a cobertura de saúde. Na realidade o que está acontecendo é obrigar o cidadão a escolher entre precarização e privatização”, advertiu.

Até mesmo os que defendem a aprovação da PEC demonstram ser necessária uma avaliação específica para a saúde. É o caso do professor associado da Escola de Economia da FGV, Márcio Holland que defendeu a ideia de que a proposta cumpre a função importante de controlar a evolução dos gastos no Brasil.

Holland disse que o Brasil não consegue financiar o crescimento de gastos nesse nível e precisa repensar a evolução destes gastos que, segundo observou, cresceram muito ao longo dos últimos anos no país por diversos motivos, como o crescimento do número de beneficiários de políticas públicas, o reajuste desses benefícios que crescem de forma acenuada etc.

Ele esclareceu ainda que muitos desses benefícios têm critério de entrada de elegibilidade muitos generosos e é preciso rever essa



Márcio Holand, professor associado da Escola de Economia da FGV

questão. “A PEC do teto tem uma função muito importante de estabelecer o limite do gasto público brasileiro o que é fundamental para o crescimento de médio prazo no Brasil”.

No entanto, chamou a atenção para as implicações que a proposta terá para a saúde pública brasileira. Segundo ele, no caso em particular da saúde, certamente haverá grave problema, uma vez que as outras despesas do governo crescem mais do que a inflação, e o governo fixa um piso de crescimento do gasto à saúde na inflação.

Ele explicou haver grande chance de o orçamento da saúde perder grandes montantes de recursos nos próximos anos e estimou valores na ordem de 200 a 250 bilhões de reais de ‘economia’ em relação ao modelo atual que é pela correção da Receita Corrente Líquida até 2025. “O que se pede é uma reflexão desse caso em particular, afinal o gasto em saúde provavelmente cresce muito, um crescimento até natural já que a população está envelhecendo, os medicamentos estão se tornando mais complexos e caros, as doenças mais complexas requerendo diagnósticos mais complexos, equipamentos mais caros, portanto certamente o gasto em saúde é elevado no Brasil por conta dos avanços no setor”, finalizou Holland.

A votação em segundo turno da PEC está prevista para o dia 24 de outubro. Se aprovada, seguirá para análise no Senado Federal onde também deverá ser submetida a dois turnos de votação para então ser promulgada pelo presidente da República. ■



Principais pontos da PEC n. 241/16

Fonte: Agência Câmara

Em 20 anos as despesas públicas (incluindo os restos a pagar de anos anteriores) não poderão crescer acima da inflação acumulada em 12 meses no período encerrado em junho do ano anterior, quando a proposta orçamentária está sendo elaborada. A regra do teto inclui despesas com saúde e educação.

Excepcionalmente para 2017, as despesas totais vão crescer 7,2%.

Haverá regras especiais para saúde e educação:

- A educação seguirá o piso atual de 18% da receita de impostos;
- A saúde será contemplada com 15% da Receita Corrente Líquida.

PROGRAMA DE APOIO ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

novo módulo



Regulação

Nele você encontra informações sobre os instrumentos de apoio para a regulação, organização dos complexos reguladores, modelos de fluxos de acesso e orientações para a contratação de serviços de saúde

acesse pelo computador, *tablet* e *smartphone*

www.conass.org.br/guiainformacao



GUIA DE APOIO À GESTÃO ESTADUAL DO SUS

Eixos do Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS

- Gestão Pública
 - Administração Pública
- Planejamento e o Ciclo Orçamentário
 - Gestão Financeira
 - Regulação
- Informações para a Gestão do SUS



PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE UMA PROPOSTA DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA EVANGELISTA

Enfermeira, especializada em Saúde Pública, Administração Hospitalar, Gestão em Saúde Coletiva, Mestra em Ciências da Saúde. Foi Diretora de Saúde de Aracaju e Secretária Adjunta de Estado da Saúde de Sergipe. Atualmente é Gerente do Núcleo de APS do CONASS.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido uma grande preocupação dos gestores estaduais, uma vez que é de responsabilidade dos Estados fortalecer esse nível de atenção, assessorando os municípios na organização e na educação permanente de suas equipes, além de definir fontes de financiamento adequado, bem como monitorar e avaliar sua execução e os indicadores relacionados. Nesse sentido, o CONASS vem desenvolvendo, desde 2007, a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), uma proposta que vai além de uma simples capacitação, pois propicia o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão.

Por meio de um Laboratório de Inovação realizado pelo CONASS no município de Tauá, no Ceará, em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Secretaria Municipal de Saúde de Tauá, Escola de Saúde Pública do Ceará e FIOCRUZ Ceará, a PAPS demonstrou ser um processo capaz de transformar a APS, tornando-a resolutiva e de qualidade.

Em Minas Gerais, no município de Santo Antônio do Monte, foi realizado outro Laboratório de Inovação, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com foco na integração da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), que demonstrou resultados muito efetivos. As propostas teórica metodológicas estão sintetizadas nos Quadros 1 que descreve elemento que devem ser esclarecidos com as esferas de gestão envolvidas; no quadro 2 descreve as oficinas para alinhamento conceitual e conhecimento de novos instrumentos de ação a serem desenvolvidos nos espaços da APS, no Quadro 3 os momentos de tutoria necessários para a alavancar mudanças nos espaços concretos de trabalho da APS.

Outras iniciativas inovadoras também são acompanhadas pelo CONASS na organização e integração da APS com a AAE, tais como os Centros de Especialidades dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e as Policlínicas de Atenção Especializada no Ceará.

Para que a APS consolide seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção, tais experiências evidenciaram a necessidade de integração da proposta de Planificação da APS com a AAE, concretizando, na prática, a implantação das Redes de Atenção à Saúde.

Constata-se que a AAE constitui, hoje, um problema relevante nos sistemas de atenção à saúde, em geral, e no SUS, em particular, não sendo ainda contemplada com uma política nacional. As razões para isso são várias, mas há que se ressaltar duas dimensões fundamentais: a AAE corresponde a um vazio cognitivo, sendo uma das áreas menos estudadas no SUS; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, distante, portanto, das propostas de constituírem-se como pontos de atenção da RAS.

Segundo Mendes (2012), o diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é que a AAE é um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, o que, normalmente, se denomina de “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial”. Ainda que não se possa negar que há déficit de oferta em algumas especialidades, um aprofundamento do diagnóstico vai mostrar que muitos problemas, que se manifestam sob a forma de vazios assistenciais, podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações entre a APS e a AAE sem, necessariamente, aumentar a oferta de serviços ambulatoriais secundários.

No contexto atual, a organização e qualificação da AAE passa, necessariamente, por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados. Isso pode ser alcançado a partir de diretrizes clínicas com a estratificação de riscos e o manejo adequado das condições crônicas, com a sua estabilização, superando o chamado “efeito velcro”, onde há uma vinculação definitiva dos usuários na AAE, independente da gravidade do seu quadro. Isso exige a superação da atenção ambulatorial baseada na consulta médica individual, com a introdução de um atendimento multiprofissional interdisciplinar e utilização de novas ferramentas de gestão do cuidado.

Com essa proposta, a AAE assume também um novo papel na RAS, compartilhando o conhecimento com a APS, por meio de interconsultoria, supervisão e educação permanente, construção coletiva e monitoramento de planos de cuidado.

Com todo esse contexto e aprendizado, o CONASS aprimora a proposta da PAPS para a **“Planificação da Atenção à Saúde (PAS): um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas Redes de Atenção à Saúde”**.

A PAS consiste na realização de um conjunto de oficinas, tutorias e capacitações de curta duração para as equipes de saúde e técnico-gerenciais dos Estados e municípios, visando à organização dos macro e microprocessos da APS e AAE, envolvendo todos os trabalhadores e gestores.

A fundamentação teórica da PAS é de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicada pelo CONASS e OPAS, a saber: *As redes de atenção à saúde* (2011), *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família* (2012) e *A construção social da APS* (2015).

Para dar conta da atual situação epidemiológica, de transição demográfica e alimentar, Mendes propõe ao Sistema Único de Saúde (SUS) o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), baseado nos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente (Bengoa, Porter e Kellogg, 2008), *Cuidados Crônicos* (Wagner, 1998) e *Determinantes Sociais da Saúde* (Dahlgren e Whitehead, 1991).

A ampliação da cobertura da APS no Brasil exigiu um grande esforço dos gestores, mas é premente a qualificação dos processos para que possa assumir o papel de coordenadora da RAS, confirmando a Estratégia de Saúde da Família como modelo mais eficaz para reorganização da APS.

Considerando que o “locus” de atuação da APS é municipal, é imprescindível a participação efetiva do CONASS e CONASEMS para a efetivação da PAS, a fim de consolidar a implantação da RAS de modo a melhorar a qualidade da atenção, a eficiência econômica do Sistema, a qualidade de vida das pessoas usuárias e os resultados sanitários do país.

Quadro 1. Momentos de organização dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde. CONASS, 2016.

Momento 1	<p>Intervenções na estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da estrutura da APS, considerando a proporção de unidades em face da população de referência; as condições prediais da unidade; os equipamentos e materiais; a composição da equipe e os recursos financeiros necessários • Elaboração de um plano de melhoria da estrutura <p>Macroprocessos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Territorialização • Cadastramento familiar • Classificação de risco da família • Diagnóstico local • Conhecimento das subpopulações alvo prioritárias • Estratificação de risco das condições crônicas • Programação local • Agenda de atendimentos • Contratualização
	<p>Microprocessos básicos assistenciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento inicial do usuário • Recepção • Fluxos internos • Vacinação • Curativo • Farmácia • Dispensação de medicamentos controlados e não controlados • Coleta de exames • Procedimentos terapêuticos • Aferição de pressão arterial • Aferição de glicemia capilar • Prontuário eletrônico
	<p>Microprocessos básicos relativos à segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higienização e limpeza • Higienização de mãos • Esterilização • Gerenciamento de resíduos
Momento 2	<p>Macroprocessos de atenção aos eventos agudos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Classificação de risco • Atendimento aos eventos agudos azul e verde • Primeiro atendimento das pessoas com eventos amarelo, laranja e vermelho e encaminhamento para pronto atendimento ou pronto socorro
Momento 3	<p>Macroprocessos de atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, hiperutilizadoras e com enfermidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento das condições crônicas prioritárias • Estratificação de riscos • Elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado • Autocuidado apoiado • Gestão de caso • Novos formatos da clínica: atenção contínua, atenção compartilhada a grupo, matrícula entre especialistas e generalistas • Educação permanente dos profissionais de saúde • Educação em saúde: os grupos operativos e a educação popular, mapa de recursos comunitários

Momento 4	<p>Macroprocessos relativos às tecnologias de suporte às mudanças de comportamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo transteórico de mudança • Entrevista motivacional • Grupo operativo • Técnica de solução de problemas
	<p>Macroprocessos de atenção preventiva, relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de atividade física • Programa de reeducação alimentar • Programa de controle do tabagismo • Programa de controle do álcool e outras drogas • Programas de rastreamento de condições de saúde • Programas de prevenção quaternária
Momento 5	<p>Macroprocessos de demandas administrativas:</p> <p>Assistenciais: atestados médicos, renovação de receitas, análise de resultados de exames, relatórios periciais</p> <p>Gestão da unidade: registro sanitário, CNES, segurança do trabalho, sistemas de informação e relatórios de gestão, prontuário</p>
Momento 6	<p>Macroprocessos da atenção domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliar • Assistência domiciliar • Internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte • Acompanhamento domiciliar • Vigilância domiciliar
Momento 7	<p>Macroprocessos de autocuidado apoiado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação e educação para o autocuidado • Elaboração e monitoramento de um plano de autocuidado • Apoio material para o autocuidado

Quadro 2. Oficinas da Atenção Primária à Saúde. CONASS, 2016.

Oficina 1 Redes de Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento Conceitual das RAS • Estrutura Operacional das RAS • Modelos de Atenção à Saúde • Sistemas de atenção à saúde • O Processo de Modelagem das RAS
Oficina 2 Atenção Primária à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária à Saúde • Elementos Constituintes da APS • Orientação Comunitária e Promoção à Saúde
Oficina 3 Territorialização	<ul style="list-style-type: none"> • Território • Riscos e Vulnerabilidade • Análise territorial ambiental, demográfica, sociocultural, econômica, epidemiológica e ambiental
Oficina 4 Organização da UBS e do Processo de trabalho em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e classificação de risco • Estratificação de risco das condições crônicas • O Processo de trabalho • Organização do processo de trabalhado para os eventos agudos na APS • Mecanismos de Gestão da Clínica, diretrizes e Protocolos Clínicos • Organização da Demanda Programada e Espontânea

Oficina 5 Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Vigilância em Saúde: conceito e componentes Articulação no território entre Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e APS A estruturação da Vigilância em Saúde na região de saúde e no município
Oficina 6 Sistemas de Informação, Monitoramento e Análise de Situação de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Análise de Situação Saúde - importância de sua incorporação na gestão e na prática cotidiana dos serviços A utilização das informações no planejamento e na programação das atividades para a tomada de decisão "Painel de Bordo"

Quadro 3. Oficinas tutoriais da Atenção Ambulatorial Especializada. CONASS, 2016.

Oficina tutorial 1	<ul style="list-style-type: none"> Alinhamento sobre a AAE Conhecimento do território de abrangência, equipes de APS A estratificação de risco das condições crônicas e o conhecimento das subpopulações alvo Programação da atenção
Oficina tutorial 2	<ul style="list-style-type: none"> Fluxos internos: agendamento pela APS, recepção e acolhimento Atenção contínua e plano de cuidado
Oficina tutorial 3	<ul style="list-style-type: none"> A função de interconsulta Gestão da condição de saúde: manejo do alto e muito alto risco na fase de estabilização
Oficina tutorial 4	<ul style="list-style-type: none"> As funções de supervisão e educação permanente
Oficina tutorial 5	<ul style="list-style-type: none"> Gestão interna do ponto de atenção
Oficina tutorial 6	<ul style="list-style-type: none"> O sistema de gerenciamento

Referências

Mendes, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) abriu **Consulta Pública** n. 257/2016 para discutir os requisitos para o registro e cadastro de produtos para a saúde, quanto à proibição de reuso, rotulagem e instruções de uso. A proposta tem como objetivo estabelecer critérios técnicos para os produtos que são passíveis de reuso e para os quais essa prática é proibida. O prazo para envio de contribuições é até o dia 5 de dezembro e o formulário eletrônico está disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28231

Entre os dias 7 e 11 de novembro de 2016, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) promove, em parceria com a Academia Nacional de Medicina (ANM) e Academia Brasileira de Ciências (ABC), o simpósio internacional **Zika**. O evento será realizado no Rio de Janeiro e contará com a presença de profissionais e cientistas brasileiros e estrangeiros. Interessados em participar têm até o dia 25 de outubro para se inscrever e especialistas e estudantes de pós-graduação podem compartilhar os resultados de seus trabalhos. O prazo para submissão de resumos vai até o dia 30 de outubro, por meio do e-mail zika@ioc.fiocruz.br. Já as inscrições pode ser realizadas em <http://eventos.fiocruz.br/evento/zika-symposium>.

Uma boa notícia para celebrar o **outubro rosa**, mês dedicado à prevenção do câncer de mama. O número de mamografias feitas no Brasil cresceu 37% entre 2010 e 2016, quando o volume de exames feitos pelo SUS passou de 1,6 milhão para 2,2 milhões. Além da mamografia o SUS também oferece cirurgias oncológicas (mastectomia, conservadoras e reconstrução mamária), radioterapia e quimioterapia.

Após um esforço de 22 anos de ampla administração da vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola nas Américas, o continente é o primeiro do mundo a ser **declarada livre de sarampo**, uma doença viral que pode causar graves problemas de saúde. A declaração da eliminação do sarampo foi dada no dia 27 de setembro pelo Comitê Internacional de Peritos (CIE) de Documentação e Verificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita nas Américas. O sarampo tornou-se a quinta doença prevenível por vacinação a ser eliminada nas Américas, após a erradicação regional da varíola em 1971, da poliomielite em 1994 e da rubéola e síndrome de rubéola congênita em 2015. (Fonte: Opas/OMS)

A partir de 2017 meninos de 12 e 13 anos passarão a ser **vacinados contra o HPV**. O Brasil será o primeiro país da América Latina e o sétimo do mundo a oferecer a vacina contra o HPV para meninos em programas nacionais de imunizações. A medida foi apresentada pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, no dia 11 de outubro. A expectativa é imunizar mais de 3,6 milhões de meninos em 2017.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2016/2017

PRESIDENTE

João Gabbardo dos Reis (RS)

VICE-PRESIDENTES

Região Nordeste: Fábio Vilas Boas (BA); **Região Norte:** Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); **Região Centro-Oeste:** Leonardo Vilela (GO); **Região Sudeste:** Ricardo de Oliveira (ES); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Marcos Esner Musafi (TO); Francisco de Assis de Oliveira Costa (PI); Renilda Costa (AP)

Suplentes: Cesar Ferreira Penna de Faria (RR); Maria da Conceição Mendonça Costa (SE); Pedro Elias de Souza (AM)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: Jurandi Frutuoso Silva (CONASS)

ANS: Wilson Modesto Pollara (SP), e Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ)

Anvisa: Humberto Lucena Pereira da Fonseca (DF), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

CNS: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2016

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Cesar Ferreira Penna de Faria (RR); David Everson Uip (SP); Fábio Vilas Boas (BA); Francisco Costa (PI); Gemil Júnior (AC); George Antunes de Oliveira (RN); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); João Batista Pereira da Silva (MT); João Paulo Kleinubing (SC); José Iran Costa Júnior (PE); João Gabbardo (RS); Leonardo Vilela (GO); Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG); Marcos Esner Musafir (TO); Maria da Conceição Mendonça Costa (SE); Michele Caputo Neto (PR); Nelson Barbosa Tavares (MS); Pedro Elias de Souza (AM); Renilda Costa (AP); Ricardo de Oliveira (ES); Roberta Abath (PB); Rozangela Wyszomirska (AL); Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); Williames Pimentel (RO)

A revista **Consensus** é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

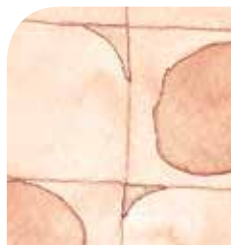
IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

TIRAGEM

5.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.



Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS, com o apoio do Ministério da Saúde




Opiniões, sugestões e pautas
Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br


Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9
Ed. Parque Cidade Corporate
Torre "C" – Sala 1105
CEP: 70308-200 – Brasília-DF


Siga o CONASS nas redes sociais!





 facebook.com/conassoficial

 flickr.com/conass

 twitter.com/conassoficial

 slideshare.net/conass

 youtube.com/conassoficial

 conass.com.br