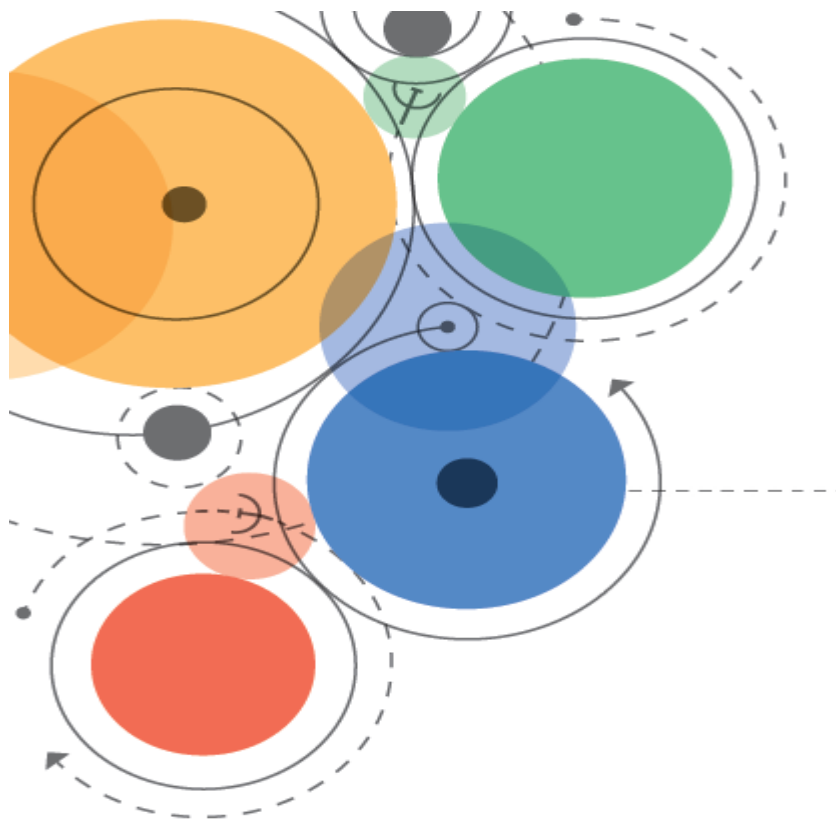




Sumário

1. Apresentação
2. Programação
3. Síntese das Mesas
4. Síntese das Oficinas de Trabalho
5. Reunião com as Representações das SES, SMS de Capitais e Cosems
6. Avaliação do Fórum e Seminário
7. Comissão Organizadora

1. Apresentação

Nos dias 22 e 23 de outubro de 2015, foi realizado evento referente ao I Seminário Nacional da Saúde Prisional e ao VI Fórum Nacional de Gestão Atenção Básica, em Brasília-DF, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). O objetivo foi debater e avaliar as diretrizes, rumos, estratégias e ações perante a Atenção Básica no Brasil, reunindo representantes das três esferas de governo, contando com gestores e técnicos do Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho de Secretarias Municipais da Saúde (Cosems), Coordenações de Atenção Básica dos estados e das capitais, além de universidades e outros.

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, PNAB, 2011). Além do texto normativo, datado de 2011, que rege a AB atualmente, é importante destacar os principais avanços desde então: o Programa Mais Médicos, que ampliou a cobertura; o crescimento do financiamento federal da Atenção Básica (105% nos últimos quatro anos); a criação e magnitude do programa RequalificaUBS, que conta com aproximadamente 40.000 obras em Unidades Básicas de Saúde (UBS); o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a partir da criação e fortalecimento da cultura de avaliação e monitoramento na AB, além do aumento da qualidade dos serviços, aporte de recursos etc.; a implantação do

novo sistema de informação da AB – estratégia e-SUS AB; a ampliação das ações e cobertura do Brasil Sorridente; o esforço de contemplar diferentes realidades/públicos/necessidades (ESFR-F e CnaR); a ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde; a universalização dos Nasf; os Programas Academia da Saúde, Saúde na Escola (PSE); a elaboração do Guia Alimentar para a população brasileira, entre outros.

Destacam-se alguns desafios: consolidar a reestruturação das UBS com reformas, ampliações, construções, equipamentos, informatização e conectividade; consolidar todas as ações previstas no Programa Mais Médicos, na perspectiva de construir uma política sustentável de gestão do trabalho para o conjuntos dos trabalhadores da AB; expandir, junto com o e-SUS AB, a utilização do prontuário eletrônico na AB; ampliar a integração das UBS com outros pontos de atenção das redes para, de fato, possibilitar a coordenação e continuidade do cuidado; intensificar a oferta de dispositivos de qualificação do trabalho na AB (educação permanente, Telessaúde, matriciamento, formação de estudantes e residentes, protocolos clínicos e de encaminhamento etc.); garantir financiamento tripartite compatível com os custos de uma AB mais resolutiva e considerando diferenças regionais; ampliar o acesso, a resolutividade e a capacidade de cuidado da AB.

Na VI edição do Fórum, participaram 32 coordenadores estaduais, 24 coordenadores municipais, 1 representante do Conass, 5 representantes do Conasems, 21 representantes dos Cosems, 78 representantes do DAB/SAS/MS, 9 representantes de outras áreas do MS, além de convidados e palestrantes.

2. Programação

Dia 22/10/15

VI Fórum Nacional de Gestão Atenção Básica

9h – Abertura dos Trabalhos – Cadastramento

9H30 – Mesa: “Acesso e Resolutividade da Atenção Básica”

Coordenação: DAB

Debatedor: Conasems

Debatedor: Luciano Bezerra Gomes – UFPB

Tema: Acolhimento e Acesso Avançado na Atenção Básica

SMS Florianópolis: Matheus Pacheco de Andrade

Tema: Integração entre Telessaúde e Regulação do Acesso

UFRGS/Telessaúde: Erno Harzhieim

Tema: Experiência entre Serviços de Atenção Básica e Especializados

SMS São Paulo: Karina Barros Calife Batista

13h30 – Oficinas de Trabalho:

1) Discussão sobre Aprimoramento da PNAB

2) Estratégia e-SUS AB/Prontuário Eletrônico – CGAA

3) Programa de Requalificação de UBS

4) Programa Mais Médicos

5) Integração da Atenção Básica e Vigilância em Saúde

16h30 – Reunião com as Secretarias Estaduais e Cosems

Espaço para discussão sobre a “Agenda da Atenção Básica” – considerando as demandas locais e a pauta nacional. Grupos com Cosems, Secretarias Estaduais de Saúde e capitais.

Dia 23/10/15

9h – Mesa: “O PMAQ e a Qualificação da AB”

Coordenação: DAB

Debatedor: Conasems/Conass

Tema: Experiência Municipal

SMS Senador Amaral/MG: Rosemeire do Carmo Lopes de Rezende

Tema: Cooperação Horizontal: a Experiência dos Percursos Formativos

MS: Alexandre Trino/Coordenador Saúde Mental

Tema: 3º Ciclo do PMAQ: Novidades e Perspectivas

DAB: Allan Nuno/Coordenador-Geral CGAA

14h – Plenária Final e Mesa de Encerramento

3. Síntese das Mesas

Dia 22/10/15

Precedendo a mesa, o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), Eduardo Alves Melo, apresentou os atuais avanços e desafios da Política Nacional de Atenção Básica norteadas por suas linhas de ação: ampliação do acesso à Atenção Básica; aumento do financiamento; ampliação e melhoria da infraestrutura das UBS; incentivo à melhoria do acesso e da qualidade da atenção; além de programas de provimento e fixação.

Entre os principais avanços, o diretor destacou o aumento da capilaridade e da expansão da cobertura da AB; o crescimento do financiamento federal para a Atenção Básica (100% nos últimos quatro anos); a criação e a magnitude do Requalifica UBS; o PMAQ; o esforço de contemplar diferentes realidades, públicos e necessidades; a ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde; a universalização dos Nasf; o Programa Mais Médicos; e a estratégia e-SUS AB. Para Eduardo Alves, os eixos para uma Atenção Básica resolutiva são: capacidade clínica e de cuidado das equipes; coordenação do cuidado; regulação do acesso e integração na rede; e incorporação de tecnologias duras.

Em seguida, Karina Barros Calife Batista, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, apresentou as diversas estratégias desenvolvidas pela Coordenadoria Regional de Saúde da Região Sudeste para diminuir as filas nas unidades de saúde, tendo como principal desafio a organização da Rede de Atenção à Saúde e visando garantir acolhimento, acesso e integralidade nos processos de cuidado. Entre as apostas para criação de dispositivos de construção de redes, as ações compreendem: i) reuniões semanais da coordenadoria com os

supervisores para promover a aproximação e troca de conhecimentos e agendas administrativas, política e de educação permanente; ii) criação do Fórum das Redes da Região Sudeste, com reuniões quinzenais; iii) criação do Projeto Entra na Roda; iv) Seminário A Produção do Cuidado na Perspectiva do Bem Comum; e v) fortalecimento da regulação na Região Sudeste.

Matheus Pacheco de Andrade, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, falou sobre como o município encontrou sua forma de melhorar o acesso. Entre as diretrizes estabelecidas, estavam a de que 50% da capacidade clínica seria para atendimento à demanda espontânea. Por sua vez, os agendamentos são feitos em até sete dias e, preferencialmente, a partir de escuta qualificada, sendo assim, nenhum paciente é liberado sem passar pela escuta de um profissional de saúde. O serviço de saúde possui uma clínica da enfermagem forte (*task sharing* com médico) e há alta cobertura populacional pela Atenção Primária à Saúde. Entre as iniciativas para ampliar o acesso, foram feitas, em 2011, Oficinas de Acesso em APS e, em 2013, Fóruns Municipais de Saúde.

A partir de 2013, a SMS começou a trabalhar com a Carteira de Serviços da Atenção Primária e montou uma Comissão da Sistematização da Assistência da Enfermagem. As residências médica e multiprofissional também contribuíram com o processo, além da elaboração de documentos de apoio à tomada de decisão clínica como Pack (*BMJ + KTU/Cape Town University*) e protocolos de enfermagem. Apesar dos avanços, como a inclusão do profissional fisioterapeuta nos processos de regulação e a diminuição da espera entre agendamento de 10 para 4 dias, por exemplo, Matheus destaca alguns desafios, como: a mudança cultural dos processos de trabalho e de organização das equipes, bem como dos profissionais individualmente; o paradigma de horário de atendimento dos centros de saúde; a estrutura física; a proporção de população por equipe; o potencial de sobrecarga dos profissionais em modelos de maior absorção de demanda; entre outros.

Erno Harzhieim, do Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), falou sobre a integração entre o Telessaúde e a regulação do acesso. O Telessaúde-RS é um projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS que visa a expandir os canais e meios de comunicação de forma a garantir autonomia, permitir fluxos de informações precisas, seguras e de qualidade com mecanismos regulatórios e de coordenação assistencial. O objetivo do projeto é qualificar a prática em Atenção Primária à Saúde, ajudar na tomada de decisão clínica e gerencial, aumentar a resolutividade e melhorar a saúde da população.

Atualmente, os principais produtos do Telessaúde são a plataforma, as teleconsultorias e o RegulaSUS. Por meio da plataforma, já foram respondidas mais de 15.400 teleconsultorias, evitando o encaminhamento em 67% e com 95% dos usuários satisfeitos ou muito satisfeitos. Por sua vez, as teleconsultorias agilizam a tomada de decisão para médicos de todo o Brasil e enfermeiros do Rio Grande do Sul. Mais de 35 mil dúvidas já foram respondidas por esse meio, com 99% dos usuários satisfeitos ou muito satisfeitos. Já o RegulaSUS atua na qualificação das filas de encaminhamento de forma a orientar o manejo de pacientes com problemas frequentes na Atenção Primária à Saúde, aumentando sua resolutividade e diminuindo o tempo de espera para consulta especializada.

O médico Luciano Bezerra Gomes, da Universidade Federal da Paraíba, levantou algumas questões para reflexão da mesa e da plenária. Para ele, o lugar do usuário no debate não deve ser visto como aquele que usa

ou consome o serviço, mas, sim, como sujeito ativo e participante do processo. Luciano ressaltou ainda a potencialidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que, em sua opinião, estão sendo subutilizados, bem como a necessidade de estados e municípios darem valor de uso às informações, relatórios e dados extraídos do PMAQ e e-SUS AB, por exemplo, para aprimorarem o processo de trabalho. Por fim, Luciano Bezerra destacou que iniciativas como Mais Médicos e Protab possibilitaram, pela primeira vez na história dos municípios, equipes de Atenção Básica completas, mas que agora é o momento de garantir a continuidade e a sustentabilidade dessas equipes.

Dia 23/10/15

Na parte da manhã, os trabalhos foram iniciados com a fala do coordenador-geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica (CGAT/DAB), Americo Mori, que apresentou os produtos informativos do DAB, suas publicações e lançamentos, como o do Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Segundo o coordenador, as ofertas do departamento são fruto de aposta em uma agenda de qualificação e resolutividade da Atenção Básica.

Em seguida, a coordenadora-geral adjunta da Atenção Básica (CGAB), Patrícia Araújo Bezerra, fez a apresentação dos integrantes da mesa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a qualificação da AB. Em seguida, convidou a secretária municipal de Saúde, Rosemeire do Carmo, a fazer uma exposição sobre a experiência do município de Senador Amaral (MG). O relato foi positivo e, segundo Rosemeire, o programa revolucionou o acesso e o andamento dos trabalhos nas UBS das áreas urbana e rural do município.

Após a experiência municipal, a assessora técnica da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/DAET/SAS/MS), Rubia Cerqueira Persechini Lenza, falou sobre o projeto de Cooperação Horizontal e a experiência dos Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto proposta de aprendizado e trabalho “extramuros”. Segundo a assessora, o projeto constitui-se de “uma formação de base territorial e articulada em rede, sendo que esse caráter coletivo do trabalho nos serviços de atenção psicossocial possibilita tanto reflexões coletivas sobre os paradigmas em saúde mental, como construções individuais que superam o paradigma asilar”.

O coordenador-geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA), Alan Nuno Alves de Sousa, que também compunha a mesa, falou sobre o 3º ciclo do PMAQ, suas novidades e perspectivas. “Temos trilhado um caminho importante nesse processo de qualificação da Atenção Básica e de aumento da resolutividade, e o 3º ciclo do PMAQ está tentando dialogar com o momento histórico que vivemos, não só repetindo o já vivido no 1º e 2º ciclos, mas reconhecendo aquilo que está dando certo e tentando incorporar novos mecanismos para superar o que identificamos como necessidade de acúmulo”, afirmou, ao apresentar as novidades do programa. Também participaram da mesa como debatedores os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Thiago Frank, e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Hisham Hamida.

A solenidade de encerramento do VI Fórum foi precedida pela apresentação dos resultados das cinco oficinas de trabalho realizadas na tarde anterior, tendo como temas: o aprimoramento da Política Nacional de

Atenção Básica; a estratégia e-SUS AB e os prontuários eletrônicos; o Programa de Requalificação das UBS; o Programa Mais Médicos e a Integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

Entre os encaminhamentos apresentados pelos participantes das oficinas, estão a necessidade de aprimorar a forma de apoio aos municípios que ainda têm dúvidas sobre o e-SUS AB, de aproximar os supervisores do Programa Mais Médicos das gestões municipais, bem como de buscar possibilidades de transição após os três anos de provimento de profissionais pelo programa, o que deve acontecer a partir de meados de 2016. Alguns participantes defenderam ainda rediscussão sobre os indicadores para controle de doenças transmissíveis e reavaliação do número e da forma das capacitações oferecidas aos profissionais da Atenção Básica acerca das ações de vigilância em saúde. Sobre o Requalifica UBS, os participantes pleitearam flexibilização das especificações, principalmente para atender unidades que fogem aos padrões estabelecidos, como as que funcionam em áreas rurais.

Com número maior de participantes, a oficina que discutiu a reforma da PNAB resultou em uma série de propostas para a construção do novo marco legal, tais como: especificação das atribuições de cada categoria profissional da equipe de Atenção Básica; encaminhamento de um texto mais enxuto, apenas com diretrizes, para que os municípios possam adaptar as regras às suas realidades locais; o reconhecimento dos arranjos locais; modelo de financiamento que assegure maior autonomia aos municípios na execução dos recursos; flexibilidade de carga horária dos profissionais das equipes e também do número de agentes comunitários de saúde em cada equipe; consideração das diferenças regionais no momento do financiamento de obras; e definição de um escopo de ações da Atenção Básica, entre outras.

Durante a solenidade de encerramento, a representante do Conasems, Cristiane Leão, defendeu que o relatório final do Fórum seja avaliado e monitorado por um grupo de trabalho, de maneira a avaliar os avanços. Ela lembrou da situação de fragilidade dos municípios em que profissionais contratados pelo Mais Médicos não tiveram seus contratos renovados a partir do próximo ano. Destacou ainda que, muitas vezes, o financiamento de obras, a aquisição de equipamentos ou mesmo o custeio por meio de emendas parlamentares encontra dificuldades junto ao próprio congressista, que, segundo ela, é difícil de ser convencido.

Já a representante do Conass, Maria José Evangelista, afirmou que o momento atual, de escassez de recursos, demonstra a necessidade de “potencialização de energias e recursos para a construção da Atenção Básica que queremos”. Concluindo a solenidade, o diretor do DAB, Eduardo Alves Melo, conclamou a todos para “manter aceso o debate sobre a Atenção Básica” no País e destacou o modelo de cooperação horizontal, que vem sendo implementado pelo departamento, como “estratégia potente para uma ação em redes”.

Links para as apresentações:

4. Síntese das Oficinas de Trabalho

Grupo 1 – Discussão sobre o aprimoramento da PNAB

- na estrutura da PNAB, repensar a necessidade de especificação das atribuições de cada categoria profissional;
- a PNAB não precisa ser um manual. Deve ser composta de diretrizes robustas, e a montagem e organização ficam sob responsabilidade de espaços de pactuação estadual, regional e local;
- organizar em forma de artigos e ter como produto final um documento enxuto com diretrizes de que AB queremos no Brasil;
- ao conceituar a AB, considerar os equipamentos públicos/programas/estratégias atuais, como: PMAQ, PSE, Academia da Saúde, requalifica etc.;
- rediscutir as equipes parametrizadas (equipes de AB) considerando o arranjo, as diretrizes de organização e financiamento. Equipes parametrizadas com bom padrão de qualidade poderiam receber financiamento equivalente ao da ESF;
- reconhecer experiências locais em relação a arranjos de equipes, não contemplados pela PNAB;
- repensar financiamento que garanta mais autonomia de gasto pela gestão municipal (PAB variável e a PT 204 são insuficientes);
- definir novos arranjos "modernos" de equipes de AB;
- evoluir para modelos de financiamento parcial para equipes parcialmente providas e ampliar o prazo de adequação para 120 dias;
- repensar o papel e as competências necessárias para o ACS integrar a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família;
- não definir na PNAB o número mínimo de ACS por equipe, e sim estabelecer que os gestores locais definam o arranjo de equipe considerando critérios epidemiológicos, vulnerabilidades social e econômica;
- possibilidade de flexibilizar a carga horária dos diversos profissionais (composição mais flexível para a ESF, assim como é no NASF);
- considerar a clientela (vínculo perto da casa ou do trabalho) para a escolha do local de atendimento;
- considerar as especificidades regionais para o financiamento de obras;
- ambiência mínima esperada das UBS;
- buscar que a PNAB coloque diretrizes permitindo flexibilizar conforme realidade local;
- rediscutir as responsabilidades dos entes tanto no financiamento, quanto nas ofertas de educação permanente;
- pensar estratégias para potencializar a formação dos profissionais no contexto da AB e com foco na resolutividade;
- definir carteira de serviços/escopo de ações e serviços esperados na AB;
- repensar o papel/atribuições do enfermeiro nas equipes, considerando a necessidade premente de esse profissional realizar mais ações de cuidado/clínicas;

- repensar os parâmetros de população coberta por equipe de AB/SF, inclusive para a residência médica e multiprofissional;
- fomentar maior integração entre ensino-serviço, com indução financeira para os municípios;
- fazer um processo descentralizado e ascendente de ampla escuta para o aprimoramento da PNAB.

Grupo 2 – Estratégia e-SUS AB/Prontuário Eletrônico

- explanação das estratégias ofertadas pelo MS para qualificação da implantação do e-SUS;
- apresentação dos indicadores do 3º ciclo do PMAQ;
- a proposta da oficina era a construção coletiva sobre as estratégias que a SES e os municípios poderiam apoiar para a qualificação do registro das informações via e-SUS\Sisab;
- surgiram demandas sobre o sistema de informação e implantação do e-SUS;
- aspectos mais abordados: cadastro; relatórios (tanto na aplicação, quanto no Sisab); digitação; integração entre os sistemas de informação; thrift; alimentação do BPA\SIA; reforço da comunicação entre MS, SES e município;
- foi pactuado o retorno sobre as dúvidas apresentadas por meio de e-mails;
- dificuldades em implantação pelos municípios e será realizado para avaliação do PMAQ;
- prorrogação dos prazos X prorrogação excessiva do e-SUS – seria mais coerente não colocar prazos;

Grupo 3 – Programa de Requalificação de UBS

O Requalifica UBS pretendeu solucionar as questões mais centrais no que tange à infraestrutura das UBS. Entretanto, é consenso que é necessário lançar mão de novos olhares para avanço do programa. O Requalifica UBS poderia ser mais agudo para contemplar as especificidades regionais, ESF em zona rural e entre outras.

- ampliar o canal de diálogo com o MS para repensar alguns pontos referentes à ambiência das UBS com propósito de ampliar a resolutividade e a capacidade clínica das equipes;
- analisar como as emendas parlamentares de equipamentos poderiam ser atreladas às UBS do RequalificaUBS concluídas;
- considerando que em regiões específicas, principalmente no Norte/Nordeste e, isoladamente, em algumas localidades, é importante repensar estratégias equitativas de construção do m² de UBS;
- nas emendas parlamentares, é necessário verificar como é possível manejar as questões de valor de objeto que se torna “desatualizado” devido à morosidade da transferência de recursos;
- a disponibilidade da ata de registro para construção de Unidade Básica de Saúde será importante para agilizar a conclusão das obras e resolver um grande problema dos municípios com licitação de obra;
- os critérios para contemplação de unidades móveis odontológicas por meio de emendas parlamentares precisam de maior divulgação;
- a quantidade de anos entre a contemplação de ampliação/reforma para UBS precisa de um novo olhar;
- avaliar a possibilidade de contemplar ampliação e reforma para uma mesma unidade, tendo em vista que as unidades necessitam dos dois componentes para criar condições de atendimento satisfatórias aos usuários.

Grupo 4 – Qualificação da AB a partir do Programa Mais Médicos

Movimentos que a partir do PMM fortalecem a expansão e a qualificação da AB:

- presença dos profissionais MM, em especial dos cooperados, permitiu a expansão e qualificação de ESF em diversos locais de difícil provimento;
- aproximação da CCE com a Coordenação Estadual da AB e Cosems;
- ações articuladas do PMM com as ações do PMAQ (apoio institucional, monitoramento, educação permanente, autoavaliação, uso dos resultados);
- continuidade dos profissionais Provac enquanto médicos MM (três anos);
- oficinas locais regionais como espaço de abertura de diálogo entre diferentes atores a partir das realidades regionais buscando a qualificação da AB;
- interiorização da formação médica;
- Coapes (Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Serviço) como instrumento de fortalecimento da integração ensino-serviço.

Desafios a serem enfrentados:

- ampliar o debate sobre o Eixo Formação do MM;
- fortalecer as CCE articulando os diversos atores implicados;
- aproximação da Residência Geral de Medicina de Família e Comunidade e as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família;
- aproximação dos supervisores com a Gestão Municipal e CCE;
- ampliar o potencial da presença do supervisor do MM;
- ampliar debates sobre a transição após os três primeiros anos de provimento.

Grupo 5 – Integração da Atenção Básica e Vigilância em Saúde

Perguntas disparadoras:

- 1) *Como a agenda da Atenção Básica pode potencializar a Vigilância e a Promoção?*
- 2) *Como a agenda da Vigilância e Promoção pode potencializar a Atenção Básica?*
- 3) *Qual agenda está posta para fortalecer a relação Atenção Básica-Vigilância-Promoção?*
- 4) *Quais as estratégias para estruturar/formalizar essa agenda?*

Sugestões do grupo para interagir com as questões:

- . grupos de trabalho e comitês da Atenção Básica contarem com a participação da Vigilância e vice-versa;
- . estabelecer agenda única, planejando eventos e ações conjuntamente entre Atenção Básica e Vigilância e Promoção;
- . incluir a saúde indígena também nas discussões relacionadas à vigilância.
- Rever modelos de atenção:
 - aprimorar modelo de vigilância;
 - integralidade do cuidado (ex. gestão do cuidado > gestão de agravos);
 - pensar em linhas de cuidado do usuário;

- apoio matricial;
- repensar Redes de Atenção à Saúde.
- Aproximação aos municípios:
 - ampliar o apoio presencial da gestão estadual aos municípios;
 - potencializar as Comissões Intergestores Regionais (CIR);
 - “ouvir” mais os municípios, por exemplo, na implementação de protocolos;
 - considerar a territorialização na gestão do cuidado.
- Indicadores:
 - rediscutir indicadores (exs. redução da mortalidade materna, redução do número de casos de sífilis);
 - como fazer com que a promoção de fato traga impacto nos indicadores?;
 - reavaliar o número e a forma como as capacitações são realizadas (“Muitas capacitações são realizadas, no entanto, sem resultados nos indicadores”. “Têm informações que, talvez, pudessem ser transmitidas, por exemplo, via nota técnica).
- Gestão da informação:
 - a Vigilância deve prover informação qualificada à Atenção Básica;
 - foi ressaltada a importância de alimentação dos sistemas de informação do SUS;
 - contemplar ações da Atenção Básica e da Vigilância no e-SUS;
- Saúde do Trabalhador: ainda muito incipiente, restrita, muitas vezes, ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).
- Vigilância ambiental: ainda um grande desafio. Precisa ser mais discutida.
- Financiamento
 - valorizar ações bem-sucedidas no território (“Potencializar o financiamento com o que fazemos de bom – Ex. PMAQ”);
 - rediscutir o financiamento em saúde é necessário.
- Revisão da PNAB – Na reformulação da Política Nacional de Atenção Básica, é necessário:
 - promover a articulação com a política de vigilância (as duas políticas devem estar alinhadas);
 - debater a inclusão do ACE (agente de combate a endemias) na ESF.

Observação:

Uma das estratégias sugeridas pelo grupo foi a criação de cooperação técnica que envolvesse áreas da Atenção Básica e da Vigilância para a estruturação de indicadores e formulação de um plano de ação conjunto, com definição de desafios, estratégias, responsáveis e prazos. Ex. No estado de Alagoas, a comissão técnica elencou 24 municípios iniciais e realizam visitas ao território, com duração de três dias, quando estabelecem um Termo de Cooperação e monitoram após cerca de 30 dias.

Relatos sobre a prática da SES na AB e demandas

- adesão ao PMAQ, não focar apenas no recurso financeiro referente à adesão, ver o processo de trabalho e como qualificá-lo. Oficinas, apoio institucional, entre outros;
- reestruturação e qualificação da AB;
- início da integração da AB com a VS;
- implantação do e-SUS, a SES não possui conhecimento para apoiar, tem que entrar em contato com o DAB;
- mudanças na gestão;
- melhorar comunicação com apoiador. “Não quer ser escritório descentralizado do MS”;
- construção de plano com os municípios indicando em quanto tempo levariam para chegar a um % pactuado de implantação do E-SUS;
- o estado (SES) pode não estar fazendo sua parte. Os municípios buscam apoio direto no MS;
- prazo curto para a avaliação do 3º ciclo devido às eleições municipais;
- crise financeira estadual;
- como gastar os recursos financeiros do PMAQ?
- desconhecimento sobre a saúde prisional na AB;
- disponibilização de dados do PMAQ e do e-SUS para a SES;
- problemas com a avaliação externa;
- dificuldade em completar a equipe da prisional, conforme portaria que regulamenta;
- aproximação com os municípios, utilizam o apoio institucional como estratégia;
- utilização da CIB como estratégia para implantação do E-SUS, contudo nem sempre recebem o relatório do *status* de implementação a tempo;
- credenciamento de equipes, caso seja necessário, priorizar eSFs para ampliação da cobertura;
- promoção da saúde na AB;
- apoio e cooperação técnica aos municípios, cooperação entre AB e VS;
- burocracia na AB e estrutura autoritária do MS com os municípios;
- apenas nessa gestão conseguiram ampliar e qualificar as UBS;
- indicadores do 3º ciclo do PMAQ: como? SES não tem acesso aos relatórios das equipes;
- cofinanciamento: estados não estão entrando com o recurso;
- saúde prisional: um município que tem o sistema prisional privatizado e como ficam as equipes de AB?
- falta de articulação e comunicação nas áreas técnicas (exs.: DAB e Dapes);
- os profissionais devem digitar sua produção. E os ACS? Realidades em que os ACS não sabem digitar e gera problemas na relação desses profissionais com os gestores;
- problemas CH das equipes de prisional;
- saúde indígena – confronto entre as equipes – CH diferentes;
- escutar mais os municípios/Cosems e SES – problemas. Falta de comunicação com esses atores.

Relatos sobre a prática das SMS de capitais na AB e demandas

- desafio de fortalecer e definir o processo de trabalho das eSF;
 - as propostas para qualificação da AB trazidas pelo PMAQ são ações que já deveriam ser feitas pelas equipes, por outro lado, as ofertas e ferramentas do PMAQ mostram novas possibilidades de ações a serem feitas pela gestão municipal;
 - as decisões de gabinete no Ministério da Saúde precisam ouvir mais os municípios;
 - AB dentro do debate da regulação;
 - as redes deram visibilidade para a AB – sempre que há debate das redes, a primeira abordagem é sobre a AB;
 - programas e estratégias do MS muitas vezes fragmentam a AB, existe, portanto, um desafio de fortalecer uma AB integral, mas, ao mesmo tempo, destacar elementos importantes da AB sem fragmentá-la;
 - subfinanciamento da AB e preocupação com os processos de trabalho das equipes;
 - o DAB propõe programas e estratégias muito bons que geram grandes expectativas nos municípios, mas que por muitas vezes não cumprem as promessas. Por exemplo: banda larga que em muitos municípios não funciona ou tem uma velocidade ruim a ponto de não viabilizar o uso dos sistemas da AB;
 - o MS tem grande influência e poderia aproveitá-la para fortalecer a clínica em enfermagem construindo protocolos de enfermagem, fazendo seminários ou debates nacionais sobre o tema;
 - relação número pessoas x equipes – excesso de pessoas por equipe, pensar em número recomendado de pessoas por equipe, levando em consideração a vulnerabilidade (ex. áreas com maior vulnerabilidade teriam equipes com número menor de pessoas), não se esquecer de que, em áreas de classe média, esta população está crescentemente solicitando cuidado;
 - as capitais recebem muita demanda do entorno/região metropolitana;
 - necessidade de valorização do trabalho da enfermagem, e melhor definição de seu papel para que não sejam sobrecarregados nem se escondam na “burocracia” da gerência;
 - importância de um olhar de cuidado aos ACS e ACE, pois têm propensão a passar por um processo de adoecimento, debater formas de gratificação financeira ou outras formas de valorização do trabalhador;
 - o PMAQ mostrou fragilidade no cuidado às doenças crônicas, saúde da mulher e da criança e promoção à saúde e prevenção à violência no município;
 - importante diferença na gestão quando o secretário de saúde é oriundo da AB;
 - município atualmente com foco em seis eixos para qualificação das equipes:
- Acolhimento – lançamento de guia municipal para auxiliar na tomada de decisão do técnico de enfermagem;
- Nasf – ainda são poucos no município, mas dialogam muito com as equipes da AB;
- Apoio institucional;
- Carteira de serviços da AB;
- e-SUS AB – município com forte investimento em infraestrutura, com toda a aposta na implantação do e-SUS/AB em diferentes cenários;
 - investimentos em monitoramento – trabalho da vigilância e assessoria de planejamento central, juntamente com PMAQ e e-SUS AB;
 - a AB está se tornando muito complexa, com a mesma composição de equipe de 30 anos atrás; pensar em outras composições como 2º enfermeiro e 2º técnico de enfermagem;

- implantação dos protocolos de enfermagem;
- informatização das UBS com implantação regulação descentralizada;
- momento de dificuldades financeiras na saúde;
- realização de cooperação horizontal antes da iniciativa do MS;
- impossibilidade de credenciamento de equipes;
- sugestão ao ministério de acompanhamento durante todo o processo de implantação do e-SUS;
- déficit de ACS, categoria com alta rotatividade;
- todas as USB que possuem farmácias do município têm a presença de farmacêuticos;
- melhorar a infraestrutura das UBS;
- força de trabalho da AB concursada: mais desafios pra a gestão;
- investimentos nos tablets para os ACS;
- dificuldades da relação capital x estado;
- falta de financiamento estadual da AB;
- dificuldade de implantação das equipes de Saúde Bucal (salário de R\$ 5.000,00 para 20h dos dentistas);
- dificuldades com e-SUS, realizam a digitação do CDS ainda de forma insuficiente e possuem sistema próprio paralelamente, porém os dados monitorados entre os dois sistemas nunca coincidem;
- experiências positivas com as equipes de CnaR;
- implantar acolhimento à demanda espontânea na AB;
- credenciamento das equipes de CnRua que já estão funcionando;
- expectativas (“medo”) da adesão ao PMAQ;
- modelo que trabalha na lógica queixa conduta, o que gerou um esvaziamento da AB;
- retomada de fortalecimento da AB;
- Política Pública de Promoção de Saúde ocupando espaços públicos. Aposta em ações intersetoriais;
- Jovem SUS – jovens de 18 a 24 anos desempregados recebem uma bolsa por 12 meses trabalho para serem a equipe de “acolhimento”/“posso ajudar” nas UBS (iniciando com 800 vagas para 256 UBS prioritárias);
- importância do Programa Mais Médicos para ampliar a cobertura da AB;
- dificuldades com atualizações no SCNES;
- parceria com a universidade de arquitetura para projetos do Requalifica;
- ampliação da democracia institucional, a exemplo das iniciais no Apoio Institucional, Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, bem como maior aproximação da gestão com os trabalhadores da saúde.
- experiências de Apoio Matricial, a exemplo da construção da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas;
- áreas de vazio assistencial, crescimento da cidade em áreas vulneráveis;
- dificuldades com inconsistências no SCNES – muitos municípios relatam que colocam informações que nunca sobem a base nacional;
- resignificar o processo de trabalho dos ACS quanto à visita domiciliar;
- resistência dos profissionais para implementação do acolhimento à demanda espontânea;
- ênfase nas residências em Saúde da Família;

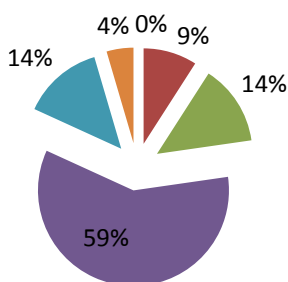
- o Ministério da Saúde deveria pensar melhores formas para acompanhamento do processo de trabalho dos ACS.

6. Avaliação do Fórum e Seminário

Divulgação

Péssimo	Fraco	Médio	Bom	Excelente	Não se aplica
00	02	03	13	03	01

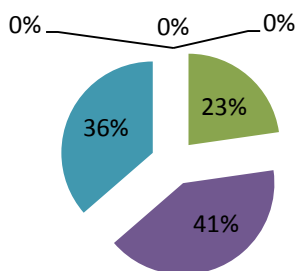
■ Péssimo ■ Fraco ■ Médio ■ Bom ■ Excelente ■ Não se aplica



Programação

Péssimo	Fraco	Médio	Bom	Excelente	Não se aplica
00	00	05	09	08	00

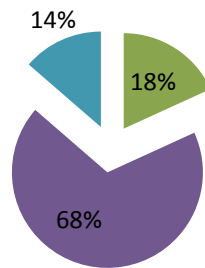
■ Péssimo ■ Fraco ■ Médio ■ Bom ■ Excelente ■ Não se aplica



Organização

Péssimo	Fraco	Médio	Bom	Excelente	Não se aplica
00	00	04	15	03	00

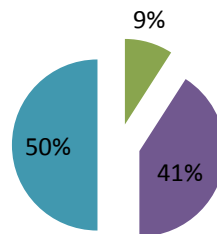
■ Péssimo ■ Fraco ■ Médio ■ Bom ■ Excelente ■ Não se aplica



Temas abordados

Péssimo	Fraco	Médio	Bom	Excelente	Não se aplica
00	00	02	09	11	00

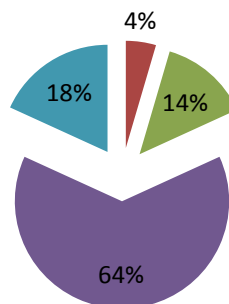
■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6



Adequação das instalações

Péssimo	Fraco	Médio	Bom	Excelente	Não se aplica
00	01	03	14	04	00

■ Péssimo ■ Fraco ■ Médio ■ Bom ■ Excelente ■ Não se aplica



7. Comissão Organizadora

A comissão organizadora foi responsável pelo planejamento e execução do Seminário e foi constituída por:

Dirceu Ditmar Klitzke

Marcelo Pedra Marins Machado
Gabriely Burato Farias
Fabio Fortunato Brasil de Carvalho
Melquia da Cunha Lima
Karoline Simões Moraes
Raquel Lima de Oliveira e Silva
Lana Varandas de Jesus Rocha
Nágila Verônica Sousa de Freitas
Suellen de Souza dos Santos
Rosane Angelita Bennech Vercilo
Julia Maria Dantas Vieira

Agradecemos a todos os integrantes do Departamento de Atenção Básica pelas contribuições.