

Análise da proposta de Política Nacional de Atenção Básica - 2017

Reunião Ordinária do Conselho Nacional de
Saúde

Brasília, 14 de setembro de 2017

Hêider A. Pinto

A apresentação

- O modelo hegemônico – 2 slides
- A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família - 7 slides
- O Conselho Nacional de Saúde e a PNAB 2011 – 3 slides
- Quais as mudanças na PNAB aprovada na CIT? – 3 slides
- Análise das justificativas e efeitos da PNAB aprovada na CIT – 11 slides
- Conclusão – 3 slides



O modelo hegemônico

2 slides

O Modelo de Atenção Hegemônico

- **O modelo Médico Neoliberal Privatista, analisado por autores como Paim, se caracteriza por ser:**
- Centrado na doença e no corpo biológico individual em vez de na pessoa (sujeito integral), sua família, comunidade, contexto (determinantes sociais), sua história e modos de viver a vida
- Centrado em procedimentos médicos (de diagnóstico e “cura”) e não no cuidado integral do usuário
- Uniprofissional, biomédico-ocidental (exclusivo e excludente), centrado no hospital e com relação profissional-cidadão unidirecional e autoritária

Atenção Básica remando contra a maré

- A Atenção Básica defendida pelo movimento de reforma sanitária brasileiro busca ser contra-hegemônica e superar esse modelo de atenção
- A Estratégia de Saúde da Família é o modo prioritário da produção desse movimento na Atenção Básica
- Mudança que é necessária em todos os níveis e pontos de atenção do Sistema de Saúde



A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família

7 slides

Atenção Básica no Brasil

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação 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”

(PNAB 2011)

Atenção Básica no Brasil

- Deve considerar o cidadão/usuário em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a **atenção integral**
- Deve ser realizada por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de **trabalho em equipe**
- Deve ser dirigida a **populações de territórios delimitados**, pelas quais assume a **responsabilidade** sanitária
- Destacamos mais alguns de seus princípios:
 - **Acolhimento, vínculo e responsabilização**
 - **Integralidade, longitudinalidade, resolubilidade e coordenação do cuidado**

Conexão entre discurso, prática e política

- Esses princípios, além de ideias-força e marcos de referência, precisam se traduzir em diretrizes, normas e dispositivos jurídicos, financeiros, administrativos e organizacionais para que se efetivem no dia a dia dos trabalho e cuidado em saúde
- Assim, é necessário ter: equipe multiprofissional que funcione efetivamente como equipe e agregue diferentes saberes e clínicas, profissionais preparados com tempo de atuação conjunta, dedicação mais próxima da integral, vínculo o mais prolongado possível com comunidade e usuários, disponibilidade para ser referência de primeiro contato e coordenação do cuidado etc.

O que dizem as pesquisas sobre a ESF

10

- “Na última década multiplicaram-se os estudos que evidenciam a maior capacidade da ESF em efetivar os atributos da AB integral, melhorando o desempenho dos serviços e produzindo impacto positivo na saúde da população, com redução da mortalidade infantil, cardiológica e cerebrovascular e das internações por condições sensíveis à atenção primária”

Luis Facchini coordenador da
Rede de Pesquisas em Atenção Primária em Saúde

O que dizem as pesquisas sobre a ESF

11

- “A ESF é sistematicamente melhor do que o modelo “tradicional” e isso está relacionado com a presença de uma mesma equipe de médicos, enfermeiros, agentes comunitários e também de dentistas por 40 horas no serviço. Com a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), que colocou mais de 18 mil médicos, em seu momento culminante, este efeito pró-equidade tornou-se ainda mais marcante, beneficiando municípios e regiões mais vulneráveis”

Luis Facchini coordenador da

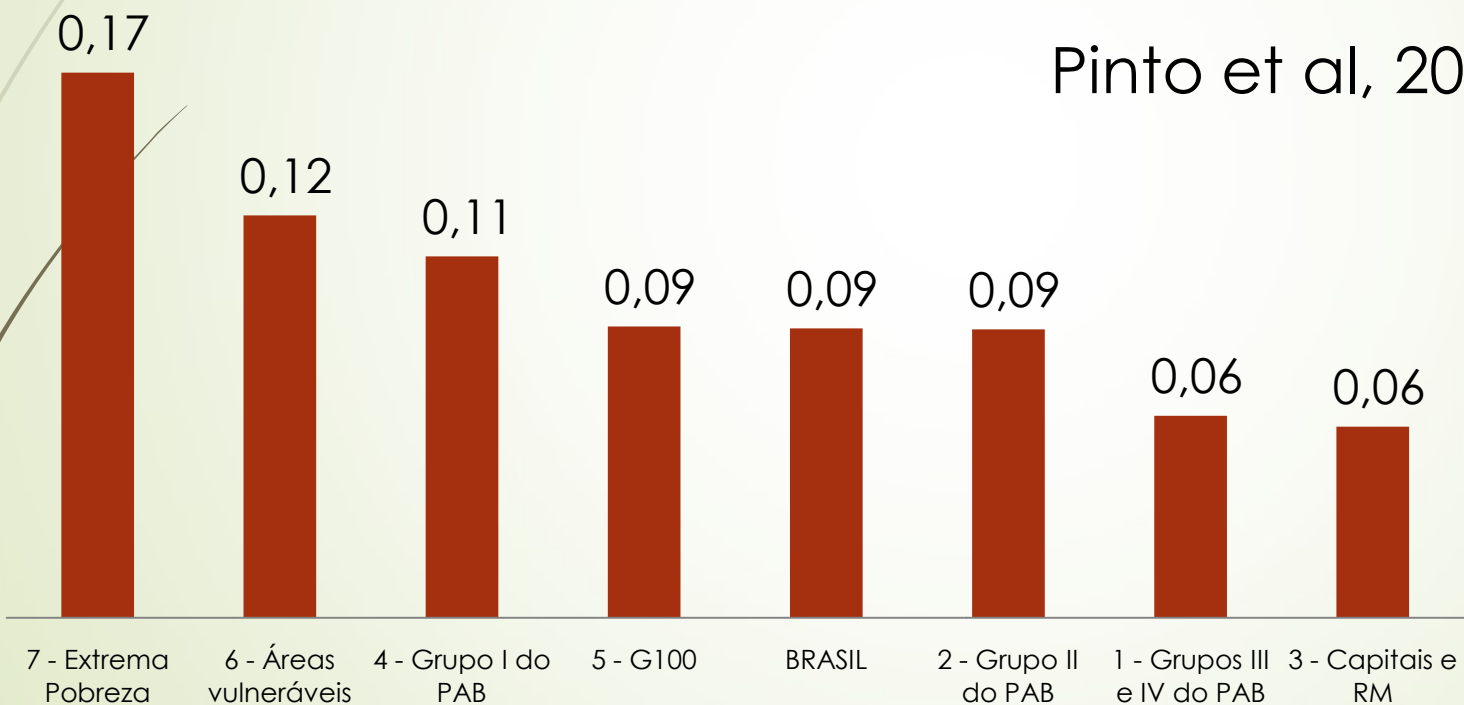
Rede de Pesquisas em Atenção Primária em Saúde

Programa Mais Médicos

Equidade Distribuição

Médicos por Mil hab

■ Médicos por Mil hab



Pinto et al, 2017

Financiamento da ESF

13

- “Foi essencial para a expansão e consolidação da ESF o seu financiamento indutivo” (FACCHINI)
- Para cada R\$10,00 investidos na Atenção Básica, R\$ 5,00 a R\$ 6,00 são do tesouro municipal, R\$ 3,00 a 4,00 da União e R\$ 0,50 a R\$ 1,00 dos Estados (IPEA)
- Uma característica desse financiamento é que ele exige que o município mobilize e aporte recursos próprios (PINTO, no prelo)
- Trata-se de um financiamento que induz modelo, mobiliza recursos municipais, mas, pela proporção inadequada e falta de financiamento tripartite, coloca peso excessivo no ente com menor receita



O Conselho Nacional de Saúde e a PNAB 2011

3 slides

O Conselho Nacional de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

- Resolução nº 439 (de 04/2011) foi norteadora da PNAB 2011:
- Mobilizar todos os esforços e forças sociais para **aumentar a destinação de recursos p/ AB**, especialmente União e Estados
- Que a AB seja efetivamente a **principal porta de entrada** do SUS, com agenda aberta e **acolhimento** humanizado em todas UBS, capaz de prestar **atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional**, com condições de **coordenar e garantir o cuidado do usuário** mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção

O CNS e a PNAB

- **Que o controle social**, a participação da comunidade em cada serviço (...) sejam **fatores permanentes de crítica, correção e orientação da PNAB**
- Que se intensifiquem os esforços e criem novas políticas que visem **garantir profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país**, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando de fato o direito à saúde
- Que o MS e as secretarias estaduais e municipais aprimorem e **qualifiquem os mecanismos de controle, fiscalização do cumprimento de responsabilidades e tomem medidas de avaliação da qualidade dos serviços de AB**

O CNS e a proposta da PNAB 2017

- O Ministério da Saúde tem negado sistematicamente e ilegalmente o acesso do Conselho Nacional de Saúde à proposta da PNAB 2017
- A decisão de publicar a PNAB sem passar pela deliberação do Conselho contraria a legislação do SUS, a Lei 141 e a Recomendação aprovada no Pleno do CNS de que seria obrigatório um debate mais amplo antes de modificar a PNAB vigente
- A PNAB proposta contraria a Resolução 439 de 2011 do CNS como ficará explícito à frente



Quais as mudanças na PNAB aprovada na CIT?

3 slides

O texto apresenta alguns avanços

- Ao atualizar e incorporar conceitos de políticas implantadas depois de 2011
- Ao incorporar referenciais que já eram trabalhados nos cursos e protocolos do Ministério da Saúde
- Ao tratar da informatização (embora com repercussões danosas descritas à frente)
- Contudo essas melhorias, com efeito praticamente inócuo, se situam em duas tipologias :
- Texto que tem somente o efeito de recomendações
- Normas que já estavam instituídas e que são apenas reforçadas

A PNAB apresenta “silêncios” que funcionam como desregulamentações

- ▶ Retirada do mínimo de Agentes Comunitários de Saúde por equipe de saúde da família
 - ▶ eram 4 e agora passa a ser apenas 1
- ▶ Retirada da obrigatoriedade dos ACS cobrirem 100% população
 - ▶ agora só precisa cobrir 100% da população vulnerável, mas, como não define critérios, passa a validar qualquer entendimento de vulnerável que se tenha no local inclusive a ideia de que não há população vulnerável em uma dada área

A PNAB regulamenta questões questionáveis sem justificativa pertinente

- Unificação do território e do trabalho(ador) ACE e ACS
- Regulamentação/valorização do mal chamado “modelo tradicional” vigente antes do investimento brasileiro na ESF iniciado em 1994
 - Financiamento/estímulo a um “não modelo”
 - 3 profissionais (sem critérios) podendo atuar um mínimo de 10 horas e sem necessidade de ACS
- Padrão Essencial – que funciona como um pacote básico e apresenta efeito inverso ao do PMAQ

Análise das justificativas, razões e efeitos das mudanças da PNAB aprovada na CIT

11 slides

Tomamos como principais fontes: Relatório do GT/CNS de At.Básica, estudos da COFIN e análises de entidades que compõe o CNS como ABRASCO, CEBES, Rede Unida e IPEA

ACS e ACE

- O Ministério não justificou as mudanças apenas retirou do texto o número mínimo por equipe e mudou a exigência sobre a necessidade de cobrir 100% da população
- Mas, para entender, é importante analisar o contexto de 2006 a 2017 e os efeitos dele na relação da gestões com os agentes:
 - 2006 – Emenda Constitucional que regularizou os agentes – menos precários e mais empoderados
 - 2015 - piso salarial e repartição dos custos entre União e municípios – aumento dos custos municipais
 - 2017 – iminência de aumento do piso

ACS e ACE

- O Brasil tem hoje 248 mil ACS e aproximadamente 60 mil ACE
- O que mantém o número de agentes é:
 - A obrigatoriedade de tê-los na ESF – agora se pode ter a “equipe não ESF” que não exige agentes
 - O mínimo de 4 associado à cobertura de 100% (que resulta em uma média de 6 ACS por equipe)
 - ACS pela população e ACE pelo território e imóveis
- O efeito esperado dessa medida é a redução drástica do número de agentes (como medida de corte de gastos) e as consequências na ESF/AB e na saúde da população

O Padrão Essencial que transforma o Piso Mínimo em Teto Máximo

- Há um equívoco em transpor um dispositivo da relação entre empregador e empregado para uma política nacional em país com federação trina
- Há o uso, intencional ou não, de algo funcional aos pactos de austeridade que estabelecem pisos de “cobertura universal” entre países
- Segundo a legislação do SUS o mínimo hoje na AB é a integralidade e a universalidade: atender toda a população, fazendo o máximo possível e garantindo acesso ao restante da rede
- É uma medida que inexoravelmente rebaixaria o mínimo (ante a necessidade de valer para os 5.570 municípios do Brasil)

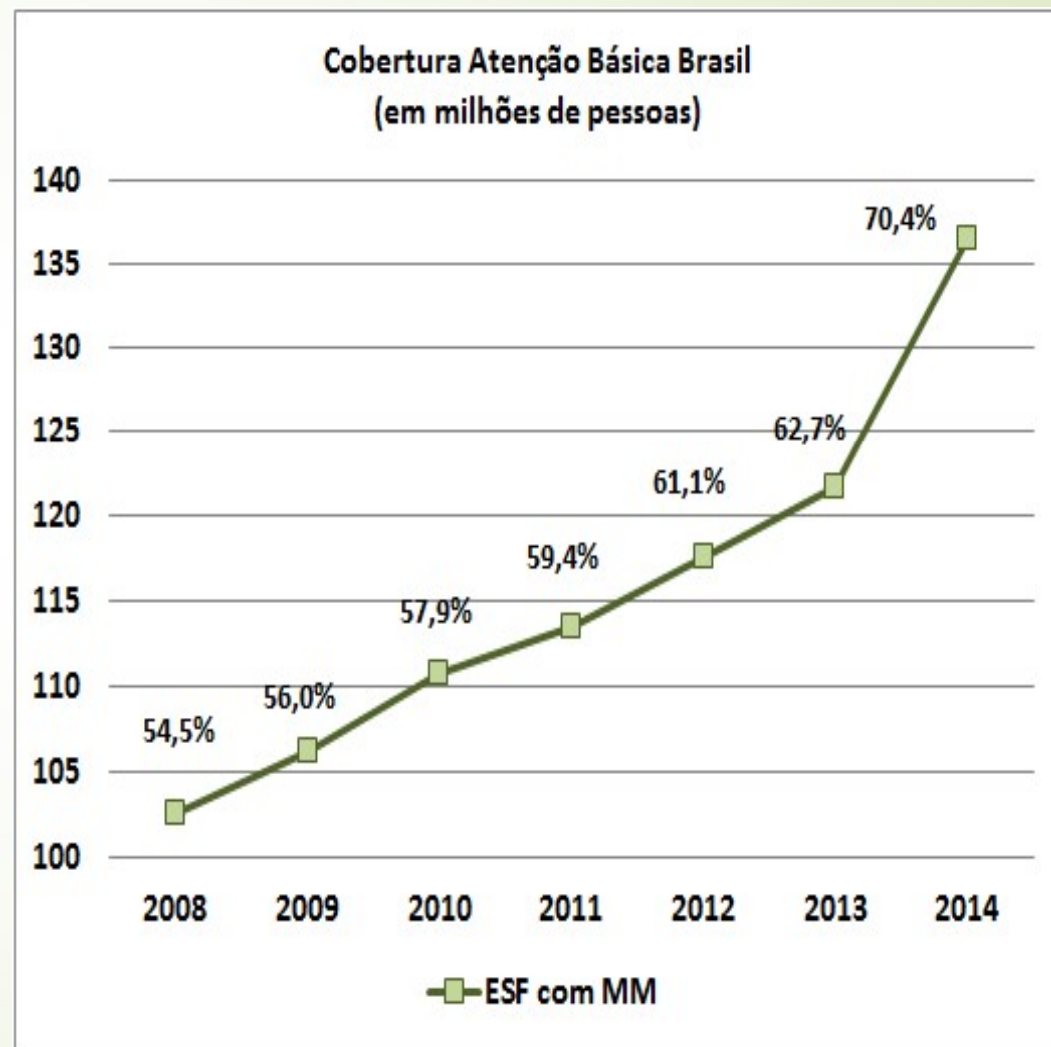
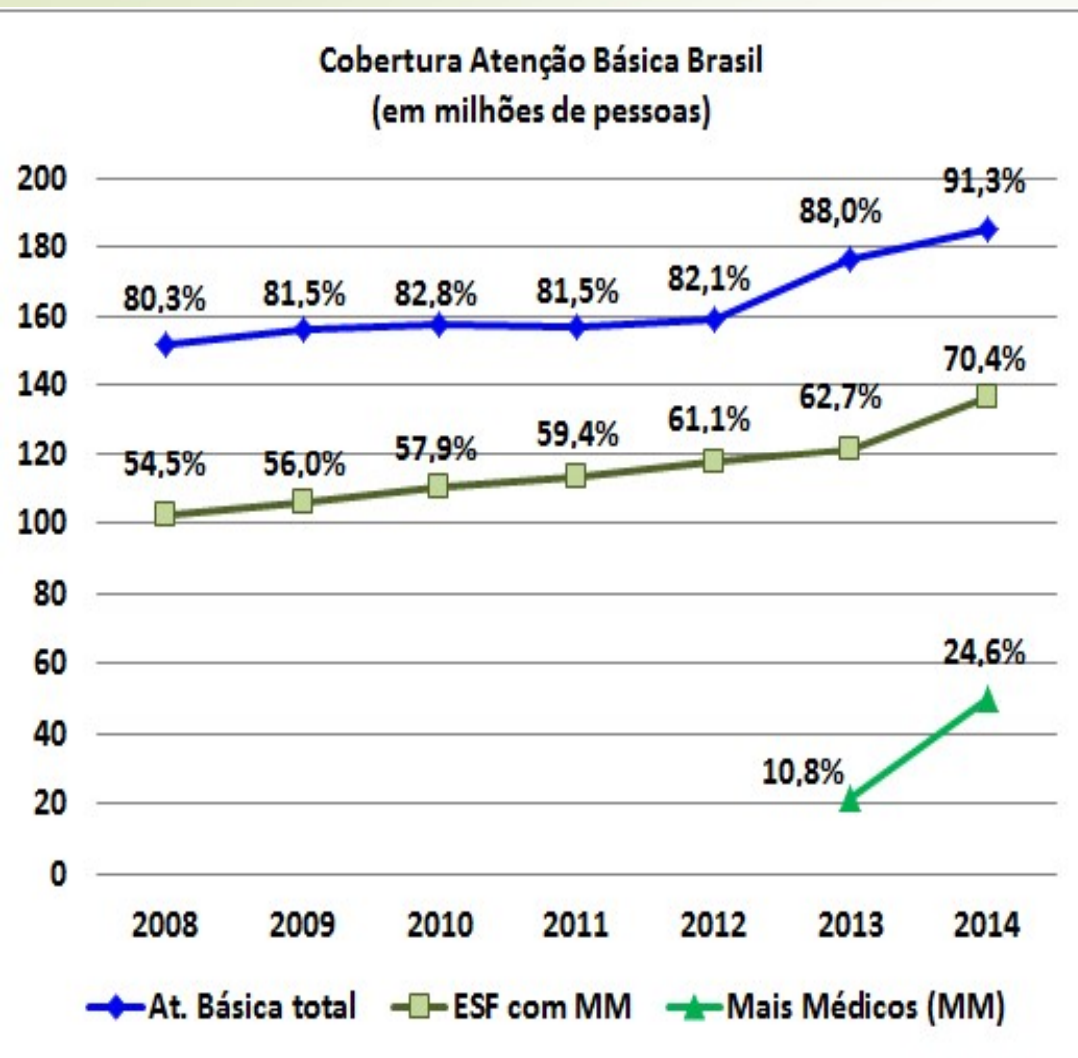
A PNAB que encerra 23 anos de priorização da ESF no Brasil

- Financiamento/estímulo a um “não modelo” (trata-se do que “não é saúde da família”, mas não diz o que deve ser: é portanto uma desregulamentação)
- Exigência mínima: 3 profissionais (sem exigir nenhuma característica), podendo cumprir mínimo de 10 horas cada e sem ACS – trata-se de uma “não equipe”
- Desestímulo comparativo à ESF: menos regras, ações e necessidade de “contrapartida” financeira – é substitutivo porque é aparentemente vantajoso substituir a ESF pela “não ESF”
- Somado à piora do Financiamento da ESF que não tem aumento desde 2013 e tem previsão de ser reduzido devido a um dispositivo que descontaria do PAB Variável gasto do MS com informatização

Financiamento da AB “não saúde da família”

- **Justificativa: financiar a AB “tradicional” para expandir a cobertura**
- O aumento do financiamento, por si só não expande a cobertura
- Aumento de mais de 100% do financiamento entre 2011 e 2014 (mais de 60% em valores reais) e a cobertura só cresceu a partir de 2013 com o Mais Médicos
- O valor repassado é menor que o custo real o que exige complementação de recursos de um gestor municipal que se queixa de não ter mais recursos para gastar
- O Mais Médicos expandiu porque além de garantir o profissional mais difícil de atrair assumiu os custos do mesmo

A Expansão no período recente e o Programa Mais Médicos



Financiamento da AB “não saúde da família”

- **Justificativa: “flexibilizar” as regras para expandir cobertura**
- A “flexibilização” da carga horária não promove a expansão:
- Com a flexibilização da carga horária em 2011 (criticada pelo CNS) menos de 1 mil equipes adotaram esse modelo – apenas regularizou-se marginalmente o que estava irregular
- A carga horária flexibilizada piora a qualidade e por isso, mesmo a parti de 2011, a Política Nacional estimulou a carga horária integral e lançou programas como PROVAB e Mais Médicos que a exigem (mínimo de 32 horas + 8 horas de educação permanente/formação)

Financiamento da AB “não saúde da família”

- **Justificativa: imperativo de reconhecer equipes que não são saúde da família**
- As pesquisas mostram que a qualidade da AB “não ESF” é muito pior que a ESF, que é menos adequada à transição epidemiológica e demográfica e é menos custo-efetiva
- O “mínimo do mínimo” exigido pelo PMAQ para que as equipes possam participar dele foi empecilho para mais de 90% das equipes “não ESF” que não o alcançavam
- Das poucas que participaram, em tese as “mais adequadas” à PNAB, 49% não atingiram sequer o menor padrão de qualidade e só 12 (5%) alcançaram o maior padrão

Financiamento da AB “não saúde da família”

- **Justificativa: financiar equipes que cuidam de 11% da população e lidar com a diversidade nacional**
- Um inversão das mudanças em prol da equidade que aconteceram no PAB Variável (2006), PAB Fixo (2011) e Programa Mais Médicos (2013)
- 72% dos recursos iriam para os 5 estados mais ricos da federação (SP, MG, RJ, RS e PR) e para os maiores e mais ricos municípios
- Regiões Norte e Nordeste, pequenos municípios e aqueles que se esforçaram ao longo dos últimos 23 anos para ter a ESF e que foram beneficiados com o Mais Médicos não teriam nada a ganhar (mas muito a perder)

Financiamento da AB “não saúde da família”

➤ Razões:

- Mudar a distribuição/rateio dos recursos
- Substituir o modelo da ESF por um com:
 - menos qualidade
 - menos “exigências”
 - menos gasto imediato
 - menos custo-efetivo
 - mais gasto e custo sistêmico

Financiamento da AB “não saúde da família” e desestímulo à ESF

➤ **Efeitos:**

- Retrocesso nos princípios da AB e substituição da ESF pelo modelo hegemônico
- Piora da qualidade dos serviços e em indicadores (morbimortalidade) que vinham avançando
- Aumento do custo e da carga de doenças
- Precarização das relações de trabalho e liberação funcional de horas de trabalho ao mercado
- Aumento da “promiscuidade” na relação público-privado – Atenção Primária seletiva em prol dos Planos e Clínicas Populares



Conclusões

3 slides

É o retorno de uma agenda regressiva que agora vira política pública

- Em 2011 também tiveram pressões para “jogar fora o bebê com a água suja do banho”:
 - Retirar o médico como obrigatório na equipe
 - Retirar a exigência da carga horária
 - Financiar a AB que não era saúde da família
- **E as respostas foram:** Resolução 439/2011 do CNS e PNAB vigente:
 - Mais financiamento e com fatores de equidade
 - PMAQ – que permite financiar qualquer modelo contanto que demonstre qualidade em um processo de avaliação
 - Proxab e Mais Médicos garantindo médicos
 - Diversificação dos tipos de equipes

É parte de uma agenda de desfinanciamento e desregulamentação que busca viabilizar o corte de gastos

- É uma agenda que se articula com a de desregulamentação do financiamento (unificação dos blocos de custeio em um só)
- Cortando gastos na AB com a retirada de exigências mínimas e com a unificação dos blocos, esses recursos poderiam ser “direcionados” para outros usos
- *“como lhe repasso menos que você gasta, e como você sabe que isso só piorará nos próximos 20 anos, então eu passo a nada lhe exigir e você faz e corta o que bem entender”*

É parte da agenda pró-mercado e de quebra dos princípios de integralidade e universalidade do SUS

- Repassar tudo o que for possível ao mercado na condição de prestador dos serviços públicos (terceirização)
- Repassar parte importante dos usuários do SUS como “clientela” ao mercado – desregulamentação da saúde suplementar, planos precários e estabelecimento de padrão de baixa qualidade e demora de acesso no público
- Repassar parte da capacidade do SUS ao mercado – leitos privatizados e carga horária dos trabalhadores
- Concentrar esforços só na população que não consegue consumir no mercado – focalização e segmentação com baixo padrão de qualidade – APS Seletiva

Obrigado!!!

Hêider A. Pinto

Blog Heider Pinto

Heider Pinto – Facebook

@heiderpinto – Twitter

Canal Heider Pinto - Youtube

heiderpinto.saúde@gmail.com - email