

PNAB

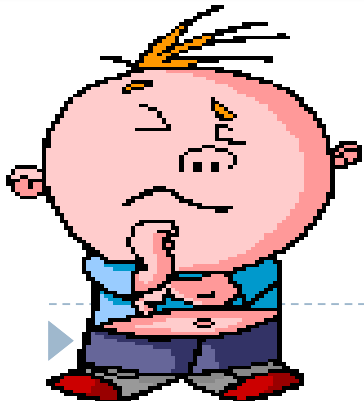
Por um Estado de Proteção Social

Por uma Seguridade Social que responda as
necessidades sociais

Por um SUS universal e integral

e

Por uma Atenção Básica orientada pela
Saúde da Família com ACS



Liu Leal
CEBES

Doutora em Saúde Pública pela USP

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- @ Acesso Universal
- @ Saúde – resultado das condições de vida – garantida através políticas públicas
- @ Atenção integral e de boa qualidade
- @ Descentralização
- @ Sistema Regionalizado
- @ Controle social



Responder necessidades de saúde da população

Atenção Básica no Brasil

- ▶ É composta por serviços responsáveis pela oferta das ações de saúde de AB que devem: ter o mais alto grau de descentralização e capilaridade; estar próximo de onde vivem as pessoas; ser o contato preferencial dos usuários; ser a principal porta de entrada do sistema de saúde; e ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde

(PNAB 2011)



Cobertura da Atenção Básica no Brasil

(informações do DAB/MS)

- **72% da população coberta pela atenção básica***, considerando-se, além das equipes de Saúde da Família, equipes equivalentes formadas por clínicos gerais, ginecologistas-obstetras e pediatras.
 - **63,7%** da população coberta por **equipes de Saúde da Família**
 - **40.162** equipes de Saúde da Família cuidam de mais de **124 milhões de cidadãos**
 - Cerca de **41.000 Unidades Básicas de Saúde**
 - **Aproximadamente 700 mil** profissionais atuando na Atenção Básica
 - **266.217 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** – cobertura de **66,6%** da população
- *Parâmetro de Cobertura de 3.450 habitantes por equipe e como referência a população IBGE, 2012 (estão inseridos municípios com menos de 3.450 habitantes).



Gasto em saúde: Comparação internacional

	Gasto Público em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Total em Saúde per capita (US\$ corrente)	Gasto Público em Saúde per capita (US\$ corrente)	PIB per capita (US\$ corrente)
Brasil	4.7	1.083	525	11.208
MERCOSUL				
Argentina	4.9	1.074	721	14.715
Paraguai	3.5	395	154	4.265
Uruguai	6.1	1.431	992	16.351
Venezuela	1.0	497	146	14.415
SISTEMA UNIVERSAL				
Canadá	7.6	5.718	3.985	51.964
França	9.0	4.864	3.740	42.560
Suíça	7.6	9.276	6.131	84.748
Reino Unido	7.6	3.598	3.004	41.781
BRICS				
China	3.1	367	203	6.807
Índia	1.3	61	20	1.498
Rússia	3.1	957	456	14.612
África do Sul	4.3	593	286	6.886

Fonte: OECD Health Data 2013. World Bank: Health expenditure, public (% of GDP); Health expenditure per capita (current US\$); GDP per capita (current US\$); Health expenditure per capita (current US\$).

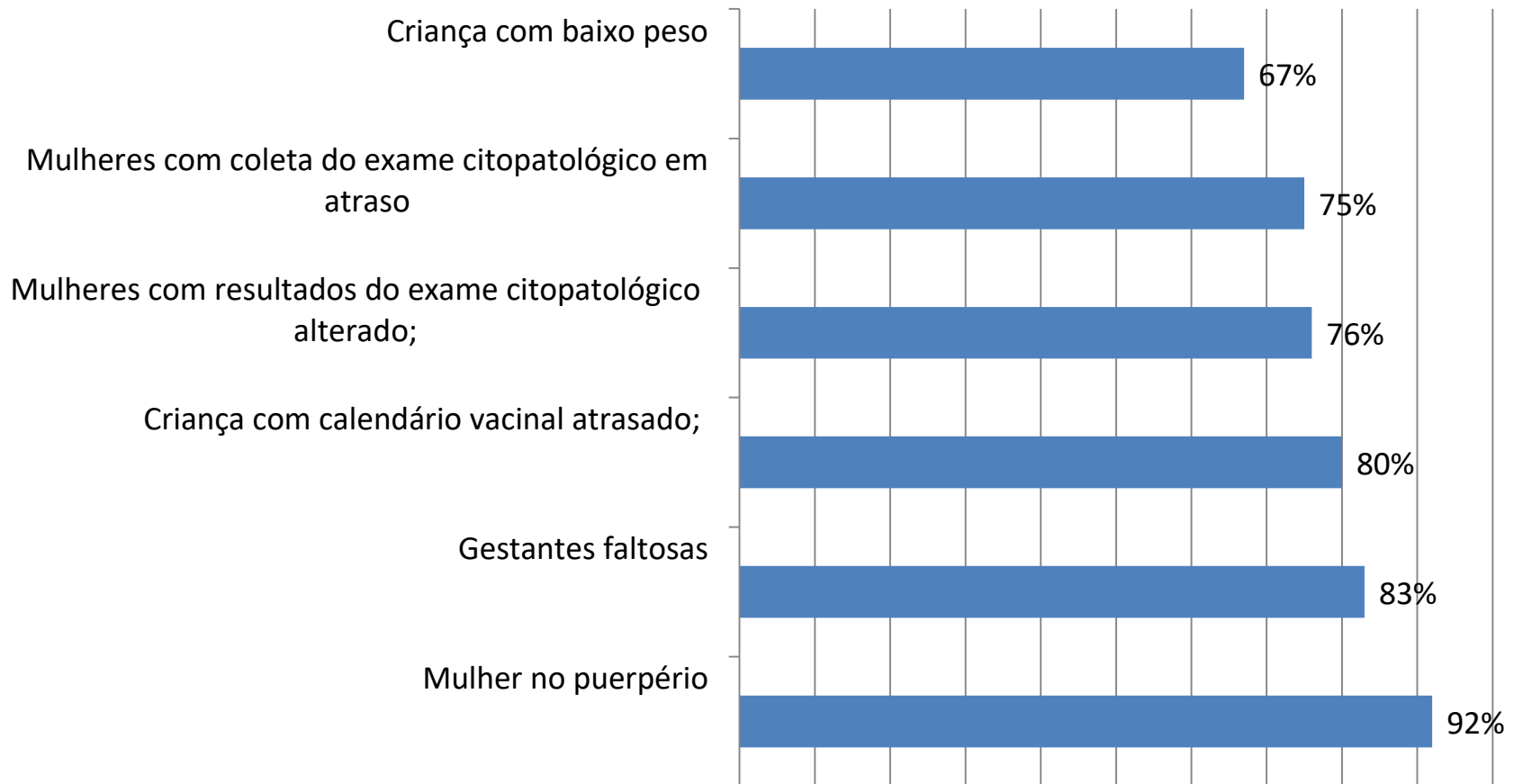
Concordamos...

- ▶ Que a Saúde da Família é um “fazer em saúde” que inovou/recriou um novo paradigma para o modelo de atenção do SUS;
- ▶ Que os dispositivos e as estratégias desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica no contexto onde se fazem as práticas de cuidado, nos territórios vivos – domicílio, rua, equipamentos sociais e comunitários, e na própria unidade de saúde produzem expertises potentes para serem apropriadas pelos outros pontos da Rede de Atenção;
- ▶ Que as gestões locais e os trabalhadores das equipes, inclusive os recrutados na própria comunidade- o ACS fazem esforços para resignificarem e qualificarem a AB e o SUS;
- ▶ Que as questões relativas a equidade ainda são um desafio para o SUS e para a PNAB

As supostas mudanças deveriam acontecer a partir de um diagnóstico estudos. Então interrogamos: **Quais são as motivações para revisar a PNAB?**

Exemplo de ESTUDOS - Dados do PMAQ sobre Ações do ACS no Território

A equipe realiza busca ativa para:



As mudanças propostas na PNAB

- ▶ Flexibilização do modelo de atenção (relativização da cobertura e reposicionamento da ESF; reconfiguração das equipes; especificação de serviços ‘essenciais e estratégicos’ de AB) e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável:

por que substituir o ‘certo’ pelo ‘duvidoso’?

- ▶ Perda do poder coordenador do Ministério da Saúde e manutenção da fragilidade dos estados na regulação da implantação da atenção básica:

qual ente se responsabilizará pela coordenação da PNAB em nível supra e intermunicipal?

- ▶ As mudanças estão sendo propostas e serão implementadas em um contexto de ameaças aos direitos sociais, forte restrição fiscal e orçamentária com agravamento da situação de subfinanciamento do SUS:

por que e o que se pode esperar dessas mudanças nesse contexto?



QUAL É O DEBATE CENTRAL PARA REVISÃO DA PNAB?



A Conta:

- ▶ Piso do ACS PEC 22/2011 – impacto de 3 BILHÕES no orçamento
- ▶ PLC 56/ 2017

AGENDA:

- ▶ Gestão;
- ▶ Oferta;
- ▶ Financiamento
- ▶ Trabalho

MANOEL	SA MARQUEZ
400 M	3540 E
3480 M	5500 M
1795 E	4400 M
6830 M	4600 M
3250 E	1650 E
840 M	3040 M
800 M	1185 E
3720 M	2000 M
720 E	1530 E
11440 M	2520 E
13670 M	2200 M
6580 M	1230 E
395 E	2170 E
9860 M	2800 E
4940 M	3580 E
100 M	2680 M
3450 E	3500 M
650 E	1050 E
	830 E
	2900 E
	915 M

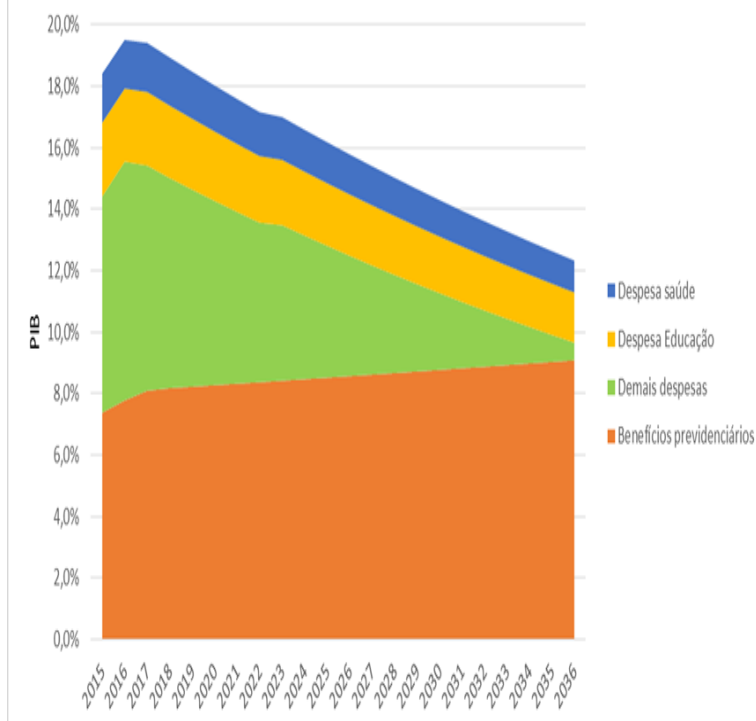
total 2235,90

PARA QUE REVISAR A PNAB AGORA

OS EFEITOS DA EC 95 NA SAÚDE...

AUSTERIDADE E RETROCESSO

Projeção da composição das despesas primárias do governo federal
2015 - 2036



EFEITOS ESPERADOS

- População brasileira crescerá 9% em 20 anos ;
- População idosa (acima 60 anos) dobrará;
- Com isto haverá uma forte queda dos gastos (reais) per capita com saúde e saúde por idoso;
- Regra do gasto como piso (saúde e educação) gerará uma disputa fratricida por recursos.
- Despesas discricionárias serão as mais afetadas. Exemplo: PAB (Piso da Atenção Básica) variável, os medicamentos, exames complexos, cirurgias eletivas e vigilâncias (sanitária, epidemiológica e em saúde).

Matriz para analisarmos a MINUTA da PNAB

NECESSIDADE → ORGANIZAR O SISTEMA E O TRABALHO EM SAÚDE

Desuniversalização

Desregulamentação

Destatização

1 - ESF x EAB
2 - ACS e ACE
3 - NASF e Saúde Bucal
4 - Equidade

FLEXIBILIZAÇÃO: regime, vínculo, carga-horária e composição

Padrões (Carteira de serviço) – estratificação e simplificação

PISO x TETO

Privatização da saúde

ABS focalizada e Universalização seletiva

DESEMPREGO – precarização
Desresponsabilização dos entes

PLANOS ACESSÍVEIS
OSS e Fundações
Mercado

Tabela 47 - BRASIL, dezembro de 2012: Distribuição (%) dos vínculos em estabelecimentos de saúde segundo tipo de vínculo, por ocupação.

	MED	ENF	CD	TEN	AEN	ACS	TSB	ASB	Outras
Estatutário	14,5	31,4	22,8	24,0	37,2	35,8	50,9	40,9	28,4
Celetista	8,3	26,1	8,1	37,9	29,0	20,7	11,7	15,9	24,3
Cargo comissionado	0,3	0,9	0,5	0,3	0,3	0,7	0,2	1,0	1,4
Outro vínculo empregatício	5,7	9,2	7,5	10,3	15,7	11,3	11,0	7,9	10,1
Contrato por prazo determinado	12,6	21,8	13,3	18,8	9,5	26,2	20,7	30,1	17,5
Autônomo sem intermediação	18,5	1,1	22,6	0,9	0,9	0,5	0,9	0,6	5,0
Autônomo intermediado	26,2	6,9	12,2	5,8	6,4	4,1	3,6	2,3	9,2
Bolsa	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
Outro	12,3	1,9	11,8	1,6	0,5	0,6	0,6	1,2	3,5
Não informado	1,2	0,3	1,1	0,4	0,6	0,0	0,4	0,0	0,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: EPSM a partir do CNES/MS.

Os primeiros afetados

ACS

Saúde Bucal

NASF...

Farmácia – não
dispensará mais
medicamentos;

Proteção Social



Equidade

▶ PNAB ATUAL

▶ Equidade em saúde

▶ “significa que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu potencial de saúde completo”.

▶ Que significa “tentar reduzir as disparidades evitáveis no estado de saúde e nos serviços de saúde, entre os grupos com diferentes níveis de privilégio social”

▶ Por fim ... revelam sistemáticas disparidades entre grupos sociais com “níveis de vantagem/desvantagem de acordo com riqueza, poder e prestígio.

▶ Sub-tipos: Quilombola e assentados

▶ PNAB EM REVISÃO

II- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. (...)



Alertamos sobre algumas questões...



- ▶ **DESEMPREGO** DA FORÇA DE TRABALHO DO SUS;
 - ▶ **DEMISSÃO** EM TORNO DE 40% DE ACS;
 - ▶ **DESASSISTÊNCIA** A POPULAÇÃO MAIS NECESSITADA ;
 - ▶ Não apresenta a estrutura **FINANCEIRA**;
 - ▶ **OFERTA**
 - ▶ Padrões Essenciais e Padrões Ampliados
- PISO** vira **TETO**

MINUTA DA PNAB

- ▶ A estratégia de integração da Vigilância e da Atenção Básica é definir atribuições comuns entre ACE e ACS;
- ▶ Priorizar Equipes Tradicionais X ESF;
- ▶ PSE, Academia da Saúde, Práticas integrativas, SUS Escola;
- ▶ Infraestrutura é responsabilidade apenas do governo federal (antes era tripartite);
- ▶ Transporte de saúde --- sanitário
- ▶ Provimento – **faltou**: universalidade com equidade;
- ▶ Dispensação de medicamentos;
- ▶ Análise de demanda - gestor



Situação das Equipes e Composição das Equipes de Atenção Básica

Equipe mínima – 01 ACS; sem ACS

Retirou 100% cobertura / EAB – atribuições

▶ PNAB ATUAL

- ▶ Parâmetro – 2400 ESF
 - ▶ Entre 4 a 12 ACS
 - ▶ População/400 ou 280
 - ▶ 40 (32+8)
 - ▶ Modalidades para financiamento – PMAQ
- E transitória

▶ Saúde Bucal

▶ PNAB EM REVISÃO

- ▶ Parâmetro 2 a 3.500 flexível
- ▶ O número de ACS definido de acordo com base populacional ? e conforme legislação vigente.
- ▶ ACE
- ▶ EAB
- ▶ Sem ACS e soma de CH da equipe
- ▶ PL 8/2017 – Política Saúde Bucal

NASF

- Exclui o dispositivo do APOIO;
- Gestão de fila e Regulação; “ora é serviço ambulatorial, ora é regulador de acesso
- **Saúde Bucal**
- Opcional

Equipe Ribeirinha

- ACS opcional; 6 a 12 ---- o a 24 ACS
- 60 dias – acompanhamento

Consultório na rua

- Portaria específica



ACS e ACE

- ▶ A “integração” do ACE e ACS se torna a principal “estratégia” para integrar Vigilância e Atenção Básica.
- ▶ Número de ACS – antes era 100 de cobertura e pop/400 a 280, agora é “legislação vigente” ----- QUAL?
- ▶ No PLC 56 de 2017 art 4º diz sobre as atividades integradas do ACS e ACE – mobilização social e educação popular
- ▶ - Orientar a comunidade – promoção, e prevenção ----vigilância
- ▶ - planejamento para ações de vigilância
- ▶ - notificações de casos
- ▶ Já na Revisão da PNAB
- ▶ - 10 atribuições: diagnóstico; territorialização; promoção e prevenção (vigilância); visita domiciliar; ações educativas; investigação epidemiológica; monitoramento; identificação, registro e bloqueio; participação comunitária e intersetorialidade.



O QUE PRECISA SER RESPONDIDO

- ▶ AB focalizada? Universalização seletiva – cobertura;
 - ▶ Precarização, flexibilização e **DESEMPREGO**;
 - ▶ Pacto interfederativo - descentralização com responsabilização;
 - ▶ Relação público/privado – dinâmica de mercado;
 - ▶ Rede
 - ▶ Regulação DO ACESSO
 - ▶ Equidade em Saúde
-



Para uma Atenção Básica mais resolutiva e que responda as necessidades da população é necessário:

- ❖ Manter a priorização na ESF;
 - ❖ Formar e qualificação os profissional;
 - ❖ Valorizar e desprecarizar a sua força de trabalho - carreira SUS;
 - ❖ Qualificar os serviços, garantindo estrutura;
 - ❖ Monitorar e avaliar;
 - ❖ Avançar no acesso com equidade;
- ▶ Países com sistemas públicos universais investem 7% a 8% de seu PIB com gastos públicos em saúde – Brasil: gastos públicos de 4% do PIB



Atenção Básica e sistema universal

▶ A EC 95 agudiza o subfinanciamento crônico do SUS ao definir o congelamento / redução progressiva dos recursos federais destinados ao SUS por 20 anos, e sobrecarrega sobremaneira os municípios que já são responsáveis por um terço dos gastos em saúde (31%) e que financiam saúde muito além da suas receitas (18,5%).

▶ **A EC 95 significa o desmantelamento progressivo do SUS**

▶ E uma reforma tributária que estabeleça um sistema tributário com carga fiscal progressiva com maior participação de tributos diretos sobre a renda, que tribute lucros e dividendos, grandes fortunas e elevados rendimentos

▶ **Em defesa do direito universal à saúde pedimos que revoguem a EC 95**



“O projeto da Reforma Sanitária é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira.”

(Sérgio Arouca)

Obrigada!
Liu_leal@yahoo.com.br