



**DOCUMENTO NORTEADOR  
DA ATENÇÃO BÁSICA  
NO ESTADO DE SÃO PAULO**



Esse documento contém “idéias-força” que fundamentam as propostas principais para a gestão da atenção básica em saúde no estado de São Paulo, apontando, desse modo, diretrizes para a pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) visando à formulação da “Política da Atenção Básica no Estado de São Paulo”.

As proposições aqui apresentadas são resultantes dos relatórios dos grupos de discussão ocorridos no Seminário de Atenção Básica do Estado de São Paulo, organizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS/SP), nos dias 03 e 04 de Março de 2010, a partir do “Documento norteador para construção das diretrizes de apoio e fortalecimento da Atenção Básica no Estado de São Paulo”.

Esse Seminário foi organizado em três grandes temáticas: regionalização e atenção básica, modelo de organização da atenção básica e gestão do trabalho. Portanto, esse documento se estrutura de acordo com esses temas.

Nesse documento as Idéias Força, que compõe cada um dos 3 temas centrais do Seminário, foram organizadas em princípios e estratégias de ação.

## 1. REGIONALIZAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA

A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização de ações e serviços de saúde. A conformação de regiões de saúde se constitui em estratégia necessária para construção de um sistema que deve ter como característica relações intermunicipais solidárias; a existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios; a identificação de fluxos assistenciais; e um perfil da disponibilidade de recursos, insumos, equipamentos em escala adequada á qualidade de acesso (CONASS, 2009), além de identidades sócio-culturais e do perfil epidemiológico.

No processo de construção do PACTO PELA SAÚDE do Estado de São Paulo, foram constituídos 64 Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Essa malha de diferentes serviços constitui uma rede de atenção á

### 1.1. Princípios:

**1.1.1.** A Atenção Básica de Saúde (ABS) deve gerenciar o cuidado à saúde, garantindo a integralidade, por meio de processos regulatórios a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS).

**1.1.2.** A responsabilidade pela oferta de atenção integral à saúde da população é das três esferas de Governo – federal estadual e municipal.

**1.1.3.** Deve-se considerar que para garantir a melhor resposta ao usuário do SUS, não é necessário que o município tenha todos os serviços de saúde. A idéia de buscar resolver “todas” as necessidades e/ou demandas de saúde no município pode resultar em altos custos e respostas pouco eficazes. Reconhecer outros pontos de atenção na Região de Saúde, que possam responder a essas necessidades potencializa a capacidade de resposta dos municípios e racionaliza os gastos com o setor. Nesse sentido, a pactuação regional, orientada por necessidades da população e pelo perfil epidemiológico local, é imprescindível para a garantia da integralidade na atenção à saúde.

**1.1.4.** O Colegiado de Gestão Regional (CGR) constitui-se em um espaço de decisão e definição de prioridades entre os gestores. É um importante mecanismo do “Pacto pela Saúde”, contribuindo com a redução de desigualdades, para a promoção da equidade e no fortalecimento dos municípios para que exerçam seus papéis de gestores.

**1.1.5.** O matriciamento pode ser uma potente ferramenta de gestão e cuidado na rede básica de saúde, pois auxilia as equipes a pensar sua atuação, conhecer sua rede e ampliar seus conhecimentos e possibilidades de ação, já que permite o compartilhamento de saberes no encontro de múltiplos profissionais. Nos pequenos municípios, onde não há base populacional ou mesmo estrutura organizacional para contratação de “equipes matriciais”, faz-se necessário pensar regionalmente. Nesse sentido, uma “equipe matricial” pode dar apoio a “equipes de referência” de um conjunto de municípios.

### 1.2. Estratégias de ação:

**1.2.1.** O DRS deve coordenar e induzir o processo de reconhecimento das necessidades regionais de saúde junto aos CGR, de forma compartilhada e dinâmica com os gestores municipais, articulando ações coletivas e individuais para definição de prioridades e ações; fortalecendo e qualificando os processos de planejamento e seus instrumentos de gestão.

**1.2.2.** Priorizar a Atenção Básica numa agenda permanente de discussão no CGR, destacando a importância do seu fortalecimento para diminuição de custos e melhoria efetiva da atenção á saúde regional.

**1.2.3.** Organizar um movimento de articulação dos projetos de “apoio institucional”, dos “apoiadores do COSEMS” e dos “articuladores da ABS”, buscando garantir que todos municípios tenham apoio técnico para Atenção Básica.

**1.2.4.** Implantar estratégias como o transporte sanitário visando garantia da integralidade do cuidado à saúde, visto que a grande porcentagem do absenteísmo nas consultas médicas gerais ou de especialidade está relacionado à falta de transporte adequado.

**1.2.5.** Reestruturar redes de atenção à saúde nos municípios a partir da organização “linhas de cuidado” e da implantação de processos regulatórios a partir da atenção básica.

**1.2.6.** Definir projetos de Matriciamento como uma importante estratégia de ação para apoio às equipes da Atenção Básica. Tais projetos devem incluir relacionamento harmônico entre as equipes de referência da rede básica e as equipes de matriciamento visando a construção de projetos assistenciais comuns no nível local.

**1.2.7.** Construir diretrizes clínicas e sanitárias comuns entre a equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.

**1.2.8.** Investir num Sistema de Informação como ferramenta de Comunicação entre gestores locais de uma determinada região, tendo especial atenção à identificação do usuário através do Cartão SUS.

**1.2.9.** Estabelecer em conjunto com os municípios instrumento de monitoramento da atenção básica no Estado. A experiência do AMQ do Ministério da Saúde se mostra motivador, porém para o Estado esse é instrumento insuficiente, pois se aplica somente a equipes de ESF. Avaliar e monitorar são fundamentais para os Municípios e para o Estado, porque trazem informações norteadoras para construção e consolidação de políticas públicas de saúde. O instrumento utilizado deve ser dinâmico e sistemático. As ações de monitoramento e avaliação da Atenção Básica devem ser pactuadas e oferecer perfis de qualidade da atenção básica.

**1.2.10.** Estabelecer critérios de certificação de qualidade das Unidades Básicas de Saúde mediante cumprimento de metas pactuadas como também da qualificação das equipes de saúde, de acordo com os princípios da Política Nacional da Atenção Básica.

## 2. MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica no estado de São Paulo possui uma organização extremamente heterogênea com a Estratégia de Saúde da Família com cobertura em torno de 30% do Estado, uma importante rede de Unidades Básicas tradicionais e Unidades Básicas que utilizam os princípios norteadores da ESF, mas que se estruturam a partir de outros arranjos orga-

nizacionais.. Apresenta uma importante fragmentação não só entre os níveis de atenção, mas também, por dentro da própria rede da ABS, trazendo, desse modo, dificuldades para o funcionamento eficaz do SUS. Abaixo estão apresentados as propostas de princípios, diretrizes, serviços ofertados e arranjos organizacionais, aceitos e pactuados.

### 2.1. Os Princípios organizativos e norteadores da Atenção Básica:

**2.1.1.** A maneira como os gestores municipais organizam a ABS para responder às necessidades locais é diversa. Por outro lado, as realidades são muito específicas para que se possa definir para todos os municípios um único arranjo tecno-assistencial. Todavia, é importante que se tenha clareza dos princípios norteadores da Atenção Básica para que se adote o modelo que atenda a realidade local. Os princípios norteadores são: acessibilidade, longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação do cuidado, população adscrita, territorialização, vínculo, ações comunitárias, educação permanente, matriciamento e intersetorialidade.

**2.1.2.** Cumpre destacar que a territorialização é estruturante para a organização da Atenção Básica, com adscrição de clientela, presença do agente comunitário de saúde (ACS) em todas as unidades básicas com supervisão do enfermeiro e definição de estratégias que ampliem a responsabilização das equipes de saúde pelo seu território.

### 2.2. Estratégias de ação:

**2.2.1.** Incentivar o trabalho em equipe: instituir reuniões de equipes nas UBS e qualificar esses espaços, organizando o processo de trabalho em saúde; integração da saúde bucal na equipe; incorporação do ACS nas UBS sem ESF.

**2.2.2.** Incentivar e garantir a participação social através dos conselhos de saúde em cada unidade básica de saúde e nas Conferências Municipais de Saúde.

**2.2.3.** Instituir o cargo/função de Coordenador de unidade: para o adequado funcionamento da unidade de saúde é importante a definição de um profissional (“gerente da unidade”) com reconhecimento formal e com capacidade técnica para ser responsável pela coordenação, planejamento, avaliação e supervisão da atenção prestada pela UBS.

**2.2.4.** Apoiar a melhoria das condições de funcionamento das unidades básicas de saúde. A Atenção Básica possui espaços inadequados para garantir a qualidade da atenção. Nos primeiros anos de implantação da ESF os incentivos para aumento de cobertura

da atenção induziram a instalação em imóveis alugados ou “espaços provisórios” que se tornaram definitivos. A inadequação da estrutura física dessas UBS reforça idéia de unidades simplificadas para exercício de uma medicina simplificada, muitas vezes confundida como desqualificada, voltada para uma população destituída de Direitos. A UBS deve ter planta física que obedeça às normas e legislação vigentes, contemplando boa estrutura e ambiência. Os municípios acima de 7.000 habitantes devem garantir preferencialmente, duas ou mais equipes por UBS. Neste sentido, a SES/SP e os municípios devem despende esforços para adequação de todas as unidades de saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes e o perfil epidemiológico da população do território de abrangência.

**2.2.5.** Promover nos espaços loco-regionais, discussão sobre ambiência das UBS, dos equipamentos médico-hospitalares necessários e o processo de trabalho das equipes de saúde, envolvendo a vigilância sanitária e outros parceiros.

**2.2.6.** Instituir o acolhimento ao usuário, que deve ser realizado por toda equipe e ocorrer em todo o horário de funcionamento da Unidade, respeitando as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

**2.2.7.** Organizar o registro e manejo dos sistemas de informação em saúde com vistas ao planejamento e monitoramento de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde local.

**2.2.8.** Manter a proporção definida pela Política Nacional de Atenção Básica- ESF, que define 1 equipe para cada 3.450 habitantes, para garantia da qualidade de atendimento e acompanhamento prestado aos pacientes na rotina do serviço.

**2.2.9.** Garantir também o atendimento da “queixa aguda” de forma que haja integração dessa dimensão da assistência com a longitudinalidade do cuidado, em um mesmo serviço de Atenção Básica. Essa adequada integração é fundamental para o funcionamento e credibilidade do serviço pela população usuária.

**2.2.10.** Muitos municípios incorporam diversos especialistas nas Unidades Básicas de Saúde para buscar cobrir algumas necessidades locais, por não conseguirem respostas regionais. Naqueles locais que contam com esse recurso humano é necessário que a entrada ao serviço seja definida e garantida através da Atenção Básica, evitando duplicidade de atenção, medicalização da população e aumento de procedimentos desnecessários.

**2.2.11.** Hospitais de pequeno porte podem e devem incorporar novas tecnologias para suplementação e qualificação do cuidado em saúde, tais como centros de referência e treinamento para Atenção Básica em áreas de saúde mental, idosos, mulher, etc, conforme a necessidade regional. Hospitais de pequeno porte tendem a gerar custos muito além do que pequenos municípios podem suportar. Estudo realizado em 2008 no estado de São Paulo demonstrou que quanto menor o município, maior são os efeitos iatrogênicos (intervenções desnecessárias) desses hospitais na população local, piorando os indicadores de saúde além de custos desnecessários.

**2.2.12.** A articulação das ações de vigilância com ações individuais no atendimento ao usuário deve ser posta em prática, isto é, diagnóstico, notificação e tratamento de doenças, captação de grupos populacionais expostos a agravos específicos, acompanhamento e controle de epidemias, entre outras são importantes ações.

**2.2.13.** Trabalhar com a idéia do “território sanitário vivo e dinâmico”, através das ações de vigilância em saúde e identificação do “risco sanitário” nas UBS. Desta forma as regiões podem ir organizando ações inter-setoriais de promoção em saúde.

**2.2.14.** Garantir aos municípios do Estado o direito de computar, no cálculo de cobertura populacional, para fins de recebimento de recursos, as outras formas de organização da ABS, desde que incorporem os princípios da ESF.

**2.2.15.** O PSF se constitui em uma estratégia prioritária para o estado de São Paulo; no entanto, é importante reconhecer a existência e dar legitimidade aos diferentes formatos de organização na Atenção Básica, desenvolvidos em distintas realidades loco-regionais, desde que tomem como referência os mesmos princípios e diretrizes, conforme já descrito anteriormente. O consenso de arranjos possíveis aceitos na Atenção Básica no estado de São Paulo é:

- a) Estratégia Saúde da Família;
- b) Unidade organizada a partir de especialidades médicas básicas (clínico geral, pediatra e ginecologista-obstetra) na qual são agregados os Agentes Comunitários de Saúde;
- c) Estratégia Saúde da Família, composta pelo médico generalista e mais médicos de clínicas básicas.

Para o devido funcionamento e recebimento de recursos nos 3 diferentes arranjos da organização da ABS no estado de São Paulo deverão ser compatibilizados os sistemas de informação da Atenção Básica ( SIAB);

Em locais onde já há UBS organizada com especialidades médicas básicas a incorporação do ACS potencializa a resposta e o vínculo da unidade com a população. Torna-se absolutamente desejável a inserção do ACS, reestruturando a atenção a partir do referenciamento com o território e construção de vínculo com todos os profissionais da equipe. Essa unidade deve garantir atendimento médico e demais ações de saúde, conforme a necessidade local da população.

### 2.3. Financiamento

A proposta de qualificação de novos arranjos pressupõe a ampliação do apoio técnico e financeiro da SES/SP e do Ministério da Saúde, preferencialmente, por meio de repasses “fundo a fundo” baseados em critérios estabelecidos pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para os municípios do estado de São Paulo, respeitando o princípio de equidade.

## 3. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Há algum tempo a questão de recursos humanos vem sendo apontada como um dos problemas centrais para o desenvolvimento adequado da Atenção Básica. Na ESF, em particular, essa situação vem se tornando cada vez mais crítica. No campo da gestão do trabalho, os principais problemas identificados referem-se principalmente as dificuldades de contratação e de fixação dos profissionais, em especial do profissional médico. São apontadas pelos gestores as seguintes dificuldades:

- 1) Contratação de profissionais: precariedade de vínculo e obstáculo da legislação.
- 2) Fixação dos profissionais: desvalorização do profissional da Atenção Básica, não existência de plano de cargos e salários e condições inadequadas de trabalho - ambiência, retaguarda assistencial, distância do local de trabalho, processo de trabalho desorganizado, isolamento e falta de apoio institucional.
- 3) Formação inadequada para Atenção Básica: graduação voltada para especialidades e desinteresse pela especialização (residência médica) nas áreas básicas.
- 4) Fragilidade nos processos de educação permanente.

Outras dificuldades referem-se também a uma diversidade de vínculos e formas de contratação por parte de algumas Prefeituras, gerando modelos de contratação sem a devida base legal. A dificuldade no estabelecimento de estratégias de gestão do trabalho adequada gera uma competição descontrolada entre as Prefeituras de determinadas regiões, onde a principal mecanismo de atração dos profissionais limita-se a incremento

no valor da remuneração ou redução informal nas horas efetivamente trabalhadas frente às horas contratadas. Também a falta de preparo técnico e perfil profissional para a realização do trabalho proposto é bastante freqüente mais ainda quando se trata do médico da ESF. Para esse profissional é necessário uma prática e uma formação geral e especialmente sólida para atuar junto a todos os grupos populacionais envolvidos na atenção - recém-nascido, idoso e mulher -, além da abordagem integrada da dinâmica familiar, do planejamento e do desenvolvimento de ações não apenas no plano individual, como também às necessidades da população. Perfil este completamente diferenciado da formação especializada desenvolvida atualmente na graduação destes profissionais. As contratações desses profissionais não fazem qualquer exigência referente à formação e experiência em ABS.

A Lei de Responsabilidade Fiscal tenciona os municípios a realizarem contratações terceirizadas. Quando as contratações são realizadas diretamente pelos municípios elas se dão, na maior parte das vezes, através de contratos celetistas por tempo determinado ou contratos administrativos temporários, mecanismos estes utilizados como proteção frente a eventuais problemas de continuidade de financiamento do programa por parte do Ministério da Saúde, bem como resistência a incorporação de profissionais estatutários, dada a estabilidade daí decorrente.

Na atual situação a proposta de trabalho em uma equipe de Saúde da Família para um profissional de saúde de nível superior, a carga horária está condicionada há 40 horas semanal, o que limita outras possibilidades de vínculo e, portanto de remuneração.

Ao mesmo tempo os municípios menores enfrentam isoladamente esta situação, na medida em que é difícil a oferta de condições de trabalho mais adequadas, tanto no que se refere a vínculos mais estáveis, como as perspectivas profissionais. Inverter esta condição pressupõe movimentos de integração e associação municipal regional, apoio estadual e envolvimento de outros parceiros.

A associação intermunicipal e municípios-estado se fazem no sentido de identificar um padrão de remuneração adequado para a Região, que permita limitar a concorrência desleal, que por vezes se estabelece definindo metas e objetivos para as equipes frente às necessidades regionais; além de identificar eventuais alternativas de inserção profissional complementar frente ao perfil do profissional.

### **3.1. Estratégias de ação:**

**3.1.1.** Possibilitar a formalização de parcerias identificadas de comum acordo entre os envolvidos, que permitam o gerenciamento desses profissionais mediante regras consensuais de contratação.

**3.1.2.** Buscar nessa parceria a responsabilização, mediante contrato de metas, pela implementação de um processo de desenvolvimento individualizado dos profissionais contratados, direcionado às necessidades específicas, bem como aos projetos regionais prioritários.

**3.1.3.** Considerar para as ações de desenvolvimento as diferenças entre os municípios que integram uma determinada Região, tais como acesso, características epidemiológicas e populacionais, estabelecendo políticas compensatórias, na perspectiva de uma “carreira regional”.

**3.1.4.** Estabelecer contratação inicial do parceiro através de convênio, evoluindo posteriormente para propostas mais elaboradas como contratos de gestão, consórcios ou fundação pública.

**3.1.5.** Garantir o financiamento para essa contratação com participação da União, do Estado e dos Municípios, garantindo a equidade.

**3.1.6.** Desenvolver estratégias em parceria com as instituições de ensino para que a rede de serviços básicos de saúde seja utilizada como campo de estágio privilegiado para a formação dos profissionais de saúde (rede-escola), incluindo municípios que não possuem essas instituições.

**3.1.7.** Implantar diferencial nas bolsas de residência médica de interesse para Atenção Básica, custeadas pelo estado, que além de ampliá-las, deve exercer a regulação da proporção dessas em relação ao total de vagas oferecidas para os outros programas de residência médica.

Esse documento é fruto de uma discussão democrática e participativa realizada no Seminário da Atenção Básica em fevereiro de 2010. As diretrizes aqui colocadas na forma de “idéias força” serão apreciadas pela Comissão Intergestores Bipartite e, em seguida, encaminhadas aos gestores Nacional, Estadual e Municipal para definir o desencadeamento de ações de fortalecimento e apoio à construção da Política de Atenção Básica no Estado de São Paulo.

