

Rio de Janeiro, 07 de agosto de 2017

NOTA SOBRE A REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem por meio desta analisar criticamente e contribuir com a proposta de revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Ressaltamos, antes de apontarmos as questões que pensamos ser essenciais para o avanço da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, que é importante contextualizar que a revisão da PNAB está sendo proposta em um contexto de extrema restrição financeira e de instabilidade política, o que pode trazer riscos de enfraquecimento de uma política pública consolidada, como é a Estratégia Saúde da Família (ESF), com consequente fragilização da APS, embora possa ser uma oportunidade se o intuito for de fato deixar o sistema de saúde mais custo-efetivo através de uma APS robusta e forte pensada como eixo estruturante do SUS. Porém, para que isso ocorra é preciso mais do que revisão de diretrizes da PNAB; é necessário que o MS acene também para o financiamento desta política, já que esse é o principal fator de indução e consolidação de uma política pública e isto não ocorreu na proposta apresentada, em especial no que concerne a indução do modelo ESF enquanto prioritário, devendo para tanto ter alocação de recursos específicos e superior ao modelo tradicional. Sem essa sinalização não parece que seja o momento oportuno para revisão de política pública tão importante.

A ESF é uma das políticas mais bem sucedidas no âmbito do SUS. A crescente ampliação desse modelo de APS até às 40 mil equipes atuais é responsável por resultados expressivos em diferentes áreas:



- A ESF é a principal tradução brasileira de um modelo de organização de sistemas de saúde consagrado no mundo todo, **o da APS com o médico de família e comunidade (MFC) que oferece um cuidado abrangente e continuado para uma população definida**. Ao se responsabilizar pelos problemas mais prevalentes e atendê-los no momento mais oportuno o MFC pode trazer maior racionalidade sanitária e econômica aos sistemas de saúde, conseguindo oferecer em um local próximo da residência ou do trabalho respostas mais adequadas e menor sobreposição ou má utilização dos recursos, como os de especialistas focais, exames, unidades de emergência ou hospitalares.
- A ESF, nesses 23 anos de existência permitiu o acesso de milhares de pessoas ao acompanhamento com equipes multiprofissionais generalistas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), nas suas unidades ou no domicílio, produzindo resultados robustos quanto à cobertura assistencial e aos indicadores de saúde: **evidências científicas têm demonstrado que a ESF é mais efetiva na redução da mortalidade infantil, materna, internações por condições sensíveis à APS ou na morbimortalidade cardiovascular do que outros modelos de atenção primária**.
- A ESF tem contribuído para mudanças profundas na formação de médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde. Além das Unidades Básicas de Saúde (UBS) servirem como espaço importante para estágios práticos durante a graduação, **a atuação do generalista tem auxiliado nas reformas curriculares ao contrabalançar o peso excessivo da superespecialização e da fragmentação do cuidado**. A ESF é um dos baluartes da ideia de que há uma pessoa antes de uma doença ou de um órgão.

A SBMFC tem contribuído ao longo dos anos e com diferentes gestões do Ministério da Saúde no sentido de tornar a ESF ainda mais potente, com o objetivo de fortalecer ainda mais os atributos da APS.

Em 2011, publicamos um relatório intitulado *“Uma Atenção Primária Forte no Brasil: como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia de saúde da família”*, produzido por dois pesquisadores internacionais, Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández, após visitarem 70 UBS em 19 estados brasileiros, incluindo 10 UBS rurais.

O relatório destaca os acertos dessa política, como os mencionados acima, mas traz a necessidade de a ESF se fortalecer ainda mais nos atributos da APS.

As próprias avaliações normativas do Ministério da Saúde, através do PMAQ, demonstram a heterogeneidade das equipes de saúde da família em todo Brasil quanto a qualidade da oferta de serviços e resultados alcançados, apontando para a necessidade de avanço global da ESF para um novo patamar assistencial.

A partir da análise do documento apresentado para a consulta pública, a SBMFC traz abaixo considerações chaves em relação à nova PNAB. Estas recomendações são fundamentadas em relatórios e documentos produzidos previamente pela SBMFC, e na própria literatura abrangente sobre a APS e ESF.

1. **Acesso:** a nova proposta não lista um dos principais atributos da APS: **o acesso**. Consideramos fundamental melhorar o acesso na APS pública brasileira, pois esse atributo essencial tem implicação nos demais (coordenação do cuidado, integralidade e cuidado longitudinal). Destacamos a seguir algumas características do acesso que precisam estar bem descritas na nova proposta. A ampliação do acesso para além do horário mais comumente praticado, que é das 7h-17h, e com maior agilidade. Nossa proposta é que a nova PNAB estimule, através de diretrizes e de financiamento, as UBS a se organizarem de tal modo que as pessoas consigam uma avaliação com o seu médico de família e comunidade ou enfermeiro no mesmo dia ou no máximo em 48h. Além disso, é importante que as UBS sejam estimuladas a oferecer contato virtual para agendamentos de consultas e para orientações (por telefone, email, aplicativos de mensagem, entre outros). A ampliação do horário de atendimento para atender pessoas que não podem

comparecer no horário habitual de funcionamento também é algo que necessita ser estimulado. Assim antes de estimular os gestores municipais a abrirem Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), que são mais caras e potencialmente mais iatrogênicas, e muitas vezes com resolutividade baixa frente aos problemas mais comuns, portanto menos custo efetivas, é importante rever o horário de funcionamento das UBS. Um exemplo para organizar o horário ampliado é ter uma UBS de referência funcionando nos horário que as demais UBS estão fechadas (a noite e finais de semana) com médicos generalistas ou de família e comunidade responsáveis pelo cuidado, para cada 60 mil pessoas. Caso isso não seja possível é importante que o município organize a rede de referência e contrarreferência para garantir o cuidado. **Sugestão para a PNAB: destacar o tema do acesso na primeira parte do documento quando descreve princípios e diretrizes. E no capítulo de financiamento é importante prever financiamento diferenciado para os municípios que facilitarem o acesso à APS e que ampliem o horário de atendimento nas UBS. Descrição explícita da APS como principal porta de entrada do sistema de saúde, e exercendo a função de filtro para os níveis especializados do sistema de saúde e ordenando a organização destes serviços.**

2. *Continuidade:* uma das chaves da qualidade clínica da APS é a continuidade, o tempo que os profissionais permanecem atendendo uma população mais ou menos definida e o percentual de vezes que as pessoas utilizam a APS em comparação com outros serviços do sistema de saúde. **Sugestão para a PNAB: No capítulo de financiamento é importante prever financiamento diferenciado para MFC e enfermeiros que permaneçam mais tempo na mesma UBS ou com a mesma população.**

3. *Abrangência dos serviços (resolutividade):* o número de encaminhamentos para especialidades é um parâmetro utilizado em diferentes sistemas de saúde para avaliar a oferta de serviços na APS. Nos países socialmente desenvolvidos, a APS costuma

encaminhar em torno de 5% do total de consultas médicas. No Brasil, há municípios com a ESF bem consolidada que apresentam taxas que variam de 5 a 12%. Quanto mais abrangente o cuidado na APS, melhor para os pacientes e para o sistema, que poderá utilizar melhor seus serviços especializados. Experiências brasileiras municipais que utilizam carteiras de serviços ampliadas mostraram melhor qualidade assistencial (Curitiba, Florianópolis e Rio de Janeiro). **Sugestão para a PNAB: detalhar melhor o que descreve como padrões essenciais e avançados. Prever financiamento diferenciado para a USF que oferta uma carteira avançada, de forma a induzir este padrão. Recursos da MAC poderiam ser repassados para a atenção básica, por exemplo, na medida em que pequenos procedimentos são incorporados pela APS.**

4. *Composição das equipes de APS:* as experiências internacionais demonstram que diferentes arranjos são possíveis, mas os melhores resultados são aqueles que contam com um médico de família e comunidade (MFC) e um enfermeiro em saúde da família que oferecem um cuidado abrangente e acessível para uma população definida. Outros profissionais devem ser incluídos a partir das necessidades locais e perfil epidemiológico. **Sugestão para a PNAB: 1. Vincular o médico e o enfermeiro a uma lista de pessoas (pacientes), não importando a modalidade da equipe (ESF ou EAB) para a devida responsabilização do cuidado, tendo em vista que tais profissionais são recursos de uma população definida, e para isto faz-se necessário este vínculo de forma longitudinal, para além de uma adscrição meramente territorial; 2. Quando da modalidade de equipes EAB acrescentar o médico de família e comunidade e o enfermeiro especialista em saúde da família, como profissionais de preferência para a sua composição da equipe, nas suas respectivas categorias profissionais**

5. *Carga horária dos profissionais de APS:* as experiências internacionais demonstram que a maioria dos MFCs atuam em torno de 40h semanais na APS. No entanto, são comuns diferentes possibilidades de carga horária, desde que a lista de pacientes seja proporcional e que os profissionais atuem pelo menos 4 dias da semana para não

prejudicar o acesso e a continuidade do cuidado. Considerando que hoje devido à escassez de profissionais médicos, ainda maior quando avaliamos especificamente os médicos de família e comunidade e a dificuldade de alocação dos médicos em regiões mais distantes ou mais vulneráveis social e economicamente, sugerimos que apesar do ideal ser uma dedicação de aproximadamente 40h, **a PNAB deveria permitir, tanto na modalidade ESF quanto na EAB cargas horárias de 20, 30 ou 40h semanais, desde que o número de pessoas vinculadas ao profissional seja proporcional e que o profissional cumpra pelo menos 4 dias da semana na UBS** (Exemplo: carga horária médica de 40h semanais com responsabilidade por 2000-3500 pessoas; carga horária médica de 30h semanais com responsabilidade por 1500-2650 pessoas; carga horária médica de 20h semanais com responsabilidade por 1000-1750 pessoas. O ideal é que a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) tenham no mínimo a mesma carga horária da equipe médica); **importante que o modelo de financiamento privilegie as equipes que disponibilizam profissionais de cada categoria por todo o horário “comercial”**.

6. *Número de equipes por UBS.* Na nova proposta há uma exigência de um número máximo de equipes por UBS, assim descrito: "Até 4 (quatro) equipes por UBS com equipes de Atenção Básica ou Saúde da Família, para que possam atingir seu potencial resolutivo". Alertamos que isso pode ser uma restrição desnecessária principalmente em grandes conglomerados urbanos onde a densidade populacional é grande e exige que a UBS tenha mais de 4 equipes para dar conta daquela população, não sendo custo-efetivo abrir mais UBS em um mesmo território apenas para contemplar 1, 2 ou 3 equipes que aquela comunidade necessita. Não há qualquer evidência de benefício com essa restrição.

7. *Financiamento:* considerando que o financiamento tem grande capacidade de indução de políticas e também de mudanças de práticas, consideramos importante que no capítulo que trata do financiamento fique mais explícito o que de fato ele irá



incentivar, para além do financiamento per capita, por modelo, por qualidade e por infraestrutura que existem hoje.

No que tange a reformulação da atual PNAB, e levando em consideração o documento apresentado para a consulta pública, reiteramos estes pontos fundamentais, para que sejam norteadores da proposta, e que necessitam ser incorporados plenamente para que de fato induzam à expansão e qualificação da ESF enquanto modelo assistencial da APS brasileira. A SBMFC se coloca à disposição para o debate, e espera novas oportunidades de discussão com os diversos atores, em busca da construção de um documento sólido e renovador da nossa APS. Somos contra qualquer forma de retrocesso da atenção primária brasileira.

Diretoria da SBMFC

Gestão 2016/2018