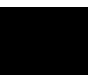


**ATENÇÃO PRIMÁRIA -
SEMINÁRIO DO CONASS
PARA CONSTRUÇÃO
DE CONSENSOS**



Equipe de elaboração

Coordenação do Progestores

Secretaria Executiva do Conass

Comissão Organizadora do seminário

José Antônio Rodrigues Alves (Secretário de Saúde da Bahia)

Maria do Carmo Tambone (Superintendente de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde – SUDEC/BA)

Equipe da Coordenação Estadual de Atenção Básica da Secretaria

Estadual de Saúde da Bahia

Coordenação

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COLABORADORES

Elaboração dos Documentos de apoio do seminário

Cristina Rocha – SES Alagoas

Heloiza Machado de Souza

Maria José Evangelista – SES Sergipe

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Relatoria

Gisele Onete Marani Bahia

Márcia Huçulak

Viviane Rocha de Luiz

Edição e revisão

André Falcão

Projeto Gráfico

Fernanda Goulart

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Atenção Primária- Seminário do Conass para construção de consensos /
Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2004.
44 p., (CONASS Documenta ; v.2)

ISBN: 85-89545-04-0

1. SUS (BR). 2. Atenção Primária em Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 525
CDD - 20.ed. - 362.1068

Secretários Estaduais de Saúde

AC - Cassiano Figueira Marques de Oliveira
AL - Álvaro Antônio Melo Machado
AP - Sebastião Ferreira da Rocha
AM - Leny Nascimento da Motta Passos
BA - José Antônio Rodrigues Alves
CE - Jurandi Frutuoso Silva
DF - Arnaldo Bernardino Alves
ES - João Felício Scardua
GO - Fernando Passos Cupertino de Barros
MA – Sueli Tonial
MG - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
MT – Marcos Henrique Machado
MS – João Paulo Barcellos Esteves
PA - Fernando Agostinho Cruz Dourado
PB - José Joácio de Araújo Moraes
PE - Guilherme José Robalinho
PI – Bruno Cristiano de Souza Figueiredo
PR - Cláudio Murilo Xavier
RJ - Gilson Cantarino O’Dwyer
RN - Ivis Alberto Lourenço Bezerra
RO - Miguel Sena Filho
RR - Altamir Ribeiro Lago
RS - Osmar Terra
SC - Carlos Fernando Coruja Agustini
SE - Eduardo Alves Amorim
SP - Luiz Roberto Barradas Barata
TO - Petrônio Bezerra Lola

ÍNDICE

PG

5

Apresentação

Metodologia do Seminário

6

7

1. Princípios, Gestão e Financiamento da Atenção Primária

7

1.1. Atenção Primária – Conceito

7

1.2. Promoção da Saúde e Intersetorialidade

8

1.3. Atenção Primária - Processos de Negociação e Deliberação

9

1.4. Fortalecimento da Atenção Primária

11

1.5. Programa de Saúde da Família

1.5.1. Princípios do Programa de Saúde da Família

1.5.2. Expansão do PSF

14

1.6. Saúde Bucal

15

1.7. Inserção da Atenção Primária na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde

16

1.8. Cooperação técnica com os municípios

2. Monitoramento, Avaliação, Controle e Regulação da Atenção Primária

19

2.1. Atividades que estão sendo desenvolvidas pelas áreas de Atenção Básica

19

2.2. Processo de habilitação dos municípios

21

23

3. Educação Permanente dos Recursos Humanos

4. Atribuições e Competências de Coordenação dos Estados na Atenção Básica

24

27

5. Anexos

28

5.1. Estudo sobre o perfil dos Coordenadores Estaduais da Atenção Básica e da estrutura

35

5.2. Quadro consolidado de incentivo estadual para a Atenção Básica (Equipes de PSF, Saúde Bucal E ACS) Dezembro/2003.

Apresentação

Os Secretários Estaduais de Saúde das 27 unidades da Federação, reunidos no 1º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, em Sergipe, em julho de 2003, decidiram pela realização de um " *seminário de Secretários Estaduais de Saúde específico para o aprofundamento das questões relativas à Atenção Primária, paralelo com a realização de uma oficina de trabalho com participação de técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde responsáveis pela coordenação da área de Atenção Primária*".¹

A **1ª Oficina do CONASS com os Coordenadores Estaduais de Atenção Básica** foi realizada entre 6 e 9 de outubro de 2003, em Brasília, e teve por objetivo construir propostas de estratégias e de atividades necessárias para operacionalização das atribuições e responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Primária.

Ao final da Oficina foi elaborado um documento que serviu de subsídio para o debate entre os Secretários de Saúde no **2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos**, realizado em Salvador, Bahia, nos dias 27 e 28 de novembro de 2003, e que teve por tema a Atenção Primária.

Este documento apresenta os resultados do 2º Seminário, com um **diagnóstico** da área de Atenção Primária das Secretarias Estaduais de Saúde e as **propostas** consensuais aprovadas pelos Secretários.

A opção por utilizar a denominação Atenção Primária no 2º Seminário e em seu relatório afirma a compreensão do CONASS e dos Secretários Estaduais de que este nível de atenção à saúde não se caracteriza por uma baixa complexidade ou por uma limitação na quantidade de serviços oferecidos. Esta denominação é também reconhecida e aceita internacionalmente por indivíduos e instituições de pesquisa e formuladores de políticas. A denominação Atenção Básica permanece sendo utilizada nas denominações oficiais e nas consagradas.

1 Progestores - 1º Seminário para a Construção de Consensos – página 27

Metodologia do Seminário

Com base no documento final da Oficina com os Coordenadores Estaduais, foi elaborado um Roteiro de Trabalho do Seminário, encaminhado previamente aos Secretários para possibilitar a discussão interna com as equipes das Secretarias Estaduais de Saúde.

O Seminário foi realizado nos dias 27 e 28 de novembro de 2003, na cidade de Salvador, Bahia. No primeiro dia foram apresentados e debatidos o *Diagnóstico da Atual Situação da Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde* e o *Perfil da Área de Atenção Primária e de seus Coordenadores nas Secretarias*. Na seqüência os participantes acompanharam a palestra “**A Atenção Primária à Saúde no SUS**”, proferida pelo Dr. Eugênio Vilaça Mendes, baseada no livro de mesmo nome de sua autoria². Entre outros temas, o palestrante discorreu sobre a evolução histórica da Atenção Primária à Saúde no Brasil, os obstáculos à implantação do PSF no País e as estratégias para superá-los.

No segundo dia foi realizada uma Plenária dos Secretários de Saúde para a obtenção dos consensos em relação à Atenção Primária. As discussões tomaram por base o documento de subsídios produzido na **1ª Oficina do CONASS com os Coordenadores Estaduais de Atenção Básica** e foram realizadas em quatro blocos:

1. Princípios, Gestão e Financiamento da Atenção Primária;
2. Monitoramento, Avaliação, Controle e Regulação da Atenção Primária;
3. Educação Permanente dos Recursos Humanos;
4. Atribuições e competências das Coordenações Estaduais de Atenção Básica;

2 O livro “A Atenção Primária à Saúde no SUS”, de Eugênio Vilaça Mendes, foi editado em 2002 pela Escola de Saúde Pública do Ceará e integra a coleção Progestores, uma seleção de publicações do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS distribuída pelo CONASS a todas as Secretarias Estaduais de Saúde.

I. Princípios, Gestão e Financiamento da Atenção Primária

1.1 Atenção Primária – Conceito

Para os Secretários Estaduais de Saúde, a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Tendo em vista a necessidade de incorporação deste conceito, os Secretários propõem o aprofundamento da discussão por meio de um Seminário Nacional, com ampla participação das diferentes áreas das Secretarias Estaduais de Saúde, precedidos pela realização de seminários estaduais com a participação dos gestores municipais.

1.2. Promoção da Saúde e Intersetorialidade

Os Secretários Estaduais de Saúde defendem a valorização e a priorização das atividades de Promoção da Saúde, que devem ser entendidas a partir de um enfoque mais abrangente do conceito de saúde e de seus múltiplos determinantes, com ênfase na articulação intersetorial, por meio de parcerias intra e extragovernamentais, devendo constar das políticas, planos e orçamentos estaduais de saúde como um dos eixos para a mudança do modelo de atenção à saúde. Para a real priorização da Promoção da Saúde, com estímulo e valorização da incorporação de práticas intersetoriais, os Secretários propõem:

- Apoiar política e financeiramente um plano de operacionalização de ações de Promoção da Saúde que valorize e considere, para decisão de investimentos, os cenários epidemiológicos, de preservação ambiental e os cenários sociais, incluindo na agenda política do governo ações de promoção à saúde prioritárias, a serem desenvolvidas intersetorialmente, respeitando as regiões geopolíticas do Estado e inserindo essas ações nos planos plurianuais como compromissos de Governo, fortalecendo as ações transversais;
- Apoiar a constituição de um espaço permanente de discussão intersetorial e interinstitucional para definição das estratégias de ação e das respectivas formas de financiamento;
- Promover discussões internas nas Secretarias Estaduais de Saúde sobre que tipo de estrutura organizacional pode fortalecer a intersectorialidade, considerando-a como uma ação transversal;
- Quando implantados incentivos financeiros, estabelecer instrumentos e mecanismos que possibilitem a vinculação dos mesmos ao cumprimento de metas físicas e de qualidade previamente pactuadas e contratadas;
- Que o trabalho das equipes técnicas de Atenção Primária das Secretarias Estaduais de Saúde seja orientado para:
 - Articular as diferentes áreas técnicas da Secretaria e as políticas públicas na perspectiva de fortalecimento das ações de Promoção à Saúde e da intersectorialidade, objetivando a elaboração do plano de operacionalização das ações, com a realização de oficinas de trabalho para aprofundar as bases conceituais e as formas de intervenção das ações de Promoção à Saúde e da divulgação das informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que possam gerar práticas intersectoriais;
 - Sensibilizar e apoiar tecnicamente os municípios para planejamento focado nas necessidades de saúde da população, avaliando indicadores, organizando eventos e capacitando as equipes de saúde para trabalhar com as ações de promoção da saúde, utilizando metodologias apropriadas.

1.3. Atenção Primária - Processos de Negociação e Deliberação

Em 96,3% dos Estados, a Atenção Primária está contemplada no Plano Estadual de Saúde e em todos estes as metas e estratégias da Atenção Primária são discutidas e aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), embora apenas seis Estados saibam informar o percentual de cumprimento dessas metas que estão entre 50% e 74,9%. Isto permite inferir que as metas não estão sendo utilizadas como ferramenta de gestão da Atenção Primária.

Nas Comissões Intergestores Bipartites os aspectos mais discutidos são: alocação de recursos financeiros; credenciamento e descredenciamento; implantação ou ampliação de equipes; Programação Pactuada e Integrada da Assistência; Pólos de Capacitação; acesso a exames; denúncias dos serviços; pacto dos indicadores; Programação Pactuada e Integrada – Epidemiologia e Controle de Doenças; avaliação do Projeto de Expansão da Saúde da Família; monitoramento e resoluções relativas a normatização.

1.4. Fortalecimento da Atenção Primária

Os Secretários Estaduais de Saúde propõem o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da Atenção Primária e entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. A Atenção Primária deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais.

As principais dificuldades para concretização da decisão de priorizar a Atenção Primária pelas Secretarias Estaduais de Saúde são:

No âmbito da Secretarias Estaduais

- A fragmentação entre níveis de assistência à saúde;
- A priorização da Alta Complexidade em detrimento da Atenção Primária;
- A dissociação entre a equipe de planejamento e as equipes da atenção à saúde;
- A fragmentação dos programas e duplicidade de ações;
- A demanda da população por serviços de urgência e emergência;
- A dificuldade na compreensão do conceito de Atenção Primária à Saúde e a não incorporação do mesmo na prática profissional;
- A existência de uma política de recursos humanos ineficiente;

No âmbito dos municípios

- A predominância do paradigma biomédico;
- A não priorização da Atenção Primária como eixo de reorientação da assistência à saúde;
- A falta da estruturação da rede de serviços para atender a demanda gerada pelas equipes de Saúde da Família;

- A baixa cobertura das equipes de Atenção Primária nos municípios;
- A falta de coordenação técnica nos municípios para as equipes;
- A escassez de recursos humanos;
- O não cumprimento da carga horária pelos profissionais de nível superior;
- A ocorrência de processos de capacitação de forma desarticulada;

Os Secretários, visando ao fortalecimento da Atenção Primária, propõem:

- Promover e fortalecer nos Estados a instituição de fóruns para discussão e implantação da Atenção Primária, em conformidade com os princípios do SUS, com o objetivo de construir uma agenda de prioridades a ser alcançada, envolvendo ampla participação dos secretários municipais, prefeitos, profissionais de saúde, vereadores, conselheiros de saúde, líderes comunitários, representantes de organizações governamentais, não governamentais e sociedade civil organizada;
- Viabilizar uma política estadual de financiamento para a Atenção Primária de acordo com pactuações regionais e que contemple a garantia de referência e contra referência, além de pactuar com o Ministério da Saúde um Piso de Atenção Básica (PAB) compatível com as necessidades da Atenção Primária;
- Promover o relacionamento integrado das áreas técnicas com inserção na Atenção Primária, definindo prioridades de forma colegiada;
- Viabilizar o estabelecimento do Programa de Saúde da Família como a estratégia prioritária para o desenvolvimento da Atenção Primária, promovendo articulação, integração e negociações entre gestores e equipes do Programa de Saúde da Família;
- Apoiar a elaboração, implantação e implementação de protocolos da Atenção Primária e de atividades para as equipes, promovendo estratégias de humanização das práticas de saúde e de gestão;
- Assegurar o desenvolvimento de instrumentos de planejamento e programação que garantam o acesso da população a todos os níveis do sistema, definindo estratégias de integração dos diferentes pontos da rede de assistência à saúde (reavaliar a categorização do que seja secundário e terciário);
- Viabilizar a inserção das necessidades da rede básica no Plano Diretor de Investimentos, promovendo melhoria das condições de estrutura das Unidades Básicas de Saúde, como condição para elevação da capacidade resolutiva;
- Apoiar a participação da Coordenação Estadual de Atenção Básica na elaboração, revisão e operacionalização da Programação Pactuada e Integrada, fortalecendo as instâncias descentralizadas das Secretarias: as regionais de saúde;
- Avaliar e discutir o sistema de informação, concebendo-o como ferramenta para o planejamento das ações da Atenção Primária, implementando as ações relativas ao Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e realizando ações integradas de monitoramento e supervisão.

- Propor a certificação da rede de serviços, controle e avaliação da Atenção Primária com implantação de comitês estaduais, de acordo com a proposta organizacional de descentralização de cada estado, visando à melhoria da qualidade da atenção;
- Discutir estratégias para garantir vínculos contratuais e condições adequadas de trabalho e fomentar a transformação da grade curricular nas universidades;

1.5. Programa de Saúde da Família

Os Secretários Estaduais de Saúde consideram que o Programa de Saúde da Família deve ser a principal estratégia organizativa da Atenção Primária no âmbito do SUS. Os Secretários consideram, ainda, que o Programa de Saúde da Família deve ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. É um processo dinâmico que permite a implementação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, devendo se constituir como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, é o (primeiro) contato preferencial com a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, enfatizam que o Programa de Saúde da Família ainda não incorporou suficientemente o conjunto de conhecimentos necessários, nem promoveu a integração com áreas que permitam uma verdadeira mudança na prática de seus profissionais. A prática assistencial tradicional ainda predomina. A ampliação das capacitações é uma das condições necessárias para a mudança deste quadro.

1.5.1. Princípios do Programa de Saúde da Família

Os Secretários Estaduais de Saúde propõem que o princípio da **territorialização** deve ser mantido com alternativas que considerem as especificidades locais, e que o princípio da **adscrição de clientela** deve ser mantido com revisão da proporção de população por Equipe de Saúde da Família – em área urbana e rural – e revisão da proporção de pessoas sob a responsabilidade de cada Agente Comunitário de Saúde e entre outros.³

A portaria 1.886/97, que estabelece as normas e diretrizes para a estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SF/PACS) está em processo de revisão desencadeado pelo Ministério da Saúde. Entre os objetivos da revisão

está a adequação das normas da referida estratégia em virtude da experiência acumulada nos municípios, nos Estados e no Distrito Federal. No âmbito deste processo de revisão, os Secretários propõem:

- No que se refere às competências das Secretarias Estaduais de Saúde, atribuir às mesmas a definição de diretrizes para implantação das equipes e/ou unidades móveis, quando necessário.
- No que se refere à infraestrutura e Recursos Humanos, que o número máximo de habitantes por Agente Comunitário não ultrapasse 750.
- No que se refere ao processo de qualificação e educação permanente, que a responsabilidade pela qualificação e educação permanente das equipes dos municípios seja das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, independentemente do tamanho da população.
- No que se refere ao financiamento da estratégia Saúde da Família, atribuir às Secretarias Estaduais de Saúde a supervisão e/ou monitoramento diretos para fins de constatação do não cumprimento das exigências necessárias ao repasse de recursos referentes ao Piso de Atenção Básica variável.
- No que se refere às especificidades loco-regionais, que nos municípios com até 20 mil habitantes possa ser facultado aos profissionais do Programa de Saúde da Família a realização de um plantão semanal de, no máximo, 8 horas em Unidade Básica de Internamento desde que:
 - exista Unidade Básica de Internamento implantada por meio da conversão de hospital ou unidade ambulatorial de média complexidade, independente do número de leitos;
 - tal Unidade Básica de Internamento seja referência para as equipes de saúde da família;
 - as demais 32 horas sejam realizadas na área adscrita do Programa da Saúde da Família;
 - seja procedida avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde com encaminhamento para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, que apreciará outras especificidades.
- Ainda no que se refere às especificidades loco-regionais, os Secretários sugerem que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em conjunto com o CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), realize a uma avaliação da experiência existente no Estado do Ceará, onde a Comissão Intergestores Bipartite aprovou resolução que permite a realização pelos médicos do Programa de Saúde da Família de 8 horas de sua carga horária em hospitais municipais, nos municípios com até 20 mil habitantes;
- por fim, que nos municípios com dispersão populacional em áreas rurais e/ou com

características geográficas que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde, seja facultada a elaboração de projetos de implantação de Equipes de Saúde da Família com cobertura populacional inferior ao limite estabelecido, e/ou equipes e/ou unidades móveis.

1.5.2 Expansão do PSF

Em 92,6% dos Estados foram definidas metas de expansão para o Programa de Saúde da Família. Destes, 89% discutiram metas e estratégias na Comissão Intergestores Bipartite e 59,3% discutiram metas nos Conselhos Estaduais de Saúde.

77,8% dos Estados apresentaram informações sobre o cumprimento das metas de expansão para o Programa de Saúde da Família: 22,22% estão com menos de 49,9% de cumprimento das metas, 37,03% estão entre 50% e 74,9% de cumprimento das metas, e 18,51% estão acima de 75% de cumprimento das metas.

As principais dificuldades para o cumprimento das metas são:

- Falta de decisão política de alguns gestores municipais;
- Falta de médicos e demais profissionais para comporem as equipes;
- Dificuldade para expansão em grandes centros urbanos;
- Financiamento insuficiente;
- Limites legais para municípios efetivarem as contratações;
- Diferenças de propostas salariais entre os municípios o que determina alta rotatividade dos profissionais;
- Falta de profissionais com o perfil adequado para o Programa de Saúde da Família;
- Falta de política efetiva para interiorização dos profissionais de saúde, em regiões de difícil acesso geográfico;
- Dificuldades para assessoramento técnico por parte das regionais;
- Alta rotatividade de gestores estaduais e municipais;
- Descumprimento dos critérios com conseqüente desqualificação dos municípios.

Quanto às dificuldades na qualificação de municípios para implantação ou expansão do Programa de Saúde da Família:

- Muitos municípios apresentam dificuldades para elaboração de projetos dentro das regras e princípios estabelecidos;
- Algumas Secretarias Estaduais de Saúde têm dificuldade na assessoria aos municípios, principalmente nas questões relativas a deslocamento, à capacitação das equipes e à orientação para a contratação dos profissionais;
- Há dificuldade de registro profissional para estrangeiros, impedindo muitas vezes a interiorização desses profissionais para áreas de difícil fixação.

Com o objetivo de operacionalizar as ações necessárias para garantir a articulação das unidades básicas de saúde da família com o restante da rede assistencial, os Secretários Estaduais de Saúde propõem:

- Implantar e implementar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI), estabelecendo reavaliação sistemática dos mesmos e articulando a participação dos diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde, tais como planejamento e regulação, criando fóruns de discussão entre profissionais da Atenção Primária e diferentes pontos da rede de assistência;
- Implantar as Centrais de Regulação de forma a garantir o acesso e a formação de redes de atenção à saúde;
- Que o trabalho das equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde seja orientado para:
 - Qualificar as equipes das regionais e possibilitar a participação do corpo técnico das Secretarias nos planos elaborados e difundi-los;
 - Potencializar a construção de instrumentos de avaliação de resolubilidade da Atenção Primária que possam também identificar os nós críticos objetivando o desenvolvimento de ações de orientação e assessoria aos municípios;
 - Criar fóruns de discussão entre profissionais da Atenção Primária e Secundária;
 - Utilizar a análise de indicadores do Pacto da Atenção Básica como instrumento de gestão e articulação;
 - Estimular a integração docente/assistencial, por meio de estágios e intercâmbios entre Serviços ambulatoriais e hospitalares e de ensino e pesquisa, dos profissionais que atuam na Atenção Primária e nos outros níveis de atenção.

1.6. Saúde Bucal

A ampliação da Atenção Básica proposta pela NOAS/SUS 01/01 definiu responsabilidades e ações estratégicas mínimas, de forma amplamente negociada entre os atores políticos e institucionais envolvidos na discussão, dentre elas as ações de Saúde Bucal.

As dificuldades para organização da atenção à Saúde Bucal na Atenção Primária são as seguintes:

- Visão restrita dos gestores quanto à saúde bucal preventiva;
- Insuficiência de recursos financeiros;

- Insuficiência de recursos humanos com perfil adequado;
- Deficiência de formação profissional em Saúde Coletiva
- Desproporção de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) em relação aos cirurgiões-dentistas;
- Dificuldades na integração entre Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal;
- Distância geográfica entre unidades com atendimento de saúde bucal e unidades de saúde da família;
- Ausência de informação das ações de Saúde Bucal no SIAB;
- Diferenças salariais entre categorias profissionais;
- A incorporação da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família está ocorrendo de forma lenta e desarticulada do restante da Equipe de Saúde da Família;
- Constituição das equipes sem o estabelecimento de referência e contra-referência e a oferta de cursos introdutórios e de especializações não acompanha o ritmo de implantação das equipes.

Para enfrentar estas dificuldades, os Secretários Estaduais de Saúde propõem:

- Inserir a Saúde Bucal como prioridade na agenda de discussão com o Ministério da Saúde;
- Normatizar e estabelecer protocolos para orientar a organização do processo de trabalho da Saúde Bucal, contemplando as especificidades da sua incorporação na estratégia saúde da família;
- Viabilizar estratégias para incremento de insumos e incentivos financeiros para a Saúde Bucal;
- Sensibilizar os gestores municipais para a implantação da Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família;
- Ampliar a oferta de capacitações a todos profissionais de Saúde Bucal, estabelecendo parcerias com universidades para a realização de capacitações em Saúde Coletiva, estimulando a formação de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Auxiliares de Consultório Dentário (ACD);
- Solicitar ao Ministério da Saúde a inclusão das informações da Saúde Bucal no SIAB;
- Realização de Seminário do CONASS para Construção de Consensos com o tema: Política Nacional de Saúde Bucal.

1.7. Inserção da Atenção Primária na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde

As denominações das áreas responsáveis pela Atenção Básica/Primária nos organogramas analisados das Secretarias Estaduais são distintas e os níveis de

subordinação hierárquica variam de Secretaria para Secretaria, verifica-se que 36% são denominados de Coordenações, 30% Gerências, 15% Departamentos e 15% Diretorias.

Quanto ao nível de subordinação da área em relação ao organograma observou-se uma variação significativa, o que dificultou a análise da proximidade da Atenção Primária aos níveis decisórios uma vez que 44% encontravam-se no 3º nível de decisão hierárquica, 40,7% no 4º nível 7,4% no 5º nível.

Observa-se que a articulação das áreas responsáveis pela Atenção Primária com o setor de Planejamento ainda é frágil, há disputa entre as instâncias de decisão e há falta de integração entre os setores. Isso se reflete na frágil inserção da Atenção Primária no Plano Diretor de Investimentos (PDI) e na Programação Pactuada Integrada (PPI). Há dificuldades na articulação das ações pela influência da lógica e da dinâmica de organização fragmentada de Atenção Primária do Ministério da Saúde na estruturação das Secretarias Estaduais de Saúde.

Para a inserção da Atenção Primária na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde, os Secretários propõem:

- Integrar os diferentes setores das Secretarias Estaduais de Saúde, garantindo a participação das Coordenações Estaduais de Atenção Básica na elaboração, operacionalização e revisão dos diversos planos;
- Integrar as diferentes áreas que compartilham responsabilidades, por meio de reuniões periódicas para desenvolvimento de propostas e realização de trabalhos conjuntos, a partir da definição de uma agenda de trabalho que contemple compromissos, atividades e metas das diferentes áreas que interagem com a Atenção Primária;
- Recomendar ao Ministério da Saúde o planejamento integrado das estratégias das áreas técnicas programáticas e das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, para que os recursos técnicos e financeiros possam ser otimizados.

1.8. Cooperação técnica com os municípios

Para fortalecer a cooperação técnica com os municípios é preciso: "compôr e qualificar equipe para desenvolver cooperação técnica com os municípios; elaborar plano de cooperação técnica que atenda as necessidades dos municípios; propor ao Ministério da Saúde e aos gestores municipais a pactuação de uma agenda na área de cooperação técnica; e adotar estratégias de informação e comunicação junto aos profissionais de saúde e usuários para o reconhecimento da importância da Atenção Primária".⁴

Para o desenvolvimento desta cooperação, as Secretarias devem apropriar-se dos seguintes instrumentos, insumos e informações: Marco Conceitual da Atenção Primária de Saúde, legislação do SUS, Agendas; Protocolos, Comissões de Cooperação Técnica, Pacto de Indicadores, Sistemas de Informação, Programação Pactuada Integrada, Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimento.

As principais dificuldades para o desempenho da cooperação técnica são:

- Recursos financeiros insuficientes;
- Baixa qualificação das equipes, especialmente nas regionais, sobrecarregando o nível central da Secretaria Estadual de Saúde;
- Dificuldades de acesso geográfico aos municípios;
- Fragmentação das ações;
- O não reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, do papel do gestor estadual como primeiro interlocutor junto aos municípios;
- Não disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de assessorias adequadamente preparadas e com conhecimento das diferentes realidades regionais.

Para o fortalecimento do processo de cooperação técnica com os municípios, os Secretários Estaduais de Saúde propõem:

- Elaboração de um diagnóstico, a partir da análise conjunta (áreas de planejamento, epidemiologia, controle e avaliação) das informações e indicadores disponíveis, para subsidiar a ação de cooperação em cada regional ou em cada município;
- Realização de encontros regionais com os municípios, com criação de redes de apoio à cooperação técnica (centro de saúde escola, universidades);
- Apoio e assessoria aos processos de qualificação das equipes técnicas municipais, promovendo intercâmbio de experiências;
- Assessoria aos municípios para elaboração e pactuação de uma agenda ou plano de trabalho que contemple ações estratégicas voltadas à melhoria dos indicadores de saúde.
- Promoção de políticas diferenciadas de financiamento e cooperação técnica para a Atenção Primária a Saúde nos municípios de fronteira internacional.

Além disso, os Secretários sugerem ao Ministério da Saúde as seguintes medidas:

- Elaboração conjunta de uma proposta para qualificação das Coordenações Estaduais de Atenção Básica e implementação do mestrado profissional em gestão dos Sistemas de Saúde para as Coordenações Estaduais de Atenção Básica em articulação do Ministério da Saúde com o CONASS;
- Realização de eventos nas macro-regiões para discussão da Atenção Primária, considerando as peculiaridades de cada área;
- Revisão dos sistemas de informações;

- Estabelecimento de linhas de financiamento para cooperação técnica na área de acompanhamento, avaliação e gestão;
- Unificação das Programações Pactuadas e Integradas (Assistência, Epidemiologia e Controle de Doenças, Vigilância Sanitária, Pacto da Atenção Básica) e articulação entre os instrumentos de gestão (planos e agenda de saúde, relatório de gestão, entre outros);
- Prioridade para a implantação do Cartão SUS, de forma que os Estados e municípios possam avançar na organização do sistema, tanto no que diz respeito ao acesso da população as ações e serviços de saúde como na implantação/implementação da regulação do mesmo.

2. Monitoramento, Avaliação, Controle e Regulação da Atenção Primária

Os Secretários estabeleceram o consenso de que “para superação das dificuldades relativas ao acompanhamento, controle, regulação e avaliação da Atenção Primária, **as Secretarias Estaduais de Saúde devem:** aprofundar o debate sobre competências e responsabilidades da Atenção Primária, com incorporação das Vigilâncias; criar instrumentos que permitam a integração e coordenação das ações de Atenção Primária; priorizar e qualificar a celebração do Pacto da Atenção Primária, utilizando-o como instrumento pedagógico de avaliação e acompanhamento da Atenção Primária; e recomendar ao Ministério da Saúde o aprimoramento do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e valorizá-lo como instrumento de acompanhamento e avaliação.”⁵

5 Progestores - 1º Seminário para a Construção de Consensos – página 31

Em relação às atividades de monitoramento, controle e avaliação foi identificado que estas funções não estão suficientemente compreendidas pelas equipes internas das Secretarias Estaduais de Saúde. Há falta de referencial teórico consistente que defina, diferencie e direcione estas ações, embora algumas atividades sejam desenvolvidas utilizando-se instrumentos disponibilizados principalmente pelo Ministério da Saúde e, em alguns casos, desenvolvidos pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde.

A área de Atenção Primária tem pouca participação nas ações de regulação desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. São apontadas como principais dificuldades para o desenvolvimento dessas atividades a existência de recursos humanos insuficientes e não qualificados; recursos financeiros insuficientes; dificuldades de acesso geográfico em alguns Estados; fragmentação dos sistemas de informações; não priorização destas atividades pelos diferentes setores das Secretarias Estaduais de Saúde; falta de integração entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério de Saúde; e ausência de instrumentos de avaliação.

2.1. Atividades que estão sendo desenvolvidas pelas áreas de Atenção Básica

No **monitoramento** são realizadas atividades de acompanhamento da implantação das equipes, monitoramento integrado e descentralizado com base nos

pactos, sistemas de informação e agendas municipais, vinculação do repasse de incentivos estaduais às informações dos municípios e realização de reuniões periódicas. Algumas Secretarias Estaduais apresentaram iniciativas em desenvolvimento visando à implementação dessas ações, tais como a criação de uma Câmara Técnica com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) para discussão da Atenção Primária; o controle do vínculo dos profissionais das equipes por meio de assinatura de declaração, sem a qual o Estado não recebe os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica para envio ao Ministério da Saúde; a avaliação da Atenção Primária utilizando o pacto e agenda municipal; repasse de incentivo estadual proveniente do ICMS vinculado ao atesto mensal das regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, e a criação de um grupo de monitores para acompanhamento nos municípios.

No **controle**, a supervisão integrada com as regionais não é realizada de forma sistemática e visa basicamente à qualificação e desqualificação, habilitação e desabilitação e suspensão do repasse de Recursos Financeiros do Estado para os municípios. Em algumas Secretarias Estaduais de Saúde são utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica como condição para repasse de incentivos.

Na **avaliação**, o Pacto de Atenção Básica e o Sistema de Informação da Atenção Básica são os principais instrumentos utilizados atualmente, de forma pontual, sendo que processo de avaliação não é homogêneo em todos os Estados.

O Pacto da Atenção Básica necessita de revisão e aprimoramento para somar-se às iniciativas de monitoramento e avaliação. As principais dificuldades para sua incorporação como instrumento de monitoramento e avaliação da Atenção Primária e como ferramenta de planejamento são:

- a fragmentação das ações Secretarias Estaduais de Saúde e dos sistemas de informação em saúde;
- dificuldades de acesso à Internet;
- baixo grau de qualificação das equipes técnicas municipais, regionais e estaduais;
- a liberação tardia da agenda pelo Ministério da Saúde para as Secretarias Estaduais de Saúde, que compromete o processo de pactuação entre Estados e municípios;
- dificuldades dos diferentes níveis de gestão em compreender e/ou utilizar o pacto como instrumento de gestão e avaliação;
- o não envolvimento das equipes locais (coordenações municipais, equipes de saúde) na definição das metas dificultando o acompanhamento;
- pouca articulação do Ministério da Saúde com os Estados no repasse de informações aos municípios; e
- a não utilização de outros indicadores prioritários para a saúde coletiva.

O Sistema de Informação da Atenção Básica reflete a realidade epidemiológica dos Estados de acordo com o percentual de cobertura do Programa de Saúde da Família. Entre os pontos que dificultam a sua utilização como instrumento de avaliação e planejamento do SUS, e como ferramenta de análise epidemiológica, prejudicando a adesão ao SIAB pelos profissionais dos diversos níveis, temos os seguintes:

- a impossibilidade de monitoramento da Atenção Primária em toda sua amplitude;
- a rotatividade dos operadores do sistema;
- o déficit de equipamentos;
- a baixa informatização das unidades básicas de saúde;
- a incompatibilidade com outros sistemas de informação;
- a impossibilidade do acesso à base de dados municipais pelas Coordenações Estaduais de Atenção Primária.

Quanto à articulação de dados dos sistemas de mortalidade, agravos de notificação, nascidos vivos, informações ambulatoriais e hospitalares (SIM, SINAN, SINASC, SIA e SIH, respectivamente) ao processo de monitoramento e avaliação da Atenção Primária, apenas um Estado referiu ter avançado para formulação de proposta de ação com base na avaliação dos sistemas, com a implantação da notificação semanal de óbitos infantis e maternos.

2.2. Processo de habilitação dos municípios

As principais dificuldades identificadas no processo de habilitação dos municípios nas condições previstas na NOAS 01/01 são:

- O cumprimento dos critérios estabelecidos na NOAS/SUS pelos municípios;
- Problemas gerenciais, especialmente nos municípios com menos de 20 mil habitantes;
- No estabelecimento de parcerias entre municípios em alguns Estados;
- Política de recursos humanos inadequada (relações de trabalho, remuneração, capacitação)
- Influência política;
- Exigência de cadastro de equipamentos para todos os municípios, independente da disponibilidade de pessoal capacitado para operá-los;
- Dificuldade do Estado para assumir as ações de municípios desabilitados;
- Falta de compreensão, por parte dos gestores municipais, do papel dos Coordenadores Estaduais de Atenção Básica na desabilitação com vistas à qualificação da Atenção Primária.

Quanto ao processo de habilitação, os Secretários Estaduais de Saúde estão discutindo propostas “para a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS, em substituição a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS - 01/2002. Esta nova norma deve promover a integração das ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e políticas de recursos humanos”⁶. Os Secretários propõem que a normatização do SUS estabeleça uma nova forma de relação intergestores, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual, e o pleno exercício das macrofunções estaduais na definição de responsabilidades e mecanismos de monitoramento e avaliação da Atenção Primária.

Nesse sentido, os Secretários recomendam que normatização do SUS possa:

- Estabelecer critérios de habilitação e desabilitação que permitam avaliar, além da estrutura, o processo de trabalho na Atenção Primária e os resultados na assistência à saúde da população;
- Contemplar modelos de atenção que utilizam as diretrizes da proposta da Saúde da Família: adscrição de clientela, territorialização, interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade, resolutividade, e responsabilização.

3. Educação Permanente dos Recursos Humanos

Para os gestores estaduais, um dos papéis das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Primária é o de promover a capacitação e o desenvolvimento dos recursos humanos da área, com ênfase em educação permanente.

Tendo em vista o posicionamento dos Secretários Estaduais de Saúde referente ao tema recursos humanos, registrado no relatório do 1º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, bem como a recente aprovação da proposta de criação dos Pólos de Educação em Saúde pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as dificuldades no processo de implantação dos mesmos, **os Secretários propõem:**

- **Criar uma Câmara Técnica de Atenção Primária** dentro dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que garanta o planejamento das capacitações nas diferentes áreas temáticas que envolvem Atenção Primária, atendendo as necessidades loco-regionais, considerando a priorização da Atenção Primária e a importância do Programa de Saúde da Família como principal estratégia organizativa do Sistema de Saúde;
- Ao CONASS apresentar propostas de novas alternativas/estratégias para interiorização de profissionais (a exemplo do serviço civil obrigatório) e proceder a avaliação do Programa de Interiorização e Fixação do Trabalho em Saúde, no sentido de superar conflitos na organização dos serviços de Atenção Primária;
- Viabilizar a inclusão dos temas relacionados à formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a Atenção Primária em Saúde no Seminário sobre Recursos Humanos que será realizado pelo CONASS.

4. Atribuições e Competências de Coordenação dos Estados na Atenção Básica

Neste bloco foram discutidas as atribuições das Coordenações Estaduais de Atenção Básica.

Ao analisarmos o perfil dos atuais Coordenadores Estaduais, observamos que todos eles possuem formação de nível superior, sendo 85,1% com pós-graduação e, destes, metade em áreas correlatas à Atenção Primária. Além disso, 55% atuam na área a mais de cinco anos. Quanto aos profissionais que atuam nestas Coordenações, 94% têm formação de nível superior, 19,5% de nível médio e 2% de nível elementar.

Outro dado importante revela a grande experiência dos Coordenadores nas áreas de gestão e planejamento da Atenção Primária (74,1%) e reforça a necessidade de maior apropriação dos conteúdos referentes à avaliação (11,1% citam maior experiência nesta área).

Se por um lado os dados nos mostram um grupo qualificado e experiente, por outro, as dificuldades apontadas neste documento para a implementação das ações de Atenção Primária podem induzir à desmotivação para o trabalho e a cristalização de conceitos e ações. Neste sentido, é necessário o estabelecimento de estratégias de aprimoramento e atualização de conhecimentos que potencializem a ação das Coordenações na implementação de propostas de consenso deste Seminário.

Os Secretários entendem como necessários para que as Coordenações Estaduais de Atenção Básica desenvolvam plenamente as atribuições e competências na área, o apoio político-institucional para as ações e decisões técnicas, possibilitando a efetivação da Atenção Primária como prioridade do Estado e o estabelecimento de estratégias de financiamento para viabilizar infra-estrutura adequada, execução das ações e capacitação de recursos humanos nas Coordenações no âmbito estadual e regional.

Os Secretários entendem como **atribuições e competências** de coordenação dos Estados:

- Coordenar o processo de elaboração/pactuação de uma agenda de prioridades que estabeleça metas e compromissos das Secretarias Estaduais e das Secretarias Municipais para qualificação da Atenção Primária;
- Formular a política de Atenção Primária, propondo mecanismos de co-financiamento; processos de capacitação e de desenvolvimento de recursos humanos e ações de monitoramento e avaliação; modalidades de financiamento para Atenção primária, bem como parâmetros para distribuir, de forma equânime, recursos e inovações tecnológicas;
- Assessorar a Secretaria Estadual de Saúde no estabelecimento de parcerias com

organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais, para fortalecimento da Atenção Primária no Estado;

- Buscar a inserção da Atenção Primária nos instrumentos de planejamento e programação, colaborando para a organização dos sistemas de saúde regionais e municipais;
- Coordenar e/ou participar da elaboração e implantação de protocolos voltados para a Atenção Primária;
- Manter articulação permanente entre setores das Secretarias no processo de cadastramento e implantação do cartão SUS e demais ações intersetoriais;
- Divulgar informações e conceitos acerca da Atenção Primária no contexto da atenção à saúde, buscando o alinhamento conceitual e a sensibilização de diferentes setores e áreas técnicas das secretarias;
- Oferecer cooperação técnica aos municípios;
- Promover o intercâmbio de experiências entre os municípios, com a finalidade de disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria da Atenção primária;
- Coordenar os processos de monitoramento e avaliação da Atenção Primária:
 - Acompanhamento das informações em saúde e dos indicadores definidos nos diferentes pactos;
 - Definição e implantação de instrumentos, parâmetros, metodologias de avaliação qualitativas e quantitativas que resultem em melhoria da resolubilidade de atenção;
 - Supervisão e monitoramento da estratégia saúde da família nos municípios;
 - Proposição de estratégias para resolução dos problemas identificados;
 - Estabelecimento de mecanismos de controle das ações da Atenção Primária no âmbito estadual;
- Assessorar os municípios no processo de implantação, expansão, credenciamento, qualificação e educação permanente das equipes de saúde;
- Analisar os projetos de implantação/expansão do Programa de Saúde da Família e submetê-los a CIB para aprovação, com vistas à qualificação dos municípios para recebimento dos incentivos financeiros afins;
- Submeter as irregularidades constatadas no funcionamento das equipes que atuam com a estratégia saúde da família à deliberação na CIB, visando aplicação de sanções e o descredenciamento de equipes;

—

5. ANEXOS

5.1. Estudo sobre o perfil dos Coordenadores Estaduais da Atenção Básica e da estrutura organizacional da Atenção Básica

Durante a **1ª Oficina do CONASS com os Coordenadores Estaduais de Atenção Básica**, entre 6 e 9 de outubro de 2003, foi apresentado pela Secretaria Executiva do CONASS um questionário e solicitado aos 27 Coordenadores Estaduais de Atenção Básica (CEAB) o seu preenchimento para que pudéssemos conhecer a estrutura organizacional da área em cada secretaria, bem como traçar o Perfil dos atuais Coordenadores Estaduais de Atenção Básica.

O questionário continha 16 perguntas, abertas e fechadas, divididas em 2 grupos:

- Grupo 1: Identificação do Gestor da área de Atenção Básica, abordando idade, gênero, formação profissional, vínculo com a Secretaria Estadual de Saúde, tempo de nomeação, tempo de trabalho na instituição e na área de Atenção Básica, atividades de maior experiência, faixa salarial;
- Grupo 2: Características Organizacionais da Área de Atenção Básica: inserção da área no organograma da Secretaria Estadual de Saúde, número e nível de escolaridade dos trabalhadores da área; principais atribuições.

Das 27 Secretarias presentes, 26 responderam ao questionário que nos permitiu identificar:

Perfil dos Coordenadores Estaduais de Atenção Básica

Observou-se que **100%** dos CEAB é do **sexo feminino**.

Quanto à faixa etária, há idêntica distribuição na faixa de 30 a 40 anos e de 41 a 50 anos, 33% para cada uma. Há **concentração dos CEAB na faixa de 30 a 50 anos**, 66% do total, nenhuma ocorrência menor de 30 anos e apenas 01 acima de 60 anos (gráfico 1).

No início da nova gestão estadual, o percentual de **renovação** observado foi de 52%. (gráfico 2). Sendo que 48,13% dos entrevistados possui com a Secretaria Estadual de Saúde, vínculo Estatutário e destes 33% acumulam Função gratificada, DAS ou cargo comissionado (gráfico 3). Quanto ao tempo de serviço 52% tem mais de 5 anos de trabalho (gráfico 4).

Quanto à **formação profissional**, 100% dos CEAB possui nível universitário,

sendo formação em Enfermagem - 10, Medicina - 5 e Odontologia - 2 (gráfico 5).

Quanto ao número de **especializações** dos CEAB: 26 tem especialização, 5 tem mestrado e há uma ocorrência de doutorado.

Foi significativo o número de Coordenadores com cursos de especialização em saúde pública, medicina preventiva e social, gestão de serviços de saúde e administração hospitalar, cerca de 17 gestores, 65% do total das especializações (gráfico 6).

Analisando os dados relacionados à **experiência na área de Atenção básica** apenas 19% tem menos de 1 ano de atuação na área, 19% tem entre 1 e 5 anos, 33% entre 5 e 10 anos e 22% tem mais de 10 anos de atuação na área, (gráfico 6).

As áreas da Atenção Básica citadas como de maior experiência pelos CEAB são a **Gestão** da Atenção Básica com 48,14% e o **Planejamento** com 29,60%.

Quanto às faixas salariais observou-se grande variação nos salários recebidos pelos CEAB. Essa variação ocorre tanto intra quanto interregional conforme mostra a tabela 1, sendo R\$ 504,00 (quinhentos e quatro reais) o menor salário encontrado – Região Norte e R\$ 7.000,00 (sete mil reais) o maior – Região Sudeste.

Tabela 1 - Variação do Salário Médio dos CEAB

■ Norte	Maior	3.100,00
	Menor	900,00
	Média	2.128,57
■ Nordeste	Maior	3.300,00
	Menor	504,00
	Média	1.782,11
■ Sudeste(1)	Maior	7.000,00
	Menor	1.350,00
	Média	3.283,33
■ Sul	Maior	2.500,00
	Menor	1.990,00
	Média	2.243,33
■ Centro Oeste	Maior	5.800,00
	Menor	2.300,00
	Média	3.900,00

(1) Informação referente a 3 estados da região sudeste

Perfil dos Coordenadores estaduais de Atenção Básica - Conass/2003

Os dados apontam para a conclusão de que o grupo de Coordenadores Estaduais da Atenção Básica das Secretarias Estaduais de Saúde possui qualificação profissional, grande experiência na área e estão teoricamente aptos ao desenvolvimento das ações de

Gestão e Planejamento da Atenção Básica. Diante disto, a necessidade que se impõe é o estabelecimento de estratégias de aprimoramento e atualização de conhecimentos que potencializem as decisões tomadas por consenso no Seminário de Sergipe e aquelas a serem tomadas neste seminário.

Perfil da Estrutura Organizacional da Área de Atenção Básica

A inserção da Atenção Básica na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde apresenta variações organizacionais e de vínculo aos níveis decisórios das Secretarias, sendo que 36% são Coordenações, 30% Gerências, 15% Departamentos e 15% Diretorias responsáveis. (tabela 2).

Tabela 2 - Atenção Básica na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde

Coordenação	10	36%
Gerência	8	30%
Departamento	4	15%
Diretoria	4	15%
NI	1	4%
TOTAL	27	100%

Perfil dos Coordenadores estaduais de Atenção Básica - Conass/2003

Quanto ao nível de subordinação da área em relação ao titular da Secretaria Estadual de Saúde, observou-se uma variação entre os organogramas das Secretarias, o que dificultou a análise da proximidade da Atenção Básica aos níveis decisórios uma vez que 44% encontravam-se no 3º escalão, 40,7% no 4º escalão e 7,4% no 5º escalão.

O quadro de trabalhadores da área de Atenção Básica nas Secretarias Estaduais de Saúde é composto de 460 servidores.

Em relação ao nível de Escolaridade do quadro de pessoal da área de Atenção Básica das Secretarias Estaduais de Saúde observou-se que 94% e de nível universitário e destes 46,8% tem pós graduação, 19,5% são de nível médio e 2% de nível elementar.

Quanto às atribuições do órgão de Atenção Básica nas Secretarias Estaduais de Saúde observou-se que 44% priorizam as ações de Coordenação geral e 37% das CEAB priorizam as ações relacionadas à Gestão da Atenção Básica.

Gráficos

Gráfico 1 – Faixa etária dos coordenadores estaduais de Atenção Básica

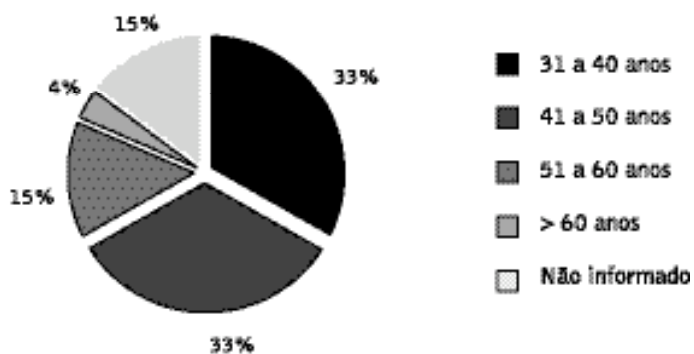
Gráfico 2 – Tempo dos coordenadores estaduais de Atenção Básica à frente da área de Atenção Primária

Gráfico 3 – Tempo de atuação do coordenador na Atenção Primária

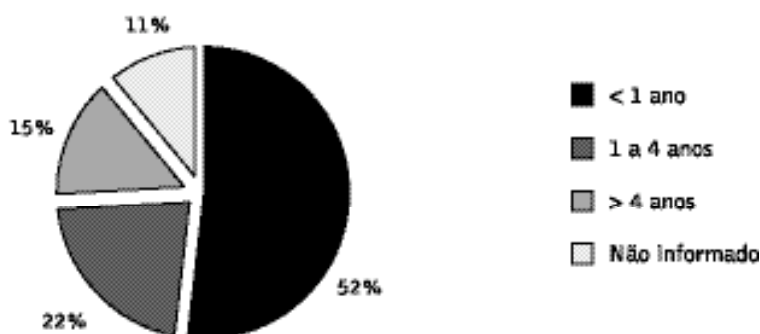
Gráfico 4 – Tempo de trabalho dos coordenadores Estaduais de Atenção Básica nas secretarias estaduais de saúde

Gráfico 5 – Área de formação dos coordenadores estaduais de Atenção Básica

Gráfico 6 – Especialização dos coordenadores estaduais de Atenção Básica

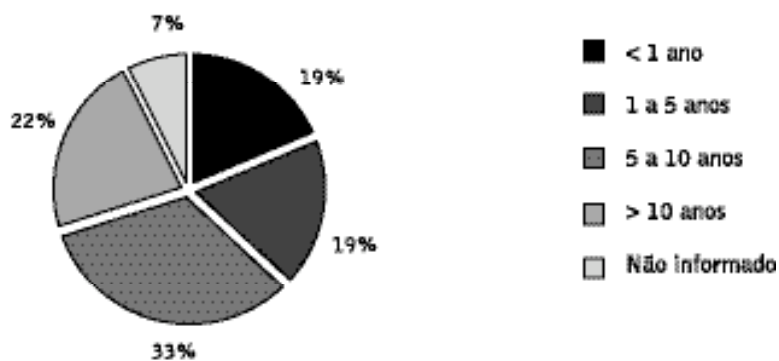
GRÁFICO 1 - Faixa etária dos coordenadores estaduais de Atenção Básica

Fonte: Coordenadores Estaduais de Atenção Básica - outubro 2003

GRAFICO 2 - Tempo dos coordenadores estaduais de Atenção Básica à frente da área de Atenção Primária

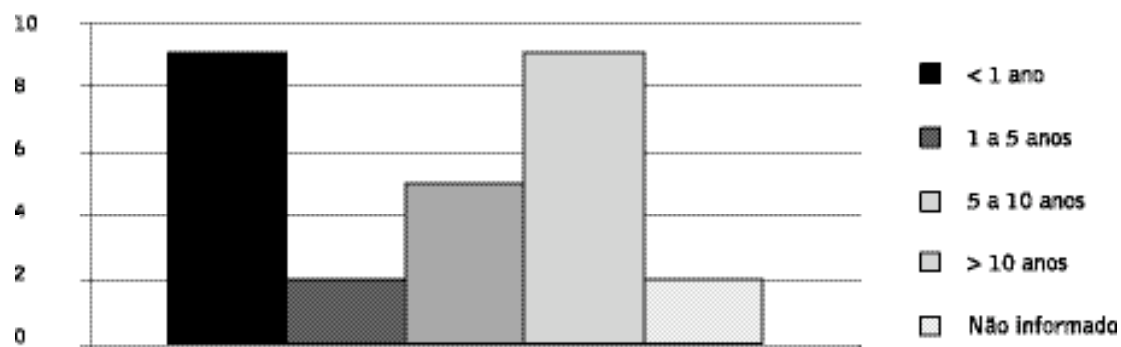
Fonte: Coordenadores Estaduais de Atenção Básica - outubro 2003

GRÁFICO 3 - Tempo de atuação do coordenador na Atenção Primária



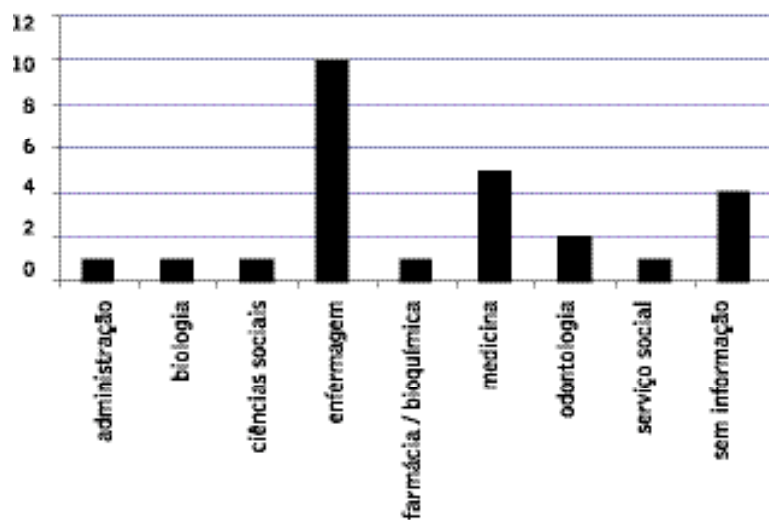
Fonte: Coordenadores Estaduais de Atenção Básica - outubro 2003

GRÁFICO 4 - Tempo de trabalho dos coordenadores Estaduais de Atenção Básica nas secretarias estaduais de saúde



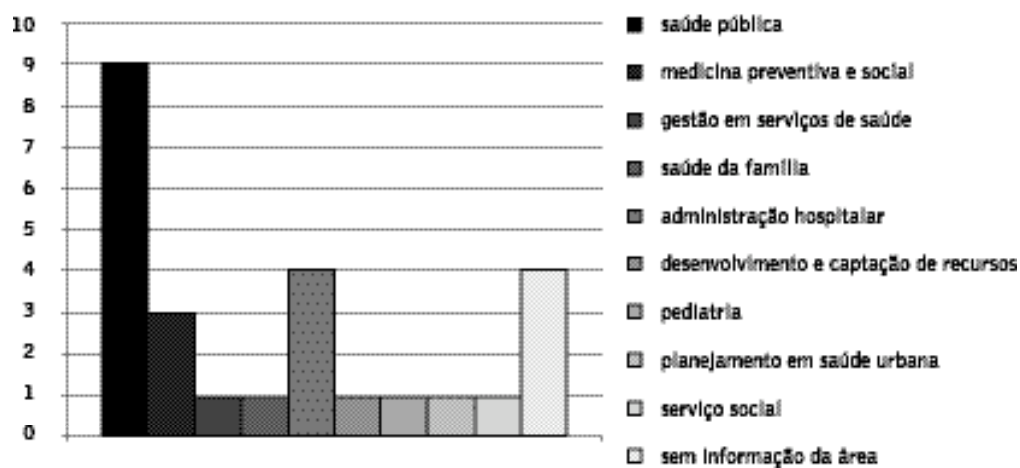
Fonte: Coordenadores Estaduais de Atenção Básica - outubro 2003

GRÁFICO 5 - Área de formação dos coordenadores estaduais de Atenção Básica



Fonte: Coordenadores Estaduais de Atenção Básica - outubro 2003

GRÁFICO 6 - Especialização dos coordenadores estaduais de Atenção Básica



Fonte: Coordenadores Estaduais de Atenção Básica - outubro 2003

**5.2. Quadro consolidado de incentivo estadual para a Atenção Básica (Equipes de PSF, Saúde Bucal E ACS)
Dezembro/2003.**

Secretaria de Saúde	Fonte	Modalidade	Crítérios
1. ALAGOAS	Fundo Estadual de Saúde	Transferência fundo a fundo	Utiliza um indicador com duas variáveis: a. distância da Capital; b. Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) de cada município. A partir da soma das pontuações é estabelecido o percentual do Incentivo que o Município recebe.
2. BAHIA	Fundo Estadual de Saúde	Transferência fundo a fundo	A habilitação dos Municípios ao incentivo se dá mediante assinatura de termo de adesão ao PSF .
3. ESPIRITO SANTO	Tesouro Estadual	Convênio entre a SES e o Município.	Populacional: com população até 15.000 habitantes, e os incluídos na área da SUDENE com até 25.000 hab., com cobertura de 80 % da população com PSF.
4. MATO GROSSO	Fundo Estadual de Saúde	Transferência fundo a fundo	Incentivo à implantação de Equipes de Saúde da Família. Incentivo à implantação de Agente Comunitário de Saúde Rural.

Indicadores de avaliação	Valores R\$
	<p>O valor mensal do incentivo repassado ao município é o resultado da aplicação do percentual (4%, 6%, 7%, 9%, 12%, 14%, 17%, 19%, 20%, 25%, 30%, 32%, 35%, 40%, 45%) sobre o valor máximo de incentivo/mês do Ministério da Saúde (R\$ 5.400,00).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mínimo: 4% (216,00 mensais): municípios com menor distancia da capital e com maior IDI; - Máximo: 45% (2.430,00 mensais): municípios com maior distancia da capital e menor IDI.
<p>Compete à Superintendência de Regulação, Atenção de Saúde – através da Coordenação do Programa Saúde da Família – PSF, acompanhar, analisar e fiscalizar a aplicação dos recursos do incentivo, emitindo parecer que será encaminhado trimestralmente ao Fundo Estadual de Saúde, para a liberação dos repasses aos municípios habilitados.</p>	<p>R\$ 1.114,00 mensais por ESF.</p>
<p>Avaliação periódica, educação permanente dos profissionais das equipes, e utilização dos sistemas de informação: SIAB, SINASC, SIM, SINAN, SIA, SIH, Pacto da Atenção Básica, PPI- ECD.</p>	<p>1.450,00 mensais por equipe.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Cumprir as metas pactuadas para a melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica; - Compromisso de implementar e manter a regularidade do sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 	<ul style="list-style-type: none"> - 48.000,00 anuais por ESF, nos municípios das regiões do Baixo Araguaia e Nordeste Mato-Grossense; - 28.000,00 anuais por ESF dos demais municípios. <p>Os valores terão acréscimo de 100% de acordo com a cobertura populacional do Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 30% ou mais de cobertura para municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes; b. 50% ou mais de cobertura para municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes; c. 60% ou mais de cobertura para municípios com população maior ou igual a 10.000 habitantes e inferior a 30.000; d. 70% ou mais de cobertura para os municípios com população inferior a 10.000 habitantes.
<ul style="list-style-type: none"> - Cumprir as metas pactuadas para a melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica; - Compromisso de implementar e manter a regularidade do sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). - Garantir a manutenção do enfermeiro para a supervisão do trabalho do ACSR. 	<p>2.400,00 anuais por Agente Comunitário de Saúde Rural.</p>

Secretaria de Saúde	Fonte	Modalidade	Critérios
5. MATO GROSSO DO SUL	Fundo Estadual de Saúde	Depósito em conta bancária do Agente Comunitário de Saúde	
		Transferência Fundo a Fundo por Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal	
6. MINAS GERAIS	Tesouro do Estado (arrecadação do ICMS)	Secretaria de Fazenda deposita na conta das Prefeituras	Atestado mensal de funcionamento das equipes fornecido pelas SES/MG Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde/DADS. Para o ano de 2004 está previsto o repasse através de um contrato de gestão (Termo de Responsabilidade), onde prevê o alcance de Metas Pactuadas. O "Índice de necessidade de Atenção Primária à Saúde", permite uma divisão dos municípios mineiros em 4 quartis, por grau de necessidade. Isto permitirá ao Estado repassar recursos diferenciados para os municípios visando atender o princípio da equidade.
7. PARANÁ	Fundo Estadual de Saúde	Transferência Fundo a Fundo	Possuir ESF e/ou de Saúde Bucal atuando de acordo com as normas do programa. Não estar habilitado no PROESF. Cumprir as metas dos Indicadores da Atenção Básica, da PPI e demais orientações estabelecidas pela Equipe da Regional de Saúde de sua área de abrangência, por ocasião da avaliação realizada.

Indicadores de avaliação	Valores R\$
<p>- Mínimo de 150 visitas domiciliares por agente comunitário; 40 visitas do auxiliar de enfermagem; 60 visitas do enfermeiro e 30 visitas do Médico/mês.</p> <p>- Número de pessoas cadastradas e acompanhadas por Diabetes, Hipertensão, Hanseníase e Tuberculose;</p> <p>- Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por diarreia.</p>	<p>108,00 mensais por ACS</p> <p>- cobertura populacional de 0 a 29,9% - 16.800,00/equipe; - cobertura populacional de 30 a 49,9% - 19.200,00/equipe; - cobertura populacional de 50 a 69,9% - 21.600,00/equipe; - com cobertura populacional igual ou superior a 70% - 24.000,00/equipe - equipe de saúde bucal na modalidade I: 7.200,00/equipe; equipe de saúde bucal na modalidade II: 9.000,00/equipe. Os valores de incentivo terão um acréscimo de 17% caso o município cumpra os indicadores citados.</p>
	<p>O valor do repasse é variável mês a mês, pois trata-se de recursos arrecadados mensalmente referente ao ICMS.</p>
<p>Amanutenção do incentivo estará condicionada a uma avaliação periódica (trimestral) por parte de uma Comissão de Acompanhamento da Regional de Saúde, em que se verificará o cumprimento das metas estabelecidas e se determinará novas metas e novos prazos, num processo contínuo de aprimoramento.</p>	<p>- Municípios com IDH abaixo da média do Estado: 1.000,00 – por ESF implantada 500,00 - por ESB implantada</p> <p>- Municípios com IDH acima da média do Estado: 500,00 – por ESF implantada 250,00 – por ESB implantada.</p> <p>- Limite máximo de 10.000,00/mês.</p>

Secretaria de Saúde 8. SERGIPE	Fonte Fundo Estadual De Saúde	Modalidade Transferência Fundo a Fundo	Critérios - A primeira etapa contemplará os municípios com menos de 100.000 habitantes desde que sua receita tributária (royalties de energia e de petróleo, ICMS, IPI - exportação) alcance um patamar percapita mensal inferior a R\$ 100,00 (cem reais). - A segunda etapa, a partir do primeiro semestre de 2004, abrangerá também os demais municípios não contemplados na etapa anterior, cujos critérios de inclusão e valores de incentivo serão definidos em ato próprio. - O incentivo será concedido aos municípios que apresentarem cobertura do PSF igual ou superior a 70% de sua população.
9. RIO GRANDE DO SUL	Fundo Estadual De Saúde	Transferência Fundo a Fundo por Agente Comunitário	Adesão do município ao PACS/PSF de acordo com a portaria 1886/97;
		Transferência Fundo a Fundo por Equipe de Saúde da Família	Adesão do município ao PACS/PSF de acordo com a portaria 1886/97;
		Transferência Fundo a Fundo por Equipe de Saúde Bucal	Adesão do município a proposta do MS, conforme normas da portaria 1444/2000, à exceção do art 4º, estabelecido cada ESB deverá estar vinculada a uma ESF.

Indicadores de avaliação

- Melhorar ou no mínimo manter as condições avaliadas na rede básica de saúde/ESF, cumprindo as regras estabelecidas.
- Cumprir os compromissos centrais e prioritários assumidos pelo Município com respeito à organização e consolidação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família:
 - Executar e coordenar as ações previstas no Pró-Saúde;
 - Fazer parte da rede de apoio aos municípios - cooperação técnica da Secretaria de Estado da Saúde;
 - Disponibilizar informações e relatórios físicos e financeiros para o monitoramento e avaliação das ações implementadas e o aprimoramento das tecnologias de gestão a fim de permitir o acompanhamento, monitoramento e avaliação dos processos organizativos da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família:
 - Participar na construção de instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações realizadas junto à rede de apoio aos municípios, coordenada e articulada pela SES;
 - Disponibilizar para consulta todos os processos e documentos relativos à execução das ações/atividades postas como condições ao recebimento do incentivo;

Valores R\$

- município com menos de 10 mil habitantes e que diste mais de 100 km de Aracaju – 2.700,00 mensais por ESF.
- município com menos de 10 mil habitantes (IBGE) e que diste entre 50 km e 100 km de Aracaju – 2.200,00 mensais por ESF.
- município com menos de 10 mil habitantes (IBGE) e que diste menos de 50 km de Aracaju – 1.700,00 mensais por ESF.
- município com população entre 10.001 (dez mil e um habitantes) e 20 mil habitantes (IBGE) e que diste mais de 100 km de Aracaju – 2.200,00 mensais por ESF;
- município com população entre 10.001 (dez mil e um habitantes) e 20 mil habitantes (IBGE) e que diste entre 50 km e 100 km de Aracaju – 1.700,00 mensais por ESF.
- Município com população entre 10.001 (dez mil e um habitantes) e 20 mil habitantes (IBGE) e que diste menos de 50 km de Aracaju – R\$ 1.200,00 mensais por equipe do Programa Saúde da Família - PSF -cadastrada e em atividade regular.
- município com população entre 20.001 (vinte mil e um) e 50 mil habitantes (IBGE) e que diste mais de 100 km de Aracaju (1.700,00 mensais por ESF).
- município com população entre 20.001 (vinte mil e um) e 50 mil habitantes (IBGE) e que diste entre 50 km e 100 km de Aracaju – 1.500,00 mensais por ESF.
- município com população entre 20.001 (vinte mil e um) e 50 mil habitantes (IBGE) e que diste menos de 50 km de Aracaju (1.200,00 mensais por ESF);
- município com população entre 50.001 (cinquenta mil e um) e 100 mil habitantes (IBGE) – 1.000,00 mensais por ESF.

No mínimo:

- 90 % de cobertura vacinal;
- 90% de gestantes acompanhadas no pré-natal;
- 80 % dos diabéticos acompanhados;
- 80 % de hipertensos acompanhados.

240,00/ano

No mínimo:

- 90 % de cobertura vacinal;
- 90% de gestantes acompanhadas no pré-natal;
- 80 % dos diabéticos acompanhados;
- 80 % de hipertensos acompanhados.

2.000,00 mensais por ESF e 4.000,00 por Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

- adesão crescente do número de famílias cobertas pelas ações de Saúde Bucal;
- Adesão crescente da população aos procedimentos coletivos.

500,00 mensais por ESB

Secretaria de Saúde 10.TOCANTINS	Fonte	Modalidade	Critérios
	Tesouro do Estado	Contratação de RH (médico, enfermeiro e odontólogo)	<ul style="list-style-type: none">- O Estado contrata os profissionais para compor as equipes de PSF.- Todos os municípios (139) recebem este incentivo. Além dos itens citados acima, financia as ações como seleção dos (ACS) para os municípios.

Indicadores de avaliação

Valores R\$

1.127.716,50 mensais para o pagamento de RH

