

SEMINÁRIO NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SOBRE AS RELAÇÕES PÚBLICO - PRIVADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De 8 a 11 de novembro de 2010 – Hotel Nacional

PROPOSTAS APROVADAS

1. Garantir a materialização dos princípios da universalidade, integralidade, equidade e a participação de sujeitos reconhecendo as suas diversidades nos territórios sócio sanitários, assegurando o financiamento efetivo das políticas específicas que foram aprovadas no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde e que aguardam pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Comissões Intergestores Bipartite - CIB;
2. Garantir as linhas de cuidado e a gestão da clínica a partir dos protocolos clínicos aprovados no âmbito do Ministério de Saúde e identificar a necessidade de novos protocolos clínicos; sejam efetivamente implementados nas três esferas de governo;
3. Realizar permanentemente monitoramento e avaliação quantitativa e qualitativa, das ações e serviços em toda rede de atenção à saúde, com ênfase nos indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos na promoção de intervenções adequadas e eficazes na atenção básica, com o objetivo de melhoria na qualidade de vida dos cidadãos;
4. Fortalecimento dos conselhos de saúde no exercício do controle social para exercer suas funções com autonomia política, econômica, administrativa e financeira.
5. Financiamento tripartite adequado as necessidades e que garanta o acesso a integralidade e a universalidade.
6. Estruturação da rede física da Atenção Básica resolutiva e hierarquizada.
7. Profissionalização, qualificação e democratização da gestão e da referencia dos serviços (educação permanente).
8. Carreira única do SUS com responsabilidade tripartite pela contratação e financiamento, com estímulo à qualificação, tempo de serviço e dedicação exclusiva.
9. Serviço civil em saúde.
10. Fortalecer o controle social.
11. Garantir que o financiamento tripartite contemple o custo real de manutenção das ações básicas de saúde, evitando a criação de programas e estratégias sub-financiadas por incentivos financeiros.
12. Necessidade de avaliação do impacto do PSF na reorientação do modelo de atenção a saúde, visto que, o orçamento do MS para 2011 para MAC é superior ao da atenção básica.
13. Autonomia dos conselhos de saúde e do fortalecimento do controle social, definir sanções efetivas e cabíveis nos casos de descumprimento da autonomia gerencial, administrativa e funcional dos Conselhos.
14. Que o Ministério da Saúde normatize incentivo financeiro aos conselhos de saúde garantindo a autonomia no exercício do controle social.
15. Fortalecimento da Atenção Primária por meio da expansão e qualificação das equipes de saúde bucal da saúde da família/atenção básica e implantação e implementação dos Centros Especializados em Odontologia – CEOs.
16. Implementação com responsabilidade compartilhada pelas três esferas de gestão, a capacitação de todos os profissionais da rede de atenção básica para a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças crônico-degenerativas contemplando os diversos segmentos da sociedade considerando aquelas com protocolo clínico específico já aprovado pelo MS.
17. A equidade de acesso, as limitações oriundas do transtorno psiquiátrico e da dificuldade de comunicação, das pessoas com autismo, torna-se prioritário que se cumpra a resolução da 13ª CNS estabelecendo uma política de atendimento a este segmento no SUS, com participação do controle social.
18. A qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde multidisciplinares e a importância de assegurar os avanços das pesquisas tecnológicas de interesse para o país no campo da saúde sejam incorporados estimulando o processo de formação e educação permanente em saúde.

19. Que atenção primária em saúde seja discutida e aprovada obedecendo as especificidades de cada região, de forma a adequar às necessidades de extensão das equipes de saúde, inclusive, para o período noturno.
20. A necessidade de avaliação da redução da carga horária das ESF para 30 horas semanais de acordo com a realidade regional.
21. O incentivo as coordenações de Unidades Básicas de Saúde e unidades Básicas de Saúde da Família, para efetivamente cumprir as metas nos moldes do SUS.
22. Atualizar o financiamento pela correção populacional todos os incentivos – fixo e variável.
23. Equidade no financiamento considerando as diferenças regionais e de abrangência local.
24. Redefinição e aprimoramento do papel dos entes federados, incluindo o financiamento, e apoio técnico e de critérios objetivos de financiamento por parte dos estados. Qualificar as ações de fiscalização e monitoramento
25. Orçamento global para a atenção básica.
26. Integrar as ações do MAC, programas e políticas com a Atenção Primária para a construção de uma linguagem única e não fragmentada como é hoje.
27. Minimizar financiamento incentivo e maximizar o custeio como repasse constitucional federativo.
28. Adequar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica a realidade local regional de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.
29. O cartão SUS prontuário eletrônico não pode ser eternamente uma imagem objetivo, devem ser instrumentos de um sistema de saúde organizado e estruturado.
30. Financiamento pactuado tripartite induzido pelo Governo Federal e acompanhado pelas esferas estadual e municipal.
31. Compromisso com a expansão. Crescer com qualidade.
32. Adequação dos currículos escolares para que os formandos tenham o perfil que o sistema de saúde necessita;
33. Regulamentação da Emenda Constitucional 29 que se mantém com um único destaque a ser votado desde 2001.
34. Aprovação do Projeto de Lei do Deputado Geraldo Rezende sobre o Serviço Civil Obrigatório.
35. Ação política junto aos estados no sentido de estruturar fisicamente a Atenção Primária (PAC 2).
36. Co-financiamento do estado para o município.
37. Adotar ações visando garantir recursos financeiros suficientes para a APS. Nesse sentido é importante estipular um percentual fixo mínimo dos recursos da união, estados e municípios a ser vinculado para o financiamento da Atenção Primária.
38. Recuperar gradativamente o valor base do PAB (fixo + variável) garantindo a recomposição monetária do valor, para que se aproxime mais do custo real das equipes, chegando ao menos 50% do valor global do custeio de uma Estratégia Saúde da Família - ESF, e concomitantemente, ampliar os incentivos financeiros que proporcionem maior equidade de alocação de recursos (*ex. compensação de especificidades regionais – CER*).
39. Estabelecer o pagamento diferenciado para os municípios com equipes da saúde da família segundo padrões de qualidade, com certificação segundo critérios construídos de forma tripartite (por exemplo: uma menor população adstrita, presença de profissionais especialistas em APS nas equipes estrutura física e de equipamentos da unidade adequada) reforçando assim uma cultura de responsabilização pela qualidade.
40. Ampliar a implantação dos Núcleo de Atendimento Saúde da Família - NASF facilitando o acesso dos municípios à esta ação (diminuindo a proporção de NASFs por equipes de Saúde da Família).
41. Instituir incentivo para o transporte sanitário reforçando a necessidade de articular e integrar os diversos pontos de atenção na rede.
42. Constituir um financiamento global para a rede de atenção à saúde constituída dentro de parâmetros estabelecidos de forma tripartite sendo o principal pré-requisito a cobertura de toda a população pela APS.
43. Manter uma política de financiamento federal para construção de unidades de saúde da família, e instituir uma linha de financiamento federal para as unidades de saúde da família fluviais, na forma já existente hoje para as unidades de SF.

44. Organizar a pactuação da PPI efetivamente a partir das necessidades identificadas pela APS, melhorando o acesso a exames de imagem e laboratoriais, aumentando a resolutividade dos ESF, assim como as consultas com especialistas locais.
45. Instituir um novo sistema de informações para a APS com entrada individualizada de dados, e preferencialmente agregando o prontuário eletrônico que seja utilizado em todos os pontos da rede de serviços, e simultaneamente garantir a informatização total de todas as unidades básicas de saúde que abriguem equipes de saúde da família a fim de facilitar a comunicação entre os diferentes pontos desta rede e, por conseguinte viabilizar a coordenação do cuidado por parte dos profissionais da ESF.
46. Estabelecer em conjunto com o Ministério da Educação novos parâmetros curriculares para os cursos da área da saúde, estimulando a inserção precoce dos alunos de graduação em serviços de AP.
47. Ampliar o processo de capacitação das equipes de saúde da família através do UNASUS e outras estratégias que englobem a educação permanente dos profissionais orientadas pelas necessidades da APS.
48. Instituir critérios de financiamento e de população adstrita diferenciados para as unidades de saúde da família que sejam campo de ensino e de residência em APS visando garantir a qualidade do ensino nestas residências, assim como estimular os gestores a abertura de novas vagas.
49. Instituir ações visando qualificar os gestores (nacionais, estaduais e municipais) para o fortalecimento do SUS e em especial da APS.
50. Instituir diretrizes para as ações realizadas pelos profissionais e protocolos clínicos para os agravos mais frequentes na APS, sendo que tais instrumentos devem ser adaptáveis as realidades regionais e serem construídos baseados em evidências científicas por profissionais com reconhecida atuação na APS (explicitando o grau de evidências para cada recomendação).
51. Estimular a formação de câmaras intersetoriais (ex: saúde e educação, saúde e assistência social, saúde e esportes) explorando as potencialidades das experiências implementadas pelos outros setores.
52. Melhorar a divulgação de informações sobre APS para a população, incluindo ações na grande mídia, rádios comunitárias, e processos de educação popular em saúde, além de outras estratégias de marketing e publicidade (política de comunicação social para a APS) assim como estimular a realização de eventos relacionados à APS.