

OFICINA 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Guia do Participante
PIAUÍ/2017

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Cooperação Técnica Interinstitucional Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Presidente: Michele Caputo Neto

Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva

Coordenador Técnico de Núcleos: René José Moreira dos Santos

José Wellington Barroso de Araújo Dias

Governador do Estado do Piauí

Florentino Alves Veras Neto

Secretário Estadual de Saúde do Piauí

Equipe Gestora da SES/Pi

Conceição Maria Oliveira Lima

Superintendente de Gestão e Administração

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

Superintendente de Atenção à Saúde

Gerardo Rebelo Filho

Superintendente de Assistência à Saúde

Ana Maria Menezes Neiva Eulálio Amorim
Diretoria do Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria

Marcolina Maria de Jesus Neta (Lina)
Diretoria de Unidade de Planejamento

Garcias Guedes Rodrigues Júnior
Diretoria de Unidade de Administração

Tatiana Vieira Sousa Chaves
Diretoria de Unidade de Vigilância Sanitária

José Richardson da Rocha Soares
Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas

José Elói Lamim Lages
Diretor do FUNSAÚDE

Herlon Clistenes Lima Guimarães
Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde

Ivo Lima Viana
Diretoria de Organização Hospitalar

Jean de Sousa Batista
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Graciene Silva Nazareno
Assessoria de Comunicação

Revisão e Sistematização do Documento

Iolí da Silva Piauilino

Márcia Alcioneide da Silva

Mônica Amorim Barjud

Norma Sueli Marques da Costa Alberto

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Consultor: Eugênio Vilaça Mendes

Consultores da Tutoria: Marco Antônio Bragança de Matos e Rubia Pereira Barra

Gerente da Atenção Primária à Saúde: Maria José de Oliveira Evangelista

Gerente da Atenção Especializada: Eliana Maria Ribeiro Dourado

ORGANIZADORES DOS GUIAS DE ESTUDO

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Maria Zélia Soares Lins

Marco Antônio Bragança de Matos

Rubia Pereira Barra

FACILITADORES DO CONASS

Ademilde Machado Andrade

Regina Helena Arroio Nicoletti

Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

Rosane de Lucca Maerschner

Ana Maria Cavalcanti

Rubia Pereira Barra

Ana Paula Oliva Reis

Sandra Denise de Moura Sperotto

Carla Pintas Marques

Severino Azevedo de Oliveira Junior

Carla Ulhoa André

Sônia Maria Souza

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Tereza Cristina Lins Amaral

Cleide Aparecida de Oliveira

Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

Denize Aparecida Silva

Viviane Rocha de Luiz

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Wagner Fulgêncio Elias

Eliane Regina da Veiga Chomatas

Jane Monteiro Neves

Leane de Carvalho Machado

Lidia Maria Tonon

Lore Lamb

Marco Antônio Bragança de Matos

Maria Ângela Leite Chaves

Maria Cecília Moreira Domênico

Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Marta Oliveira Barreto

Nereu Henrique Mansano

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

FACILITADORES DO PIAUI

Edna Batista
Eliandra de Andrade Silva
Edvone Benevides Sabino
Leidimar Barbosa Alencar
Valtânia Leite Barros
Maysa Raquel Gramosa
Luciana Sena
Márcia Alcioneide da Silva
Maria de Jesus Dias de Araújo
Jeferson Silva Araújo
Rita de Cássia de Sales Torres
Zilmar Silva Neres
Monique de Aquino Ferreira
Joara Cunha Santos Mendes G. Lima
Jaira Carolina Meneses Caçada
Onofre Coelho de M. Júnior
Laydianne Portela Mota
Jacy Fortes de Meneses
Zelinda Houana
Fábio Mota Machado
Maria Gabriela C. T. Monteiro
Caroline Lustosa da Silva
Flavio Ibiapina Rodrigues
Berenice Diniz Amaral de Sousa
Maria Cleris Bezerra de Sousa
Gessika Aline de S. Cerqueira
Hellen Natashy Araújo Magalhães
Rivania de Almeida de Assis
Maria Sousa de Moraes
Aline dos Santos Veras Mota
Vanessa Cristina de Castro A. Oliveira
Geovania Vieira de Brito
Liege M^a Rodrigues de Aquino
Cleiliane Linhares Prado
Luciana da Fátima dos S. Reis
Frank Sinara Mesquita Oliveira
Zoraia Ibiapina Tapety
Gilberto Marcelo M. B. Junior
Arabela Araújo dos Santos
Taylon Oliveira de Andrade
Lara Agda F. Gomes
Olavo Felix dos Santos
Gilmaria Cardoso Oliveira
Ester Jaine de S. Pereira
Karoline Monteiro Barros
Tiago Leoncio
Liliane França de Carvalho
Antonia Jocileide N. da Silva
Jamilia Rodrigues da Silva
Mailson Silva de Oliveira
Juliana Maria de Sousa
Maria do Carmo A. de B. Barros
Daiane Cavalcante Sousa
Francimeire Moura
Welson Bruno Diniz
Ana Cristina Portela
Mônika Amorim Barjud
Luiza Cunha da Silva
Virginia Matos Gomes dos Santos
Karlíane de Araujo Lima Uchoa
Rodolfo Escórcio de Castro
Hercilio de Sousa Miranda
Tiago Luis Lima da Silva
Adenia Sousa e Vasconcelos
Gracyanne M^a Oliveira Machado
Ana Paula de Castro Sousa
Glaucimeire Moura Cavalcante
Ana Karla de F. M. Brauna
Iarlei de Brito Vasconcelos
Gildenise Monteiro Rabelo
Nayla Silva Azevedo
Katia Miriane Figueiredo Araújo
Simone da Silva Freitas
Claudia Oliveira Melo

SUMÁRIO

- 1 Apresentação
- 2 Objetivos de aprendizagem
- 3 Desenvolvimento
- 4 Programação
- 5 Roteiro de atividades
- 6 Orientações para o período de dispersão
- 7 Avaliação

OFICINA 2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Tratar de Atenção Primária à Saúde (APS) não será uma tarefa tão difícil, considerando que estamos falando do cotidiano de cada um. Mas não podemos esquecer que estamos tratando da porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve coordenar o cuidado e ordenar as Redes de Atenção à Saúde. E quando falamos em **coordenar o cuidado**, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, e, ainda, de **ordenar as redes**, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde aconteça a partir das necessidades de saúde dos usuários, estamos discutindo uma tarefa muito complexa, mas não impossível. Digamos que seja mais um desafio posto para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse sentido, a oficina tem como propósito promover a análise da APS no município, discutir sua forma de organização, sua resolubilidade e permitir aos participantes a reflexão a respeito da complexidade dos problemas que as equipes de APS têm de enfrentar na sua rotina. Para tanto, trabalha a importância da mudança na concepção da APS para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde.

Em outras palavras, o SUS, um sistema baseado e ordenado a partir da Atenção Primária à Saúde que se encontra em permanente busca pela melhoria do cuidado, continua sendo nossa pauta permanente durante a Planificação.

Ao mesmo tempo em que esperamos que a forma com que foi pensada essa oficina atenda às expectativas de cada um de vocês, reafirmamos que não há pacotes prontos e que a caminhada é constituída por todos nós ao longo desse processo formativo.

Considerando que a necessidade de mudanças significativas no processo de trabalho em saúde pressupõe a elaboração de um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competências, a Oficina traz como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de analisar a Atenção Primária à Saúde do ponto de vista do acesso”.

2 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Para o alcance da competência proposta, serão desencadeadas algumas etapas do processo de aprendizagem, representadas pelos seguintes objetivos:

3.1 Objetivo geral:

Analisar a Atenção Primária à Saúde do ponto de vista do acesso.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar os elementos constituintes da Atenção Primária à Saúde.
- Identificar as principais causas relacionadas à crise da Atenção Primária à Saúde no plano micro da clínica.
- Analisar as principais demandas da Atenção Primária à Saúde.
- Compreender a proposta de construção social da Atenção Primária à Saúde;
- Compreender os principais fundamentos para a organização do acesso na Atenção Primária à Saúde.

3 DESENVOLVIMENTO

O processo de formação será integrado, articulado e em estreita relação com a realidade local, por meio de uma abordagem educacional mais participativa e colaborativa, valorizando a integração ensino-serviço. Desta forma, os métodos de ensino-aprendizagem utilizados objetivam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos participantes, a partir de um conjunto de estratégias educacionais, que resultará na apresentação de produtos concretos.

Assim, a oficina 2 está estruturada de forma a trabalhar com algumas estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento. São propostos alguns trabalhos em grupos, seguidos de compartilhamento dos produtos e exposições para sistematização das informações trabalhadas.

Compõe o material bibliográfico adicional o Plano Regional da Rede Cegonha da Planície Litorânea, para leitura e aprofundamento das temáticas e complementação dos objetivos propostos na oficina.

4 PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em turnos com carga horária de 4 horas/aula, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos de aprendizagem já apresentados. O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho do grupo.

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h – 8h30min	Inscrição e entrega de material
8h30min – 9h	Acolhimento e abertura da Oficina
9h – 10h	Atividade 1 – Plenário: Dispersão da Oficina de Redes de Atenção à Saúde
10h – 10h15min	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Oficina de Atenção Primária à Saúde
10h15min – 10h30min	Café com prosa (deslocamento para os grupos)
10h30min – 12h	Atividade 3 – Trabalho em grupo com plenário externo: Por que construir a Atenção Primária à Saúde na prática social?
12h – 12h30min	Atividade 4 – Plenário do trabalho em grupo: Por que construir a Atenção Primária à Saúde na prática social?
12h30min – 13h30min	Intervalo para almoço
TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13h30min – 13h45min	Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h45min – 15h30min	Atividade 5 - Trabalho em grupo com plenário interno: Analisando o acesso na Atenção Primária à Saúde
15h30min – 15h45min	Café com prosa (deslocamento para o plenário)
15h45min – 16h30min	Atividade 6 – Exposição dialogada: O acesso na Atenção Primária à Saúde
16h30min – 17h	Orientações para o período de dispersão
17h - 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

5 ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

ATIVIDADE 1 – PLENÁRIO: DISPERSÃO DA OFICINA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



1 hora

DESCRIÇÃO:

1. A Oficina de Redes de Atenção à Saúde tinha como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de analisar o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção”. Para tanto, foram propostos os seguintes produtos a serem realizados no período de dispersão:

- Desenho do percurso real das gestantes do território.
- Análise do percurso real das gestantes a partir das diretrizes da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.
- Modelagem e programação da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.
- Dimensionamento da população a ser encaminhada para a Atenção Ambulatorial Especializada na Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

2. Nessa atividade, os participantes socializarão os produtos de dispersão, dando destaque às facilidades e dificuldades para sua realização e, principalmente, à aplicação prática do aprendizado ao cotidiano de trabalho da Atenção Primária à Saúde

3. Ao final, o coordenador do plenário fará o resgate dos objetivos da Oficina 1 para analisar o grau de alcance dos mesmos.



RESGATANDO OS OBJETIVOS DA OFICINA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Objetivo geral:

- Analisar a importância da organização do sistema de saúde em Redes de Atenção.

Objetivos específicos:

- Identificar as principais razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde;

- Relacionar as transições contextuais com as mudanças na situação de saúde no país;
- Diferenciar as formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde;
- Compreender os fundamentos que dão base à construção das Redes de Atenção à Saúde;
- Compreender a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde;
- Compreender o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde.

ATIVIDADE 2 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A OFICINA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



15 minutos

DESCRIÇÃO:

Será apresentada a proposta da oficina de Atenção Primária à Saúde, sua relação com as demais oficinas da Planificação, a competência proposta, as etapas de aprendizagem, a metodologia e, principalmente, a importância do papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção.

ATIVIDADE 3 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: POR QUE CONSTRUIR A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PRÁTICA SOCIAL?



1 hora e 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores nessa atividade para a mediação do trabalho proposto. Antes de dar início, deve-se eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Veja a seguir o papel desses atores no grupo:



RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo e apresentá-las em plenário, seja este interno ou externo.

Registre aqui as pessoas que exercerão as funções de coordenador(a): _____ e de relator(a): _____ nessa primeira atividade.

Passo 2 – A atividade traz dois textos de apoio que juntos procuram responder ao tema central do trabalho em grupo: Por que construir a Atenção Primária à Saúde na prática social? Para leitura e discussão dos textos os grupos se organizarão, conforme indicado no quadro a seguir:

Grupos	Textos para leitura
A	Texto 1 – Atenção Primária à Saúde: do conceito à crise no plano micro da clínica
B	Texto 2 – O processo de construção social da Atenção Primária à Saúde

Passo 3 - Para cada texto, há uma sequência de questões que nortearão as discussões. Veja a seguir:

Textos para leitura	Questões norteadoras
Texto 1 – Atenção Primária à Saúde: do conceito à crise no plano micro da clínica	<p>a) Em seu município, qual alternativa aproxima-se da interpretação para a APS: seletiva; nível primário do sistema de atenção à saúde; ou estratégia para a organização do sistema de saúde? Justifique sua resposta.</p> <p>b) Dos atributos e funções da APS, quais são praticados regular e sistematicamente pelas equipes do seu município?</p> <p>c) Qual(is) o(s) modelo(s) de estruturação da Atenção Primária à Saúde no seu município?</p> <p>d) A que se deve a crise da APS no plano micro da clínica?</p>
Texto 2 – O processo de construção social da Atenção Primária à Saúde	<p>a) Como os diferentes tipos de demanda identificados na APS se comportam no seu município?</p> <p>b) Qual a estrutura de oferta da APS em seu município?</p> <p>c) Qual o nível de resposta da atual estrutura de oferta em relação a todas as demandas da APS em seu município? Justifique sua resposta.</p> <p>d) Dos sete macroprocessos propostos na construção social</p>

da APS, quais são praticados regular e sistematicamente pelas equipes do seu município?

Passo 4 – Como a atividade requer a leitura e discussão de textos, seguem algumas orientações gerais sobre leitura coletiva no Box a seguir.



ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA:

Recomenda-se uma **leitura paragrafada**, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto **é facultada** aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em **voz alta** para que todos acompanhem.

Cada participante deve **destacar os termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos**, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A **responsabilidade** em esclarecer os termos é **compartilhada** entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve **registrar no papel craft** os termos identificados pelo grupo.

O **registro do processo de trabalho** do grupo deverá ser feito pelo relator em **papel afixado na parede** para que todos possam visualizar a **produção coletiva**.

Passo 5 – A seguir, o grupo deve proceder à leitura do texto de apoio (1 ou 2), conforme orientado:



TEXTO DE APOIO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DO CONCEITO À CRISE NO PLANO MICRO DA CLÍNICA¹

1.1 O CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A conferência de Alma-Ata definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis

¹ Texto adaptado do livro A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde da coleção Para Entender a Gestão do SUS, publicada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 2015.

e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”.

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, apontava para a saúde como expressão de direito humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 14).

Em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, instou todos os países-membros a definir e por em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação pelas diferentes interpretações que foram decodificadas do conceito global em que há consenso (VUORI, 1984).

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve “ocupar o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN *et al.*, 2006).

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental.

A Organização Pan-Americana da Saúde propõe uma renovação da APS – sua quarta interpretação, com enfoque de saúde e de direitos humanos, de forma a alcançar melhorias na equidade em saúde, resgatando um pouco o que foi discutido em Alma-Ata (OPAS, 2011).

1.2 OS ATRIBUTOS E OS PAPEIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Operacionalmente, uma conceituação de APS implica o exercício de sete atributos e de três papéis (Figura 1), e só haverá uma APS de qualidade quando estes sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são os atributos essenciais e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) os atributos derivados.

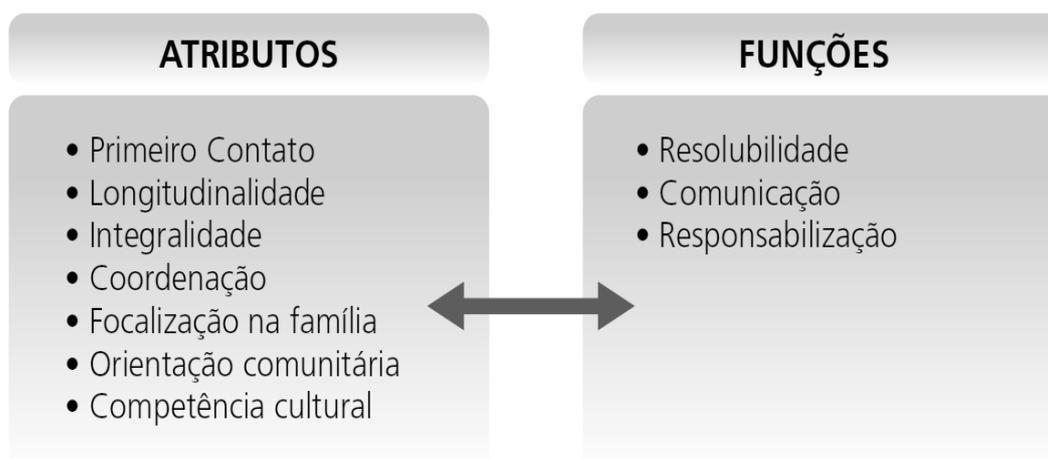


Figura 1 – Atributos e funções da Atenção Primária à Saúde.

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.

A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS.

A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em razão do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige análise situacional das necessidades de saúde das famílias em uma perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias (STARFIELD, 2002).

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir seus três papéis essenciais: a resolutividade, a coordenação e a responsabilização.

O papel da resolutividade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que eles devem ser resolutivos, capacitados, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 90% da demanda da APS.

O papel de coordenação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita (MENDES, 2002).

1.3 OS MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, não obstante o discurso oficial da APS como estratégia de organização do SUS, vigem diferentes modelos de estruturação da APS. Mesmo sob o nome genérico de Estratégia de Saúde da Família (ESF) convivem variados modelos de cuidados primários, especialmente quando se considera o trabalho médico. Há o modelo tradicional em que médicos e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família atendem a uma população com ênfase em consultas médicas e de enfermagem. Há o modelo *Semachko*, oriundo da experiência russa bolchevique de organização de cuidados primários, providos por uma tríade de médicos especialistas: clínico, gineco-obstetra e pediatra. Há o modelo de medicina de família e comunidade estrito senso, calcado nos modelos europeus e canadense, nos quais a centralidade do cuidado faz-se por meio de consultas médicas propiciadas por especialistas em medicina de família e comunidade. E existe, ainda, o modelo de Estratégia de Saúde da Família, ainda não hegemônico, em que o cuidado primário está centrado em uma equipe multiprofissional, trabalhando de forma interdisciplinar e por meio de um conjunto ampliado de encontros clínicos que envolvem consultas individuais e atividades em grupo. Há, por fim, modelos mistos que articulam alguns desses diferentes modelos em uma única equipe de saúde da família.

Ainda que não se possa, rigorosamente, comparar a ESF com os modelos tradicionais de APS, porque são opções de políticas de cuidados primários totalmente distintas, ao contrário do que algumas vezes se propaga, os trabalhos revisados demonstram, inequivocamente, a superioridade da ESF em relação aos modelos tradicionais, especialmente no cumprimento dos atributos da APS. Interessante notar que não se encontrou nenhum trabalho avaliativo que indicasse a superioridade dos modelos tradicionais sobre o PSF (MENDES, 2012).

Vários trabalhos de pesquisa realizados no Brasil, utilizando a metodologia do *PCATool* (Instrumento de avaliação da atenção primária), que mede a coerência entre os atributos da APS e sua prática operacional, permitiram verificar que, em todos eles e em diferentes regiões de nosso País, o modelo da ESF ainda que muitas vezes contaminado por outros modelos foi sempre superior aos modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional e *Semachko*. Foi assim, no município de Porto Alegre (HARZHEIM, 2004); em Petrópolis (MACINKO *et al.*, 2004); em São Paulo (ELIAS *et al.*, 2006); em 41 municípios das regiões Nordeste e Sul (FACCHINI *et al.*, 2006); em 62 municípios do estado de São Paulo (IBAÑEZ *et al.*, 2008); em nove municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso (VAN STRALEN *et al.*, 2008); e em Curitiba (CHOMATAS, 2011). Portanto, há evidências amplas e robustas da superioridade da ESF sobre outros modelos alternativos de APS em nosso país. Por essa razão, o modelo de APS que se propõe construir socialmente na Planificação da Atenção à Saúde é o da ESF.

1.4 A CRISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PLANO MICRO DA CLÍNICA²

A visão simplificada da APS e, especialmente, o desconhecimento da complexidade da demanda nos cuidados primários tem sido, em boa parte, responsável pela crise que se instalou no plano micro da clínica.

Há uma crise nas microrrelações clínicas entre a equipe de saúde, especialmente o médico, e as pessoas usuárias, que transparece em todos os níveis dos sistemas de atenção à saúde, mas com especial relevância nos cuidados primários à saúde.

A maioria dos estudos que se relatam, em seguida, foi realizada em consultas de médicos de APS. Nos Estados Unidos, 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabetes não mantêm essas condições de saúde controladas (ROUMIE *et al.*, 2006). Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado excessivamente na atenção uniprofissional, propiciada pelos médicos, por meio de consultas rápidas. Essas consultas foram denominadas de consultas de 15 minutos (BODENHEIMER e LAING, 2007), vez que estudos demonstraram que, nos Estados Unidos, a duração média de uma consulta médica de adultos é de 16,2 minutos e a de crianças é de 14,2 minutos (FERRIS *et al.*, 1998; MECHANIC *et al.*, 2001). Na Inglaterra, o tempo médio da consulta médica é de 8 minutos (HOWIE *et al.*, 1999).

² Texto adaptado do livro *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*, de Eugênio Vilaça Mendes, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 2015.

Há uma inconsistência estrutural entre o tempo curto da consulta médica e o incremento das tarefas da atenção à saúde. Por exemplo, hoje em dia, a atenção ao diabetes é muito mais complexa e consumidora de tempo que há uma década.

Além disso, estudos avaliativos mostraram que há dificuldades das pessoas usuárias em captar as informações em consultas de menos de 18 minutos (BEISECKER e BEISECKER, 1990); que as consultas necessitam de um tempo mínimo de 20 minutos para envolver as pessoas usuárias efetivamente nas decisões clínicas (KAPLAN et al., 1995); e que a duração das consultas é um preditor forte da participação das pessoas usuárias nas decisões clínicas referentes à sua saúde (DEVEUGELE et al., 2004).

Há evidências de que esse modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, prestada pelo médico, em tempo curto, é fonte de muitos problemas, por várias razões. Estimou-se que um médico de APS gastaria 7,4 horas por dia de trabalho para prover todos os serviços preventivos recomendados para um painel de 2.500 pessoas e mais 10,6 horas diárias adicionais para prestar uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas desse painel (YARNALL et al., 2003; OSTBYE et al., 2005). Somente para elaborar um bom plano de cuidado um médico gastaria, em média, 6,9 minutos (BODENHEIMER, 2007). Além disso, há o que os criadores do *Chronic Care Model* denominaram de “tirania do urgente” em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas (WAGNER et al., 1996). Os médicos de família devem cuidar, em cada consulta, de 3,05 problemas em média; mas isso varia de 3,88 problemas nas pessoas idosas a 4,6 problemas nos portadores de diabetes (BEASLEY et al., 2004). Como resultado disso tudo, menos de 50% dos cuidados baseados em evidência são realmente prestados (BODENHEIMER, 2008); 42% dos médicos de APS manifestam não ter tempo suficiente para atender bem às pessoas (CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE, 2008); os médicos devotam apenas 1,3 minutos em orientações a pessoas portadoras de diabetes, utilizando uma linguagem técnica imprópria para atividades educativas, quando necessitariam de 9 minutos para essas atividades (WAITZKIN, 1984); três em cada quatro médicos falham em orientar as pessoas em relação à prescrição de medicamentos, o que implica em não adesão (MORRIS et al., 1997); e a atenção médica em consulta curta determina baixa satisfação das pessoas e relações empobrecidas entre os médicos e as pessoas usuárias (DUGDALE, 1999).

Além disso, outros estudos refletem o que tem sido denominado da regra dos 50% da relação médico-pessoa usuária nas consultas médicas. Num estudo, 50% das pessoas usuárias deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse (ROTTER et al., 1989); num outro estudo, em torno de 50% das pessoas usuárias solicitadas pelos médicos a manifestar o que entenderam de suas orientações, mostraram uma compreensão equivocada (SCHILLINGER et al., 2003); e um terceiro estudo mostrou que 50% das pessoas usuárias atendidas nas consultas médicas não foram capazes de entender as prescrições de medicamentos realizadas (SCHILLINGER et al., 2005).

As evidências mencionadas demonstram, de forma inquestionável, a falência de uma das principais instituições sustentadoras dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração.

Por tudo isso, o manejo dos fatores de riscos biopsicológicos individuais e das condições crônicas estabelecidas convoca, na APS, uma clínica que se estrutura com diferenciais significativos em relação à clínica hegemônica que foi construída, historicamente, para dar conta das condições agudas e das agudizações de condições crônicas.

A emergência das condições crônicas exigiu mudanças significativas na atenção à saúde que redundaram em alguns movimentos fundamentais que se manifestaram, de forma especialmente significativa, no campo dos cuidados primários à saúde.

Esses movimentos, imprescindíveis à construção de uma resposta social adequada às condições crônicas, em seu conjunto, são muito profundos. De outra forma, a clínica para as condições crônicas traz elementos essenciais de diversos modelos de atenção à saúde. No modelo proposto por Mendes para o SUS, a partir dos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente (Bengoa, Porter e Kellogg, 2008), dos Cuidados Crônicos (Wagner, 1998) e dos Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991), trabalha-se com cinco níveis de intervenção, a depender da condição ou não de saúde estabelecida e de sua gravidade: promoção da saúde; prevenção das condições de saúde; gestão da condição de saúde simples; gestão da condição de saúde complexa e gestão de caso.

A clínica da APS, para dar conta dos fatores de risco biopsicológicos e das condições crônicas estabelecidas, poderia se aproximar de uma nova clínica que incorpora um conjunto de mudanças na atenção à saúde. Concomitantemente às transformações na atenção à saúde, vai se dar uma mudança substancial na gestão da APS que abarca, além da gestão das pessoas e dos recursos materiais e financeiros, processos de microgestão localizados na intimidade das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, o campo da gestão da clínica. Aqui, também, pode-se falar numa nova forma de microgestão da saúde que não substitui a gestão dos meios, mas a completa, a gestão da clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEISECKER AE, BEISECKER TD. Patient information seeking behaviors when communicating with doctors. *Med. Care*, 28:19-28, 1990.
- Bengoa, R. Curar y cuidar. In: Bengoa, R, Nuño, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
- BODENHEIMER T, LAING BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*, 5: 457-461, 2007.
- BODENHEIMER T. A 63-year-old-man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA*, 298: 2048-2055, 2007.
- BODENHEIMER T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine*, 359: 2086-2089, 2008.
- CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE. Physician survey, 2006. Disponível em: <http://www.hschange.com>.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier; 2007.

DEVEUGELE M et al. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ.Couns.*, 54: 227-233, 2004.

DUGDALE DC. Time and the physician-patient relationship. *J.Gen.Intern.Med.*, 14: 34-40, 1999.

FERRIS TG et al. Changes in daily practice of primary care for children. *Arch.Pediatr.Adolesc. Med.*, 152: 227-233, 1998.

HOWIE JG et al. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 319: 738-743, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE. Defining primary care: na interim report. Washington, The National Academies Press, 1994.

KAPLAN SH et al. Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style. *Med. Care*, 33: 1176-1187, 1995.

MECHANIC D et al. Are patients office visit with physician getting shorter? *N. Engl.J.Med.*, 344: 198-204, 2001.

MENDES EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil, Ministério da Saúde, 2010.

MORRIS LA et al. Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. *Med. Care*, 35: 996-1007, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación em las Américas. Washington, HSS/OPS, 2010.

OSTBYE T et al. Is there time for management of patients with chronic disease in primary care? *Ann.Fam.Med.*, 3: 209-214, 2005.

Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]*. 2008; Vol.1: ISS. 1, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/5/>

ROTER DL et al. Studies of doctor-patient interaction. *Ann.Rev.Public Health*, 10: 163-180, 1989.

SALTMAN RS et al. (Editors). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press/McGraw Hill, 2006.

SCHILLINGER D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch.Intern.Med.*, 163: 83-90, 2003.

SCHILLINGER D et al. Preventing medication erros in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Advances in patient safety: from research to implementation*. Rockville, AHRQ, 2005.

STARFIELD B et al. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, 2: 161-175, 2001.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

UNGER JP, LILLINGSWORTH JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Sciences and Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.

VUORI H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*, 6: 221-231, 1984.

WAGNER EH et al. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74: 511-544, 1996.

Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness. *Effect Clin Pract*. 1998.

WAITZKIN H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA*, 252: 2441-2446, 1984.

YARNALL KSH et al. Primary care: is there enough time for prevention? *Am.J.Public Health*, 93: 635-641, 2003.



TEXTO DE APOIO 2 - O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³

1. O MODELO TEÓRICO-CONCEITUAL DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O primeiro passo na construção social da Atenção Primária à Saúde (APS) é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários. Sabe-se que a demanda na APS é complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade, mas, em geral, não há uma visão mais profunda e sistematizada sobre os problemas que chegam às unidades de cuidados primários.

As pessoas buscam a atenção na APS por diversos motivos: uma solicitação burocrática, um anseio, um desconforto psicológico, o medo de uma doença, uma informação técnica, a necessidade de discutir situações ligadas a questões não biomédicas, além de sinais, sintomas de doenças estabelecidas (LANDSBERG *et al.*, 2012).

A demanda na APS é quantitativamente muito alta – em determinada população estima-se que 21,7%, em um mês, demandará uma unidade de cuidados primários (GREEN *et al.*, 2001)– e envolve amplo espectro de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde. Pesquisa realizada na APS de Florianópolis mostrou que foram estabelecidos, em média, 1.625 motivos de consultas e 1.475 problemas, distribuídos em 17 capítulos (GUSSO, 2009). Contudo, essa ampla demanda está concentrada em poucos problemas. Nessa mesma pesquisa realizada em Florianópolis foi evidenciado que 28 problemas respondem por 50,4% da demanda total na APS (GUSSO, 2009). Por isso, é necessário empreender uma discussão mais sólida sobre as diferentes formas de expressão da demanda na APS para que se possam estruturar respostas sociais diferenciadas a elas. Aqui, vai se analisar algumas características singulares dessa demanda com base em pesquisas nacionais e internacionais (MENDES, 2014).

Os tipos de atendimentos na APS distribuem-se em uma relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada - pesquisa feita em Florianópolis mostrou que, aproximadamente, 40% das consultas na APS são por demandas não programadas ou demandas espontâneas e 60% são por atendimentos programados (GUSSO, 2009).

Os atendimentos na APS concentram-se nas condições crônicas - quando se analisa o tipo de atendimento por condição de saúde, verifica-se que do total de 28 problemas de saúde mais frequentes, 21 (82%) são condições crônicas e sete são condições agudas (18%). Isso mostra que a demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas.

³ Texto adaptado do livro *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*, de Eugênio Vilaça Mendes, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 2015.

A demanda na APS traz um conjunto grande de problemas gerais e inespecíficos que indicam que os problemas de saúde na APS apresentam-se de forma ainda indiferenciada e que muitos sintomas não chegam a ser atribuídos a um diagnóstico específico. Pesquisa feita em Betim constatou que 29,8% dos motivos de consultas são relativos a problemas gerais ou inespecíficos (LANDSBERG *et al.*, 2012).

A demanda na APS é concentrada em enfermidades - há uma diferença entre doença e enfermidade. Doença é uma condição do organismo e de parte dele que promove distúrbios em suas funções. Enfermidade é uma condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente. Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica. Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças (GAWANDE, 2002).

A demanda na APS é concentrada em um grupo de pessoas hiperutilizadoras - uma pesquisa sobre pessoas hiperutilizadoras da APS, feita em duas unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou os seguintes resultados: 44% das pessoas eram hiperutilizadoras (mais de seis consultas por ano); 44% delas obtiveram 78,7% do total de consultas, enquanto 56% de não hiperutilizadores obtiveram 21,3% do total de consultas (FERNANDES *et al.*, 2009).

A demanda administrativa é muito significativa na APS - a demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, evidenciou que 20% do total de consultas na APS ocorreram em razão de demandas administrativas (LANDSBERG *et al.*, 2012).

A demanda por cuidados preventivos é muito significativa na APS - os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco biopsicológicos individuais, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e de outras drogas e outras. Pesquisa feita em Florianópolis indicou que prevenção e manutenção da saúde respondeu por 5,7% do total de atendimentos na APS (GUSSO, 2009).

A demanda por atenção domiciliar é muito significativa na APS - há estudos que demonstram que a demanda relacionada a cuidados preventivos domina as preocupações das pessoas usuárias na APS. Um estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, realizado na Austrália, chegou a resultados semelhantes (MENDES, 2012).

A demanda por autocuidado apoiado é muito significativa na APS - o manejo correto das condições crônicas na APS tem, como um de seus pilares, o autocuidado apoiado que objetiva preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e os cuidados prestados. Não se

encontraram dados que quantifiquem a carga de autocuidado apoiado na APS, o que pode ser explicado pela utilização mais recente dessas tecnologias.

Os diferentes tipos de demanda identificados na APS podem ser agrupados em dez grupos, conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais pela APS. É o que se mostra na Figura 1.

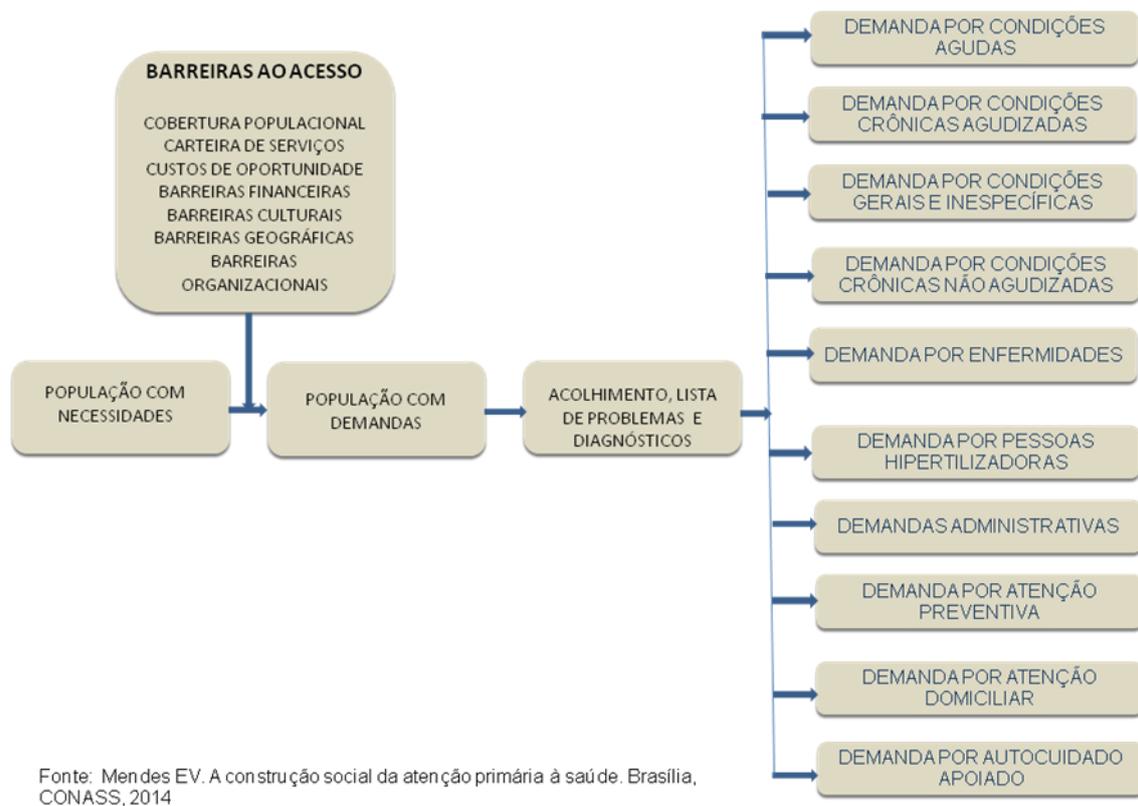


Figura 1 - As demandas da APS na estruturação das respostas sociais.

As necessidades de saúde da população vinculada à APS, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais), transformam-se em demandas efetivas que levam, na APS, ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos.

Essa lista de problemas ou diagnósticos estrutura diferentes perfis de demandas que podem ser agrupados em: demanda por condições agudas; demanda por condições crônicas agudizadas; demanda por condições gerais e inespecíficas; demanda por condições crônicas não agudizadas; demanda por enfermidades; demanda por pessoas hiperutilizadoras; demandas administrativas; demanda por atenção preventiva; demanda por atenção domiciliar; e demanda por autocuidado apoiado.

Como se nota, a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática social, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece essa diversidade. Em geral, trabalha-se com uma estrutura restrita de demanda: demanda espontânea que cobre as condições agudas e as agudizações das condições crônicas; demanda programada que se limita às condições crônicas não agudizadas; demandas administrativas; demandas por atenção preventiva; e demandas por visitas domiciliares.

2. O AJUSTE ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E DA OFERTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O primeiro passo na construção social da APS é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários. Sabe-se que a demanda na Atenção Primária é complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade, mas, em geral, não há uma visão mais profunda e sistematizada sobre os problemas que chegam às unidades de cuidados primários.

A construção social da APS implica uma coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. Assim, parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica por meio de uma estrutura de oferta singular. Ou seja, há de se harmonizar a estrutura de demanda com a estrutura de oferta.

Como a estrutura de demanda prevalente é limitada, isso se reflete na estrutura de oferta que, por consequência, é, também, muito restrita. O que se observa na prática da APS no SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários. Ou seja, a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS.

Em geral, fruto da redução do perfil da demanda, há uma estrutura de oferta que se compõe de consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo (frequentemente palestras), vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos. Essa estrutura de oferta só é capaz de responder integralmente às demandas por condições agudas e condições crônicas agudizadas e de responder parcialmente às demandas por atenção preventiva, por demandas administrativas e por atenção domiciliar, mas não tem capacidade de responder às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras e por autocuidado apoiado. Manifesta-se, em consequência, um descompasso entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma crise na APS.

Para solucionar essa crise há de se atuar em dois pontos: agrupar as demandas que exigem perfis de oferta semelhantes e ampliar o perfil de oferta em razão dos grupos de demandas. Isso significa promover um adensamento tecnológico da APS com mudanças na estrutura e em processos

básicos de organização dos cuidados primários e redesenhando e/ou introduzindo novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda.

O agrupamento das demandas faz-se em razão da similaridade das respostas sociais que convocam por parte da APS. Assim, as diferentes demandas na APS podem ser agrupadas em seis perfis de oferta: atenção aos eventos agudos que agrupa a demanda por condições agudas, por condições crônicas agudizadas e por condições gerais e inespecíficas; atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras que agrupa a demanda por condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), a demanda por enfermidades e a demanda por pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; e a atenção à demanda por autocuidado apoiado.

A construção social da APS faz-se pelo desenvolvimento e pela implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais nos seis perfis de oferta.

Para exemplificar o que a construção social da APS propõe utilizaremos a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na Figura 2 abaixo. Primeiro, há de se construir um alicerce que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais e de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela, que abordaremos ao longo do texto.

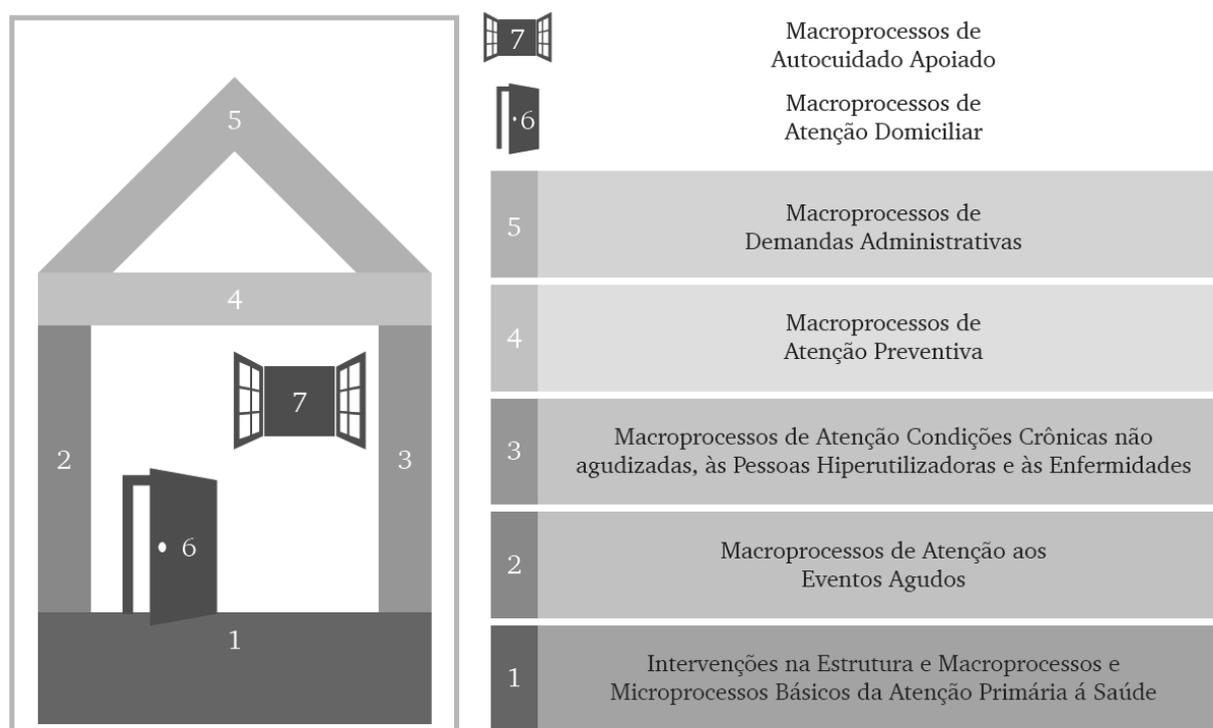


Figura 2 – A metáfora da casa na construção social da Atenção Primária à Saúde.

3. A ESTRATÉGIA DE MUDANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O processo de mudanças na APS implica adensá-la tecnologicamente para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários. Nesse sentido, envolve um conjunto de ações que se dão em dois componentes do Modelo de Donabedian: a estrutura e os processos.

As mudanças na estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura física, a ampliação da equipe de saúde, a adequação dos recursos materiais e financeiros e a organização dos macro e microprocessos da APS.

As mudanças nos processos envolvem a organização: dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos e de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; dos macroprocessos da atenção preventiva e das demandas administrativas; e dos macroprocessos da atenção domiciliar e do autocuidado apoiado.

4. CONSTRUINDO A CASA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1 O alicerce da casa: as intervenções na estrutura, nos macroprocessos e nos microprocessos básicos da APS

No aspecto da infraestrutura, pode-se necessitar de reformas ou, até mesmo, da construção de uma nova unidade. Ainda nesse plano infraestrutural será necessário garantir consultórios, com relação suficiente, para consultas individuais da equipe multiprofissional, espaço para atividades de grupo que suportam as novas tecnologias a serem incluídas, sala para primeiro atendimento aos eventos agudos e outros espaços fundamentais para a organização dos macroprocessos assistenciais.

Para a qualidade e a resolutividade no atendimento às condições crônicas deverá ser garantida uma equipe multiprofissional. Todos os equipamentos e os materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS devem ser garantidos. Além disso, os recursos financeiros deverão garantir a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo uma parte de pagamento por desempenho.

Os macroprocessos básicos da APS deverão ser implantados por meio de oficinas tutoriais e vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização.

Os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.

4.2 Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos (parede)

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes, o padrão da resposta social é único e informado por um modelo de atenção aos eventos agudos. Esses modelos de atenção estabelecem-se por níveis: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e gestão das condições de saúde. Aqui é fundamental adotar-se uma classificação de risco para os eventos agudos com base em algoritmos decisórios construídos por sinais de alertas, com relevância para a variável “tempo x resposta” (MENDES, 2011). Tem se usado, crescentemente, no Brasil o Sistema de Classificação de Risco de Manchester adotado em vários países.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco, ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado. Significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores (verdes e azuis) e o primeiro atendimento às urgências maiores (amarelo, laranja e vermelho).

4.3 Os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades (parede)

Esses macroprocessos são colocados juntos porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza, exigindo para sua implantação um modelo de atenção às condições crônicas.

Na literatura internacional, os mais comumente utilizados são o Modelo de Atenção Crônica (WAGNER, 1998) e o Modelo da Pirâmide de Riscos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005). Com base nesses modelos e no Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, Mendes (2011) propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para ser utilizado no SUS que se estrutura em cinco níveis: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gestão das condições de saúde menos complexas, a gestão das condições de saúde mais complexas e a gestão de caso.

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde; a gestão de caso; os grupos operativos; a educação popular em saúde; o mapa de recursos comunitários; e os novos formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialistas e a atenção à distância.

4.4 Os macroprocessos da atenção preventiva (teto)

Os cuidados preventivos da APS envolvem um amplo leque de tecnologias, como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco individuais biopsicológicos, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física e ao controle do tabaco, do álcool e de outras drogas e outros.

O foco desses macroprocessos é na prevenção dos fatores de risco proximais e dos fatores de risco individuais biopsicológicos. Os primeiros são ligados a comportamentos e estilos de vida, necessitando mudanças de comportamento das pessoas que os apresentam. Já os segundos abarcam alguns fatores não modificáveis e outros modificáveis, tais como: idade; sexo; fatores hereditários; fatores biológicos, como hipertensão arterial, dislipidemias, alterações glicêmicas pré-diabéticas, lesões pré-clínicas e respostas imunológicas; e fatores psicológicos como depressão.

Para que esses processos sejam efetivos, as equipes da APS devem dominar tecnologias de mudança de comportamentos como modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupos operativos e técnicas de solução de problemas (MENDES, 2012).

4.5 Os macroprocessos das demandas administrativas (telhado)

A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Os atestados médicos são de vários tipos: atestado de doença, atestado de saúde, atestado de vacina, atestado médico administrativo, atestado médico judicial e atestado de óbito (LIMA *et al.*, 2013).

Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recursos da APS, é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência. Assim, a organização dos macroprocessos das demandas administrativas faz-se por meio do mapeamento dos processos de pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares e de renovações de receitas, de redesenho desses processos, de elaboração dos POP relativos a eles, da implantação dos POP e de sua auditoria periódica, interna e externa.

4.6 Os macroprocessos da atenção domiciliar (portas)

A atenção domiciliar é uma categoria ampla que se baseia na interação dos profissionais de saúde com a pessoa, sua família e com o cuidador, quando está presente, e se constitui em um conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada, segundo a necessidade das pessoas e das famílias atendidas. Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998).

A organização dos macroprocessos da atenção domiciliar é realizada em relação aos componentes supracitados. Para cada um desses processos, faz-se o mapeamento dos processos, o redesenho desses processos, a elaboração dos POP, a implantação dos POP e sua auditoria periódica, interna e externa.

4.7 Os macroprocessos do autocuidado apoiado (janelas)

As condições crônicas que dominam a carga de doenças em todo o mundo têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas só conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente, em estreita colaboração com as equipes da APS. Isso significa que em relação a essas pessoas não cabe se utilizar a categoria paciente.

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado (LORIG *et al.*, 2006). Assim, a organização dos macroprocessos do autocuidado apoiado faz-se sobre esses três componentes, desenhando esses processos (uma vez que não há tradição de utilização das tecnologias de autocuidado entre nós), elaborando os POP a eles referentes, implantando os POP e os auditando periodicamente, interna e externamente.

5. O EQUILÍBRIO ENTRE A ESTRUTURA DA DEMANDA E A ESTRUTURA DA OFERTA

Como resultado final da melhoria da estrutura para os cuidados primários e da implantação de todos os macroprocessos estabelecidos no modelo de intervenção da construção social da APS, se estabelecerá uma situação de equilíbrio entre a estrutura da demanda e a estrutura da oferta. Portanto, como se pode observar, a qualificação e a resolutividade da APS não é um processo simples, é necessária uma profunda transformação na organização das unidades de atenção primária e do processo de trabalho das equipes de APS do país, sem a qual não teremos efetivamente as RAS implantadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DEPARTMENT OF HEALTH. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Department of Health, 2005.
- DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- FERNANDES CLC. Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS, 2013.
- GAWANDE A. Complications: a surgeon's notes on an imperfect science. London, Profile Books, 2002.
- GREEN LA et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med*, 344: 2021-2025, 2001.
- GUSSO GDF. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). São Paulo, Tese de doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.
- LANDSBERG G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. *Ciência Saúde Coletiva*, 17: 3025-3036, 2012.
- LIMA MV et al. Registros médicos, certificados e atestados. In: DUNCAN BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013.

LOPES JM, OLIVEIRA MB. Assistência domiciliar: uma proposta de organização. Rev. Técnico- Científica do Grupo Hospitalar Conceição, 11: 28-50, 1998.

LORIG K et al. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. Boulder, Bull Publishing Company, Third Edition, 2006.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES EV. O modelo de atenção aos eventos agudos. Belo Horizonte, mimeo, 2014.

WAGNER EH. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998.

Passo 6 – Após a leitura, o grupo deve retomar os questionamentos propostos no Passo 3.

Passo 7 - Ao final, o relator deverá sistematizar a discussão do grupo e elaborar a síntese da pergunta-chave: “Por que construir a Atenção Primária à Saúde na prática social?” para apresentação em plenário.

ATIVIDADE 5 – PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: POR QUE CONSTRUIR A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PRÁTICA SOCIAL?



30 minutos

DESCRIÇÃO:

Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese elaborada a partir das questões propostas e da pergunta-chave do trabalho em grupo. O coordenador do plenário conduzirá a discussão e a sistematização da questão em estudo.

TARDE

DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS



15 minutos

DESCRIÇÃO:

Os facilitadores conduzirão uma dinâmica para aquecer os participantes no início da tarde.

ATIVIDADE 6 - TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO INTERNO: ANALISANDO O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



2 horas

Passo 1 - Nessa atividade, a turma continuará dividida em grupos de trabalho, conforme a atividade anterior. Antes de dar início à leitura, cada grupo deve eleger um novo coordenador e um novo relator para a atividade, desde que sejam pessoas que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a): _____ e relator(a): _____.

Passo 2 - Antes de passarmos adiante, vamos retomar à nossa personagem Ana, a gestante analisada na oficina de Redes de Atenção à Saúde.



Catarina está grávida!

Ana foi criada pelos avós no município de Boa Esperança. Ela tinha apenas dois anos quando seus pais foram embora para o município de Boa Fé, em busca de uma vida melhor. Lá tiveram mais uma filha, Catarina, hoje com 17 anos e grávida de dois meses.

Apesar de ser um município menor, Boa Esperança cresceu, desenvolveu-se, a gestão investiu na saúde, por isso a estória bem sucedida de Ana na sua primeira gravidez. O município de Boa Fé, entretanto, não avançou muito. Eis agora a preocupação de Ana com Catarina. Ela não para de pensar: Será que Catarina conseguirá fazer o pré-natal? Terá um acompanhamento com a mesma equipe? Terá acesso aos exames necessários? Enfim, como será o acesso de Catarina ao sistema local de saúde em Boa Fé na condição na qual se encontra?

Passo 3 - Antes de confirmarmos ou não a preocupação de Ana com o acesso de sua irmã à Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, vamos entender melhor o tema em questão: “Acesso à Atenção Primária à Saúde”. Para tanto, o grupo deve ler o texto de apoio 3 que apoiará uma maior discussão acerca do caso. Lembre-se da recomendação de leitura paragrafada e circular.



1. CONCEITO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para a Organização Mundial da Saúde (2001), o acesso está relacionado à cobertura efetiva, ou seja, a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente.

Para Andersen (1995), o acesso é um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. Para este autor, o acesso é definido por fatores individuais predisponentes; fatores capacitantes: meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e necessidades de saúde: condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos de profissionais de saúde.

Para Carr-Hill et al. (1997), o acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde.

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências: a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos (MENDES, 2011).

Travassos e Martins (2004) argumentaram que o conceito de acessibilidade é mais comum que o de acesso, e que prevalece a ideia de que o acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de atenção à saúde associada à oferta.

Para o Institute of Medicine (2015), o acesso tem a ver com a questão “como podemos ajudá-lo hoje?”. Os serviços de saúde que implementam essa filosofia praticam uma atenção centrada nas pessoas.

O acesso resulta, portanto, de uma interface entre as características das pessoas, famílias, ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

⁴ Texto adaptado do guia de estudo da Oficina – O acesso à Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, elaborado por Maria Emi Shimazaki, com base no texto original de Eugênio Vilaça Mendes - O acesso à atenção primária à saúde. Brasília: CONASS, 2016.

2. BARREIRAS AO ACESSO

As barreiras ao acesso à APS podem ser listadas, conforme segue:

- Primeira barreira: a extensão da cobertura da população da APS;
- Segunda barreira: a extensão da carteira de serviços estabelecida pelo sistema de atenção à saúde;
- Terceira barreira: a imposição de arranjos de financiamento que implicam copagamentos por parte das pessoas usuárias;
- Quarta barreira: a natureza geográfica que se manifesta em grandes distâncias aos serviços de saúde;
- Quinta barreira: de ordem organizacional, pois mesmo que as pessoas usuárias estejam cobertas por uma carteira de serviços generosa, estejam protegidas em relação à copagamentos injustos e que haja uma oferta de serviços geograficamente adequada, pode haver barreiras organizacionais ao acesso. As mais relevantes são as listas e os tempos de espera por serviços;
- Sexta barreira: a disponibilidade dos serviços e a utilização efetiva destes. A disponibilidade constitui uma propriedade potencial, mas não garante o acesso. A utilização efetiva faz-se de acordo com algumas características da população, como renda, gênero, escolaridade, idade e fatores de risco.

3. REFERENCIAIS TEÓRICOS PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os referenciais teóricos utilizados para o acesso aos serviços de saúde são:

- A atenção centrada na pessoa em contraposição a atenção centrada na doença;
- A gestão baseada na necessidade em saúde da população em contraposição à gestão da oferta;
- A racionalização da demanda em contraposição ao aumento da oferta isoladamente;
- As diretrizes clínicas construídas com base em evidências científicas e o gerenciamento dos riscos populacionais em contraposição a utilização desnecessária de consultas, procedimentos, exames e medicamentos;
- A racionalização e otimização dos tempos de espera nos serviços de saúde em contraposição às longas esperas desnecessárias;
- A adoção da filosofia “Como posso ajudá-lo hoje?” para satisfazer as necessidades das pessoas que buscam atenção à saúde, melhorando as experiências de cuidado.

4. FUNDAMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- A complexidade do acesso à APS: identificação dos perfis de demanda da população para a APS; e oferta de serviços na APS para atender as demandas da população;
- O acesso e o atributo do primeiro contato na APS: que o primeiro contato, preferencialmente, seja realizado pela equipe de saúde responsável pela pessoa usuária;
- A importância do uso de critérios de riscos para a racionalização do acesso à APS: utilização de protocolo para classificação de risco para as urgências; e realização de estratificação de risco para as condições crônicas, conforme diretrizes clínicas;

- A importância da introdução de novas formas de encontros clínicos para a racionalização do acesso à APS: atenção contínua; atenção compartilhada a grupo; grupo de pares; grupos operativos, dentre outros.

4.1 As demandas para a Atenção Primária à Saúde

É necessário que a equipe da APS identifique os diferentes perfis das pessoas usuárias e organize o acesso adequado às suas necessidades: eventos agudos; condições crônicas não agudizadas; hiperutilizadores; enfermidades (*illnesses*); cuidados preventivos; assistência farmacêutica; exames de apoio diagnóstico; atenção domiciliar; demandas administrativas.

4.2 Os enfoques alternativos para o acesso à Atenção Primária à Saúde

Estudos mostram alguns enfoques alternativos que podem melhorar o acesso à APS:

a) Alinhamento dos fluxos de agendamento:

- Fase 1: melhorar o acesso daquelas pessoas muito sensíveis à questão do tempo, ou seja, viabilizar o acesso no mesmo dia;
- Fase 2: melhorar o acesso daquelas pessoas muito sensíveis à questão do tempo, ou seja, viabilizar o acesso no mesmo dia, mas com os profissionais da equipe responsável por elas, garantindo a longitudinalidade do cuidado;
- Fase 3: otimizar a capacidade da unidade de APS, utilizando formas de agendamento por telefone, internet; atendimento por profissionais da equipe multiprofissional e interdisciplinar; atendimentos em grupos.

b) Otimização da força de trabalho: atendimentos pelas equipes multiprofissionais e cuidados interdisciplinares.

c) Tecnologias alternativas ao atendimento presencial: utilização da internet e telefone para agendamento de consultas e procedimentos, lembretes para vacinação e exames preventivos, confirmação de consultas, disponibilização de resultados de exames, pesquisa de satisfação do usuário, entre outros.

d) Acesso avançado: desenvolvido para superar os problemas de tempos de espera elevados na APS. Não é um modelo novo de prestar serviços de APS porque não interfere em todos os atributos, mas uma forma de melhorar a acessibilidade das pessoas a estes serviços. Foi desenvolvido no modelo clássico da medicina de família e com foco no acesso, no mesmo dia, à consulta médica. Pode ser classificado em:

- Sistema de primeira geração do acesso avançado (*carve-out*): a lógica é - “faça alguns trabalhos de hoje, hoje”. Garante o atendimento da pessoa usuária no mesmo dia. Para tanto, alguns desses sistemas designam um médico cada dia para atender isoladamente às demandas para as condições urgentes, mas essa medida constrange o princípio da longitudinalidade do cuidado, pois não possibilita o atendimento pelo médico responsável pela pessoa usuária;

- Sistema de segunda geração do acesso avançado: a lógica é – “pessoa que está realmente doente deverá ser atendida no mesmo dia, mas se não está realmente doente pode esperar”. Isso significa que boa parte da agenda é aberta todos os dias. Equilibra a oferta atendendo toda demanda de hoje, hoje, mas pelo médico responsável pela pessoa usuária, viabilizando a longitudinalidade do cuidado.

4.3 Os princípios para a organização do acesso na Atenção Primária à Saúde

- Primeiro princípio: balanceamento entre a oferta e a demanda - implica uma avaliação quantitativa, formal e contínua, da oferta e da demanda para a provisão do acesso oportuno.
- Segundo princípio: atendimento imediato das pessoas usuárias e suas famílias - cada pessoa ou família que busca atenção à saúde deve ser questionada sobre qual é o problema e o que o serviço de saúde poderia ajudar naquele momento (Como podemos ajudá-lo hoje?). A meta é o atendimento no mesmo dia ou em dois dias no máximo, a menos que a pessoa deseje ser atendida em outro momento ou nos atendimentos programados pela equipe.
- Terceiro princípio: preferências das pessoas usuárias.
- Quarto princípio: utilização de uma atenção definida, sob medida, pelas necessidades das pessoas usuárias - as opções de atendimentos no mesmo dia deveriam incluir vários métodos para atender às necessidades e aos interesses das pessoas usuárias, incluindo atendimentos alternativos aos encontros clínicos individuais *face a face* como atendimentos à distância ou virtuais e os atendimentos por profissionais não médicos.
- Quinto princípio: utilização de planos de contingência - cada serviço de saúde deve desenvolver planos de contingência para responder aos desequilíbrios, previstos e imprevistos, entre oferta e demanda.
- Sexto princípio: avaliação contínua - os indicadores de acesso devem ser definidos, monitorados e avaliados, devendo servir para avaliar as atividades diárias e monitorar os agendamentos em períodos de tempo específicos.

4.4 As etapas para a organização do acesso

O Instituto de Medicina (2015) desenvolveu um modelo teórico para o acesso aos serviços de saúde composto por etapas de um ciclo:

- a) Questionamento para a APS: as pessoas podem acessar o sistema 24/7 (24 horas nos 7 dias da semana)? O sistema responde imediatamente aos interesses das pessoas? Estes interesses são respeitados?
- b) Engajamento da equipe em garantir o acesso adequado à APS;
- c) Agendamento: as pessoas podem ter acesso rápido e fácil à marcação dos serviços, ou seja, as pessoas podem agendar 24/7 e fazê-lo *online*? A marcação é fácil e prontamente disponível, e novos agendamentos são sincronizados com outros já existentes?
- d) Preparação: as pessoas podem se preparar nos intervalos - formulários e pré-autorizações são obtidos automaticamente e exames laboratoriais são marcados automaticamente?

- e) Encontro: as pessoas são atendidas pelos profissionais de saúde? Os encontros podem ser pessoais, *online* ou por teleassistência? Os encontros se dão em tempo oportuno? A equipe de saúde é respeitosa e cortês? Os locais de exames respeitam a privacidade e são confortáveis, e as equipes vão até as pessoas?
- f) Ação: a equipe de saúde e as pessoas compartilham um plano de cuidados - as pessoas recebem uma cópia do plano de cuidados? As equipes asseguram que as pessoas compreenderam o plano de cuidados? E as prescrições são feitas digitalmente?
- g) Comunicação: as pessoas são monitoradas pelas equipes de saúde - todos os encontros de monitoramento são agendados pelas equipes de saúde? E as equipes asseguram o monitoramento dos planos de cuidados?

Alguns passos a serem dados na implantação do acesso avançado: análise e compreensão da demanda; racionalização da demanda; balanceamento da oferta e demanda; desenvolvimento de planos de contingência; sistema e comunicação efetiva com as equipes e as pessoas usuárias.

4.5 O modelo racional de acesso à Atenção Primária à Saúde

Há algumas condições que se colocam para a construção de um modelo racional de acesso à APS. É importante que as unidades de APS operem com um tempo estendido, no mínimo de 7 às 19 horas. As unidades devem cumprir horário corrido, sem fechamento no horário de almoço.

Um sistema virtuoso de acesso à APS deve ofertar o agendamento presencial, porém deve estimular, quando possível, o agendamento à distância, por telefone e/ou internet. Deve garantir que as pessoas tenham acesso preferencialmente aos profissionais da equipe a que estão vinculadas. Isso é importante na perspectiva sanitária, mas, também, econômica, vez que uma pessoa atendida fora de sua equipe irá buscar, quase sempre, um novo atendimento com os seus profissionais e tenderá a ter um atendimento centrado num único problema.

4.6 O agendamento de consultas

O acesso aos serviços de saúde é materializado por meio de sistemas de agendamento das pessoas usuárias aos serviços. Três métodos de agendamento são comumente utilizados:

- Agendamento em bloco: as pessoas usuárias são agendadas em turnos específicos durante o dia, tais como manhã e tarde, e atendidas, em geral, por ordem de chegada;
- Agendamento em bloco modificado: um menor número de pessoas usuárias é agendado em períodos de tempo menores, como bloco de hora;
- Agendamento individual: as pessoas usuárias são agendadas para um ponto específico de tempo determinado pela oferta dos profissionais, em geral, por atendimentos a cada 15 minutos (consultas médicas às 7h, às 7h15min, às 7h30min e, assim, sucessivamente).

A forma mais virtuosa de agendamento individual na APS é pelo agendamento em bloco modificado, ou seja, em bloco de horas. Nesse método, tendo como base um atendimento médio de 15

minutos, grupos de quatro pessoas são agendadas para cada hora do dia (por exemplo, às 7 horas deverão estar presentes quatro pessoas que serão atendidas entre 7 e 8 horas).

A vantagem do bloco de horas é que introduz uma flexibilidade na atenção, atendendo essas quatro pessoas com tempos diferenciados conforme as naturezas singulares de suas demandas (por exemplo, dois atendimentos de 10 minutos e dois atendimentos de 20 minutos).

A organização racional do acesso à APS pressupõe um sistema de agenda aberta todos os dias para o atendimento das pessoas que buscam ser atendidas naquele mesmo dia. A organização dos atendimentos programados pela equipe, especialmente para pessoas com condições crônicas não agudizadas, deve ser feita, conforme uma programação prévia, por retornos previstos nas diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Já os atendimentos de retorno devem ser feitos para dias e horários de menor fluxo de pessoas às unidades, detectados no diagnóstico da demanda efetiva por cuidados primários. O aumento de tempo para atendimentos de retorno pode levar a um absentéismo e, por esta razão, tem de haver um sistema de comunicação das pessoas usuárias para que compareçam aos atendimentos previamente marcados. O papel do agente comunitário de saúde é fundamental nesse aspecto.

4.7 O plano de contingência

Faz-se necessário planos de contingência para situações, tais como: férias, licenças e ausências dos profissionais, dias pós-feriados, variações de demanda de doenças como dengue e infecções das vias aéreas superiores que aumentam fortemente em períodos de tempos previsíveis.

4.8 O balanceamento da oferta e demanda

É necessário ter uma compreensão da natureza complexa da demanda e das respostas que se devem estruturar para cada tipo de demanda a partir de diferentes perfis de oferta.

A demanda na APS envolve diferentes perfis de demanda por: a) condições agudas; b) condições crônicas agudizadas; c) condições gerais e inespecíficas; d) condições crônicas não agudizadas; e) enfermidades; f) pessoas hiperutilizadoras; g) administrativas; h) atenção preventiva; i) atenção domiciliar; f) autocuidado.

Essa complexa estrutura de demanda da APS deve ser respondida com perfis de oferta que atendam as necessidades das pessoas. Os nove diferentes perfis de demandas podem ser agrupados em seis perfis de oferta de atenção: aos eventos agudos (condições agudas, condições crônicas agudizadas e condições gerais e inespecíficas); às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras; às demandas administrativas; preventiva; domiciliar; e autocuidado.

O balanceamento da demanda e da oferta pressupõe um diagnóstico preciso das demandas que se fazem, por tipo, mês, dia, turno e hora. Envolve várias ações:

- Definição da população sob responsabilidade da equipe;

- Definição da taxa de atendimento de cada pessoa usuária por profissional e por tipo de atendimento (consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento contínuo, atendimento compartilhado a grupo, grupo operativo e outros);
- Alimentação da planilha por equipe e por profissionais;
- Se a capacidade de oferta da equipe está balanceada com a demanda, mas existe desbalanceamento em alguns profissionais, transfira pessoas para outros profissionais;
- Se há excesso de pessoas usuárias por equipe ou profissionais use estratégias de redução da demanda ou de aumento da capacidade de oferta;
- Registro diário da demanda e da capacidade de oferta da UBS e de cada profissional;
- Monitoramento da equipe mensalmente;
- Implantação de horário estendido (mais horas por dia e eliminação de fechamento em horário de almoço);
- Estabelecimento de regras transparentes para as mudanças de uma pessoa usuária de um profissional a outro e definição de um único servidor da unidade para tomar essas decisões;
- Identificação das pessoas hiperutilizadoras e dos atendimentos que recebem quantitativa e qualitativamente;
- Identificação das ausências, dos cancelamentos e dos *overbookings* e determinação de estratégias para lidar com esses problemas;
- Definição de uma quantidade diária de agendamentos a serem feitos de forma não presencial na unidade (telefone ou internet);
- Separação das pessoas usuárias em grupos homogêneos como os que querem atendimento no mesmo dia, os que preferem atendimentos em outros dias e os que foram pré-agendados.

Passo 4 – Para ajudar Ana a entender melhor a questão do acesso e até mesmo confirmar ou não sua preocupação com Catarina, cada grupo deve ler, discutir e preencher a “Matriz – Roteiro para análise do microssistema clínico - Acesso à Atenção Primária à Saúde”, partindo da realidade de suas Equipes. Para tanto, fiquem atentos às seguintes orientações⁵:

O roteiro contém para cada “P” um conjunto de operações mínimas necessárias. Deve-se verificar se para cada operação descrita no roteiro:

- **C:** a operação é de **conhecimento** dos profissionais da equipe;
- **D:** há **documento**, ou seja, um registro formal contendo a descrição da operação;
- **E:** a operação é **executada** em conformidade com o documento.

⁵ Atividade pedagógica adaptada do guia de estudo da Oficina – O acesso à Atenção Primária à Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, elaborado por Maria Emi Shimazaki.

Sinalizar no instrumento S (sim) ou N (não), para cada operação, na terceira coluna correspondente à verificação.

Passo 5 – Cada grupo analisará um ou mais “P”, conforme especificado no quadro a seguir:

Grupos	“P” para análise
A	Propósito e Profissionais
B	Pessoas
C	Processos e Padrões

Passo 6 – Depois de compreendida as orientações, preencha a matriz a seguir:

MATRIZ - ROTEIRO PARA ANÁLISE DO MICROSISTEMA CLÍNICO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE⁶				
5 P	OPERAÇÕES MÍNIMAS	VERIFICAÇÃO		
		C	D	E
1. PROPÓSITO	1.1 Definir os objetivos prioritários para a equipe da APS em relação ao acesso da população. 1.2 Definir os valores (princípios + postura) a serem pactuados entre os profissionais da equipe para garantir o acesso da população à APS. 1.3 Validar e pactuar com o Conselho Local de Saúde ou representantes da população local estes valores.			
2. PESSOAS	2.1 Realizar a territorialização da área de responsabilidade da equipe da APS. 2.2 Realizar o cadastramento das			

⁶ Roteiro elaborado por Maria Emi Shimazaki, a partir do texto original, que apresenta a tecnologia dos 5P's, de HITCHCOCK, D. Clinical Microsystems. Dartmouth College, versão 2, 2005.

	<p> pessoas e suas famílias no(s) sistema(s) de informação(ões) oficial. </p> <p> 2.3 Realizar o diagnóstico dos perfis demográfico, epidemiológico, social e econômico da população sob responsabilidade da equipe da APS. </p> <p> 2.4 Realizar o diagnóstico das barreiras relacionadas ao acesso da população à APS: </p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extensão da cobertura populacional ▪ Carteira de serviços oferecidos na APS ▪ Barreiras geográficas ▪ Barreiras organizacionais: fila, lista de espera, forma de atendimento, comunicação, ambiente pouco acolhedor ▪ Disponibilidade do serviço: horário e dia de funcionamento, ausência de profissionais <p> 2.5 Realizar a identificação dos perfis de demanda da população: </p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eventos agudos ▪ Condições crônicas não agudizadas ▪ Hiperutilizadores ▪ Enfermidades (<i>illnesses</i>) ▪ Cuidados preventivos ▪ Assistência farmacêutica ▪ Exames de apoio diagnóstico ▪ Atenção domiciliar ▪ Atenção paliativa ▪ Demandas administrativas <p> 2.6 Dimensionar as demandas – identificar o quantitativo de pessoas </p>			
--	--	--	--	--

	<p>para cada uma das demandas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eventos agudos: número de pessoas, por dia da semana, por turno, por classificação de risco, que acessam à APS; analisar a sazonalidade para os eventos agudos (ou seja, analisar se há meses no ano com maior concentração de casos de alguma patologia ou agravo) ▪ Condições crônicas: número de pessoas identificadas e estratificadas de acordo com o risco para cada condição crônica ▪ Número de pessoas hiperutilizadores e de pessoas com enfermidades ▪ Cuidados preventivos: número de pessoas para vacinação e coleta de citopatológico de colo uterino ▪ Número de pessoas com condições crônicas que demandam assistência farmacêutica ▪ Número de pessoas com condições crônicas que demandam exames de apoio diagnóstico ▪ Número de pessoas com condições crônicas que demandam atendimento domiciliar ▪ Número de pessoas com condições crônicas que demandam cuidados paliativos ▪ Número de pessoas que demandam atividades administrativas (atestados, declarações de comparecimentos etc.) 			
--	---	--	--	--

	<p>2.7 Definir para cada demanda, a oferta de atendimento, de acordo com as diretrizes e protocolos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O tipo de atendimento necessário para cada demanda, o (s) profissional (is) responsável (is), o quantitativo de cada atendimento por dia, semana, mês e ano; <p>2.8 Programar para cada demanda, a oferta de atendimento necessário, para todas as pessoas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O quantitativo de cada tipo de atendimento, para todas as pessoas demandantes, por profissional, por dia, por semana, por mês e por ano <p>2.9 Elaborar a agenda para cada pessoa usuária para atender a sua demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A agenda para cada pessoa, por ano, mês, dia da semana, turno, bloco de horas, profissional responsável pelo atendimento <p>2.10 Avaliar a possibilidade de disponibilizar o agendamento e a confirmação dos atendimentos, lembretes etc., para as pessoas usuárias por telefone, internet.</p> <p>2.11 Avaliar o conhecimento das pessoas usuárias sobre a sua saúde, a organização da APS e do sistema de saúde.</p> <p>2.12 Elaborar um programa de educação em saúde para a população</p> <p>2.13 Desenvolver mecanismos de participação da população usuária</p>			
--	---	--	--	--

	<p>na gestão da APS</p> <p>2.14 Avaliar a satisfação da população</p>			
3. PROFISSIONAIS	<p>3.1 Identificar as categorias profissionais necessárias para atender as demandas da população.</p> <p>3.2 Dimensionar o quantitativo de horas profissionais necessárias para atender as demandas, conforme programação e agenda realizada.</p> <p>3.3 Dimensionar o quantitativo de profissionais necessários, a partir do número de horas para atender as demandas.</p> <p>3.4 Analisar se há disponibilidade de horas e profissionais para atender as demandas programadas.</p> <p>3.5. Caso positivo, elaborar a agenda para cada profissional.</p> <p>3.6 Caso negativo, reavaliar a programação e a agenda.</p> <p>3.7 Avaliar se os profissionais estão capacitados para atender as demandas.</p> <p>3.8 Elaborar um programa de educação permanente para os profissionais.</p> <p>3.9 Estabelecer um grupo de trabalho com a participação efetiva dos profissionais para organização das agendas, definição dos fluxos e organização dos processos, monitoramento e avaliação.</p> <p>3.10 Avaliar o desempenho dos profissionais.</p> <p>3.11 Avaliar a satisfação dos profissionais.</p>			

<p>4. PROCESSOS</p>	<p>4.1 Desenvolver os macroprocessos e microprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Macroprocessos básicos: territorialização, cadastramento, diagnóstico local ▪ Microprocessos: higiene e limpeza, esterilização, gerenciamento de resíduos ▪ Macroprocessos para os eventos agudos ▪ Macroprocessos para condições crônicas não agudizadas, enfermidades e hiperutilizadores ▪ Macroprocesso para os cuidados preventivos: vacinação, exames citopatológico de colo uterino ▪ Macroprocesso para assistência farmacêutica ▪ Macroprocesso para exames de apoio diagnóstico ▪ Macroprocesso para atenção domiciliar ▪ Macroprocesso para cuidados paliativos ▪ Macroprocesso administrativo <p>4.2 Desenvolver o fluxo para atendimento a cada demanda da pessoa usuária:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eventos agudos ▪ Condições crônicas não agudizadas ▪ Hiperutilizadores ▪ Enfermidades (<i>illnesses</i>) ▪ Cuidados preventivos ▪ Assistência farmacêutica ▪ Exames de apoio diagnóstico ▪ Atenção domiciliar 			
----------------------------	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção paliativa ▪ Demandas administrativas <p>4.3 Desenvolver os processos de apoio e gerenciais para viabilizar os recursos necessários à operacionalização dos macroprocessos da APS, com a qualidade, quantidade e tempo adequado (conforme a metodologia do <i>just in time</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestrutura ▪ Recursos humanos ▪ Recursos materiais ▪ Recursos tecnológicos <p>4.4 Definir os indicadores para mensuração dos processos</p>			
<p>5. PADRÕES</p>	<p>5.1 Desenvolver os instrumentos de normalização:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diretrizes clínicas ▪ Protocolos clínicos ▪ POP <p>5.2 Normalizar a carteira de serviços da APS, contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O horário de funcionamento ▪ A composição das equipes ▪ A definição do território sanitário ▪ O cadastramento das pessoas usuárias e suas famílias ▪ O agendamento dos atendimentos ▪ Os atendimentos realizados pelas equipes da APS ▪ Os cuidados preventivos ▪ As ações de vigilância em saúde ▪ A assistência farmacêutica ▪ Os exames de apoio diagnóstico 			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O acesso a atenção especializada ▪ Demais informações necessárias à população <p>5.3 Normalizar a programação assistencial para cada equipe da APS para atender os diversos perfis de demanda da população.</p> <p>5.4 Normalizar a agenda dos profissionais da equipe para atender as demandas da população, utilizando a metodologia do agendamento por bloco de horas, conforme a programação assistencial.</p> <p>5.5 Normalizar o agendamento dos atendimentos, todos os dias da semana, em todos os turnos.</p> <p>5.6 Normalizar planos de contingências:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Férias dos profissionais ▪ Licenças médicas de profissionais ▪ Ausências de profissionais ▪ Dias pós feriados ▪ Variações de demanda de doenças como dengue e infecções das vias aéreas superiores que aumentam fortemente em períodos de tempos previsíveis <p>5.4 Definir os registros mínimos necessários a serem informados pela equipe.</p> <p>5.5 Definir para os indicadores: parâmetros, fonte, periodicidade, responsável.</p> <p>5.6. Pactuar as metas com a equipe, a partir dos indicadores definidos.</p> <p>5.7. Desenvolver os instrumentos</p>			
--	--	--	--	--

	para monitoramento e avaliação. 5.8. Monitorar as metas conforme periodicidade estabelecida. 5.9. Avaliar os resultados conforme periodicidade estabelecida.			
--	--	--	--	--

Passo 9 – Considerando a realidade de cada participante, mas, principalmente, das equipes de APS, Ana deve se preocupar ou não com Catarina, grávida de dois meses?

Passo 10 - Os facilitadores farão o fechamento da atividade em plenário interno, sistematizando os produtos do trabalho em grupo.

ATIVIDADE 7 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



45 minutos

DESCRIÇÃO:

Será realizada uma breve exposição com o objetivo de possibilitar a compreensão sobre os fundamentos que norteiam o acesso à Atenção Primária à Saúde: os conceitos, o atributo do primeiro contato, as barreiras, a atenção centrada na pessoa, as demandas da população, a oferta de serviços e a agenda da equipe.

6 ORIENTAÇÕES PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO



A dispersão é o momento em que os participantes retornam às atividades nos territórios por um período de 30 a 40 dias até a realização da próxima oficina. Nesse intervalo, as equipes aprofundarão a discussão dos temas abordados com o apoio da tutoria.

Cada oficina estabelece produtos a serem desenvolvidos no período de dispersão, que decorrem da aplicação prática da teoria apreendida e que se somam às atividades de tutoria nos territórios.

Considerando a necessidade de cada equipe olhar para o seu território de atuação na Atenção Primária, os produtos a serem desenvolvidos na dispersão são:

- Análise dos fundamentos da Atenção Primária à Saúde em cada Unidade Básica de Saúde do município;

- Análise do acesso em cada Unidade Básica de Saúde do município, utilizando o instrumento desse guia de estudo.



RECOMENDA-SE!

Que a aplicação do instrumento seja o marco zero das equipes na Planificação da Atenção à Saúde e, ao final da primeira etapa, seja aplicado novamente para análise comparativa.

Antes da realização da próxima oficina, as equipes devem entregar ao Tutor um relatório sobre os produtos e preparar uma apresentação para socialização do trabalho com os demais colegas da Planificação da Atenção à Saúde.