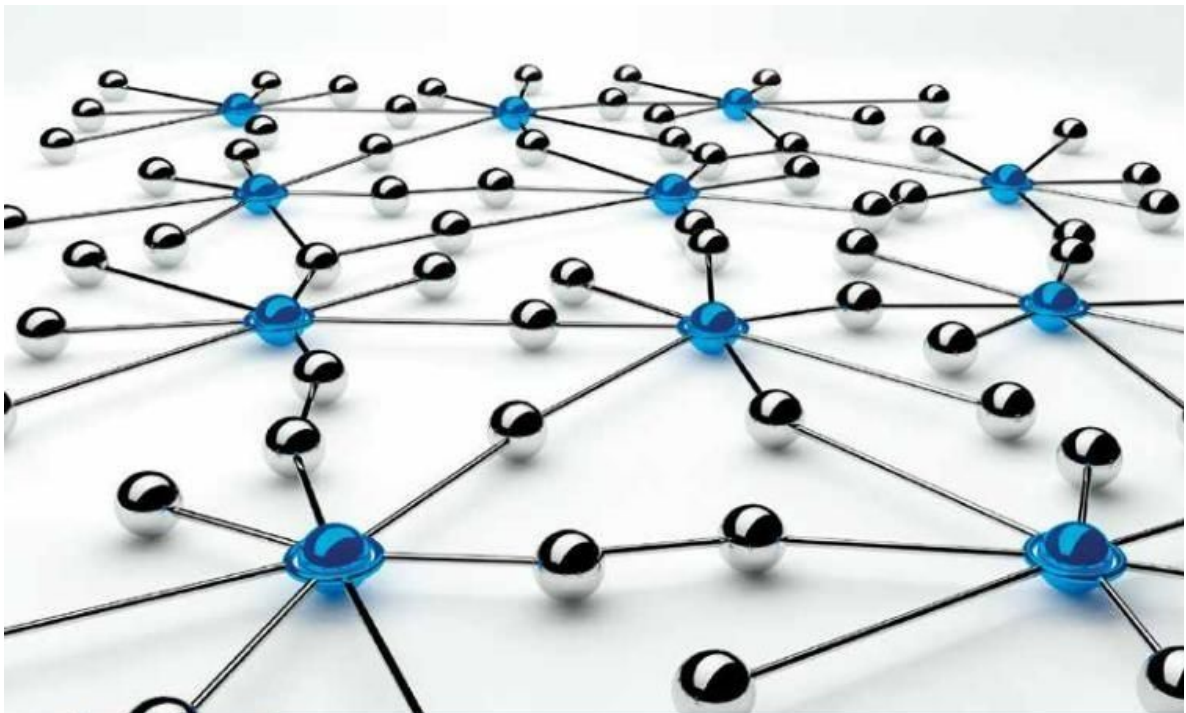


OFICINA 3 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - 17ª CRS



Participante: _____

Rio Grande do Sul - RS 2019

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL - SES/RS

Secretária de Estado da Saúde: Arita Bergmann
Secretária Adjunta: Aglaé Regina da Silva

GRUPO GESTOR DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Representantes do CONASS:

Eliane Regina da Veiga Chomatas
Maria José de Oliveira Evangelista
Sandra Sperotto
Marta Oliveira Barreto

REPRESENTANTES DA SES:

Equipe do Grupo Condutor Conforme a Portaria nº 171/2017

ORGANIZADORES DAS:

Elson Romeu Farias
Rebel Zambrano Machado
Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Carla Daiane Silva Rodrigues
Nathaniel Pires Raymundo
Janilce Dorneles de Quadros
Aline Von der Goltz Vianna
Lilian Nelcy Lemos Sartori
Poala Vettorato
Tainá Nicola

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
Marco Antônio Bragança de Matos
Maria Zélia Soares Lins
Rubia Pereira Barra

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 3 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

A oficina tem como propósito promover a análise da Atenção Primária à Saúde (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, bem como mudança nos processos de trabalho, objetivando a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde.

Em outras palavras, o SUS, um sistema alicerçado e organizado 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.

2 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

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

2.1 Objetivo geral:

Compreender e analisar os principais fundamentos para a organização do acesso e qualificação da Atenção Primária à Saúde.

2.2 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.

3 DESENVOLVIMENTO

A oficina 3 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. É recomendado material bibliográfico adicional 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 – 8h30	Entrega de material
8h30 – 8h45	Abertura da Oficina
8h45 – 9h30	Atividade 1 – Plenário: Dispersão da Oficina de Território e Vigilância em saúde
9h30 – 9h45	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Oficina de Atenção Primária à Saúde
9h45 - 10h	Intervalo (deslocamento para os grupos)
10h – 12h	Atividade 3 – Trabalho em grupo com plenário interno: Por que construir a Atenção Primária à Saúde na prática social?
12h – 13h00	Intervalo para almoço

TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13h30 – 15h30	Atividade 4 - Trabalho em grupo com plenário interno: Analisando o acesso na Atenção Primária à Saúde
15h30 – 15h45	Intervalo (deslocamento para o plenário)
15h45 – 16h15	Atividade 5 – Socialização dos trabalhos em grupo - Plenário Externo
16h15 - 16h45	Atividade 6 – Exposição dialogada: O acesso na Atenção Primária à Saúde - Plenário Externo
16h45 – 17h	Orientações para o período de dispersão
17h - 17h30	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

5 ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

ATIVIDADE 1 – PLENÁRIO: DISPERSÃO DA OFICINA DE TERRITÓRIO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DESCRIÇÃO: 1. A Oficina de Território e Vigilância em Saúde tinha como grande desafio contribuir para que cada equipe desenvolva sua atuação nos aspectos de territorialização, cadastramento e diagnóstico local. Para tanto, foram propostos os seguintes produtos a serem realizados no período de dispersão:

- Delimitação do território de cada equipe de Atenção Primária à Saúde, com as microáreas discriminadas, por meio da revisão da territorialização elaborando um Mapa do Território;
- Análise da situação de cadastramento dos cidadãos e das famílias residentes no território com proposição de estratégias para sua devida efetivação;

- Elaboração da matriz de integração da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, no que se refere ao componente “Território integrado entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde”, seguindo-se a diretriz proposta e as ações recomendadas - Proposições de forma de integração entre o território da AB e Vigilância (área, microárea, bairros?);
- Atualizar o Plano Municipal de Contingência ao *Aedes aegypti*. 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.

2. Ao final, o coordenador do plenário fará o resgate dos objetivos da Oficina 2 para analisar o grau de alcance dos mesmos.

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

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

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. 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 guiará 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 há 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 da APS, quais são praticados regular e sistematicamente pelas equipes do seu município?</p>

ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA:

Recomenda-se uma **leitura paragrafada**, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, sendo **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** 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**.

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

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.

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 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 e apontava, principalmente, para a saúde como expressão de direito humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 14).

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-se como um programa específico destinado à populações e regiões pobres, aos quais se oferta exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, ofertado por pessoal com reduzida qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER e KILLIN-GSWORTH, 1986).

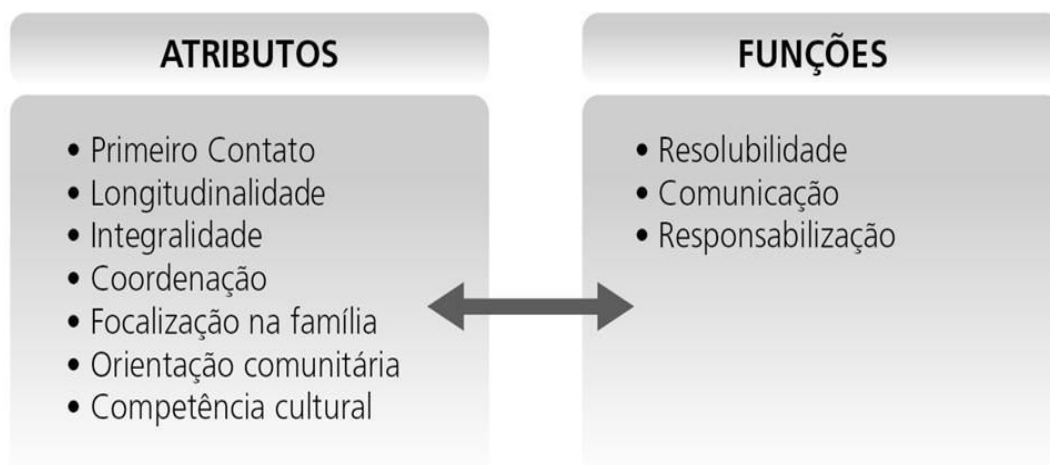
A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde a

conceitua 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, a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

A APS é uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina 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 Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SALTMAN *et al.*, 2006).

2. OS ATRIBUTOS E OS PAPÉIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na APS devem ser encontrados quatro atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e três atributos derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural), além de três funções (Figura 1).



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

Atributos APS	Características
Primeiro contato	Implica acessibilidade e o uso de serviços para cada nova demanda ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.
Longitudinalidade	Constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias
Integralidade	Conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde
Coordenação	A capacidade da APS de garantir a continuidade da atenção entre os diversos serviços e pontos de atenção, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS
Focalização na família	Implica considerar a família, respeitando a diversidade dos arranjos familiares, como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social.
Orientação comunitária	Significa o reconhecimento das necessidades das famílias em razão do contexto físico, econômico e social em que vivem, sendo necessária a integração em programas intersetoriais considerando os determinantes sociais da saúde proximais e intermediários.
Competência Cultural	Convoca uma relação horizontal entre a APS, representada no território pela equipe de saúde, e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias (STARFIELD, 2002).
Funções da APS	Características
Resolubilidade	APS deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população.
Comunicação	APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

Responsabilização	Implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população.
-------------------	---

3. OS MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, sob o nome genérico de Equipe de Atenção Básica, 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, 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 Unidade Básica de Saúde.

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, os trabalhos revisados demonstram 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 a ESF (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 influenciada por outros modelos, foi sempre superior aos modelos alternativos, especialmente o modelo tradicional e *Semachko*.

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.

4. A CRISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PLANO MICRO DA CLÍNICA

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 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).

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

peessoas 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 (ROTER 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).

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 e a construção de uma resposta social adequada às condições crônicas. 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 biopsicosociais 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.

REFERÊNCIAS

- 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. Stockholm: 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.bsolut.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.

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), bem como questões referentes à qualidade de vida.

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). Em pesquisa realizada em Florianópolis foi evidenciado que 28 problemas respondem por 50,4% da demanda total na APS (GUSSO, 2009). Por isso, é necessário estruturar respostas sociais diferenciadas a elas.

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 freqüentes, 21 (82%) são condições crônicas e sete são condições agudas (18%). Isso mostra que a demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas. Pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, 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. Estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças (GAWANDE, 2002).

A demanda na APS envolve 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).

Quadro 2 -Os tipos de Demandas na APS

<p>Demanda Administrativa</p>	<p>Aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Pesquisa feita em Betim-MG, evidenciou que 20% do total de consultas na APS ocorreram em razão de demandas administrativas (LANDSBERG <i>et al.</i>, 2012).</p>
<p>Demanda por cuidados preventivos</p>	<p>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, entre outros. e outras. Pesquisa feita em Florianópolis indicou que prevenção e manutenção da saúde respondeu por</p>

	5,7% do total de atendimentos na APS (GUSSO, 2009).
Demanda por autocuidado apoiado	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 nove grupos, conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais pela APS. É o que se mostra na Figura 1.

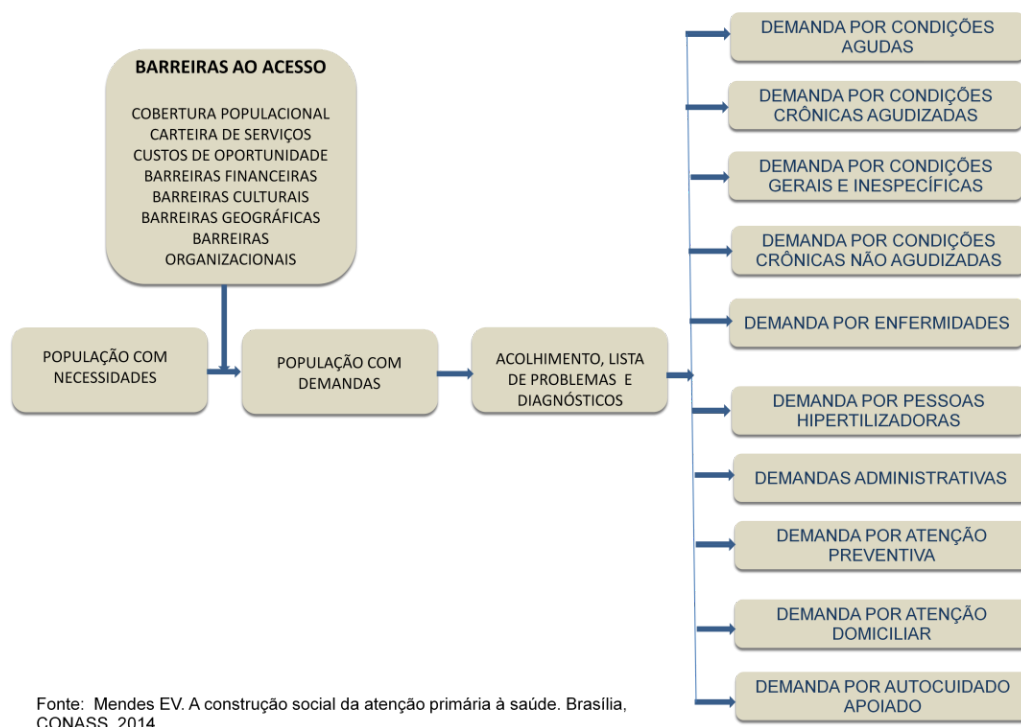


Figura 1 - As demandas da APS na estruturação das respostas sociais.

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, culturais, geográficas e 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 diagnóstico estrutura diferentes perfis de demandas. 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

A construção social da APS implica uma coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. 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.

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.

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 busca implantar e 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 representada na figura dois, já apresentada.

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, tem-se que garantir uma unidade com ambiência adequada e disponibilidade de espaços/salas/consultórios necessários para organização dos macroprocessos assistenciais.

Para a qualidade e a resolutividade no atendimento às condições crônicas, além de uma equipe multiprofissional, é necessária a garantia dos equipamentos e os materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS, bem como recursos financeiros, vislumbrando inclusive a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo pagamento por desempenho.

Os macroprocessos básicos da APS são: 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: 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.

Esses modelos de atenção estabelecem-se por níveis: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e gestão das condições de saúde. A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos são: implantação dos processos de acolhimento e de classificação de risco, de forma eficaz, humanizada e centrada na pessoa. 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) - Classificação de Risco de Manchester.

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.

Com base nos Modelos de Atenção Crônica (WAGNER, 1998), da Pirâmide de Riscos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005) e 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, conforme apresentado anteriormente. 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 tais como: idade; sexo; identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor/etnia, fatores hereditários; fatores biológicos, e outro modificáveis: 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)

As demandas administrativas consomem muito tempo e recursos da APS, por isso é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência. Assim, faz-se necessário o 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 de promoção, prevenção, curativas e reabilitadoras.

4.7 Os macroprocessos do autocuidado apoiado (janela)

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. O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a

educação, a elaboração e o monitoramento de um plano e o apoio material (LORIG *et al.*, 2006).

4.8 Os macroprocessos de cuidados paliativo (janela)

O acelerado envelhecimento populacional no Brasil acarretou mudanças significativas no perfil de adoecimento da população, com um aumento de casos câncer, doenças cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, dentre outras. Os portadores dessas doenças têm indicações de receber cuidados que envolvam a atenção à saúde de forma integral, considerando os aspectos físicos, psicológicos, espirituais e sociais. O mesmo vale para seus familiares e membros da equipe de cuidados. A Organização Mundial da Saúde define Cuidados Paliativos como a “abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

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 e do processo de trabalho das equipes sem a qual não teremos efetivamente as RAS implantadas.

REFERÊNCIAS

- 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 4 – Após a leitura, o grupo deve retomar os questionamentos propostos no Passo 3. (pag. 6)

Passo 5 - 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.

TARDE

ATIVIDADE 4 - TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO INTERNO: ANALISANDO O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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.

TEXTO DE APOIO 3 - O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE⁴

1. CONCEITO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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.

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.

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.

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.

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, considerando as especificidades de grupos populacionais vulnerabilizados; e oferta de serviços na APS para atender as demandas da população;
- O acesso é 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, considerando o princípio da equidade: 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) 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 ou que superou barreiras de acesso (tais como distância, dificuldade de locomoção, populações estigmatizadas ou discriminadas) 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 do dia pelo profissional 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 os 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 absenteísmo 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 dez 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.

Questões norteadoras para discussão:

- Como é o acesso na sua UBS;
- Quais as barreiras de acesso que a sua equipe identifica?
- Quais as barreiras de acesso relatadas pela população adstrita?
- Quais são as demandas em sua UBS?

Atividade 5 - Socialização dos trabalhos em grupo (Atividades 3 e 4) - Plenário Externo.

ATIVIDADE 6 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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 20 a 30 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 um instrumento que será disponibilizado por meio eletrônico no site: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/> - denominado: "MATRIZ - ROTEIRO PARA ANÁLISE DO MICROSISTEMA CLÍNICO: ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE".

A aplicação desse instrumento será o marco zero das equipes na Planificação da Atenção à Saúde e, ao final da primeira etapa (após seis meses), seja aplicado novamente para análise comparativa.

Antes da realização da próxima oficina, as equipes devem enviar a atividade para os emails abaixo conforme a região de saúde do município:

Polo de oficina de APS Ijuí (Ijuí, Ajuricaba, Bozano, Catuípe e Coronel Barros):

<planificaijuí@saude.rs.gov.br >

Polo de oficina de APS Jóia (Jóia e Augusto Pestana):

<planificajoia@saude.rs.gov.br>

Polo de oficina de APS Panambi (Panambi, Condor e Pejuçara):

<planificapanambi@saude.rs.gov.br>

Polo de oficina de APS Santo Augusto (Santo Augusto, Campo Novo, Chiapetta, Inhacorá, Nova

Ramada, São Martinho e São Valério do Sul):

<planificasantoaugusto@saude.rs.gov.br>

Polo de oficina de APS Crissiumal (Crissiumal, Humaitá e Sede Nova):

<planificacrissiumal@saude.rs.gov.br>

Além disso, deverão preparar uma apresentação para socialização do trabalho com os demais colegas da Planificação da Atenção à Saúde.

7 AVALIAÇÃO DA OFICINA