

GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Raimundo Colombo

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA – SES/SC

Tânia Eberhardt

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE

Acélio Casagrande

SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Clécio Antonio Espezim

DIRETORA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS

Karin Cristine Geller Leopoldo

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Tânia Eberhardt

GERENTE DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Lizete Contin

GERENTE DA 18ª GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

Alessandro Garbelotto

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

Luis Antonio Silva

COORDENADORA DO GRUPO DE CONDUÇÃO DO QUALISUS REDE – REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Teresinha Giordano Serrano

MONITORES/APOIO

SMS de Joinville: Douglas Calheiros Machado e Mario José Baückheimer

Telessaude SC: Cláudia Anita Gomes Carraro, Elyana Teixeira Souza, Gisele Damian Antônio e Luana Gabriela Nilson.

GEABS: Ângela Maria Blatt Ortiga; Elisia Puel; Iraci Batista da Silva; Janize Luzia Biella; Maria Catarina da Rosa, Mari Ângela de Freitas.

Grupo de Condução do QUALISUS REDE – Região Metropolitana da Grande Florianópolis:

Fabiani Alini Barni – SMS de São João Batista, Teresa Gaio da Silva - SMS de São José, Catia de Lurdes Ferreira Marcon – SMS de Garopaba, Ana Flávia de Almeida e Silva – SMS São Pedro de Alcântara

Apoiadores do MS:

Célia Adriana Nicolotti (Apoiadora Local QualiSUS/MS);

Isabel Quint Berretta – (Apoiadora do MS para o Estado de SC);

Fabiana Bianchet (Apoiadora institucional de RAS/SC - SAS/MS);

Rita de Cássia Teixeira Rangel (Apoiadora de Rede Cegonha para Serviços SC);

Vera Lúcia Freitas - Apoiadora MS do SOS Emergência.

REVISÃO

Equipe Técnica GEABS: Angela Maria Blatt Ortiga, Cássia Magagnin Roczanski, Elisia Puel, Iraci Batista da Silva, Janize Luzia Biella, Lizete Contin, Mari Ângela de Freitas, Maria Arlene Pagani e Maria Catarina da Rosa

Telessaúde SC: Gisele Damian Antonio e Marcos Maeyama

DIAGRAMAÇÃO

Gisele Damian Antônio

ARTE DA CAPA

Marcelo Marques de Mello

CONTATOS E INFORMAÇÕES

Gerência de Coordenação da Atenção Básica - SES

Elisia Puel - Coordenação Macrorregional da Grande Florianópolis
Endereço : R Esteves Júnior, 390 3º andar, Centro – Florianópolis/SC
E-mail: geabsgf@saude.sc.gov.br
Fone: (048) 32121697

Gerência Regional de Saúde da Grande Florianópolis - SES

Maria Fraga – Responsável da AB na 18ª Gerência Regional de Saúde da Grande Florianópolis
Endereço: Rua Victor Meirelles, nº 11 - Campinas - São José/SC
E-mail da 18ª Regional de Saúde: regfpolis@saude.sc.gov.br
E-mail do Setor de Atenção Básica: atencaobasical8gersa@saude.sc.gov.br
Fone: (48) 32419320

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| OFICINA 2: O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO | |
| CONTEXTO DA RAS | 5 |
| 1.1 OBJETIVO | 5 |
| 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 5 |
| 1.3 PROGRAMAÇÃO | 5 |
| 1.4 ATIVIDADES | 7 |
| 1.4.1 ABERTURA | 7 |
| 1.4.2 RELATO DA DISPERSÃO | 7 |
| 1.4.3 EXPOSIÇÃO DIALOGADA 1: OS ATRIBUTOS DA AB E A INTERFACE COM OS PADRÕES DE QUALIDADE DO AMAQ | 8 |
| 1.4.4 TRABALHO EM GRUPO 1/ESTUDO DE CASO: A AB NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO – PARTE 1 | 8 |
| 1.4.5 EXPOSIÇÃO DIALOGADA 2: APONTAMENTOS DA DEVOLUTIVA DO PAR (REDES TEMÁTICAS) | 13 |
| 1.4.6 EXPOSIÇÃO DIALOGADA 3: PLANO DE FORTALECIMENTO DA AB..... | 13 |
| 1.4.7 TRABALHO EM GRUPO 1 - ESTUDO DE CASO: A AB NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO – PARTE 2 | 13 |
| 1.4.8 RELATO DOS GRUPOS E PLENÁRIA FINAL..... | 19 |
| 1.4.9 ORIENTAÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO | 19 |
| 1.4.10 MONITORAMENTO DO TRABALHO DE DISPERSÃO..... | 20 |
| 1.4.11 PRÓXIMA OFICINA..... | 20 |
| ANEXO 1 – TEXTO COMPLEMENTAR Nº 1: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 21 |
| ANEXO 2 - TEXTO COMPLEMENTAR Nº 2: PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ | 34 |
| APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SEGUNDA OFICINA DE FORTALECIMENTO DA AB NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, DO QUALISUS REDE DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS..... | 39 |

OFICINA 2: O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CONTEXTO DA RAS

Esta oficina promove análise dos princípios e padrão da qualidade da Atenção Básica (AB) nos municípios, a sua forma de organização, a sua resolubilidade. Também permite aos participantes uma reflexão sobre os problemas enfrentados pelas equipes de AB na operacionalização da coordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em cada município. Trabalha a importância da mudança de modelo de atenção à saúde para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso dos usuários e dos resultados do Sistema Único de Saúde (SUS) em SC.

1.1 OBJETIVO

✓ Desenvolver o Plano para o fortalecimento da Atenção Básica, com foco na Rede de Atenção à Saúde.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conhecer, compreender e discutir sobre os atributos/princípios da AB;
- ✓ Discutir sobre os padrões de qualidade da AB no instrumento de autoavaliação da melhoria do acesso e qualidade da AB – AMAQ/AB;
- ✓ Avaliar os atributos/princípios da AB em cada município da Região Metropolitana da Grande Florianópolis, correlacionando-os com os padrões de qualidade do AMAQ;
- ✓ Identificar estratégias e os interlocutores territoriais para a elaboração do Plano de fortalecimento da AB.

1.3 PROGRAMAÇÃO

Esta oficina tem uma carga horária de 16 horas, será realizada em 2 dias, contando com atividades educativas, tais como, exposições dialogadas, leitura de textos e trabalhos em grupos.

| Programação da oficina 2 de Fortalecimento da Atenção Básica | | |
|---|--|---|
| 1º DIA – 04 de junho de 2014 | | |
| HORÁRIO | ATIVIDADE | TEMA |
| 08h30min 09h00min | Abertura e Pactuação de compromissos | |
| 09h00min 10h30min | Relato da dispersão | Apresentação dos trabalhos do período de dispersão |
| 10h30min- 10h45min | Intervalo | |
| 10h45min 12h00min | Exposição dialogada 1 | Os princípios da Atenção Básica e sua interface na programação e contratualização do PMAQ Palestrante: Marcos Maeyama - UNIVALI e Telessaude -SC |
| 12h15min 13h45min | Almoço | |
| 13h45min 15h45min | Trabalho em Grupo 1 (Parte 1) | A Atenção Básica nos municípios no contexto da RAS (Caso São Lucas adaptado para elaboração do Plano de Fortalecimento da AB) |
| 15h45min 16h00min | Intervalo | |
| 16h00min 17h30min | Trabalho em Grupo 1 (Parte 1 - continuação) | A Atenção Básica nos municípios no contexto da RAS (Caso São Lucas adaptado para elaboração do Plano de Fortalecimento da AB) |
| 2º DIA - 05 de junho de 2014 | | |
| 08h30min 09h10min | Exposição dialogada 2 | Apontamentos referentes aos Planos de Ação Regional (PAR) das Redes Temáticas da Região Metropolitana da Grande Florianópolis Palestrante: Fabiana Bianchet (Apoiadora institucional da RAS/SC - SAS/MS). |
| 09h10min 09h30min | Exposição dialogada 3 | Plano de Fortalecimento da AB Palestrante: Vera Lucia Freitas – Joinville, Apoiadora MS para SOS emergência |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| 09h30min 09h45min | Intervalo | |
| 09h45min 12h00min | Trabalho em Grupo 1 (Parte 2) | A Atenção Básica municípios no contexto da RAS (Caso São Lucas adaptado para elaboração do Plano de Fortalecimento da AB) |
| 12h15min 13h45min | Almoço | |
| 13h45min- 15h00min | Trabalho em Grupo 1 (Parte 2 - continuação) | A Atenção Básica nos municípios no contexto da RAS (Caso São Lucas adaptado para elaboração do Plano de Fortalecimento da AB) |
| 15h00min- 15h15min | Intervalo | |
| 15h15min- 16h00min | Orientação para dispersão | Orientação para dispersão e supervisão das atividades |
| 16h00min- 17h15min | Relato dos grupos e plenária Final | Consolidação dos resultados de cada grupo |
| 17h15min- 17h30min | Avaliação da oficina | |

1.4 ATIVIDADES

1.4.1 ABERTURA

- ✓ Esta atividade tem como objetivos:
- ✓ Saudar os participantes;
- ✓ Apresentar os participantes;
- ✓ Apresentar os objetivos da oficina;
- ✓ Explicar a metodologia de trabalho;

1.4.2 RELATO DA DISPERSÃO

Esta atividade tem por objetivo apresentar os trabalhos realizados pelos Grupos Condutores Municipais no período de dispersão.

Procedimento

1. Cada Grupo Conductor Municipal terá 5 minutos para fazer o relato da atividade de dispersão realizada em seu município;

2. Apresentar o estado da arte da criação do Grupo Condutor Municipal;
3. Definir estratégias para as dificuldades encontradas na formalização dos Grupos Condutores Municipais.

1.4.3 EXPOSIÇÃO DIALOGADA 1: OS ATRIBUTOS DA AB E A INTERFACE COM OS PADRÕES DE QUALIDADE DO AMAQ

Esta atividade tem como objetivo trabalhar a compreensão da evolução dos conceitos de AB e correlacionar os atributos da AB com os padrões de qualidade do AMAQ;

1.4.4 TRABALHO EM GRUPO 1/ESTUDO DE CASO: A AB NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO – PARTE 1

A atividade em grupo intitulada “A AB nos municípios da região deve ser desenvolvida com base no Caso São Lucas adaptado”. Essa atividade terá duas partes:

Parte 1: No primeiro dia da oficina, serão realizadas as atividades da primeira parte, que tem como objetivo fazer com que os participantes façam um exercício de correlacionar às questões conceituais atributos/princípios com questões organizativas e de processo de trabalho da equipe (padrão de qualidade do AMAQ) para subsidiar a elaboração do Plano de Fortalecimento da AB.

Parte 2: Descrita no item 1.4.7 na página 13 desta apostila.

Atividades do período vespertino do primeiro dia (Parte 1)

1. Dividir os participantes por município;
2. Dividir os grupos em espaços distintos;
3. O monitor explicará a metodologia do exercício proposto;
4. Escolher um coordenador e um relator para cada grupo;
5. Leitura do caso São Lucas adaptado;
6. Após a leitura, cada grupo deve analisar os atributos/princípios correlacionando-os com os padrões de qualidade da AB no contexto da RAS. A análise deve ser feita por meio do preenchimento da coluna 2 da matriz de verificação (ver página 11 e 12).

Preenchimento da matriz de verificação

1. A coluna 1 refere-se aos atributos/princípios da AB (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, orientação comunitária, centralidade na família e coordenação do cuidado). Essa primeira coluna já se encontra preenchida;

2. A coluna 2 refere-se aos padrões de qualidade do AMAQ, com sua respectiva descrição. Essa segunda coluna deve ser preenchida com 3 padrões de qualidade do AMAQ (consultar a tabela AMAQ disponível na pasta) relacionados a cada atributo/princípio.

Exemplo:

Atributo/princípio: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Padrão de qualidade: A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.

Descrição do padrão de qualidade: A gestão municipal disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria, redes sociais, sites, blog, correio eletrônico, livro de registros, etc.) aos usuários da AB para expressão de suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.

3. Ao final desta atividade, cada grupo deverá ter 18 padrões de qualidade, elencados na coluna 2.

ATENÇÃO!

Caso o grupo conclua o preenchimento da coluna 2 ele poderá avançar para o preenchimento da coluna 3 (ver instruções item 1.4.7).

Recorte-----
MATRIZ DE VERIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS/PRINCÍPIOS E PADRÕES DE QUALIDADE PARA A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE FORTALECIMENTO DA AB

| Atributo/Princípio | Padrão de qualidade | Nota com Justificativa Máximo 30 pontos por atributo | Estratégias (ações) | Interlocutores territoriais (com quem fazer as agendas) |
|--------------------|---------------------|---|---------------------|---|
| Primeiro contato | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| Longitudinalidade | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| Integralidade | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |

| Atributo/Princípio | Padrão de qualidade | Nota com Justificativa Máximo 30 pontos por atributo | Estratégias (ações) | Interlocutores territoriais (com quem fazer as agendas) |
|------------------------|---------------------|---|---------------------|---|
| Coordenação do cuidado | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| Centralidade familiar | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| Orientação comunitária | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| | | Nota: | | |
| | | Justificativa | | |
| Total geral | | 180 Pontos (100%) | | |

1.4.5 EXPOSIÇÃO DIALOGADA 2: APONTAMENTOS DA DEVOLUTIVA DO PAR (REDES TEMÁTICAS)

Esta atividade tem como objetivo fazer a devolutiva dos Planos de Ação Regional (PAR) das Redes temáticas da Região Metropolitana da Grande Florianópolis aos municípios participantes da Oficina.

1.4.6 EXPOSIÇÃO DIALOGADA 3: PLANO DE FORTALECIMENTO DA AB

Esta atividade tem como objetivo orientar como elaborar o Plano de Fortalecimento da AB no contexto da RAS.

1.4.7 TRABALHO EM GRUPO 1 - ESTUDO DE CASO: A AB NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO – PARTE 2

A segunda parte da atividade tem como objetivo fazer com que os participantes façam um exercício de análise crítica sobre o processo de trabalho por meio da atribuição de nota a cada atributo/princípio, correlacionando-os aos padrões de qualidade para subsidiar a elaboração do Plano de Fortalecimento da AB.

Atividade do período matutino e vespertino do segundo dia (parte 2)

Após a conclusão da primeira parte da atividade (o exercício de correlacionar os atributos/princípios da AB com os padrões de qualidade do AMAQ do seu município), realizada na tarde do primeiro dia (parte 1), o grupo deverá preencher as colunas 3 e 4 da matriz de verificação (página 11 e 12).

Preenchimento da coluna 3

1. A coluna 3 refere-se à análise crítica da AB no seu município por meio da atribuição de nota a cada atributo/princípio aos padrões de qualidade do AMAQ;
2. Para isso, solicitar que cada membro do grupo atribua uma nota de 0 a 10 para cada item verificado e discutido na parte 1 da atividade;
3. Somar a nota dada por cada profissional e fazer a média;

4. Identificar na escala abaixo o grau de satisfação;

| |
|--|
| Muito insatisfatório = média notas de 0 a 2 |
| Insatisfatório = média notas de 3 a 5 |
| Satisfatório = média notas de 6 a 7 |
| Muito satisfatório = média notas de 8 a 10 |

5. Anotar a média alcançada na coluna 3 da matriz de verificação;

6. Após atribuir a nota e fazer a média para cada atributo/princípio, fazer uma regra de três para calcular o percentual da pontuação alcançada por atributo/princípio, ou seja, o padrão que alcançar 30 pontos corresponde a 100%. Anotar essa informação (pontuação alcançada e percentual) na matriz final/produto (ver página 17);

7. Com base nas notas atribuídas em cada atributo, identificar os pontos convergentes no grupo e elaborar justificativa para cada uma;

8. Anotar a justificativa consensuada no grupo na coluna 3, de forma sucinta.

Exemplo:

Atributo: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Padrão de qualidade: A gestão municipal de saúde disponibiliza canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas.

Descrição do padrão de qualidade: A gestão municipal disponibiliza canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria, redes sociais, sites, blog, correio eletrônico, livro de registros, etc.) aos usuários da AB para expressão de suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiarem a análise de tais demandas para o redirecionamento de ações.

Justificativa/contexto: o município não possui dispositivos formais além do conselho municipal de saúde para a escuta do usuário. Porém em todas as unidades de saúde existem conselhos locais de saúde, que expressam as necessidades dos usuários das diversas localidades do município. Ainda existe certa dificuldade de articulação entre os conselhos locais com o conselho municipal de saúde.

Preenchimento coluna 4

9. A coluna 4 refere-se as possíveis **estratégias** para o cumprimento do referido atributo e padrão de qualidade analisado e discutido nas etapas anteriores;

10. Para isso, consultar a planilha consolidada do AMAQ do seu município e identificar quais estratégias podem compor o plano de fortalecimento da AB;

11. Insira as estratégias selecionadas na planilha AMAQ na tabela a seguir da página 16.

12. Após identificar as estratégias elaboradas no AMAQ por seu município, o grupo deve preencher a coluna 4 da matriz de verificação (página 11 e 12);

13. Para isso, ler o atributo/princípio, o padrão de qualidade e sua descrição, a nota, a justificativa e as estratégias selecionadas no AMAQ para o grupo, na sequência os membros do grupo indicarão no mínimo 3 ações. As estratégias devem ser elaboradas a partir de uma frase, iniciando com um verbo no infinitivo.

OBS.: Cada ação deve conter 1 e somente 1 verbo. As ações devem ser pautadas por verbos “concretos” como CRIAR, FAZER, CONSTRUIR, evitando-se verbos “abstratos” FOMENTAR, GARANTIR, ESTIMULAR.

Exemplo:

Justificativa/Contexto: o município não possuiu dispositivos formais além do conselho municipal de saúde para a escuta do usuário. Porém em todas as unidades de saúde existem conselhos locais de saúde, que expressam as necessidades dos usuários das diversas localidades do município. Ainda existe uma certa dificuldade de articulação entre os conselhos locais com o conselho municipal de saúde.

Estratégias:

1. Criar uma ouvidoria cidadã com representantes da comunidade e do serviço;
2. Criar um blog para socialização das atas do conselho municipal de saúde;
3. Implantar caixa de sugestões nas unidades de saúde;
4. Divulgar informes em rádios comunitárias do município;
5. Realizar mudança do regimento interno do conselho municipal de saúde, para consideração de representação dos conselhos locais.

14. Para finalizar o preenchimento da matriz de verificação dos atributos/princípios e padrões de qualidade da AB, o grupo deve definir os interlocutores territoriais (com quem fazer as agendas) (5ª coluna da matriz). **A escolha de muitos atores poderá prejudicar a execução das ações, pois dificulta a responsabilização.**

Produto da atividade em grupo

Como produto da atividade em grupo, preencher o quadro abaixo com a pontuação máxima alcançada e percentual alcançado de cada atributo/princípio. O relator deverá entregar o resultado para a coordenação da oficina. O grupo deverá entregar a matriz de verificação dos atributos/princípios e padrões de qualidade para a construção do plano de fortalecimento da AB **com todas as colunas preenchidas.**

(Recorte)-----

MATRIZ FINAL

| PRINCÍPIOS | PONTUAÇÃO MÁXIMA | PONTUAÇÃO ALCANÇADA | % ALCANÇADO |
|------------------------|------------------|---------------------|-------------|
| PRIMEIRO CONTATO | 30 | | |
| LONGITUDINALIDADE | 30 | | |
| INTEGRALIDADE | 30 | | |
| COORDENAÇÃO DO CUIDADO | 30 | | |
| CENTRALIZAÇÃO FAMILIAR | 30 | | |
| ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA | 30 | | |
| TOTAL | 180 | | |

1.4.8 RELATO DOS GRUPOS E PLENÁRIA FINAL

Esta atividade tem como objetivo sintetizar as atividades realizadas em grupo, bem como suas facilidades e dificuldades.

Procedimento

1. O relator de cada grupo deverá entregar o quadro-produto da atividade anterior;
2. Cada grupo terá 10 min para relatar como foi o trabalho: facilidades e dificuldades;
3. Previamente a coordenação da oficina definirá a distribuição dos princípios por grupos e isso que orientará a apresentação na plenária final.
4. O primeiro grupo sorteado inicia a leitura da matriz do primeiro atributo/princípio, bem como as estratégias planejadas;
5. Na sequência os grupos (que trabalharam com o mesmo princípio) complementam a exposição;
6. O mesmo será feito para a apresentação dos demais atributos/princípios e as estratégias planejadas para elaboração do Plano de Fortalecimento da AB em cada município.

1.4.9 ORIENTAÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

O trabalho de dispersão tem como objetivo geral aplicar os conteúdos apresentados nesta oficina. O trabalho de dispersão deverá ser realizado no período de 07 a 23 de junho de 2014.

Objetivo da atividade de dispersão:

1. Repassar o conteúdo da oficina para cada ESF ou em grupos, coordenações e gerentes de nível central da SMS (Caso São Lucas adaptado para elaboração do Plano de Fortalecimento da AB);
2. Readequar o Plano de Fortalecimento da AB no município através da matriz;
3. Documentar os dados da análise da situação da AB e do Plano de Fortalecimento da AB no município, enviar para a regional de saúde;

4. Apresentar e aprovar o Plano de Fortalecimento da AB para o Conselho Municipal de Saúde;

5. Incluir as estratégias do Plano de Fortalecimento da AB como uma diretriz do Plano Municipal de Saúde.

Procedimento:

1. Na atividade de dispersão as notas finais poderão ser recalculadas com base na discussão realizada no município;

2. Encaminhar a planilha consolidada por princípio antecipadamente para apresentação em plenária na terceira oficina;

3. Rever as planilhas do AMAQ para fazer inclusões, alterações ou exclusões na planilha do Plano de Fortalecimento da AB;

1.4.10 MONITORAMENTO DO TRABALHO DE DISPERSÃO

Durante o período de dispersão, o grupo de condução do QualiSUS Rede da Região Metropolitana da Grande Florianópolis, grupo técnico da SES/GEABS e apoiadores do MS, deverão realizar o monitoramento das ações desenvolvidas no período de dispersão e organização da próxima oficina.

1. A partir dos trabalhos realizados pelos grupos de condução municipais, será realizada a análise da situação da AB e do Plano de Fortalecimento da AB sob a ótica municipal e regional;

2. A Gerência Regional de Saúde, Gerência de Coordenação da Atenção Básica da SES, Grupo de Condução do QualiSUS Rede da Região Metropolitana da Grande Florianópolis deverão analisar, sistematizar e consolidar os dados enviados pelos municípios, para apresentação e discussão nas próximas oficinas e na Comissão Intergestores Regional- CIR.

1.4.11 PRÓXIMA OFICINA

Data prevista: 25 e 26 de junho de 2014

ANEXO 1 – TEXTO COMPLEMENTAR Nº1: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A construção do SUS avançou de forma substantiva nos últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da AB nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estadual e municipal), das universidades, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a AB como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes.

Antes de qualquer descrição sistemática das estratégias de fortalecimento da AB em SC, seria prudente categorizar o conceito em que as ações de saúde realizadas em cada município se localizam, a ABS. O termo é uma tradução habitual do que a língua inglesa chamou de *Primary Care*. Entretanto, parece que nem Atenção Básica da Saúde, nem Atenção Primária da Saúde expressam a essência do significado ou Atenção Ampliada da Saúde, Atenção Integral da Saúde, também são expressões que não caracterizam fielmente seus sentidos. Mas, sobretudo, por respeito à forma como o Ministério da Saúde tem tratado o assunto, assumiremos, a ABS como expressão do que desenvolveremos a seguir.

A ABS está intrinsecamente relacionada com a concepção de saúde-doença como processo determinado socialmente. Não nega os condicionantes ecológico-ambientais, mas entende-os como hierarquicamente subjugados à forma como nossa sociedade se organiza. Tão pouco nega os desencadeadores etiológicos, mas situam-nos como componentes dos condicionantes e esses como servís do determinante social.

Vale ressaltar que existem formas de pensar ABS. Existe, por exemplo, a ABS seletiva que se caracteriza basicamente por programas de impacto a comunidades específicas. Um exemplo poderia ser o Programa de Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica. Também seria considerada ABS seletiva um programa de Saúde Indígena. Outra forma de ver a ABS é apenas como um nível de atenção, baseado em prevalência, centrada no atendimento clínico, ou seja, centrada nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico (ABS Clássica).

A construção política que se pretende nesta oficina não se afina com nenhum dos dois modelos anteriores, mas com o primeiro. Estamos nesse momento assumindo integralmente os princípios da ABS ampliada, ou seja, orientada à comunidade (nela há famílias e nessas famílias existem pessoas, uma comunidade tem vida, pulsa).

Conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS)

A Política Nacional de Atenção Básica (2011) define:

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

Para Starfield (2002),

A Atenção Primária à Saúde é o ponto do sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar.

Fundamentos e diretrizes da AB

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta

positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

Das funções na rede de atenção à saúde

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, a PNAB (2011) define que a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da

atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Princípios/atributos da ABS

A ABS deve ser orientada pelos seguintes princípios/atributos (STARFIELD, 2002): primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação do cuidado; centralização familiar e orientação comunitária.

Primeiro Contato

Partindo-se do princípio da universalidade, espera-se que a ABS seja a porta de entrada de entrada do sistema de saúde. A partir da adscrição que o usuário se coloca tanto para acompanhamento de suas demandas de saúde quanto para as situações de agravos, a ideia de porta de entrada funciona como uma referência de cuidado para o usuário. É na sua comunidade, na sua unidade de ABS, na sua equipe de saúde, que ele busca “abrigo” quando precisa. Essa referência é necessária, mesmo porque o usuário não conhece os fluxos do sistema de saúde. Para Starfield (2002), a ABS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

Quando se fala de que a AB é o primeiro contato com o usuário, é necessário compreender a diferença dos conceitos: universalidade, acessibilidade, acesso e acolhimento:

- **Universalidade:** parte da “garantia da atenção à saúde, por parte do sistema a todo e qualquer cidadão” e repercute a máxima de que saúde é direito de cidadania e dever do Estado (Brasil, 1990).

- **Acessibilidade:** a ABS deve ser acessível aos usuários cadastrados. A acessibilidade possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços, ou seja, é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Portanto, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema de saúde.

A acessibilidade pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto a localização e a aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

- **Acesso:** “o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde” (Millman, 1993). Para Donabedian (1973), o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional e geográfico. O primeiro diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento. O segundo envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

O acesso à atenção é importante na redução da morbidade e mortalidade. Evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da ABS, leva a uma atenção mais apropriada e melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos.

- **Acolhimento:** de acordo com Merhy (1997, p. 67), acolhimento significa:

[...] humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a solução do problema. Por consequência, o acolhimento deve garantir a resolu-

bilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário.

Portanto, poderíamos dizer que a Universalidade é a garantia legal, o direito à atenção à saúde, já acessibilidade é a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade e o acolhimento é um dos instrumentos da acessibilidade.

Longitudinalidade

A **longitudinalidade**, que muitas vezes, inapropriadamente é chamada de continuidade, refere-se ao conjunto de mecanismos estabelecidos no cuidado, que dá uma dimensão de transversalidade na relação entre a equipe de saúde e o usuário do sistema. Melhor dizendo, longitudinalidade implica em uma relação de corresponsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal), quer seja na proteção e promoção da saúde, ou no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processo saúde-doença).

Conforme Starfield (2002), “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e uma equipe de saúde”. Essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade

Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos.

Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica – diretriz clínica e gestão de patologias.

Integralidade da atenção

A integralidade é o princípio eixo do modelo de atenção pautado em ações integradas de saúde, ou seja, a integralidade se constrói, se vivencia no dia a dia dos profissionais de saúde como: estratégia de organização do modelo assistencial, universalidade, territorialidade e adscrição, promoção da Saúde como ação nuclear, resposta à determinação social, interdisciplinaridade na relação da equipe, intersetorialidade e participação comunitária.

A integralidade exige que a ABS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A ABS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as

necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.

A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. Para tanto, faz-se necessário:

O diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita;

O atendimento pela unidade básica de saúde – prevenção de doenças e agravos, restauração e manutenção da saúde – para dar conta dos problemas mais comuns ou de maior relevância;

A organização das redes de atenção à saúde, para prestar atendimento às demais necessidades: a identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio – diagnóstico e terapêutico, o sistema logístico – transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, etc.

Coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado refere-se a gestão do processo de trabalho da equipe que organiza e otimiza os demais atributos e que dinamiza os fluxos. Isto é, que cadastra, que faz vigilância em saúde, que investiga, determina, acompanha, encaminha, produz ações integradas, acolhe e promove resolubilidade. De acordo com Starfield (2002) coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum”. Por opção teórica, não seria previsível localizar a coordenação do cuidado e entendê-la dentro de uma perspectiva de gestão da vigilância em saúde. Então a vigilância da saúde seria o esforço como proposta metodológica de gestão:

[...] para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde/doença, especialmente do ponto de vista da determinação social. A partir daí busca desenvolver propostas de operacionalização dos sistemas de saúde, de forma a se respeitar uma visão mais totalizadora. (CAMPOS, 2003, p. 577).

A coordenação do cuidado é um desafio para os profissionais e equipes de saúde da ABS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas

informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da ABS e especialistas.

Centralização na Família

Remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde.

Na história da humanidade as organizações familiares vêm se diferenciando através dos tempos – dependendo do contexto sócio-econômico, dos valores, dos aspectos culturais e religiosos da sociedade em que de encontram inseridas - fazendo com que haja mudanças no conceito, na estrutura e na composição das famílias.

No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consangüíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

Para o Ministério da Saúde:

“A família é o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionista e agregados” (Ministério de Saúde, 2001).

No Brasil, a centralização na família é implementada a partir da estratégia de Saúde da Família, desde 1994. Esta estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, como por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A associação da equipe com o usuário e sua família é um requisito básico para a abordagem familiar e fundamenta-se no respeito à realidade e às crenças da família, por parte da equipe de saúde.

Orientação Comunitária

A expressão comunidade carrega em seus sentidos estruturas complexas como a cultura e suas representações: grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais, entre outros.

Cabe à equipe de ABS a adscrição dos usuários e sistematização do conhecimento da prevalência dos problemas comunitários e o arsenal que a comunidade dispõe para seus enfrentamentos. A aplicação de métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, bem como suas relações causais e de determinação, colaborando com o planejamento local de saúde.

A ABS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida.

Para tanto, faz-se necessário:

- ✓ Definir e caracterizar a comunidade;
- ✓ Identificar os problemas de saúde da comunidade;
- ✓ Modificar programas para abordar estes problemas;
- ✓ Monitorar a efetividade das modificações do programa.

No Brasil, os agentes comunitários de saúde reforçam a orientação comunitária e possibilitam maior vínculo entre as equipes de saúde e as respectivas comunidades.

A orientação comunitária diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção. No país, este princípio tem se viabilizado

através do controle social, com a instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde.

Condições Crônicas

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde categoriza as condições de saúde em condições agudas e as condições crônicas (VILAÇA, 2012).

As condições agudas, em geral, apresentam curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar, ao contrário, as condições crônicas tem um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tende a se apresentar de forma definitiva e permanente (VILAÇA, 2012).

Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Um dos problemas centrais da crise do modelo de atenção à saúde contemporâneo consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas-, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Portanto, uma ABS, na perspectiva das RAS, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas RAS, às equipes de cuidados primários. Só será possível organizar em redes de atenção à saú-

de se a ABS estiver capacitada a desempenhar adequadamente essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar as RAS e constituir a estratégia de reordenamento do SUS.

Parâmetros para o dimensionamento dos serviços de AB

A Portaria Ministerial nº 2488 de 21 de outubro de 2011 estabelece alguns parâmetros que podem subsidiar o dimensionamento dos serviços e atendimentos, no âmbito da ABS

- ✓ Equipe multiprofissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais;
- ✓ Responsável por 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas;
- ✓ Composta por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro e 1 dentista generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnicos de enfermagem, até 12 agentes comunitários de saúde (ACS) (máximo 1 ACS para 750 pessoas);

- ✓ Cada profissional pode ter cadastro em apenas uma equipe de AB;

- ✓ A média de consultas sugerida nos parâmetros assistenciais do no Sistema Único de Saúde (SUS) é de 2 a 3 consultas por habitante/ano e destas consultas 63% podem ser consultas médicas básicas (Brasil, 2002; RPSA, 2014). O número de consultas médicas SUS é um indicador importante para ser monitorado para avaliar a qualidade da oferta de atenção à saúde na sua equipe. Este indicador é definido como o número médio de consultas médicas apresentadas no SUS por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É importante destacar que o número de consultas por habitantes pode ser influenciado por: fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros e políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS em cada município (RPSA, 2013). Assim, é importante levar em considerações as desigualdades existentes na cobertura assistencial, no seu município, para pactuar com a equipe e a gestão este indicador de oferta de atenção à saúde. Por exemplo, o estudo “Saúde da Família: avaliação da implementação em 10 (dez) grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados” do Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz constatou uma variação de 1,7 a 4,5 consultas/habitantes nos 10 (dez) centros urbanos estudados. Goiânia, a média de consul-

tas foi inferior à sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS (2 a 3 consultas por habitante/ano) e superior em Vitória e Aracaju (Brasil, 2005).

As principais mudanças contidas na PNAB 2011 são:

✓ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) regulamentado pela Portaria 1654 de 19 de julho de 2011.

✓ Incentivo financeiro para qualificação da infra-instrutora das UBS.

✓ Mudanças nos critérios de credenciamento dos NASF pelos municípios.

✓ Inclusão de novas estratégias de cuidado: Academia da Saúde, Consultório na Rua, Programa de Saúde na Escola (PSE), Unidades Básicas fluviais e Equipes SF para comunidades Ribeirinhas.

È importante que cada profissional de saúde pense na realidade da área territorial de abrangência de sua UBS e compare com as diretrizes e os parâmetros de organização da ESF preconizados na PNAB 2011, buscando refletir sobre as fragilidades presentes no seu cotidiano e as potencialidades possíveis de serem acionadas para a transformação dessa realidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica 2011. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

CONASS Documenta. Caderno de informação técnica e memória do CONASS, Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados, n. 23, p. 54-59, 2011

VILAÇA, Eugênio Mendes. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS: CONASS, Brasília, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

ANEXO 2 - TEXTO COMPLEMENTAR Nº 2: PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. É um componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que vinculou pela primeira vez o repasse de recursos ao alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de AB. Insere-se em um contexto no qual o Governo Federal, crescentemente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS, com destaque para o componente da AB.

O principal objetivo do Programa é estimular a criação de espaços de diálogo, negociação e problematização para mobilizar atores locais em prol de mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços de saúde rumo à melhoria da qualidade do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica (Pinto et al, 2012). Além disso, garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O processo do PMAQ acontece através do monitoramento e avaliação da atenção básica, sendo o resultado atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O Piso de Atenção Básica de Qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal.

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induza a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população.

O PMAQ está organizado em 04 (quatro) fases, que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade:

- 1 – Adesão e Contratualização;
- 2 – Desenvolvimento;
- 3 - Avaliação Externa, e
- 4 - Recontratualização

1 - Adesão e Contratualização: é a etapa formal de adesão ao programa mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de atenção básica e

os gestores municipais e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social;

2 - Desenvolvimento: esta fase consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade. Possui 04 dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional.

2.1 Autoavaliação

A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) é um dispositivo de diálogo para que as equipes possam priorizar os seus problemas e pactuar suas ações de acordo com as suas explicações, os seus interesses, a suas prioridades e sua governabilidade, ampliando assim a motivação e a satisfação com os mesmo. Além disso, a autoavaliação contribui para a tomada de decisão, para orientar o processo de negociação e pactuação de metas e compromissos entre equipe de AB e gestão municipal e subsidiar a definição de prioridades e programação de ações (Pinto et al., 2012).

Ela inicia com a identificação e reconhecimento pelas próprias equipes das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. O instrumento utilizado para autoavaliação é o AMAQ/AB – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A autoavaliação é de extrema importância para subsidiar as reflexões relacionadas aos pontos positivos e negativos dos processos de trabalho das equipes e da gestão da Atenção Básica. É por intermédio da autoavaliação que os profissionais e gestores passam a refletir sobre a necessidade de realizar mudanças e aprimorar os processos de trabalho, contribuindo para fortalecer a Atenção Básica e torná-la ordenadora do cuidado nas redes de Atenção à Saúde.

2.2- Monitoramento

Busca orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes de AB e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS; subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da

qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo.

2.3 - Educação Permanente

A educação permanente tem papel relevante e evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada como uma importante “estratégia de gestão. Ela pressupõe um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimento e habilidades até o aprendizado que parte de problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. No âmbito do PMAQ, a inclusão da educação permanente como uma de suas dimensões estruturantes está associada à necessidade de se estimular a problematização do cotidiano pelas equipes da AB e pela gestão local, buscando aumentar a capacidade de análise e intervenção dos profissionais de saúde diante das suas demandas concretas.

2.4 – Apoio Institucional

O apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional opera como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos.

3 – Avaliação Externa - consiste na realização de um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa. Divide-se em 02 (duas) dimensões: Certificação de desempenho das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais e - Avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Após a avaliação externa as Equipes de Atenção Básica poderão ser classificadas em quatro categorias:

I – Desempenho insatisfatório;

II – Desempenho regular;

III – Desempenho bom, e

IV – Desempenho ótimo.

4 – Recontratualização: ocorre após a certificação das equipes de atenção básica; com base na avaliação de desempenho de cada equipe acontece uma nova contratualização de indicadores e de compromissos completando o ciclo de qualidade previsto.

Os princípios da Atenção Básica estão incorporados nos padrões de qualidades instituídos no instrumento AMAQ. O processo autoavaliativo deve ser contínuo e permanente, constituindo-se numa cultura internalizada de monitoramento, avaliação e ordenação do trabalho das equipes de atenção básica.

O instrumento de autoavaliação sugerido pelo Ministério da Saúde vem sendo utilizado por diversas equipes, portanto, o objetivo de trazê-lo para esta oficina é o de reafirmar a importância da continuidade deste processo para fortalecer a atenção básica na perspectiva da ordenação das redes de atenção a saúde.

A proposta deste momento da oficina é o de revisitarmos o caderno AMAQ, nas dimensões e subdimensões citadas abaixo, para o conhecimento da realidade do município e posterior levantamento dos nós críticos mais relevantes e planejamento de ações (matriz de intervenção) que está disponível na parte final do instrumento AMAQ.

Dimensão Gestão Municipal:

- A – Subdimensão: implantação e implementação da atenção básica no município
- B – Subdimensão: organização e integração da rede de atenção à saúde
- C – Subdimensão: gestão do trabalho
- D – Subdimensão: participação, controle social e satisfação do usuário

Dimensão Gestão da Atenção Básica

- E – Subdimensão: Apoio Institucional
- F – Subdimensão: Educação Permanente
- G – Subdimensão: Gestão do monitoramento e Avaliação

Dimensão Unidade Básica de Saúde

- H – Subdimensão: Infraestrutura e Equipamento
- I – Subdimensão: Insumo, Imuno-Biológico e Medicamentos

Dimensão: Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

- J – Subdimensão: Perfil da Equipe

K – Subdimensão: Organização do Processo de Trabalho

L – Subdimensão: Atenção Integral à Saúde

M – Subdimensão: Participação, controle social e satisfação do usuário

Alguns apontamentos são importantes para o planejamento das ações:

- Elencar os principais problemas identificados pelos atores na autoavaliação;
- Escolher os problemas prioritários a serem enfrentados;
- Refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos;
- Buscar estratégias de intervenção para superação dos problemas prioritários;
- Traçar o plano de ação com uso de uma matriz de intervenção identificando responsáveis e prazos de execução;
 - Avaliar a viabilidade do plano considerando atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outros;
 - Pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas;
 - Definir as estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas;

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/amaq/>

PINTO, Hêider Aurélio Pinto; SOUSA, Allan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Artigo_PMAQ_Revista_02-07.-Final-docx1.pdf

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SEGUNDA OFICINA DE FORTALECIMENTO DA AB NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, DO QUALISUS REDE DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Instruções para Preenchimento

Este é o instrumento de avaliação final da 2ª Oficina de Fortalecimento da AB no Contexto das Redes de Atenção à Saúde, do QualiSUS Rede da região metropolitana da Grande Florianópolis e é composto de cinco perguntas que devem ser preenchidas individualmente.

O objetivo deste instrumento é avaliar o **processo de desenvolvimento da oficina**, por isso é extremamente importante que se responda às questões da forma mais descritiva e explicativa possível, detalhando ao máximo suas experiências e sentimentos.

Sendo assim, não deixe de responder nenhuma questão. A sua participação é essencial para avaliarmos a oficina. Esperamos que você se sinta à vontade para colocar as questões que achar necessárias.

Lembramos que não é necessário se identificar no instrumento, e que não existe limite de palavras para cada resposta.

Atenciosamente,

Equipe QualiSUS Rede da Região Metropolitana da Grande Florianópolis

1.Quanto ao local de realização:

muito bom bom regular fraco

2.Quanto às dependências de realização do evento:

muito bom bom regular fraco

3.Quanto à receptividade, apresentação e organização dosicineiros:

muito bom bom regular fraco

4.Quanto à qualidade dos temas das palestras e oficinas:

muito bom bom regular fraco

5.Quanto à qualidade do perfil dos palestrantes:

muito bom bom regular fraco

6.Quanto à qualidade das discussões nas oficinas:

muito bom bom regular fraco

7.Quanto à qualidade dos trabalhos nas plenárias

muito bom bom regular fraco

8. Quanto ao material didático utilizado (apostila)

muito bom bom regular fraco

9. Quanto à metodologia da oficina (Exposição dialogada, trabalho em grupo, concentração e dispersão)

muito bom bom regular fraco

10.Após a participação nesta oficina, qual sua percepção sobre o fortalecimento da AB no contexto das Redes de Atenção à Saúde e qualificação do SUS?

11.Quais foram os obstáculos que você considerou que impossibilitaram um melhor desempenho seu na oficina, e qual a importância dos oficinairos na facilitação do seu processo de aprendizagem?

12.Use esse espaço final para fazer sugestões construtivas, para que possamos aprimorar cada vez mais nossa oficina.

OBRIGADA!