

Projeto Qualifica *APSUS* Ceará

Oficina 1
Atenção Primária à
Saúde: Fundamentos,
Gestão e Avaliação
da Qualidade



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Governador do Estado do Ceará

Camilo Sobreira de Santana

Secretário da Saúde do Estado do Ceará

Henrique Jorge Javi de Sousa

Secretário Adjunto

Marcos Antônio Gadelha Maia

Secretária Executiva

Lilian Alves Amorim Beltrão

Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior

Núcleo de Atenção Primária

Mariluce Dantas Soares

Coordenação do Projeto QualificaAPSUS Ceará

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Consultora

Maria Emi Shimazaki

EQUIPE DE COORDENAÇÃO

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Francisca Girlane Silva De Araújo
Francisca Vilma de Oliveira
Gizelda de Freitas Marinho
Ivone Pereira Cavalcante Vieira
Juliana Donato Nóbrega
Maria de Lourdes Lopes Lima
Maria Eurice Marques de Moraes
Maria Josane Pereira
Mariana Nunes Ferro Gomes
Priscilla Cunha da Silva
Renata Oliveira Leorne Dantas

FACILITADORES ESTADUAIS

Aldenice Marques Lima
Anatália Loiola de Oliveira Lima
Anne Evelyn Gomes Serra
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Célia Viana da Silva Brasileiro
Cristiani Neves Feitosa
Francisca Girlane Silva de Araújo
Francisca Vilma de Oliveira
Gizelda de Freitas Marinho
Ivanilda Fernandes Oliveira
Ivo de Oliveira Leal
Ivone Pereira Cavalcante Vieira
Jose Silverio do Nascimento Junior
Josiane Alves Dorneles
Juliana Donato Nóbrega
Katia Maria Alves dos Santos
Lília Maria Gondim Muniz

Liliane Maria Martins Porto
Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça
Lúcia Vanda Benevides Castelo
Maria Eurice Marques de Moraes
Maria Josane Pereira
Mariana Nunes Ferro Gomes
Max Djano Cordeiro Rufino
Priscilla Cunha da Silva
Renata Oliveira Leorne Dantas
Selma Antunes Nunes Diniz
Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado (SESA) está dando início ao Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará (QualificaAPSUS), cujo intuito é subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da Atenção Primária (APS) nos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Considerando que a missão da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) da SESA é o de fortalecer as Políticas de Saúde no âmbito das Redes de Atenção, e que compete à SESA, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definir estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Primária, além de prestar apoio institucional aos municípios no seu processo de implantação, acompanhamento, qualificação, ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, o Projeto QualificaAPSUS Ceará é estratégico para o Estado, no intuito de se alcançar melhores resultados sanitários e econômicos no âmbito do SUS.

A consolidação das Redes de Atenção à Saúde depende de uma APS que cumpra seu papel de responsabilização, coordenação e resolução dos problemas de saúde da população, garantindo, sobretudo, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde. Assim, o Projeto traz em seu escopo a realização de seis oficinas em paralelo a um sistema de tutoria in loco, proporcionando instrumentos, ferramentas, tecnologias de planejamento e de organização do trabalho para a qualificação da Atenção Primária.

O QualificaAPSUS Ceará contará também com a avaliação da qualidade na Atenção Primária, que atribuirá os selos bronze, prata e ouro às equipes de saúde que alcançarem os padrões de qualidade esperados. A avaliação vai possibilitar a verificação do estágio de desenvolvimento alcançado pelas unidades de saúde, identificar e corrigir as não conformidades, bem como desenvolver planos para melhoria contínua.

Para participar do Projeto, as Secretarias Municipais de Saúde devem fazer a adesão através da inscrição do coordenador e/ou responsável pela Atenção Primária à Saúde, que será o responsável por multiplicar as oficinas, com o apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), para os trabalhadores do município, bem como atuar como tutor na implantação dos macroprocessos e microprocessos da Atenção Primária.

Espera-se, portanto, que todos os esforços empreendidos na qualificação da APS seja revertido em prol da população cearense, através de resultados sanitários concretos, na busca incessante pela melhoria de vida e saúde das pessoas.

PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CEARÁ

POR QUE QUALIFICAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA?

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde, além do desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença, que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Com o intuito de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica, as RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Assim, fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Segundo Mendes (2011¹), as redes de atenção à saúde dependem que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra os atributos - do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação comunitária e competência cultural – e as funções – de responsabilização, de coordenação dos fluxos, contra fluxos dos cidadãos e de resolução dos problemas de saúde da população.

Para tanto, há a necessidade de implementar na APS os micros e macroprocessos, que incluem, dentre outras questões, intervenções na estrutura, nos micros e macroprocessos básicos; macroprocessos de atenção aos eventos agudos; macroprocessos de atenção às condições crônicas; macroprocessos de atenção preventiva; macroprocesso de demandas administrativas; macroprocesso de atenção domiciliar; e macroprocesso de atenção paliativa.

QUE INICIATIVAS O CEARÁ JÁ POSSUI?

De 2014 a 2015, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a FIOCRUZ, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e o município de Tauá, desenvolveu nesse município o Laboratório de Atenção Primária à Saúde, através da Planificação da Atenção Primária.

A qualificação da APS também tem ocorrido em outros municípios do Ceará, por iniciativa dos próprios municípios, no mesmo modelo de atenção à saúde praticado em Tauá. Vale destacar as experiências de Sobral e Fortaleza.

Os resultados alcançados na reorganização e qualificação dos processos de trabalho com impacto na melhoria dos indicadores de saúde desses municípios, fez com que a Secretaria lançasse a expansão do Projeto, através do QualificaAPSUS Ceará.

QUAL O PAPEL DA COORDENADORIA DE POLÍTICAS E ATENÇÃO À SAÚDE NESSE PROCESSO?

Considerando que a missão da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) é fortalecer as Políticas de Saúde no âmbito das Redes de Atenção, e que estas, em decorrência, dependem de uma APS que cumpra seu papel de responsabilização, coordenação e resolução dos problemas de saúde da população, garantindo, sobretudo, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado em saúde, o Projeto de Qualificação da Atenção Primária é estratégico para o Estado, no intuito de se obter melhores resultados sanitários e econômicos no âmbito do SUS.

ENTENDENDO UM POUCO MAIS SOBRE O PROJETO

OBJETIVOS

O Projeto tem como objetivo apoiar os municípios no fortalecimento da APS para que as equipes possam cumprir os atributos do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade, da coordenação, da centralização familiar, da orientação comunitária e da competência cultural; cumprir as funções de responsabilização pela saúde da população

¹MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

adscrita, de comunicação nas redes de atenção à saúde e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade; assumir a coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde, nas condições crônicas; e participar da rede de atenção às urgências.

ESTRATÉGIA

A estratégia adotada pela SESA tem como foco estabelecer padrões de qualidade comuns para a APS por meio da certificação das equipes. Para que esta estratégia seja efetivada, a Secretaria está desenvolvendo um conjunto de diretrizes clínicas, que fornecem os padrões de cuidado nas redes de atenção à saúde e estabelecem uma linguagem comum nos diversos pontos de atenção.

METODOLOGIA

A metodologia das oficinas tem como propósito o desenvolvimento de competências – conhecimento, habilidade e atitude – nos profissionais, com vistas ao trabalho em equipe, na APS.

Estão previstas a realização de seis oficinas intercaladas com a tutoria para as equipes da APS. As oficinas possibilitam a apropriação e/ou compartilhamento de novos conhecimentos. Nestas, serão apresentados os temas de relevância, com o intuito que os participantes conheçam as experiências exitosas, leiam e discutam os textos que apresentam os fundamentos teóricos, reflitam sobre os problemas vivenciados e a aplicação do conteúdo em suas práticas diárias, para resolução das causas críticas dos problemas.

Já a tutoria possibilita o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes, essenciais para a implementação dos modelos de atenção às condições crônicas e eventos agudos na APS, que exigem da equipe inovação, pró-atividade e integração. É a aplicação dos conteúdos teóricos, apresentados nas oficinas, na prática diária das equipes. A tutoria é realizada na Unidade Básica de Saúde, junto à equipe para apoiá-la no gerenciamento de riscos (garantia da segurança aos cidadãos), de processos (agregação de valor aos cidadãos atendidos) e resultados (melhoria dos indicadores de saúde da população).

OFICINAS E PRODUTOS

- **Oficina 1:** Atenção Primária à Saúde – fundamentos, gestão e avaliação da qualidade.
Produto 1: Realização da avaliação da qualidade e elaboração do plano para gestão da qualidade em cada Unidade Básica de Saúde.
- **Oficina 2:** Processos básicos na Atenção Primária à Saúde – territorialização, cadastramento e diagnóstico local.
Produto 2: Definição do território de cada Equipe de Saúde da Família, com as microáreas discriminadas, de acordo com o padrão estabelecido na oficina; cadastramento dos cidadãos e suas famílias; e diagnóstico local.

- **Oficina 3:** Condições crônicas na Atenção Primária à Saúde – identificação, estratificação de risco, programação local e agenda programada.
Produto 3: Identificação, estratificação de risco, programação das agendas para as gestantes, crianças menores de 2 anos, hipertensos e diabéticos.
- **Oficina 4:** Eventos agudos na Atenção Primária à Saúde – classificação de risco, atendimento e agenda.
Produto 4: Implantação da classificação de risco, organização da agenda e dos processos para o atendimento aos cidadãos com eventos agudos, no tempo previsto no protocolo de classificação de risco.
- **Oficina 5:** Ações de prevenção e gerenciamento dos microprocessos de risco na Atenção Primária à Saúde.
Produto 5: Procedimentos operacionais padrões implantados para as ações de prevenção e gerenciamento de riscos.
- **Oficina 6:** Monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde – o painel de bordo com o monitoramento das metas e avaliação dos resultados.
Produto 6: Construção do painel de bordo; avaliação para a certificação das equipes com o Selo da Qualidade – Bronze.

CAPACITAÇÕES COMPLEMENTARES

Além das oficinas, haverá necessidade de capacitações específicas para:

- Estratificação de risco das gestantes, crianças menores de 2 anos, hipertensos e diabéticos, conforme as diretrizes clínicas padronizadas pela SESA;
- Manejo clínico das gestantes, crianças menores de 2 anos, hipertensos e diabéticos, conforme as diretrizes clínicas padronizadas pela SESA; e
- Classificação de risco para os eventos agudos.

SELEÇÃO DAS UNIDADES LABORATÓRIO

O trabalho de mudança inicia-se com a escolha de unidades laboratórios, que são unidades de saúde previamente selecionadas em que serão implantadas as mudanças estruturais e processuais, ou seja, novas tecnologias, ferramentas e processos, com um acompanhamento e monitoramento efetivo e com a participação de um tutor externo que desenvolve uma estratégia educacional de “fazer junto”. É o lócus de capacitação dos tutores.

Assim, as unidades laboratórios cumprem duas funções principais: gerar, a partir da metodologia geral aqui proposta, um padrão customizado para a realidade do local em que se trabalha; e tornar-se um ponto de visita para as demais unidades acenando que a proposta é viável na realidade específica daquele local.

Cronograma das oficinas estaduais do Projeto QualificaAPSUS Ceará

DATA	ATIVIDADE	LOCAL
25/01/16	Oficina 1 – Atenção Primária à Saúde: fundamentos, gestão e avaliação da qualidade	Fortaleza
26 e 27/01/16	Oficina 2 - Processos básicos na Atenção Primária à Saúde: territorialização, cadastramento e diagnóstico local	Fortaleza
31/03 e 01/04/16	Oficina 3 – Condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: identificação, estratificação de risco, programação local e agenda programada	Fortaleza
A definir	Capacitação complementar 1 - Estratificação de risco das principais condições crônicas	Fortaleza
A definir	Capacitação complementar 2 - Manejo clínico das principais condições crônicas	Fortaleza
26 e 27/04/16	Oficina 4 - Eventos agudos na Atenção Primária à Saúde: classificação de risco, atendimento e agenda	Fortaleza
A definir	Capacitação complementar 3 - Classificação de risco para os eventos agudos	Fortaleza
24 e 25/05/16	Oficina 5 - Ações de prevenção e gerenciamento de microprocessos de risco na Atenção Primária à Saúde	Fortaleza
30/06 e 01/07/16	Oficina 6 - Monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde: o painel de bordo com o monitoramento das metas e avaliação dos resultados	Fortaleza

OFICINA 1**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS, GESTÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE****OBJETIVOS**

Esta primeira oficina tem como objetivos possibilitar a compreensão sobre:

- Os fundamentos da Atenção Primária à Saúde (APS);
- A avaliação da qualidade na APS.

PRODUTOS

Ao final do período de dispersão da primeira oficina, os participantes deverão desenvolver os seguintes produtos:

1. Realização da avaliação pela equipe, utilizando o Instrumento de Avaliação da Qualidade na APS;
2. Elaboração do plano de ação para a gestão da qualidade na APS.

PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em dois turnos com carga horária de 4 horas/aula cada, 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 dos grupos, mas sem perder de vista a unicidade da turma.

Para o alcance dos objetivos propostos, a oficina conta com as seguintes atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupo e plenárias. A seguir, a programação proposta.

HORÁRIO	ATIVIDADES
8h – 8h15min	Recepção dos participantes e entrega do material
8h15min – 8h30min	Acolhimento e Abertura da oficina
8h30min – 8h45min	Atividade 1 – Dinâmica de integração
8h45min – 9h30min	Atividade 2 - Apresentação do Projeto QualificaAPSUS Ceará
9h30min – 9h45min	Atividade 3 - Apresentação dos objetivos da Oficina 1 - Atenção Primária à Saúde: fundamentos, gestão e avaliação da qualidade
9h45min – 10h	Café com prosa
10h – 10h45min	Atividade 4 – Exposição dialogada: Os rumos para a qualificação da Atenção Primária à Saúde
10h45min – 12h	Atividade 5 – Trabalho em grupo com plenária externa: A complexidade da demanda na Atenção Primária e seus Macroprocessos
12h - 13h	Intervalo para almoço
13h – 13h15min	Atividade 6 – Dinâmica de Aquecimento em plenária
13h15min – 14h	Atividade 7 – Plenária do Trabalho em Grupo: A complexidade da demanda na Atenção Primária e seus Macroprocessos
14h – 14h45min	Atividade 8 – Exposição dialogada: A gestão da qualidade na Atenção Primária à Saúde
14h45min – 15h	Café com prosa (deslocamento para os grupos)
15h – 16h30min	Atividade 9 - Trabalho em grupo com plenária externa: A avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde
16h30min – 17h15min	Atividade 10 - Plenária do trabalho em Grupo: A avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde
17h15min- 17h45min	Orientação para o período de dispersão

ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

ACOLHIMENTO E ABERTURA DA OFICINA (15min)

DESCRIÇÃO: A Equipe de Coordenação fará o acolhimento e a abertura para dar boas vindas aos participantes da Região de Saúde no início do processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde.

ATIVIDADE 1

DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO (15min)

DESCRIÇÃO: A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica de integração.

ATIVIDADE 2

APRESENTAÇÃO DO PROJETO QUALIFICAAPSUS CEARÁ (45 min)

DESCRIÇÃO: A equipe de coordenação fará uma apresentação do Projeto QualificaAPSUS Ceará, cujo intuito é subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da Atenção Primária (APS) dos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

ATIVIDADE 3

APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS, GESTÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE (15 min)

DESCRIÇÃO: A equipe de coordenação fará uma breve apresentação dos objetivos da Oficina I, abordando sua relação com as demais oficinas, as atividades pedagógicas, os produtos esperados e, principalmente, a influência das temáticas no cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

ATIVIDADE 4

EXPOSIÇÃO DIALOGADA: OS RUMOS PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (45 min)

DESCRIÇÃO: Um dos facilitadores estaduais fará uma exposição dialogada sobre os rumos para a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), tema central do Programa, com o intuito de possibilitar a compressão acerca dos fundamentos da APS e dos seus macroprocessos.

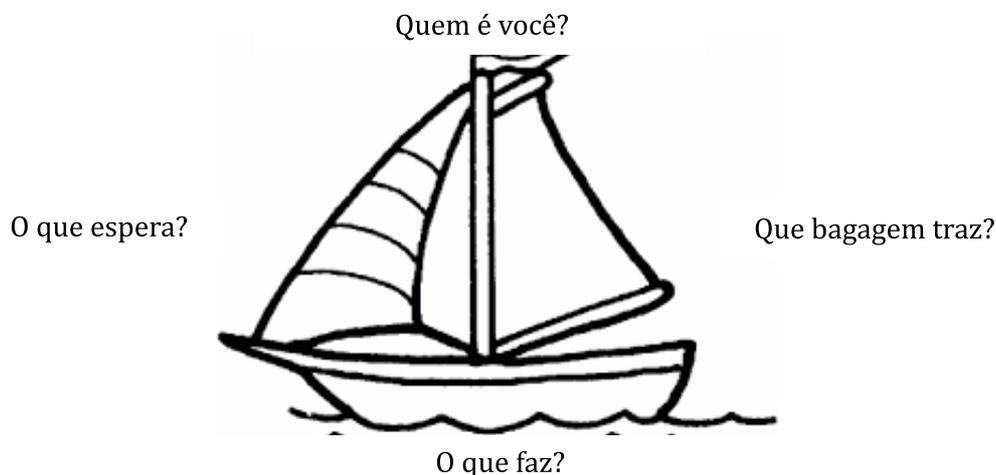
ATIVIDADE 5

TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: A COMPLEXIDADE DA DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS MACROPROCESSOS (1h15min)

DESCRIÇÃO:

1 - Para esta atividade, a turma será dividida em grupos, respeitando-se a Unidade Básica de Saúde de procedência dos participantes. Assim, todos os trabalhadores de uma mesma Unidade ficarão juntos em um grupo. Dependendo da quantidade de pessoas, um grupo poderá ser formado por trabalhadores de duas ou mais Unidades. Após formado, o grupo permanecerá o mesmo durante a oficina.

2 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores que farão a mediação do trabalho em grupo. Antes de dar início, propõe-se que todos se apresentem para melhor interação. Para tanto, será utilizada uma dinâmica intitulada: Quem somos, o que esperamos e o que trazemos. Para a apresentação, os participantes deverão responder as perguntas que estão no barco, a seguir.



Para monitorar o tempo de tala, será utilizada a dinâmica “Falar até queimar”. Os participantes receberão uma caixa de fósforos, serão convidados a riscar um palito e, enquanto este permanecer aceso, cada um se apresenta.

ATENÇÃO: Enquanto o palito estiver aceso, ninguém pode ficar sem falar. Da mesma forma, depois que o palito se apagar, o participante da vez não poderá falar mais.

3 – Agora que todos já se apresentaram, cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Veja a seguir o papel desses atores no grupo:

RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo para apresentação em plenária, seja esta interna ou externa.

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

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

ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA

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

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

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

5 – Compreendidas as orientações, o grupo pode fazer a leitura dos textos 1 e 2 a seguir:

TEXTO DE APOIO 1 - A COMPLEXIDADE DA DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE²

Um dos problemas mais prevalentes na análise da Atenção Primária à Saúde (APS) é a visão estereotipada de que os cuidados primários são simples. Na realidade, os cuidados primários cuidam das condições de saúde mais frequentes, mas isso não significa que essas condições são, necessariamente, mais simples. Há condições simples que se apresentam na APS, mas, também, há outras condições que são de manejo muito complexo.

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

As variações na interpretação da APS se explicam, ademais, pela história mesma de como se gestou e evoluiu este conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva de processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde.

Por isso, há três interpretações principais da APS (MENDES, 2002): a APS como atenção primária seletiva, a APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Essas três decodificações dos cuidados primários são encontradas, em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país, no mesmo tempo.

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986; WALSH e WARREN, 1979). A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutive desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994). É uma interpretação muito comum em países desenvolvidos e, em geral, está relacionada com a oferta de médicos especializados em medicina geral ou de família (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2007). A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, há quem sugira que a APS deve ocupar o banco do motorista para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN e BOERMAN, 2006) e quem proponha redes de atenção à saúde baseadas na APS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

Não obstante, a declaração política de que a APS no SUS é uma estratégia (estratégia de saúde da família), essas três concepções se apresentam na prática social em nosso país. Mas, incontestavelmente, a concepção da atenção primária seletiva ou da medicina simplificada ainda influencia, fortemente, a visão prevalente de APS como um nível de atenção de baixa complexidade no qual se ofertam serviços de saúde simples.

A normativa do SUS expressa essa visão de APS como baixa complexidade ao instituir três níveis de atenção: a atenção básica, de baixa complexidade; a atenção de média complexidade; e a atenção de alta complexidade. Essa divisão baseia-se no grau de densidade das tecnologias utilizadas, mas nada tem a ver com a complexidade da atenção à saúde nesses níveis.

Para que se possa avançar para uma APS que seja efetivamente uma estratégia de reordenamento do SUS, há que se romper com esta visão simplificadora de cuidados primários. A APS nada tem de simples, nem

²MENDES, EV. A complexidade da demanda na APS. Brasília: CONASS, 2014.

representa um conjunto de serviços de baixa complexidade.

A APS deve estar preparada para solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários. Mas não basta essa preocupação quantitativa por mais importante que ela seja nos sistemas de atenção à saúde. É necessário que haja uma preocupação com a qualidade da atenção prestada para que se gere valor para as pessoas usuárias.

Essa visão simplificada, quase ingênua, da APS expressa, em boa parte, uma incompreensão da natureza complexa da demanda por cuidados primários. Em geral, a demanda na APS é reduzida aos cuidados dos eventos agudos (demanda espontânea) e das condições crônicas (demanda programada); algumas vezes, trabalha-se, além disso, com a demanda por cuidados preventivos.

Para se ter uma dimensão da complexidade da APS há que se examinarem os atributos e as funções dos cuidados primários quando se integram em RAS, bem como aprofundar a compreensão da natureza complexa da demanda neste nível de atenção.

A Crise da APS no Plano Micro da Clínica

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 instalada 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 sob controle (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 pessoas usuárias efetivamente nas decisões clínicas (KAPLAN SH 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).

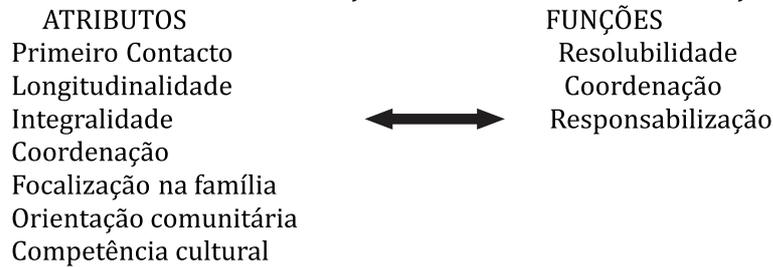
As evidências mencionadas demonstram, de forma inquestionável, a falência de uma das principais instituições sustentadoras dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração.

Por tudo isso, o manejo dos fatores de riscos biopsicológicos individuais e das condições crônicas estabelecidas convoca, na APS, uma clínica que se estrutura com diferenciais significativos em relação à clínica hegemônica que foi construída, historicamente, para dar conta das condições agudas e das agudizações de condições crônicas. A emergência das condições crônicas exigiu mudanças significativas na atenção à saúde que redundaram em alguns movimentos fundamentais que se manifestaram, de forma especialmente significativa, no campo dos cuidados primários à saúde. Esses movimentos, imprescindíveis à construção de uma resposta social adequada às condições crônicas, em seu conjunto, são muito profundos. De outra forma, a clínica para as condições crônicas traz elementos essenciais de diversos modelos de atenção à saúde, como o Modelo da Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2012). Num, incorpora-se a questão fundamental do manejo das condições crônicas por estratos de riscos; noutro, integram-se os seus elementos essenciais, a organização da atenção à saúde, o desenho do sistema de prestação de serviços, o suporte às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado e as relações com a comunidade.

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

Os Atributos e as Funções da APS nas RAS

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica exercitá-la de forma a obedecer a certos atributos e a desempenhar algumas funções consideradas na Figura 1.

Figura 1: Os atributos e as funções da APS nas redes de atenção à saúde

Fontes: Mendes (2002); Starfield (2002)

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiro quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados. O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS. A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersectoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002).

A presença dos sete atributos da APS é importante para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a coordenação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de cuidados primários, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de coordenação expressa o exercício, pela 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. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita (MENDES, 2012).

Quando se quiser verificar se há uma APS eficiente, efetiva e de qualidade, articulada numa RAS, há que se procurar verificar em que medida ela cumpre esses sete atributos e essas três funções. É o que procura fazer, em relação aos atributos, o instrumento de avaliação da APS, o Primary Care Assessment Tool, PCATool (STARFIELD et al, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

TEXTO DE APOIO 2 - OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³

Para melhor entendimento sobre os macroprocessos da APS, Mendes (2014) utiliza a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na Figura 2. Primeiro, há que 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.

Figura 2: A construção social da APS



Construindo a casa da Atenção Primária à Saúde

O alicerce da casa

As intervenções na estrutura, nos macroprocessos e nos microprocessos básicos da APS. Nesse momento as condições estruturais devem ser consideradas, partindo-se de um diagnóstico estrutural da APS e elaborando-se um plano de intervenções.

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

Em relação a recursos humanos, deverá ser garantida uma equipe multiprofissional que além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, agregue novos profissionais como assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física e psicólogo. A atuação desses profissionais não será de mero apoio ou matriciamento, mas de efetiva inserção como membros da equipe multiprofissional. Esses novos profissionais podem estar dimensionados numa relação de um para cada três equipes de ESF.

Todos os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento da carteira de serviços da APS devem ser garantidos.

³Texto adaptado do original: MENDES, EV. A construção social da APS. Brasília: CONASS, 2014.

Os recursos financeiros deverão garantir a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo uma parte de pagamento por desempenho.

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

A implantação dos macroprocessos deverá ser monitorada e, alguns deles, devem ser auditados temporariamente. Há, contudo, um marcador que indica se esses macroprocessos foram implantados eficazmente que é agenda implantada com hora marcada para as pessoas usuárias.

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

A implantação dos microprocessos básicos envolve o mapeamento desses microprocessos, o seu redesenho, a elaboração dos procedimentos operacionais padrões (POP); a implantação dos POP; e a auditoria periódica, interna e externa, dos POP.

Os macroprocessos da atenção aos eventos agudos

Na metáfora da casa, esse momento corresponde à construção de uma parede. Ele é feito por meio de oficinas tutoriais, cursos breves e auditorias.

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes o padrão da resposta social é único e informado por um modelo de atenção aos eventos agudos.

Esses modelos de atenção estabelecem-se por níveis: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e gestão das condições de saúde. Aqui é fundamental adotar-se uma classificação de risco para os eventos agudos baseada em algoritmos decisórios construídos por sinais de alertas (MENDES, 2011). Tem se usado, crescentemente, no Brasil o Sistema de Classificação de Risco de Manchester adotado em vários países.

A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco. Ou seja organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado.

Mas a organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos, 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).

Os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à construção da outra parede. Esses macroprocessos são colocados juntos porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza.

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

As condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), as pessoas hiperutilizadoras e as enfermidades exigem respostas sociais articuladas de forma inovadora e que se expressam num conjunto variado de tecnologias de intervenção.

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.

Os macroprocessos da atenção preventiva

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à construção do teto da casa.

O foco desses macroprocessos é na prevenção dos fatores de risco proximais e dos fatores de risco individuais, biopsicológicos.

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

Os fatores de risco proximais são ligados aos comportamentos e estilos de vida. Por essa razão as ações em relação a esses fatores de risco envolvem mudanças de comportamento das pessoas que os apresentam. A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudarem e o incremento da autonomia.

Mudança de comportamento é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada na APS. Os fatores de risco individuais biopsicológico, abarcam alguns fatores não modificáveis e outros modificáveis. Dentre eles mencionam-se: idade; sexo; fatores hereditários; fatores biológicos como hipertensão arterial, dislipidemias, alterações glicêmicas pré-diabéticas, lesões pré-clínicas e respostas imunológicas; e fatores psicológicos como depressão.

Os cuidados preventivos na atenção primária à saúde não se limitam à prevenção primária, secundária e terciária, segundo o modelo da história natural das doenças. Recentemente foi incorporado à APS um novo conceito, o de prevenção quaternária. A prevenção quaternária volta-se à proteção das pessoas usuárias em relação ao excesso de intervenções de rastreamento de doenças, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames em demasia, ao excesso de diagnósticos, às medicalizações desnecessárias de eventos vitais e adoecimento autolimitados, aos pedidos de exames e tratamentos solicitados pelas pessoas usuárias e à medicina defensiva (JAMOULLE e GUSSO, 2012).

A organização desses macroprocessos implica implantar os seguintes processos: as tecnologias de prevenção de fatores de risco proximais como controle do tabagismo, reeducação alimentar, atividades físicas, controle do álcool e outras drogas, manejo do sobrepeso ou obesidade; rastreamentos suportados por evidências científicas; controle de fatores de risco individuais modificáveis; e prevenção quaternária. 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).

Os macroprocessos das demandas administrativas

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à construção do teto. A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Os atestados médicos são de vários tipos: atestado de doença, atestado de saúde, atestado de vacina,

atestado médico administrativo, atestado médico judicial e atestado de óbito (LIMA et al, 2013).

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

Os macroprocessos da atenção domiciliar

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à colocação das 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 num conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada segundo a necessidade das pessoas e famílias atendidas.

Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998). A assistência domiciliar liga-se a qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento. A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções. A internação domiciliar envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação específica. O acompanhamento domiciliar é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com a equipe, como pessoas portadoras de condições crônicas que geram dependência, idosos frágeis ou egressos de internações hospitalares. A vigilância domiciliar faz-se por ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa em relação à população adscrita à APS (MAHMUD et al, 2012).

A organização dos macroprocessos da atenção domiciliar é realizada em relação aos seus principais componentes envolvidos na APS: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. Para cada um desses processos faz-se o mapeamento dos processos, o redesenho desses processos, a elaboração dos POP, a implantação e sua auditoria periódica, interna e externa.

Os macroprocessos do autocuidado apoiado

Na metáfora da casa esses macroprocessos significam a colocação das janelas. As condições crônicas que dominam a carga de doenças em todo o mundo têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas só conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente, em estreita colaboração com as equipes da APS, da atenção à sua saúde. Isso significa que em relação a pessoas portadoras de condições crônicas não cabe utilizar-se a categoria paciente.

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado,

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

REFERÊNCIAS

- BEISECKER AE, BEISECKER TD. Patient information seeking behaviors when communicating with doctors. *Med. Care*, 28:19-28, 1990.
- 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.
- BODENHEIMER T, LAING BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*, 5: 457-461, 2007.
- CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE. Physician survey, 2006. Disponível em: <http://www.hschange.com>.
- 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.
- 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.
- 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. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

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

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.

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

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

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

6 – Após a leitura, discuta no grupo as questões a seguir:

6.1 Em seu município, qual alternativa aproxima-se da interpretação para a Atenção Primária à Saúde: a) APS seletiva; b) APS como nível primário do sistema de atenção à saúde; ou c) APS como estratégia para a organização do sistema de saúde? Justifique sua resposta.

6.2 Dos atributos da APS, quais são praticados regular e sistematicamente pela sua equipe?

6.3 Das funções da APS, quais são praticadas regular e sistematicamente pela sua equipe?

6.4 Dos sete macroprocessos, quais a sua equipe pratica rotineira e sistematicamente?

7 – Ao final, o relator deverá sistematizar a discussão do grupo e elaborar a síntese que será apresentada em plenária.

TARDE

ATIVIDADE 6**DINÂMICA DE AQUECIMENTO EM PLENÁRIA (15min)**

DESCRIÇÃO: A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica de aquecimento para iniciar as atividades da tarde.

ATIVIDADE 7**PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO: A COMPLEXIDADE DA DEMANDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS MACROPROCESSOS (45min)****DESCRIÇÃO:**

1 - Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese elaborada a partir das questões propostas na atividade.

2 - O coordenador da plenária conduzirá a discussão e o fechamento da questão em estudo.

ATIVIDADE 8**EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A GESTÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (45min)**

DESCRIÇÃO: Um dos facilitadores estaduais fará uma exposição dialogada sobre a Gestão da Qualidade na Atenção Primária à Saúde, com o intuito de possibilitar a compreensão sobre os fundamentos da gestão da qualidade e do instrumento para Avaliação da Qualidade na APS.

ATIVIDADE 9**TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (1h30min)****DESCRIÇÃO:**

1 - Cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, seguindo o mesmo critério desde o início, ou seja, participantes que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a): _____ e relator(a): _____.

2 – Para realizar essa atividade, o grupo deve inicialmente ler o texto de apoio 3 a seguir.

TEXTO DE APOIO 3 - A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA APS

Para avaliar a qualidade na APS, instituiu-se o “Instrumento para Avaliação da Qualidade na Atenção Primária à Saúde”. A aplicação do instrumento possibilita: verificar o estágio de desenvolvimento alcançado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); identificar as não conformidades; desenvolver planos para correção das não conformidades ou para melhoria contínua.

Para a elaboração do instrumento utilizou-se como referências: o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA (2014); o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2010); o Instrumento de Avaliação da Qualidade na Atenção Primária – Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia – MG (2011/2012); o Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ – Ministério da Saúde (2013); o Programa Nacional de Segurança do Paciente – Ministério da Saúde (2013); e os guias de estudo das oficinas do APSUS, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2013 e 2014).

OS SELOS

Para avaliação das Unidades Básicas de Saúde, referentes à Gestão da Qualidade, foram propostos três

Selos: bronze, prata e ouro.

Cada selo reflete o nível de qualidade em que a equipe de saúde se encontra:

- Selo Bronze: reúne os itens que visam garantir a segurança do cidadão e da equipe;
- Selo Prata: abrange os itens que visam o gerenciamento dos processos, com o propósito de agregar valor aos cidadãos;
- Selo Ouro: congrega os itens que visam os resultados para a comunidade;

O objetivo proposto é que a equipe de saúde conquiste o Selo Ouro da Qualidade. Os Selos Bronze e Prata são apenas etapas intermediárias.

OS EIXOS DE ANÁLISE

O Instrumento considera para cada Selo dois grandes eixos de análise:

- A Gestão da Unidade: infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais e tecnológicos, gerenciamento de risco, entre outros;
- Os Atributos da Atenção Primária à Saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização familiar e orientação comunitária.

A FORMA DE VERIFICAÇÃO

Os Itens de Avaliação apresentam o que se espera em cada grande eixo de análise. É uma frase afirmativa que expressa a expectativa de ser alcançada.

A Forma de Verificação é um orientador para se comprovar se o item de avaliação foi cumprido, e é de uso do Avaliador.

Quanto à resposta, será sim ou não. Possivelmente, os avaliadores serão convocados muitas vezes pelos participantes para debater o “não”, especialmente quando o “sim” deixa de ser alcançado por um aspecto mínimo exigido pelo item de avaliação. Nestas situações, os avaliadores deverão lembrar aos participantes os princípios da proposta e os objetivos de sua utilização. Deverá ser salientado que uma resposta “não”, traz o foco para aquilo que precisa ser aprimorado até que os parâmetros sejam alcançados.

Os itens de avaliação respondidos como “sim”, certamente, não serão alvo de intervenções. Forçar uma resposta “sim” quando a situação é de “quase sim”, poderá comprometer ainda mais o desempenho em relação a este item de avaliação em uma nova avaliação. Os avaliadores poderão reforçar nos participantes a compreensão do “não” como “ainda não” e incentivá-los a ver nestes casos uma grande chance de, com pouco esforço, modificar o panorama em uma próxima avaliação.

3 – Compreendida as orientações, o próximo passo será a aplicação do Instrumento para a Avaliação da Qualidade na APS. Para tanto, o coordenador deverá ler cada item e forma de verificação, questionando ao grupo se estão presentes ou não em sua Unidade de Saúde. Para cada item, o grupo deverá responder: “sim”, “não” ou “não se aplica”.

4 - O relator deverá registrar as respostas e verificar o percentual de itens assinalados como “sim”. Deverá, ainda, anotar as dúvidas dos participantes e apresentá-las em plenária em seu relatório. A seguir, o instrumento do Selo Bronze.

SELO BRONZE

A1. GESTÃO DA UNIDADE				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Avalia dor 1	Avalia dor 2	Observação
1. A unidade de saúde possui placa na entrada para identificação da unidade de acordo com o padrão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Verificar se há placa na entrada, segundo o padrão definido pela SMS			
2. A unidade de saúde possui quadro com a identificação dos profissionais, dias e horários que estão em atendimento na unidade, em local visível à população	Verificar a existência do quadro e se está em local visível para a população			
3. A unidade de saúde possui sinalização interna dos serviços prestados	Verificar sinalização de acordo com padronização da SMS			
4. A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos	Verificar se há banheiro adaptado, com vaso, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível adequado, barras de apoio, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas			
5. Os pisos, paredes e tetos da unidade de saúde são de superfícies lisas e laváveis	Verificar se os pisos, paredes e tetos das unidades são lisos e laváveis			
6. A unidade possui computadores com acesso à internet, disponíveis na recepção e consultórios	Verificar a existência dos computadores na recepção, consultórios e o acesso à internet			
7. A unidade de saúde possui atendimento em saúde bucal	Verificar a existência de consultório de saúde bucal equipado e em funcionamento			
8. O número de consultórios da Unidade permite o atendimento aos cidadãos de forma adequada	Verificar a existência de consultório em número suficiente para realizar as atividades da equipe			

9. A unidade de saúde possui sala para realização de curativo e sutura de usuários	Verificar a existência de sala equipada para a realização das atividades			
10. Existem pias exclusivas para lavagem das mãos em todas as salas necessárias	Verificar existência de pias exclusivas, sabonetes líquidos, toalhas de papel necessárias			
11. Existem lembretes visíveis de higienização das mãos próximos às pias	Verificar existência de lembretes próximos às pias exclusivas para lavagem das mãos			
12. Os profissionais têm acesso ao álcool gel nos pontos de cuidado dos usuários	Verificar existência de frascos com álcool gel, identificados (identificação do produto, data, prazo de validade e se embalado na unidade, nome do profissional responsável)			
13. A unidade de saúde dispõe de geladeira exclusiva para guarda das vacinas com termômetro	Verificar a existência de geladeira exclusiva para guarda das vacinas com termômetro			
14. A unidade de saúde realiza o controle de temperatura de vacinas acondicionadas em geladeira e a higienização adequada da geladeira	Verificar a existência do Procedimento Operacional Padrão, que deverá estar acessível dentro da sala de vacina, os controles de temperatura e de higienização afixados em local visível próximo da geladeira			
15. A unidade de saúde tem definido um plano de contingência para queda de energia na sala de vacina	Verificar se a unidade possui plano de contingência afixado em local visível na sala de vacina			
16. A equipe conhece o fluxo de encaminhamento para acidentes biológicos	Verificar se o fluxo está afixado em local visível e se há o conhecimento deste pela equipe (técnico de enfermagem, enfermeiro, serviço gerais, dentista)			
17. A unidade de saúde possui os materiais e condições estruturais (embalagens, lixeiras e locais) adequados para o gerenciamento correto dos resíduos gerados	Verificar se a unidade possui lixeiras com tampa/ pedal para o descarte dos resíduos sólidos e recipientes para os resíduos líquidos e perfuro-cortantes em quantidade suficiente, além de locais			

18. A equipe gerencia os resíduos gerados corretamente	Verificar se a equipe segrega, acondiciona, armazena e encaminha corretamente os resíduos gerados			
19. A equipe acondiciona os medicamentos de acordo com as normas da Vigilância Sanitária	Verificar se os medicamentos estão dentro do prazo de validade, acondicionados em local limpo e seco, na temperatura adequada a cada um e, se houver medicamento controlado, se está armazenado em armário trancado			
20. Todos os profissionais estão com crachás de identificação	Verificar se 100% dos profissionais estão com crachá de identificação			
21. A unidade tem mapa de risco atualizado e exposto na recepção em local visível	Verificar se o mapa de risco da unidade está exposto em local visível e atualizado com a classificação e risco de cada ambiente			
22. Todos os profissionais estão com uniforme	Verificar se 100% dos profissionais estão uniformizados			
23. Os profissionais dispõem e utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) básicos para o trabalho	Verificar: a) a existência na unidade de saúde de lista com os EPI fornecidos por categoria profissional b) o controle de recebimento e perda destes c) a utilização adequada do EPI por 100% dos profissionais			
24. Os profissionais seguem as regras de biossegurança	Observar a utilização de sapato fechado, cabelos presos, brincos pequenos, esmalte claro, unhas curtas			
25. Os profissionais estão habilitados ao exercício profissional conforme legislação	Conferir a existência de documentação exigida pela SMS e conselhos de classe para 100% dos profissionais da equipe (cópias do certificado do conselho de classe, carteira de trabalho para CLT, ou comprovante de contratação para os profissionais estatutários)			

26. Todos os profissionais estão com o cartão de vacinas atualizado	Verificar controle das vacinas para 100% dos profissionais (cópia do cartão ou declaração assinada pelo profissional)			
27. Todas as profissionais da unidade do sexo feminino estão com Citologia Oncótica	Verificar controle da Citologia Oncótica para 100% das profissionais (cópia do resultado do exame com intervalo máximo de 3 anos ou declaração assinada pela profissional)			
28. O Coordenador ou Responsável pela unidade de saúde gerencia a escala de férias e/ou folga, horas extras, atestados médicos dos profissionais da unidade	Verificar a escala de férias e/ou folga, horas extras, atestados médicos dos profissionais da unidade de modo que as atividades desenvolvidas não sejam prejudicadas			
29. Os profissionais têm controle do patrimônio da unidade	Eleger três itens aleatórios, verificar no inventário de patrimônio da unidade e conferir o número, caso não tenha, solicitar documento de controle patrimonial			
30. A unidade de saúde possui alvará sanitário	Verificar se a unidade possui alvará sanitário			

A2. ATRIBUTO – PRIMEIRO CONTATO				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Avaliador 1	Avaliador 2	Observação
31. A unidade de saúde funciona de forma ininterrupta todos os dias úteis	Verificar: a) se há um quadro de horário de funcionamento da unidade visível para os usuários b) se há escala dos profissionais em local visível para os usuários			
32. A equipe possui o mapa da sua área de abrangência no qual estão discriminadas as microáreas de responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Verificar: a) se há um mapa com as microáreas atualizadas, em local visível b) se 100% dos profissionais da equipe conhecem o mapa			

<p>33. A equipe tem identificado no mapa os equipamentos sociais da área de abrangência (escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, igrejas, hortas comunitárias) e principais postos formais e informais de trabalho (fábricas, indústrias, áreas comerciais, serviços) – Mapa inteligente</p>	<p>Verificar a identificação desses equipamentos sociais no mapa da área de abrangência</p>			
<p>34. A equipe tem uma padronização para a identificação segura dos usuários</p>	<p>Verificar documento que comprove a padronização</p>			
<p>35. Os profissionais da unidade de saúde utilizam, no mínimo, três marcadores para identificar um usuário antes de fornecer ou fazer qualquer procedimento</p>	<p>Verificar se existe a conferência de, no mínimo, três marcadores para identificar o usuário (Ex.: nome completo, data de nascimento e nome da mãe)</p>			
<p>36. A unidade de saúde dá acesso ao número do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) do usuário através de pesquisa pela internet</p>	<p>Verificar se o acesso ao número do cartão SUS está disponível para todos os usuários no sentido de facilitar a assistência</p>			
<p>37. A unidade de saúde exige o Cartão SUS para todos os atendimentos na unidade</p>	<p>Verificar se a unidade exige o Cartão SUS para efetuar qualquer procedimento</p>			
<p>38. A unidade de saúde prioriza o atendimento de urgência e emergência adotando o Protocolo de Classificação de Risco</p>	<p>Verificar registros no sistema de classificação de risco (o qual deverá ser diário). Caso não tenha no dia, verificar dia anterior. Quando não tem sistema informatizado verificar o impresso próprio.</p>			
<p>39. A equipe realiza classificação de risco para as condições agudas, conforme protocolo de classificação de risco, todos os dias da</p>	<p>Verificar registros que comprove a realização da classificação de risco em todos os turnos, todos os dias da semana</p>			

40. A equipe realiza atendimento à condição aguda todos os dias da semana e em todos os turnos	Verificar disponibilidade na agenda médica e do enfermeiro para atendimento a usuários com condição aguda, todos os dias da semana e em todos os turnos			
41. A equipe dispõe de equipamentos e insumos em condições adequadas indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências	Verificar: a) a padronização pela SMS dos equipamentos e insumos para atendimento de urgências e emergências b) a existência dos equipamentos e insumos na unidade c) se estão em condições de uso com segurança (identificação adequada dos medicamentos e insumos com data de validade, equipamentos com funcionamento adequado)			
42. A equipe realiza atendimento de urgência e emergência em saúde bucal, adotando um Protocolo de Classificação de Risco, todos os dias da semana e em todos os turnos	Verificar registros da realização da classificação de risco, diariamente em todos os turnos			
43. Existe agendamento de atendimento para saúde bucal todos os dias da semana por meio de acolhimento e classificação de risco	Verificar registro que comprove o agendamento			

A3. ATRIBUTO - LONGITUDINALIDADE				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Avalia dor 1	Avalia dor 2	Observação
44. As crianças, da área de responsabilidade da equipe, com até um ano de vida são identificadas e estratificadas por grau de risco, seguindo a linha guia	Verificar: a) o número de crianças menores de 1 ano identificadas pela equipe b) o percentual de crianças menores de um ano estratificadas por grau de risco b) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco das crianças (sortear 5 crianças acompanhadas na unidade e verificar no prontuário)			

45. As crianças, da área de responsabilidade da equipe, com até um ano de vida estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecida na linha guia	Verificar: a) o número de consultas programadas para esta faixa etária, conforme o grau de risco b) na agenda, a comprovação da marcação das consultas c) no prontuário, o registro dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 5 crianças, verificação)			
46. As crianças com até um ano de idade estão vacinadas de acordo com a linha guia	Verificar: a) se o aprazamento está organizado por mês b) se as doses foram aplicadas de acordo com o aprazamento (sortear 5 fichas de meses anteriores e observar se não há aprazamento com data anterior a da avaliação)			
47. A equipe realiza busca ativa da criança faltosa à vacinação	Verificar se há registro da busca ativa no prontuário da criança faltosa			
48. As gestantes da área são captadas e estratificadas por grau de risco, seguindo a linha guia	Verificar: a) o número de gestantes identificadas pela equipe b) o percentual de gestantes estratificadas por grau de risco c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco da gestante (sortear 5 gestantes acompanhadas na unidade e verificar no prontuário)			
49. As gestantes têm sete ou mais consultas de pré-natal realizadas na unidade, conforme linha guia	Verificar na planilha de programação, agenda e prontuário, comprovando o acompanhamento das gestantes, conforme o grau de risco na unidade (verificar no prontuário das gestantes de alto risco, atendidas no último trimestre)			
50. A equipe realiza busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal	Verificar se há registro da busca ativa no prontuário das faltosas			

<p>51. A consulta de puerpério das gestantes atendidas na Unidade é realizada até 42 dias após o parto, conforme linha guia</p>	<p>Verificar na planilha de programação, agenda e prontuário, o acompanhamento das puérperas (verificar no prontuário de 3 puérperas, atendidas no último trimestre)</p>			
<p>52. A equipe realiza busca ativa das puérperas faltosas à consulta puerperal</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário das faltosas</p>			
<p>53. As mulheres na faixa etária preconizada estão com o exame de citologia de colo de útero realizado conforme linha guia</p>	<p>Verificar: a) se há aprazamento para coleta de exame de citologia oncótica mensal b) se os exames foram realizados de acordo com o aprazamento (sortear 5 prontuários de meses anteriores e observar registro de realização do exame)</p>			
<p>54. A equipe realiza busca ativa das mulheres faltosas ao exame de citologia de colo de útero</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário das faltosas</p>			
<p>55. As mulheres na faixa etária preconizada estão com o exame de mamografia realizada conforme linha guia</p>	<p>Verificar: a) se há aprazamento para mamografia b) se os exames foram realizados de acordo com o aprazamento (sortear 5 prontuários de meses anteriores e observar registro de realização do exame)</p>			
<p>56. A equipe realiza busca ativa das mulheres faltosas ao exame de mamografia</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário das faltosas</p>			
<p>57. Os diabéticos da área são identificados e estratificados por grau de risco, seguindo a linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de diabéticos identificados pela equipe b) o percentual de diabéticos estratificados por grau de risco c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco (sortear 5 diabéticos acompanhados na unidade e verificar no prontuário)</p>			

<p>58. Os diabéticos, da área de responsabilidade da equipe, estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecida na linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco b) na agenda, a comprovação da marcação das consultas c) no prontuário, o registro dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 5 diabéticos para verificação)</p>			
<p>59. A equipe realiza busca ativa dos diabéticos faltosos aos atendimentos</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário dos faltosos</p>			
<p>60. Os hipertensos da área são identificados e estratificados por grau de risco, seguindo a linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de hipertensos identificados pela equipe b) o percentual de hipertensos estratificados por grau de risco c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco (sortear 5 hipertensos acompanhados na unidade e verificar no prontuário)</p>			
<p>61. Os hipertensos, da área de responsabilidade da equipe, estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecida na linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco, nos relatórios b) na agenda a comprovação da marcação das consultas c) no prontuário o registro dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 5 hipertensos para verificação)</p>			
<p>62. A equipe realiza busca ativa dos hipertensos faltosos aos atendimentos</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário dos faltosos</p>			
<p>63. As pessoas com transtorno mental da área são identificadas e estratificadas por grau de risco, seguindo a linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de usuários identificados pela equipe b) o percentual de usuários estratificados por grau de risco b) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco (sortear 5 pacientes acompanhados na UBS e</p>			

<p>64. As pessoas com transtorno mental, da área de responsabilidade da equipe, estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecido na linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco, nos relatórios b) na agenda a comprovação da marcação das consultas c) no prontuário o registro dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 5 usuários para verificação)</p>			
<p>65. A equipe realiza busca ativa das pessoas com transtorno mental faltosas aos atendimentos</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário dos faltosos</p>			
<p>66. As pessoas com dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas da área são identificadas e estratificadas por grau de risco, seguindo a linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de usuários identificados pela equipe b) o percentual de usuários estratificados por grau de risco c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco (sortear 5 usuários acompanhados na unidade e verificar no prontuário)</p>			
<p>67. As pessoas com dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas, da área de responsabilidade da equipe, estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecida na linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco, nos relatórios b) na agenda a comprovação da marcação das consultas c) no prontuário o registro dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 5 usuários para verificação)</p>			
<p>68. A equipe realiza busca ativa das pessoas com dependência de álcool e/ou drogas psicoativas faltosas aos atendimentos</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário dos faltosos</p>			

<p>69. Os idosos da área são identificados e estratificados por grau de risco, seguindo a linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de idosos identificados b) o percentual de idosos estratificados por grau de risco c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco (sortear 5 idosos acompanhados na unidade e verificar no prontuário)</p>			
<p>70. Os idosos da área de responsabilidade da equipe estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecido na linha guia</p>	<p>Verificar: a) o número de consultas programadas, conforme o grau de risco, nos relatórios b) na agenda a comprovação da marcação das consultas c) no prontuário o registro dos acompanhamentos (sortear o prontuário de 5 idosos para verificação)</p>			
<p>71. A equipe realiza busca ativa dos idosos faltosos aos atendimentos</p>	<p>Verificar se há registro da busca ativa no prontuário dos faltosos</p>			
<p>72. A equipe possui protocolo para identificar fatores de risco no domicílio relacionados à queda de idoso</p>	<p>Verificar existência de protocolo</p>			
<p>73. A equipe possui protocolo para identificar fatores de risco ambientais relacionado à queda na unidade</p>	<p>Verificar existência de protocolo (Ex.: Prevenção de queda de maca)</p>			
<p>74. A equipe possui protocolo para prevenir a úlcera por pressão</p>	<p>Verificar existência de protocolo</p>			
<p>75. Os usuários com tuberculose, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe</p>	<p>Verificar o número de casos, e, nos respectivos prontuários, se há registro do acompanhamento</p>			
<p>76. Os usuários com hanseníase, residentes no território, são diagnosticados e tratados pela equipe</p>	<p>Verificar o número de casos, e, nos respectivos prontuários, se há registro do acompanhamento</p>			

77. Os usuários residentes no território de responsabilidade da equipe estão estratificados segundo o grau de risco para a saúde bucal, conforme linha guia	Verificar: a) o número de usuários identificados b) o percentual de usuários com risco estratificado c) se há registro no prontuário que comprove a estratificação de risco (sortear 5 usuários acompanhados e verificar no prontuário)			
78. A equipe garante agenda para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento em saúde bucal	Verificar: a) o percentual de usuários que concluem o tratamento b) o agendamento dos atendimentos			
79. Os casos de dengue, zica e chikungunhya de usuários residentes no território são atendidos e acompanhados pela equipe, conforme protocolo clínico	Verificar: a) se há casos de dengue, zica e chikungunhya b) se há notificação dos casos			
80. A equipe possui protocolo para identificar agravos relacionados ao trabalho	Verificar existência dos protocolos dos agravos relacionados ao trabalho mais frequentes da área			

A4. ATRIBUTO - INTEGRALIDADE				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Avalia dor 1	Avalia dor 2	Observação
81. A equipe de saúde realiza a fase pré-analítica dos exames de apoio diagnóstico	Verificar se a equipe dispõe de formulários que orientem o preparo do usuário para a coleta (exame de sangue, urina, endoscopia, ultrassom)			
82. A equipe viabiliza aos usuários os resultados dos exames laboratoriais no tempo oportuno com o laboratório	Verificar se os profissionais recebem o retorno do resultado dos exames laboratoriais no tempo adequado para dar continuidade ao tratamento do usuário			
83. A equipe viabiliza às gestantes estratificadas como risco intermediário e alto risco, consultas no pré-natal de risco, conforme a linha guia	Verificar se a equipe agenda as consultas no pré-natal de risco, conforme a linha guia (sortear 3 gestantes de alto risco e 3 de risco intermediário para verificação)			

<p>84. As gestantes estão vinculadas às maternidades de referência, de acordo com sua estratificação de risco</p>	<p>Verificar se há registro da vinculação da gestante, de acordo com a estratificação de risco no prontuário (sortear 5 prontuários de gestantes e verificar registro)</p>			
<p>85. A equipe realiza o seguimento das mulheres com citologia de colo uterino com resultado alterado</p>	<p>Verificar: a) existência de registro de agendamento das mulheres com citologia de colo uterino com resultado alterado para o centro de referência b) no prontuário o registro do acompanhamento</p>			
<p>86. A equipe viabiliza transporte sanitário de urgência (SAMU) para o usuário que necessita ser transferido para um serviço adequado para a resolução do problema</p>	<p>Verificar registro de transferência para o transporte sanitário de urgência</p>			
<p>87. A equipe viabiliza transporte sanitário eletivo para o usuário que necessita deste atendimento (Ex.: fisioterapia, tratamento ambulatorial oncológico, terapia renal substitutiva etc.)</p>	<p>Verificar registro de transferência para o transporte sanitário eletivo</p>			
<p>88. A lista da Relação Municipal de Medicamentos (REEMUME) está disponível para o médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista</p>	<p>Verificar se a lista está disponível e é de fácil acesso para o médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista.</p>			
<p>89. A equipe realiza o controle e descarte de medicamentos vencidos com a assistência farmacêutica, de acordo com as normas da vigilância sanitária</p>	<p>Verificar o registro de controle de medicamentos vencidos e as condições de descarte</p>			
<p>90. Todos os medicamentos utilizados na unidade são padronizados pela SMS e possui sistema de gerenciamento</p>	<p>Verificar se não existe medicamento fora da padronização da SMS (Ex.: amostras grátis)</p>			

<p>91. Os medicamentos e imunobiológicos são passíveis de rastreabilidade na unidade, do almoxarifado à dispensação ao usuário</p>	<p>Verificar documento que comprove a rastreabilidade dos medicamentos e imunobiológicos na unidade e os dispensados aos usuários (Ex.: planilha com controle dos lotes dos medicamentos armazenados e dispensados na unidade)</p>			
--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">A5. ATRIBUTO - COORDENAÇÃO</p>				
<p>Item Avaliação</p>	<p>Forma de Verificação</p>	<p>Avalia dor 1</p>	<p>Avalia dor 2</p>	<p>Observação</p>
<p>92. Os prontuários familiares estão organizados adequadamente</p>	<p>Verificar se a equipe organiza as informações dos atendimentos multiprofissionais dos usuários em prontuários familiares</p>			
<p>93. As crianças menores de um ano possuem caderneta de saúde da criança com registros atualizados</p>	<p>Verificar se as cadernetas são disponibilizadas e preenchidas corretamente (vacina em dia, curva de crescimento, acompanhamento de desenvolvimento, saúde bucal)</p>			
<p>94. As gestantes possuem cadernetas da gestante devidamente preenchidas</p>	<p>Verificar se as cadernetas são disponibilizadas e preenchidas corretamente (consultas, exames, vacinas)</p>			
<p>95. Os adolescentes possuem Caderneta da Saúde do Adolescente devidamente preenchida</p>	<p>Verificar se as cadernetas são disponibilizadas e preenchidas corretamente (vacina em dia, curva de crescimento, acompanhamento de desenvolvimento, saúde bucal)</p>			
<p>96. Os idosos possuem Caderneta da Pessoa Idosa com registros atualizados</p>	<p>Verificar se as cadernetas são disponibilizadas e preenchidas corretamente com dados atualizados</p>			
<p>97. O preenchimento e digitação do e-SUS é de responsabilidade da equipe da unidade</p>	<p>Verificar se o e-SUS está disponível na unidade e é digitado pela equipe</p>			
<p>98. Os dados do e-SUS estão atualizados</p>	<p>Verificar os dados do e-SUS estão atualizados</p>			
<p>99. Os relatórios do e-SUS e/ou os indicadores pactuados pela SMS são discutidos pela equipe</p>	<p>Verificar documentação que comprove</p>			

100. São realizadas notificações compulsórias de agravos e doenças, inclusive aqueles relacionados à Saúde do Trabalhador para Vigilância em Saúde	Verificar registro de notificações com dados padronizados pela Vigilância em Saúde (semana epidemiológica, data de notificação, nº do SINAN, tipo de agravo, nome e nº do prontuário)			
101. A equipe alimenta os sistemas de informação sob sua responsabilidade	Verificar os registros do SIS-PRENATAL, SI-PNI, SISCOLO, SISMAMA, SISVAN/ Bolsa Família, entre outros (SISREG e UNISUS WEB)			
102. A equipe realiza o monitoramento das internações por condições sensíveis à APS ocorridas em seu território	Verificar registro de monitoramento do ano anterior			

A6. ATRIBUTO - CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Avalia dor 1	Avalia dor 2	Observação
103. As famílias da área de abrangência estão classificadas segundo o grau de risco	Verificar no prontuário familiar se as famílias estão identificadas de acordo com a classificação por risco			
104. A equipe desenvolve junto às famílias ações abordando a saúde da criança	Verificar documentação que comprove			
105. A equipe desenvolve junto às famílias ações abordando os cuidados no pré-natal, parto e puerpério	Verificar documentação que comprove			
106. A equipe desenvolve junto às famílias ações relacionadas à alimentação saudável, atividade física, prevenção do tabagismo, alcoolismo, entre outros	Verificar documentação que comprove			
107. A equipe desenvolve ações junto às famílias relacionadas aos cuidados com a hipertensão e/ou diabetes	Verificar documentação que comprove			
108. A equipe realiza visitas domiciliares às famílias	Verificar documentação que comprove			

A7. ATRIBUTO - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA				
Item Avaliação	Forma de Verificação	Avalia dor 1	Avalia dor 2	Observação
109. A unidade de saúde tem Conselho Local ou representante no Conselho Municipal de Saúde	Verificar documentação que comprove			
110. A equipe identifica as principais lideranças da comunidade	Verificar registro contendo a relação nominal e endereço das lideranças comunitárias			
111. A equipe participa de eventos de relevância para a comunidade	Verificar registro de participação nos eventos			
112. A comunidade tem algum mecanismo de manifestar formalmente a sua opinião em relação à unidade de saúde	Verificar se há mecanismos para a manifestação da comunidade (Ex.: ouvidoria, pesquisa, caixa de sugestões etc.)			
113. A equipe identifica as principais associações, sindicatos ou outras instituições sociais ligadas à comunidade	Verificar registro contendo a relação nominal e endereço das instituições			

ATIVIDADE 10**PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO: A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (45min)****DESCRIÇÃO:**

- 1 - Cada grupo tem um tempo determinado para apresentação do relatório de aplicação do instrumento.
- 2 - O coordenador da plenária esclarece as dúvidas acerca dos itens e formas de verificação presentes no instrumento.

5 - ORIENTAÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO (30min)**5.1 Dispersão**

O período de dispersão é o intervalo entre as oficinas, destinado tanto ao compartilhamento dos conteúdos com todos os membros de cada equipe e conselhos locais de saúde, bem como à realização dos produtos propostos. O intervalo entre as oficinas será em torno de 30 a 40 dias.

5.2 Tutoria

Nesse período, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) contarão com o apoio de tutores. O papel do tutor é acompanhar as equipes no período de dispersão, dar o suporte à efetivação dos produtos e proceder à avaliação dos mesmos.

Ao final do período de dispersão, os tutores deverão encaminhar o conjunto dos produtos realizados por todas as equipes ao Facilitador Estadual de referência para o município. Cabe a este ator no processo avaliar os produtos e prestar conta aos gestores municipais e estadual.

5.3 Produtos

Com relação à Oficina 1, os produtos a serem desenvolvidos na dispersão são:

- a) Realização da avaliação da qualidade em cada Unidade Básica de Saúde para o Selo da Qualidade, por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Qualidade – Selo Bronze;
- b) Elaboração do plano para a Gestão da Qualidade em cada Unidade Básica de Saúde, com o aval do gestor municipal.

Para elaboração do plano, propõe-se a matriz a seguir:

PLANO PARA A GESTÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
Coordenadoria Regional de Saúde:				
Município:				
Nome da Unidade Básica de Saúde:				
Nome do gerente/responsável:				
Nome do tutor:				
Data:				
Eixo de Análise	Item de Verificação	Ação	Responsável	Prazo (inicial e final)

O plano deve ser assinado pelo gerente/responsável da Unidade Básica de Saúde, bem como pelo gestor municipal de saúde, representando o compromisso mútuo e salvaguardando as competências e governabilidade de cada uma das partes na correção das não conformidades identificadas.

5.4 Prazos

As equipes devem entregar aos tutores o Plano para a Gestão da Qualidade na APS antes da realização da próxima oficina. Os tutores, por sua vez, devem realizar uma análise dos produtos e encaminhá-los ao Facilitador Regional no prazo indicado.

6 - AVALIAÇÃO DA OFICINA (15min)

Para a avaliação da Oficina, serão pactuadas metas para os seguintes indicadores:
 Percentual de comparecimento dos profissionais e gerentes da APS às oficinas, por equipe, por município e o total;
 Percentual de produtos concluídos por oficina, por equipe, por município e o total;
 - Percentual de aproveitamento dos profissionais e gerentes da APS nas oficinas, por equipe, por município e o total. Já em relação à avaliação do participante, será distribuído um instrumento próprio para que cada pessoa possa compartilhar sua percepção sobre a Oficina 1.