

INOVANDO O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Resultados do Laboratório de
Inovação em quatro capitais
brasileiras

NAVEGADORSUS

Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

INOVANDO O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras

Coordenador: Erno Harzheim

NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS
sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 3.

Brasília-DF

2011

© 2011 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Os títulos que integram a série NAVEGADORUSUS estão disponíveis para *download* em <http://new.paho.org/bra/apsredes>.

Tiragem: 2.ª edição – 2011 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde/Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
<http://www.paho.org/bra>

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
Diretoria de Articulação de Redes
Esplanada dos Ministérios, Bloco G.
CEP: 70058-900 Brasília/DF – Brasil
<http://www.saude.gov.br>

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE – CONASS
Setor de Autarquias Sul, Ed. Terra Brasília, Quadra 1, Bloco N, 14 andar, Sala 1404
CEP: 70070-010 Brasília/DF – Brasil
<http://www.conass.org.br>

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS
Esplanada dos Ministérios, Ministério da Saúde Anexo B, sala 144
CEP: 70058-900 Brasília/DF – Brasil
<http://www.conasems.org.br>

Apoio
Consultores OPAS/OMS Brasil
Coordenador: Renato Tasca
Administração e Gerência: Alessandro Neves Moraes
Revisão Técnica: Newton Lemos e Elisandrea Sguario Kemper
Logística: Adriana Trevizan Silva

Capa e Projeto Gráfico:
All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Organização Pan-Americana da Saúde
Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
137 p. : il. (NAVEGADORUSUS, 3).
ISBN: 978-85-7967-066-4

1. Redes 2. Atenção à Saúde 3. Atenção Primária 4. Inovação em Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Ministério da Saúde. III. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde V. Título.

NLM: W 84

GRUPO DE TRABALHO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Erno Harzheim: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Claunara Schilling Mendonça: Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Paulo Fontanive: Doutorando em Epidemiologia da UFRGS.

Newton Lemos: Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS no Brasil.

Renato Tasca: Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS no Brasil.

Hernán Montenegro: Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS em Washington, D.C., EUA.

NOTA:

O Laboratório de Inovação sobre o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde foi financiado pelo Termo de Cooperação nº 49, firmado entre o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.

A publicação deste livro foi financiada pelo Termo de Cooperação nº 43, firmado entre a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.

AGRADECIMENTOS:

Ao conjunto de profissionais de saúde, gestores e colaboradores das Secretarias Municipais de Saúde de Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, pelo trabalho cotidiano, objeto desse trabalho, e pelo apoio para a execução do mesmo.

Ao Departamento de Medicina Social e ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por estimularem a produção de conhecimento em Atenção Primária à Saúde.

Ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) do Ministério da Saúde, pelo apoio intelectual e material à difusão e *advocacy* da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

À Unidade Técnica de Serviços de Saúde da OPAS/OMS Representação Brasil, pelo protagonismo no desenvolvimento dos Laboratórios de Inovação em Saúde e da Série Técnica “Navegador SUS”, dos quais essa publicação é um produto.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
INOVAÇÃO NA GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	9
<i>Renato Tasca</i>	
PARTE I	
BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS DA APS COORDENADORA DE REDES DE ATENÇÃO NAS AMÉRICAS	21
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM SISTEMA DE SAÚDE ORIENTADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA	23
<i>Claunara Schilling Mendonça</i>	
PANORAMA REGIONAL DOS DESAFIOS PARA UMA APS RENOVADA E COORDENADORA DE REDES DE ATENÇÃO NAS AMÉRICAS	37
<i>Hernán Montenegro</i>	
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	45
<i>Erno Harzheim</i>	
PARTE II	
RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE APS E REDES DE ATENÇÃO	55
ENFOQUE DOS ESTUDOS DE CASO DO LABORATÓRIO	57
SUGESTÕES PARA GESTORES MUNICIPAIS AGIREM ATIVAMENTE NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	117
<i>Newton Lemos</i>	
ANEXOS	
Anexo 1	131
Anexo 2	137



APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde no Brasil possui uma história e sua implementação seguiu ciclos onde a incorporação de saberes e o contexto político-institucional definiram prioridades e deram ênfases distintas a seus princípios constituintes.

Reportando-nos mais atualmente ao modelo brasileiro de APS definido como substitutivo pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB – 2006/publicação tripartite), observamos uma fase inicial de expansão numérica lenta e interiorizada no país, seguida por uma mudança de perfil e velocidade com o impulso dado pela criação do componente de Saúde da Família no Piso de Atenção Básica (PAB) variável. Finalmente, chega o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), enfocando e estimulando a expansão da estratégia em grandes centros urbanos.

O estímulo à implementação de ações e serviços de APS pode também ser observado pelo aumento nos valores dos repasses federais, tanto para o PAB fixo (*per capita*) quanto para o PAB variável. Vários estados da Federação também criaram mecanismos de repasses com recursos próprios para o incentivo da Estratégia de Saúde da Família.

Toda essa expansão, que, por um lado, inegavelmente ampliou o acesso das pessoas à APS, por outro carece de um incremento na qualidade dos serviços oferecidos à população. O acesso com qualidade é uma prioridade de governo para a atenção primária, e entendemos que essa busca da qualidade possui duas dimensões: uma interna, que diz respeito à ampliação do conhecimento e da qualidade do processo de trabalho das equipes multidisciplinares – e outra externa, que fala da inserção da APS nas redes de atenção para promover a integralidade vertical do cuidado e garantir o melhor resultado para a saúde da população.

Essa publicação mostra experiências práticas de grandes centros urbanos brasileiros na abordagem integrada da APS em um contexto de redes de atenção

à saúde. A análise cuidadosa desses casos pode levar-nos a identificar aspectos passíveis de replicação em outros contextos e comprovar a eficiência das práticas desenvolvidas nos municípios. Dessa forma convidamos todos a lerem esse livro e a compartilharem com as práticas tidas como bem sucedidas apresentadas aqui.

Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Presidente do Conasems

Beatriz Figueiredo Dobashi
Presidente do Conass

Helvécio Miranda Magalhães Jr.
Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

Diego Victoria
Representante da OPAS/OMS no Brasil



INTRODUÇÃO

INOVAÇÃO NA GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Renato Tasca

POR QUE INOVAR A GESTÃO

Nas últimas décadas, as dinâmicas sociais imprimiram grandes mudanças na sociedade brasileira, gerando uma complexidade social, econômica, demográfica e ambiental sem precedentes, que lançou importantes desafios para os gestores do SUS. A generosidade do marco constitucional brasileiro, que prevê cobertura universal e gratuita, junto com fatores como o rápido envelhecimento da população, o progressivo aumento das condições crônicas em detrimento das doenças infectocontagiosas e a incorporação de tecnologias e ferramentas diagnósticas e terapêuticas novas e poderosas, causaram impactos muito significativos para o Sistema Único de Saúde. O mais evidente e conhecido é o extraordinário aumento dos custos em saúde e o decorrente subfinanciamento do setor¹. As consequências são percebidas claramente pelos usuários do SUS: lista de esperas demoradas para alguns exames ou procedimentos, qualidade geralmente insatisfatória dos serviços de assistência, falhas de acolhimento e de encaminhamento, infraestruturas em mau estado, verbas canceladas, entre outros.

Alguns pensam que é possível reagir a essa situação “fazendo mais do mesmo”, isso é, aumentando a oferta para responder ao aumento da demanda dos usuários que, sempre mais numerosos, pressionam por ser atendidos nas portas dos serviços. Mas essa atitude não faz outra coisa senão criar um círculo vicioso (a oferta influencia e estimula a demanda) que incrementa os custos de forma progressiva. Muitos gestores já entraram no túnel do subfinanciamento crônico e vivenciam as frustrações do “quero fazer, mas não posso”, por falta de dinheiro, limitações normativas, etc. etc.

Há muitas evidências que injetar mais recursos em sistemas de saúde fragmentados e baseados na oferta não agrega anos de vida e não melhora os indicadores de saúde. Exemplo disso é o caso da gestão da diabetes nos Estados Unidos. Esse país, que gasta muitíssimo mais do que o Brasil para a saúde dos seus cidadãos, tem dados absolutamente decepcionantes, que indicam que um terço dos portadores de diabetes não estão diagnosticados e a frequência das complicações é absurdamente alta². Um quadro muito ruim, com muito dinheiro sendo gasto sem resultados sanitários efetivos³.

Situações de crise do sistema de saúde, assim como a dos Estados Unidos, estão sendo vivenciadas por muitos outros países que, diferente dos USA, escolheram construir sistemas públicos de saúde com cobertura universal. Muitos países europeus estão prevendo um aumento apavorante dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes, tanto é que não falta quem esteja prevendo uma queda da expectativa de vida depois de uma tendência constante de aumento, interrompida apenas pelos conflitos mundiais⁴.

INOVAR É NECESSÁRIO

A receita do “mais do mesmo” não funciona. Muitas vezes, são necessárias mudanças profundas nos instrumentos de gestão.

Muitos gestores entenderam isso experimentando na própria pele e partiram para soluções alternativas. Entenderam que o problema da incoerência entre ofertas de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa.

Isso é o significado profundo da inovação na gestão em saúde: introduzir mudanças que resultem num melhoramento concreto e mensurável. Esse melhoramento pode envolver diferentes áreas da gestão, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários.

Nesse sentido, para um gestor a inovação é uma função fundamental e ele precisa de competências para poder administrar o processo de mudança da melhor forma possível visando conter os custos e os tempos, minimizar os riscos e maximizar o impacto. Infelizmente, não há livros ou manuais que expliquem como inovar e o processo de aprendizagem requer necessariamente experiência. Por isso, conhecer outras experiências pode ajudar o gestor nos seus esforços para melhorar a atenção à saúde.

O QUE É INOVAÇÃO?

Entre tantas definições, a de West (1990), citada por Omachonu e Einspruch, afirma que inovação é:

“[...] a intencional introdução e aplicação num grupo ou organização de ideias, processos, produtos ou procedimentos, novos para a unidade que os adota, destinada a produzir benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral.” (West, 1990 *apud* Omachonu, 2010, p.3. Tradução do autor)⁵

Essa definição destaca o “valor social” da inovação: o que interessa não é apenas a “novidade” ou a sofisticação tecnológica, mas os “benefícios” que ela produz para os indivíduos ou para a coletividade. O que se adapta ao caso da saúde pública, onde o que interessa é o valor público decorrente da melhoria das condições de saúde. O Gráfico 1 resume os três principais atributos da inovação:

Gráfico 1: Atributos da inovação



Desde a perspectiva do processo, podemos distinguir a *inovação incremental* e *inovação radical*. A inovação incremental (linear, evolutiva) melhora práticas, instrumentos ou procedimentos que já existem, ampliando suas abrangências e suas efetividades ou a qualidade de seus impactos. A inovação radical (não-linear, de transformação) requer o abandono de uma "velha" prática, e sua substituição por uma prática "nova", com possível criação de novos atores (e novos mercados), trazendo aumento do valor agregado para os usuários ou outros atores estratégicos⁶.

Com respeito ao objeto da mudança, existem três tipos de Inovação, sistematizados no Quadro 1.

Quadro 1: Tipos de inovação⁷

	INOVAÇÃO DE PRODUTO	INOVAÇÃO DE PROCESSO	INOVAÇÃO DE ESTRUTURA
O que produz	Produtos, tecnologias ou serviços novos, ou significativamente melhorados	Novo método de produção ou de entrega de um determinado serviço ou produto	Implantação de nova estrutura ou reforma de uma existente, para melhoria do serviço existente ou para novo serviço
Que mudanças	Melhorias nas especificações técnicas, nos componentes e nos materiais	Mudanças significativas nas técnicas, equipamentos e/ou <i>software</i>	Mudanças na infraestrutura interna e externa, criação de novos modelos de negócio

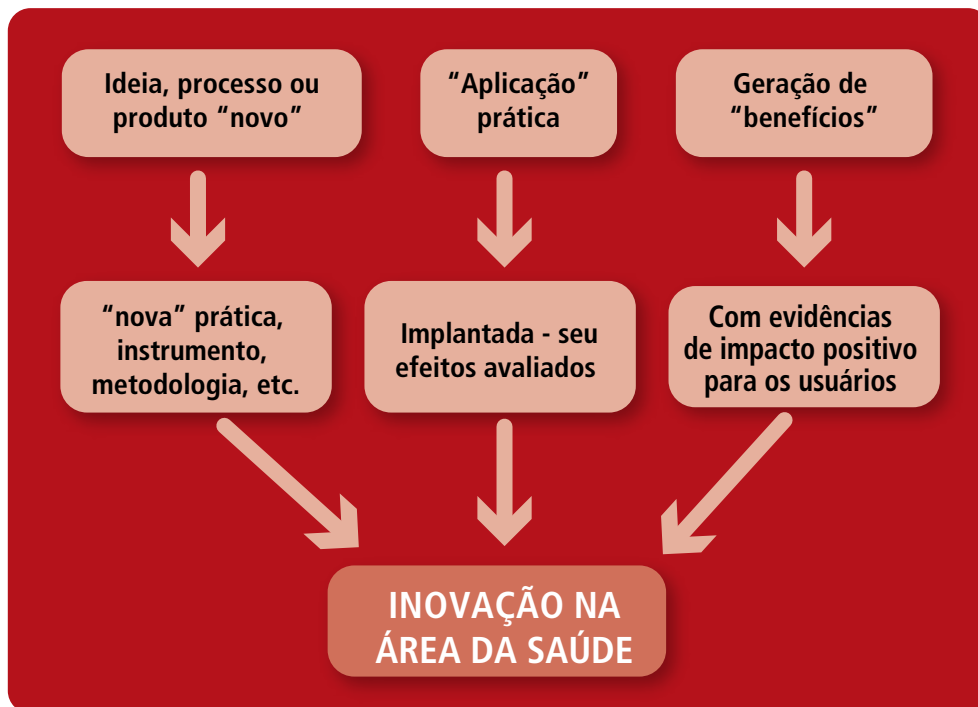
INOVAÇÃO NA GESTÃO DA SAÚDE

Quando se transfere esses atributos da inovação para a área da saúde, especialmente quando se considera a gestão, observa-se que, pelo menos em princípio, para cada gestor público de saúde “inovar” é uma função de rotina: as limitações estruturais e financeiras hoje existentes e a pressão da demanda de serviços pelos usuários obrigam os gestores a serem constantemente criativos e tentar soluções novas.

Para ser chamada de inovadora, uma mudança deve produzir benefícios. E a eficácia desses benefícios tem de ser demonstrada. Então, se for verdade que inovar é uma função “normal” do gestor do SUS, é necessário formular algumas reflexões sobre como realizar e gerenciar um processo de mudança baseado na introdução da inovação da gestão. É importante conduzir esses processos de uma forma planejada, para que o esforço criativo não seja inviabilizado por uma implementação incorreta.

Numa visão sintética pretende-se contextualizar os atributos da inovação para a área da saúde, de acordo com o Gráfico 2.

Gráfico 2: Inovação na saúde



Nesse contexto, a definição de inovação para a área da saúde citada abaixo é abrangente e adequada.

“A introdução de novos conceitos, ideias, serviços, processos ou produtos, visando aprimorar tratamento, diagnóstico, treinamento, cobertura, prevenção e pesquisa, com objetivos de longo prazo, para melhorar qualidade, segurança, impacto e eficiência do sistema de saúde”. (Omachonu, 2010, p.5, tradução do autor)⁵

O PROCESSO DE INOVAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Atores diferentes, cada um com expectativas diferentes, estão envolvidos no processo de inovação na área da saúde. Os profissionais de saúde desejam que a

inovação seja principalmente destinada para a melhoria do cuidado, diagnóstico e tratamento. Já os usuários são portadores de uma visão diferente e esperam que as mudanças sejam relativas aos aspectos da qualidade que são importantes para eles, como o acolhimento, o estado das estruturas, a personalização da atenção, a redução dos tempos de espera e assim por diante. Já o interesse dos prestadores e dos fornecedores é obter, mediante a inovação, melhores resultados técnicos e econômicos. Finalmente, os gestores querem inovar para alcançar cobertura e qualidade satisfatória dos serviços, eficiência, segurança dos pacientes e usuários, melhoria dos indicadores de saúde, etc. A interação entre esses diferentes interesses e expectativas, a capacidade de negociar soluções boas ou acatáveis para todos os atores é fundamental para que a inovação seja implantada e consolidada.

Em geral, a introdução da inovação na gestão visa melhorar a eficiência (melhores resultados com os mesmos recursos; mesmos/melhores resultados com menos recursos), e/ou aprimorar a qualidade (não só a segurança, mas também a qualidade percebida pelos usuários, inclusive a humanização) e/ou alcançar algum impacto nas condições de saúde da população sob responsabilidade.

As inovações que mais frequentemente são implantadas na gestão da saúde são inovações radicais, baseadas em uma mudança drástica no desenvolvimento de uma ou mais práticas de saúde (por ex. um novo sistema de transporte em saúde). As mudanças referem-se a um ou mais processos e geralmente o foco é na mudança organizacional⁵.

O processo de inovação da gestão em saúde, na grande maioria das vezes, é deflagrado por causas externas ao gestor, como a pressão de atores relevantes, como grupos específicos da comunidade ou grupos de profissionais de saúde. Já em outras oportunidades, menos frequentes, a mudança é introduzida em resposta a um problema específico identificado pelos gestores. Essa segunda modalidade, de tipo *proativo*, define o perfil de *gestor-inovador*, que sabe detectar precocemente as falhas no funcionamento do sistema e propor soluções viáveis e sustentáveis nos médios e longos prazos. A primeira modalidade, de tipo *reativo*, por ter que responder a problemas conjunturais, apressa o proces-

so decisório, com o risco de criar soluções provisórias e/ou de curto prazo, que não descem até as verdadeiras raízes do problema. Mesmo assim, as inovações reativas não devem ser menosprezadas, pois, muitas vezes, a deflagração de uma crise é a única oportunidade para o gestor introduzir a inovação, pois é a própria conjuntura a criar o contexto receptivo para a mudança.

Numa situação ideal (que o gestor quase nunca vive), o processo de mudança deveria ser planejado com cuidado. Algumas perguntas deveriam ser claramente respondidas, como: O problema foi suficientemente analisado? As soluções alternativas foram suficientemente avaliadas? Qual a viabilidade da solução selecionada (custos, recursos humanos, infraestrutura, tecnologia)? Foram avaliadas as possíveis reações dos atores envolvidos com a mudança? Foi estimado o impacto da solução e o seu custo/efetividade? Foi realizada alguma fase piloto de experimentação? Como vai ser monitorado e avaliado o impacto da mudança? Os novos processos e procedimentos foram sistematizados? Esse listado de perguntas pode ser um guia, mesmo que muito geral, de como preparar e implantar um processo de mudança na gestão.

A PROPOSTA DOS LABORATÓRIOS DE INOVAÇÃO

Os argumentos teóricos descritos anteriormente indicam que a inovação é uma função essencial do gestor do SUS. Essa função é exercida diariamente pelos gestores municipais, estaduais e federais do Brasil todo e o número de práticas, instrumentos e metodologias inovadoras crescem a cada dia. Porém, muitos desses valiosos conhecimentos são silenciosos, tácitos. Muitas dessas inovações são efetivamente aplicadas, mas muito poucas são sistematizadas ou, de alguma forma, capitalizados para ser utilizados por outros gestores. Isso é totalmente compreensível, pois para o gestor a pressão e a responsabilidade do “fazer” são prevalentes e deixam pouco espaço para ações de sistematização dos conhecimentos acumulados e da divulgação desses. Dessa forma, o impacto criado pela inovação fica “preso” ao contexto territorial no qual se desenvolve; valiosos instrumentos e informações relevantes para os gestores se “perdem” por não serem compartilhados.

Nesse sentido, a proposta dos Laboratórios de Inovação (LI) pretende ser uma estratégia para promover e valorizar o desenvolvimento da gestão dos sistemas de saúde. Os laboratórios são espaços de análise de alguns problemas relevantes para a gestão do SUS, que visam propor aos gestores elementos relevantes para a solução desses problemas. Todas as afirmações e as propostas dos laboratórios são baseadas em evidência de gestão fornecida pelo estudo de casos relevantes realizados por gestores do SUS.

Na prática, os laboratórios não fazem outra coisa que valorizar algumas experiências significativas de gestão, resgatando e analisando os processos, práticas, ferramentas, instrumentos que foram desenvolvidos. Os laboratórios transformam o conhecimento tácito em conhecimento explícito, permitindo assim o acesso a essas valiosas informações por parte da comunidade dos atores interessados. Uma comunidade de inovadores ou de potenciais inovadores, que precisam de ferramentas para poder intervir de forma eficaz sobre os problemas de gestão.

O que faz o Laboratório de Inovação

- Identifica os atuais desafios do SUS nas áreas críticas para a gestão de sistemas de saúde.
- Detecta e valoriza experiências inovadoras, recentes e concretas, realizadas no Brasil e no exterior, relativas à gestão de sistemas públicos de saúde (nacional, estaduais, regionais, municipais).
- Sistematiza os conhecimentos relativos às soluções, instrumentos e práticas inovadoras utilizadas nessas experiências.
- Produz e dissemina esses conhecimentos.
- Promove ações de apoio aos gestores do SUS para incorporação de soluções e práticas inovadoras nas próprias instituições.

Quanto à metodologia de trabalho, o desenvolvimento de um Laboratório de Inovação se realiza em três etapas. Uma vez escolhido o tema objeto do laboratório (por exemplo, os sistemas logísticos em redes de atenção, o que é o caso desse texto), uma primeira etapa é dedicada à análise dos desafios de gestão que esse tema apresenta. Essa fase é de estudo e é caracterizada pela revisão da literatura recente sobre o tema, de experiências internacionais e de referências de outros países. Os resultados desse trabalho de análise são apresentados e discutidos em momentos de debate com atores estratégicos, com a finalidade de ajustar o diagnóstico e detectar as experiências mais significativas para o problema em pauta.

A segunda etapa é focada na detecção e valorização de boas práticas e é executada mediante a realização de estudos de caso das práticas mais significativas e inovadoras. A etapa final é dedicada à sistematização dos conhecimentos resgatados pelos estudos de caso - transformação de conhecimento “tácito” em “explícito”, e consistem na elaboração de texto(s) que ofereçam aos gestores do SUS conhecimentos baseados em evidências, úteis para a inovação da gestão.

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO INOVANDO O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O resultado desse laboratório é destinado a gestores municipais de saúde com a finalidade de trazer exemplos de estratégias para fortalecer a atenção primária à saúde como eixo coordenador das redes integradas de atenção à saúde. É resultado do estudo de caso de quatro municípios brasileiros, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, realizado entre o segundo semestre de 2009 e o primeiro semestre de 2010.

As seguintes seções compõem esse documento:

1. Introdução
2. Parte I – Bases teóricas e conceituais da APS coordenadora de redes de atenção nas Américas
3. Parte II – Resultados do laboratório de inovação sobre APS e redes de atenção

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [homepage na internet]. World Health Statistics 2010. [acesso em 2010 maio 11]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>
2. National Diabetes Information Clearinghouse [homepage na internet]. National Diabetes Statistics, 2007 [acesso em 2010 jul. 20]. Disponível em: www.diabetes.niddk.nih.gov
3. Mendes EV. Redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
4. Bengoa R. Empantanados. RISAI [periódicos na Internet]. 2008 otoño [acesso em 2010 maio 20]; 1(1), Article 8. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/8>
5. Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in Healthcare delivery systems: a conceptual framework. Innov J. [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2010 mar. 24]; 15(1), article 2. Disponível em: http://www.innovation.cc/scholarlystyle/omachonu_healthcare_3innovate2.pdf
6. Harvard Business Essentials. Managing Creativity and Innovation. Boston, MA: Harvard Business School Press; 2003.
7. Varkey P, Horne A, Bennet KE. Innovation in Health Care: A Primer. Am J Med Qual 2008 sep/oct ;23(5):382-388.

The background features a central sphere with a grid of squares, surrounded by concentric circles and binary code (0s and 1s) scattered across the dark red field. The overall aesthetic is technical and digital.

PARTE I

BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS DA APS COORDENADORA DE REDES DE ATENÇÃO NAS AMÉRICAS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM SISTEMA DE SAÚDE ORIENTADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Claunara Schilling Mendonça

O fortalecimento da Atenção Primária no Brasil tem sido um processo gradativo, com o aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família, forma brasileira de organizar a atenção primária à saúde, em todos os estados da Federação. Um esforço tripartite que superou as divergências político-partidárias para avançar na implantação dos preceitos constitucionais.

A APS brasileira veio a ser implementada como Política Nacional em 2006, e está definida em um formato abrangente, compreendendo a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social ¹.

SAÚDE DA FAMÍLIA: POLÍTICA CENTRAL DO SUS

A Saúde da Família hoje ultrapassou os limites de um programa e é uma política do estado brasileiro, presente na agenda dos gestores do SUS e uma prioridade da atual gestão federal.

São 31.500 equipes de saúde da família, 243.022 agentes comunitários e 20.103 equipes de saúde bucal atuando em todo o território nacional. Além disso, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja implantação se deu em 2008, representaram um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população. São 1.250 NASF presentes em 806 municípios brasileiros. (Fonte: SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, setembro 2010).

CARACTERÍSTICAS DO MODELO DE APS BRASILEIRO

O Brasil tem três importantes características que nos diferenciam dos modelos de outros países orientados pela APS:

1. A decisão das equipes multidisciplinares serem responsáveis por territórios geográficos e população adscrita – as equipes devem reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social.
2. A presença singular dos agentes comunitários de saúde.
3. A inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde.

O caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde orientados a partir da Estratégia Saúde da Família tem provocado um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS. A estratégia busca cumprir os princípios da APS, de forma a ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade, ao longo do tempo e coordenando os usuários na rede de serviços². Dessa forma, pressupõe maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais.

RESULTADOS ALCANÇADOS

Os resultados positivos apontados em diferentes estudos abordando a Saúde da Família abrangem diferentes fatores como, por exemplo, a avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde³, a oferta de ações de saúde e o acesso e uso de serviços^{4 5}, a redução da mortalidade infantil⁶, a redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária⁷ e a melhoria de indicadores socioeconômicos da população⁸.

A redução da mortalidade infantil, um indicador clássico, mas permeado por vários determinantes sociais da saúde, o aumento na cobertura de Saúde da Família, isoladamente, foi capaz de reduzir em 4,6% a mortalidade infantil⁶, tendo servido, inclusive, da meta proposta no Pacto da Redução da Mortalidade

Materna e Infantil do governo Lula junto aos Governos dos Estados das regiões Norte e Nordeste.

Dados da PNAD 2008 reafirmam a inclusão no SUS da população mais vulnerável: 62% das famílias sem rendimento ou até 1 (um) Salário Mínimo (SM) estão cadastradas junto às equipes de SF; 63,8% dos domicílios com o(a) chefe da família de até 1 ano de estudo, estão sendo atendidas pelas equipes de SF.

Já sobre alguns indicadores socioeconômicos, estudo recente aponta que nas regiões mais pobres do país a implementação da ESF está associada com o crescimento do emprego de adultos, redução da fertilidade (redução do espaço entre os filhos) e aumento da presença de adolescentes na escola⁸.

DESAFIOS DA PRÓXIMA DÉCADA

O Ministério da Saúde, seguindo as orientações do Relatório da Organização Mundial da Saúde de 2008⁹, reforça a APS como uma idéia-força trinta anos pós-Alma-Ata e tem colocado como um desafio para a próxima década, fazer com que a Saúde da Família, experiência brasileira de APS, exerça a função de centro de comunicação nas redes de atenção à saúde.

Para a concretude dessa idéia-força – da APS como “coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção” – precisamos produzir evidências, além das que já existem, para superar as dificuldades hoje influentes pelas ESF, para que ela se torne, de fato coordenadora da atenção na rede de serviços.

A proposta da Organização Pan-Americana da Saúde, com o Laboratório de Inovação em Atenção Primária à Saúde, é descrever o papel da APS nas Redes integradas de Atenção à Saúde, por meio da sistematização de boas experiências municipais, como as que serão apresentadas neste documento.

O Ministério da Saúde tem colocado na pauta de discussão política para a próxima década os quatro desafios para que nossa Atenção Primária seja coordenadora das Redes de Atenção:

1. O desafio do Financiamento

“Crescimento dos recursos de saúde rumo à cobertura universal”

*“Atenção Primária à Saúde não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o recurso investido do que todas as outras alternativas”
(Relatório OMS, 2008)*

O Piso de Atenção Básica aumentou 80%, era R\$10,00 em 2002 e aumentou para R\$18,00 em 2009 (R\$ 3,4 bilhões, Resolução nº 8, de 27/08/2008, do IBGE, estimativa populacional de referência de 01/07/08). Se utilizássemos uma atualização monetária, como o INPC do IBGE, o valor do PAB corrigido em relação a 2002 seria cerca de R\$29,00, um impacto de mais R\$1,8 bilhão em 2010. O orçamento previsto para 2011, que faz o PAB fixo chegar a R\$19,00, impacta o orçamento federal em R\$ 3,57 bilhões.

Os incentivos variáveis da Atenção Básica, que refletem os valores federais para a Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, passaram de R\$682 milhões em 2000 para R\$5,6 bilhões em 2009. Os valores orçamentários previstos para custear 247.000 Agentes Comunitários de Saúde, 32.500 Equipes de Saúde da Família, 21.500 Equipes de Saúde Bucal e 1.500 NASFs acumulativamente até dezembro de 2011, somam R\$6,57 bilhões.

O investimento para o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família, previstos no Programa de Aceleração de Crescimento – PAC 2, soma R\$1,7 bilhão para a construção de 8.694 UBS nos próximos três anos.

O desafio futuro em relação ao financiamento da APS diz respeito à eficiência alocativa do SUS, ou seja, a regulamentação da EC 29, com novos recursos para

o sistema, devendo vincular recursos federais e estaduais na atenção primária, permitindo que a Saúde da Família seja o projeto estruturante do SUS. Nos municípios, recursos adicionais permitirão inovação na forma de contratação e de pagamento aos profissionais das equipes.

2. O desafio da Gestão

“APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção”

“Regulação do Sistema de Atenção à Saúde buscando o acesso universal e a proteção social em saúde” (Relatório OMS, 2008)

Um dos processos mais complexos na construção dos sistemas de saúde é a articulação entre os pontos de atenção. A integração e a coordenação da rede a partir da APS requer mecanismos de gestão para que a Saúde da Família seja capaz de coordenar o cuidado na rede de atenção.

Apesar das evidências que maiores coberturas de Saúde da Família apresentam melhores resultados em indicadores de saúde, as unidades básicas de saúde, ainda somam 40,5% no modelo tradicional de atenção primária, ou seja, há uma duplicação de modelos de atenção primária com unidades tradicionais e unidades de saúde da família que gera, no território, competição pela clientela, dificuldade de vinculação da população, gastos adicionais desnecessários. Há, portanto, uma necessidade de profissionalizar a gestão municipal para organizar sistemas de saúde orientados pela Saúde da Família, bem como introduzir gerentes de unidades básicas de saúde capazes de implementar os mecanismos necessários para que a população adscrita às equipes usufrua dos quatro atributos exclusivos da APS que são: acesso e utilização (primeiro contato), de forma integral, ao longo do tempo e com coordenação na rede de atenção.

A gestão orientada pela atenção primária deve partir de um planejamento com base na população:

1. o registro da população por meio de sistemas informatizados; sobre essa população,
2. a infraestrutura física e de equipamentos adequada, inclusive de recursos humanos;
3. a implantação de diretrizes clínicas que levem em conta classificação de risco e vulnerabilidade, e conseqüentemente a definição da programação de exames diagnósticos e de consultas especializadas, inclusive para a necessidade de atenção compartilhada, acrescentando também a população para cada especialista focal;
4. a regulação de acesso do que não é urgência e emergência nem alto custo (regulados por mecanismos específicos), ou seja, do que é eletivo, e conhecido pelo planejamento e programação a partir da população, fica a cargo da atenção primária;
5. mecanismo de comunicação da atenção primária como centro de comunicação da rede – sistemas eletrônicos de comunicação, prontuário eletrônico, listas de espera inteligentes (que incorporem a classificação de risco/vulnerabilidade). Na própria APS, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e informações são geradas em diferentes lugares (diagnóstico) ou com outros especialistas, para aconselhamento ou intervenções curtas ou para pacientes específicos, por longos períodos;
6. a capacidade dos profissionais de APS “fazerem a coisa certa” – introdução de tecnologias de gestão da clínica, na perspectiva de segurança dos pacientes.

Ainda em relação ao desafio da gestão, cabe destacar 80% dos municípios brasileiros têm uma população menor de 20 mil habitantes. Para esses municípios, faz-se necessário o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e de suas estruturas regionais, bem como a valorização dos Colegiados de Gestão Regionais, responsáveis pela pactuação do fluxo dos usuários na rede de serviços intermunicipais. Nos municípios maiores, onde se concentram a duplicidade dos modelos de atenção básica, deve-se superar o enfoque da atenção primária seletiva, para pobres, expandindo-a para toda a população. Todos devem receber oferta de serviços excelentes de atenção primária, de forma que não fique sujeita a gastos do próprio bolso em seguros privados de saúde, que não geram

confiança, tampouco têm bons indicadores de saúde, e que seja possível, com recursos públicos na atenção primária, reverter os somente 41,6% dos gastos públicos com saúde no Brasil dos 8,45 do Produto Interno Bruto.(<http://apps.who.int/ghodata/>).

3. O desafio da Saúde da Família orientada às necessidades da população

“Atenção à saúde para toda a comunidade”

“Equipes de Saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos”

“Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças”

“Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde” (Relatório OMS, 2008)

As três características do modelo de APS brasileiro: as equipes multidisciplinares responsáveis por territórios geográficos, a presença singular dos agentes comunitários de saúde – competência cultural – e a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde possibilitam melhor abordagem para a situação atual de saúde no Brasil, provocada pela transição demográfica, epidemiológica e pela urbanização, que contribuem a “TRIPLA CARGA de DOENÇAS”.¹⁰

1. Doenças infecciosas e parasitárias e as doenças emergentes: dengue, malária, hanseníase, tuberculose, H1N1.
2. O aumento das condições crônicas (com o envelhecimento das pessoas) e seus fatores de risco (fumo, sedentarismo, má alimentação).
3. Violência e as causas externas de morbi-mortalidade.

Para dar respostas ao aumento das condições crônicas, pelo aumento da sobrevida da população, e conseqüentemente, ao acúmulo das co-morbidades, os processos de trabalho das equipes devem responder às novas necessidades

da população. As ações e serviços de saúde ofertados não obterão “cura” para as condições crônicas, mas sim o cuidado compartilhado, com autonomia dos sujeitos, que receberão mais informações sobre seus problemas de saúde, melhor seguimento de suas condições crônicas e maior qualidade nos cuidados preventivos, inclusive na prevenção de uso desnecessário de tecnologias.

O trabalho em equipe se faz necessário para responder à complexidade dos problemas em atenção primária, exigindo-se conhecimento dos condicionantes e determinantes da saúde, do risco e vulnerabilidade de famílias ou indivíduos a fim de desenvolver projetos de intervenção específicos. Deve-se reformular saberes e práticas oriundos da formação – realizada nos hospitais e ambulatórios de especialidades médicas – incorporando conceitos das ciências sociais e outros campos – em programas de educação permanente, cursos, discussão de casos e de famílias, consensos e aprendizagem entre pares. A esse processo temos chamado no Brasil de Apoio Matricial – e a sua prática tem sido realizada pelas equipes de Saúde da Família com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF.¹¹ Essa experiência de matriciamento, testada e com bons resultados junto aos municípios que fazem parte do Pacto pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil, permitiu a decisão de ampliar os NASF a partir de outros critérios de porte populacional dos municípios e número de equipes de saúde da família, fazendo com que fosse criada a proposta de NASF tipo 3, composto por profissionais das áreas específicas para priorizar a atenção integral aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas, bem como está presente na recente proposta brasileira de um Plano Nacional de Redução da Obesidade.

A escassez na formação de profissionais para a Saúde da Família

Vale destacar que o nó crítico mais citado pelos gestores é a falta de médicos de família e comunidade com perfil e capacidade técnica, e em quantidade suficiente para atender ao processo de qualificação da Saúde da Família em curso. Mesmo com o esforço do aumento de vagas de residência em MFC, com os editais I e II do Pró-Residência (PT Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009), a maior parte delas nem mesmo são preenchidas. Por essa razão, experiências de ensino-serviço devem ser ampliadas no Brasil, especialmente nos municípios

onde estão localizadas as residências médicas, colocando os médicos residentes em MFC vinculados à gestão municipal, ampliando sua remuneração, mas com a garantia de tempo para sua formação em serviço, utilizando todos os recursos disponíveis para educação, como o das tecnologias não presenciais. Avançamos com projetos que utilizam as Unidades Básicas de Saúde e as Equipes de Saúde da Família como espaço de formação dos graduandos nas áreas da saúde, como o Pró-Saúde e o PET Saúde, porém, a excelência clínica ofertada é que dará o reconhecimento social desses profissionais, suas participações em congressos e eventos científicos e o estímulo à produção intelectual, cruciais na decisão da atenção primária como um espaço de realização do trabalho em saúde.

O papel da enfermagem nessa transição, de uma atenção primária orientadora do cuidado, que substitui a cura pelo cuidado, a tecnologia densa, pela cognição e subjetividade e o espaço hospitalar pelo ambulatorial, domiciliar e comunitário, é uma peça-chave na oferta da atenção primária à saúde. Faz-se necessário colocar em prática, na atenção primária, intervenções que contemplem “valores” e “crenças” das pessoas e isso faz parte da formação e das bases teóricas da formação da enfermagem, propiciando que nos processos educativos em saúde, possam facilitar a comunicação, o entendimento, a aprendizagem e dar suporte frente às situações difíceis.¹² Do ponto de vista global, e muito no Brasil, a enfermagem constitui a maior força de trabalho e faz a diferença em relação à oferta de serviços em atenção primária à saúde.

A saúde bucal, ao fazer parte da Saúde da Família, visa superar a “Odontologia de Mercado”¹³, e busca trabalhar para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral em SB aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial.

Em pesquisa recente sobre trabalhadores comunitários em saúde e impactos positivos desses sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a experiência brasileira de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (PACS/ESF) alcançou o melhor resultado, obtendo 34 pontos de um total de 36, entre oito países de três regiões¹⁴. Os anos recentes foram marcados por avanços na regulamentação da profissão dos agentes comunitários de saúde, na sua formação de nível médio

e na desprecarização das suas relações de trabalho. Em 2001, 72,4% dos ACS tinham vínculos precários e em 2008, 31,8%, sendo que, nesse período, houve um crescimento de 34,7% no número de ACS, havendo uma distribuição muito heterogênea dessa situação nas diferentes Unidades Federadas, onde não mais que cinco estados puxam essa média para cima.

O desafio da próxima década é de reforçar o papel desse trabalhador em “estretar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos sociais vulneráveis”, uma das recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.¹⁵

Equidade e Saúde da Família

Por fim, na perspectiva de uma resposta adequada às necessidades de saúde das pessoas, a atenção primária brasileira, embora com regras comuns a todas as equipes (profissionais que a compõe, carga horária, ações estratégicas etc), busca atender às demandas específicas da diversidade brasileira com normatizações que levam em conta as especificidades regionais:

- Financiamento diferenciado (50% a mais) do PAB variável (ESF e SB) aos municípios da Amazônia Legal, com IDH < 0,7, com assentamentos e população quilombola. Essa discriminação positiva inverteu a histórica alocação dos recursos federais, concentrados nas regiões Sudeste e Sul, e fez com que os estados da Paraíba, do Piauí e de Tocantins tenham os maiores valores *per capita* da Atenção Primária do país.
- Incorporação de microscopista na equipe de Saúde da Família para a Amazônia Legal, aumentando a detecção precoce dos casos e reduzindo o número total de casos de malária. (PT/GM 3.238, 2009).
- Indução de integração do Agente de Combate às Endemias à equipe de SF convergindo os processos de trabalho entre profissionais da APS e Vigilância em Saúde (Portaria nº 1.007, de 5 de maio de 2010).

- Saúde da Família para populações ribeirinhas – flexibilização no processo de trabalho das equipes e financiamento de custeio para Unidades de Saúde Fluviais (Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010).

AÇÃO INTERSETORIAL

Outra evolução da Política Nacional de APS foi dividir com os outros setores a responsabilidade territorial e populacional:

Ministério da Educação

- Programa Saúde na Escola – 3.700 municípios envolvidos, recebendo incentivos adicionais para equipes ESF que atuaram junto às escolas, em ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, totalizando um repasse de R\$ 195 milhões aos municípios e beneficiando 23 milhões de estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas.

Ministério do Desenvolvimento Social

- Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família – seis milhões de famílias são acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família.
- Um Milhão de Cisternas: formação dos agentes comunitários de saúde para a manutenção e qualidade da água para consumo humano.
- Mobilização Nacional pela Certidão de Nascimento – redução de mais de 50% da falta de registro civil no país.

Ministério do Desenvolvimento Agrário

- A ampliação do acesso ao SUS a partir das equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal, nos Territórios da Cidadania.
- Criação de Unidades Móveis de Saúde Bucal, nos municípios dos Territórios da Cidadania que não tinham a presença da Saúde Bucal (51 em 2010).

Ministério da Justiça

- Formação em EAD, exclusivamente para os profissionais de nível superior das equipes de SF, dos municípios do Mapa da Violência, do curso SUPERA, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Mais de 12 mil inscritos para quatro mil vagas, com 90% de profissionais que concluíram o curso.

Ministério da Cultura

- Editais Saúde e Cultura, em 2009 e 2010, a fim de integrar os profissionais das equipes de Saúde da Família, as comunidades (reforçando o protagonismo juvenil) e os Pontos de Cultura. Em 2009, foram premiadas 215 iniciativas e em 2010 foram 450 propostas, sendo 120 atendidas.

4. O desafio da Valorização Social e Política da APS

“Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de *accountability* (Relatório OMS, 2008)

A atenção primária resolutiva é capaz de conduzir à sociedade na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social. Os cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para a manutenção da maior política de inclusão social, que é o Sistema Único de Saúde, orientado pela Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
9. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
10. Elias PE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3):633-641.
11. Facchini LA, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006;11(3).
12. Piccini RX, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006;11(3):657-667.
13. Macinko J, Guanais F, Souza F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60:13-9.
14. Macinko J, Guanais F. Primary Care and Avoidable Hospitalizations – Evidence From Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management, april/june* 2009; 32(2): 115–122.
15. Rocha R, Soares RR. Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program. *IZA Discussion Paper Series* 2009; DP nº 4.119.
16. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever. Geneve, 2008.
17. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, Minas Gerais, 2009. 848 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)
19. Baumann, A; Valaitis, R and Kaba, A. Primary Health Care and Nursing Education in the 21st Century: A Discussion Paper. A Report for the Ontario Ministry of Health and Long -Term Care. Nurse Health Services Research Unit, March 2009. Series Number 16.
20. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

21. Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Scaling Up. Global Health Workforce Alliance (GHWA), Switzerland, april, 2010.
22. http://determinantes.saúde.bvs.br/docs/relatorio_cndss.pdf

PANORAMA REGIONAL DOS DESAFIOS PARA UMA APS RENOVADA E COORDENADORA DE REDES DE ATENÇÃO NAS AMÉRICAS

Hernán Montenegro

DESIGUALDADE NAS AMÉRICAS

A região das Américas apresenta um dos mais elevados perfis de desigualdade socioeconômica do planeta. Na mesma região, convivem potências desenvolvidas do primeiro mundo, países emergentes em processo cada vez mais acelerado de crescimento e países pequenos com economias frágeis e relação de grande dependência do capital externo.

Como reflexo dessa heterogeneidade citada, e também em virtude de decisões políticas diversas e graus de interpretação distintos em relação à saúde como direito natural de cidadania e dever do Estado, observamos que os sistemas de saúde de nossa região tomaram rumos variados e com resultados em saúde muito diferentes. Em alguns casos, o Estado assumiu a responsabilidade do cuidado de saúde de alguns grupos vulneráveis, deixando o restante da população para ser servida por esquemas de seguridade social ou por empresas privadas de saúde, com desembolso a cargo de cada indivíduo ou de sua empresa, gerando grande segmentação institucional no interior do sistema e iniquidades no acesso a serviços de saúde de qualidade. Num outro cenário, a atenção estatal à saúde foi focada em programas fragmentados e desarticulados entre si, sem a perspectiva de integração em rede ou de atenção ao usuário como um ser indivisível. Poderíamos seguir assim descrevendo vários outros modelos e enfoques dados à saúde nas Américas, mas não nos cabe agora discutir o passado nem as suas razões de ser. O mais importante é que a OPAS, escritório regional da Organização Mundial da Saúde para nossa região, enxergou essa diversidade de modelos e se propôs

a recomendar uma nova visão para a reorganização dos sistemas nacionais de saúde com base na estratégia de Atenção Primária em Saúde.

No prefácio do Documento de Posição, a diretora regional da OPAS/OMS, Mirta Roses, afirma claramente que:

“Não se espera que a estrada para alcançar tal visão seja simples, mas poucas coisas de valor acontecem sem dedicação. Os desafios incluem a necessidade de investir em redes integradas de saúde e serviços sociais que foram, em muitas áreas, inadequadamente providas em termos de apoio, pessoal ou equipamentos.

Essa revisão precisa ocorrer mesmo dentro do contexto de orçamentos escassos, o que exigirá a utilização mais racional e mais equitativa dos recursos, principalmente se os países quiserem alcançar os mais necessitados. A melhor evidência disponível apóia o argumento de que uma forte orientação à APS está entre as formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde, embora devamos continuar a avaliar as inovações na APS, disseminar as melhores práticas e aprender como maximizar e sustentar seu impacto com o passar do tempo.”

A DECLARAÇÃO DE MONTEVIDÉU

Um dos documentos-base que serviu de substrato teórico para a confecção desse posicionamento regional em relação à APS foi a Declaração de Montevideu, obtida como produto de uma consulta regional realizada na cidade homônima, de 26 a 29 de julho de 2005. Essa consulta reuniu aproximadamente 100 pessoas, representando mais de 30 países na Região, organizações não-governamentais, associações profissionais, universidades e agências da ONU, e seguiu-se a 20 consultas nacionais ocorridas entre maio e julho de 2005. Todo esse processo deu grande legitimidade ao documento e garantiu que o mesmo expressasse os anseios de nossa região em relação ao caminho a seguir para uma APS renovada. Nesse documento, os países reconheceram a contribuição e o potencial da APS para a melhoria das condições de saúde e a necessidade de definir novas orientações estratégicas e programáticas para a plena realização de seu potencial (Resolução OPAS/OMS CD44.R6). Também, de maneira ampla, resolveram defender a integração dos princípios da APS na gestão, organização,

financiamento e cuidado da saúde e no desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde em cada país de maneira a contribuir, em conjunto, com outros setores, para o desenvolvimento humano abrangente e equitativo. Destacam-se abaixo os dez tópicos específicos pactuados na ocasião, que refletem o compromisso dos países em relação à APS que almejamos:

I) **Compromisso no sentido de facilitar a inclusão social e equidade em saúde**

Os Estados devem trabalhar para alcançar a meta de acesso universal a um cuidado de alta qualidade que leve ao mais alto nível de saúde possível. Os Estados devem identificar e trabalhar para eliminar as barreiras organizacionais, geográficas, étnicas, de gênero, culturais e econômicas ao acesso, e desenvolver programas específicos para populações vulneráveis.

II) **Reconhecimento dos papéis cruciais do indivíduo e da comunidade no desenvolvimento de sistemas baseados na APS**

A participação no sistema de saúde local dos indivíduos e comunidades deve ser fortalecida para dar ao indivíduo, à família e à comunidade a possibilidade de participar nas decisões, fortalecer a implementação e a ação individual e comunitária e apoiar e manter eficazmente políticas de saúde pró-família ao longo do tempo. Os Estados-Membros devem fazer com que a informação sobre resultados de saúde, programas de saúde e desempenho dos centros de saúde estejam disponíveis às comunidades para que possam supervisionar o sistema de saúde.

III) Orientação no sentido da promoção da saúde e atenção abrangente e integrada

Os sistemas de saúde centrados na atenção individual, em abordagens curativas e tratamento de doenças precisam incluir ações orientadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenções baseadas na população, para lograr uma atenção integral e integrada. Os modelos de atenção da saúde devem basear-se em sistemas eficazes de atenção primária, ser orientados para a família e a comunidade, incorporar a abordagem do ciclo de vida, ser sensível ao gênero e às culturas e trabalhar para o estabelecimento de redes de atenção da saúde e coordenação social que assegurem a continuidade adequada do atendimento.

IV) Desenvolvimento do trabalho intersectorial

Os sistemas de saúde devem facilitar contribuições coordenadas e integradas de todos os setores, inclusive os setores públicos e privado, envolvidos nos determinantes da saúde de modo a obter o melhor nível de saúde possível.

V) Orientação para a qualidade do atendimento e segurança do paciente

Os sistemas de saúde devem proporcionar uma atenção apropriada, eficaz e eficiente e incorporar as dimensões de segurança do paciente e satisfação do consumidor. Isso inclui processos de contínua melhoria da qualidade e garantia da qualidade das intervenções clínicas, preventivas e de promoção da saúde.

VI) Fortalecimento dos recursos humanos na saúde

O desenvolvimento de todos os níveis de programas de treinamento educacional e contínuo precisa incorporar práticas e modalidades de APS. As práticas

de recrutamento e seleção devem incluir os elementos essenciais de motivação, promoção dos empregados, ambiente de trabalho estável, condições de trabalho centradas no empregado e oportunidade de contribuir a APS de maneira significativa. É essencial reconhecer o complemento de profissionais e paraprofissionais, trabalhadores formais e informais e as vantagens do trabalho em equipe.

VII) Estabelecimento de condições estruturais que permitam a renovação da APS

Os sistemas baseados na APS exigem a implementação de políticas apropriadas, quadros normativos e institucionais estáveis e uma organização agilizada e eficiente do setor saúde que assegure um funcionamento e gestão eficaz para responder rapidamente a desastres, epidemias e outras crises sanitárias, inclusive durante épocas de mudança política, econômica ou social.

VIII) Garantia de sustentabilidade financeira

Os Estados devem envidar os esforços necessários para garantir o financiamento sustentável dos sistemas de saúde, o processo de renovação da atenção primária de saúde e uma resposta suficiente às necessidades de saúde da população, com o apoio das instituições de cooperação internacional para apoiar o processo de integração da APS nos sistemas de saúde.

IX) Pesquisa e desenvolvimento e tecnologia apropriada

A pesquisa sobre sistemas de saúde, monitoramento e avaliação contínua, intercâmbio de melhores práticas e desenvolvimento de tecnologia são componentes cruciais numa estratégia para renovar e fortalecer a APS.

X) Fortalecimento de redes e parcerias de cooperação internacional em apoio à APS

A OPAS/OMS e outras instituições internacionais de cooperação podem contribuir para o intercâmbio de conhecimento científico, desenvolvimento de práticas baseadas em dados, mobilização de recursos e melhor harmonização da cooperação internacional em apoio à APS.

Esses dez pontos mostram a necessidade de avançarmos de forma ampla e mais abrangente no sentido de construirmos um melhor acesso e promover a equidade por meio da APS. Precisamos convergir os programas e serviços, muitas vezes desarticulados, num processo de integração física e funcional.

“A Declaração de Alma-Ata continua sendo válida em princípio; contudo, em vez de implementadas como um objetivo ou programa separados, suas ideias devem ser integradas aos sistemas de saúde da Região. Isso permitirá que os países enfrentem novos desafios como as mudanças epidemiológicas e demográficas, novos cenários socioculturais e econômicos, infecções e pandemias emergentes, impacto da globalização sobre a saúde e os crescentes custos do cuidado da saúde dentro das características específicas de cada sistema nacional de saúde.

A experiência dos últimos anos demonstra que os sistemas de saúde que aderem aos princípios da APS conseguem melhores resultados e aumentam a eficiência do sistema de saúde tanto para os indivíduos quanto para a saúde pública, bem como para os provedores públicos e privados.

Um sistema de saúde baseado na APS orienta suas estruturas e funções para os valores de equidade e solidariedade social e o direito de cada ser humano ao nível mais alto de saúde possível sem distinção de raça, religião, credo político ou condição econômica e social.”*

* Declaração de Montevideu – Documento Regional de Posição da OPAS/OMS sobre a Atenção Primária à Saúde Renovada.

O BRASIL NO RUMO CERTO

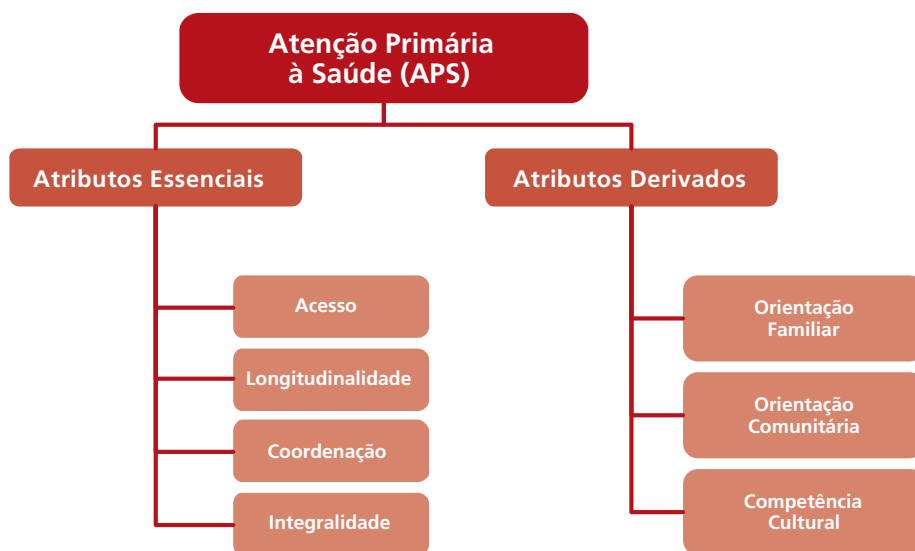
O Brasil tem tomado decisões corretas em relação aos princípios organizativos de Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela Atenção Primária. Sabemos dos grandes desafios que ainda precisam ser enfrentados, alguns deles fruto da continentalidade e diversidade do país e outros da necessidade de mudanças de natureza cultural e educacional, de mais longo prazo no horizonte. O importante, todavia, é não retroceder. A manutenção das atuais conquistas e sucessos, o intercâmbio de experiências com outros países, a correção de rumos durante o processo sempre que ser fizer necessária e a firme convicção de seguir adiante no rumo correto farão toda a diferença para os cidadãos brasileiros no futuro.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Erno Harzheim

A Atenção Primária à Saúde (APS) Renovada, conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹, deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e uma maior equidade no estado de saúde da população. A APS pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (Figura 1). Esses sete últimos são considerados os atributos da APS².

Figura 1 Atributos da Atenção Primária à Saúde, adaptado de Starfield, 1992².



APS COORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Para garantir a legitimidade dessa estratégia frente à sociedade, a rede integrada de atenção à saúde baseada na APS deve garantir resolutividade e integralidade da atenção, suprimindo as necessidades em saúde da população sob seu cuidado. Dessa forma, reforça sua legitimidade ao atingir e/ou superar as expectativas de cuidado das comunidades atendidas. Além disso, esse conjunto de serviços de APS deve estar inserido, e ser o eixo coordenador do fluxo de pacientes, em uma rede regionalizada de cuidado que conte com todos os níveis de atenção necessários para garantir a resolutividade e integralidade citadas, com responsabilização territorial e com estabelecimento compartilhado de competências. No Brasil, a estratégia de APS para a reorientação do modelo assistencial é a Estratégia Saúde da Família (ESF)³, presente em mais de 90% dos municípios brasileiros ⁴.

Como afirma Giovanella ⁵, “...uma melhor coordenação de cuidados busca responder a exigências de mudanças no perfil epidemiológico com crescente prevalência de doenças crônicas. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência interorganizacional, pois esses pacientes utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção.” É esse o papel coordenador da Atenção Primária à Saúde, por sua vez intimamente ligado aos seus demais atributos, que deve ser reforçado para a consolidação de redes integradas de atenção à saúde. Conforme Starfield ⁶, coordenação do cuidado na APS é a capacidade de reconhecer os problemas de saúde abordados em outros serviços de saúde e integrar as ações realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. Isso é, o provedor de atenção primária, a equipe de Saúde da Família, deve integrar todo o cuidado que o paciente recebe independentemente do local no qual esse cuidado foi recebido.

DESAFIOS PARA UMA APS DE QUALIDADE

Sabe-se que a presença dos atributos da Atenção Primária na Estratégia Saúde da Família é fundamental para garantir sua efetividade. Entretanto, as diferentes formas de organização local da Estratégia Saúde da Família, contextualizadas às características de cada município ou região brasileira, são determinantes para garantir a presença desses atributos e, conseqüentemente, para constituir sólidas, efetivas e eficientes redes integradas de atenção à saúde no Brasil. Alguns desafios importantes para a constituição de uma APS de qualidade, organizadora da rede integrada de cuidados, são, além da fixação de profissionais qualificados nas equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da sua integralidade.

O LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE APS E REDES DE ATENÇÃO

Diante da presença desses dois importantes desafios citados – alto grau de efetividade clínica das equipes de Saúde da Família frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da sua integralidade – para a constituição de uma APS de qualidade, organizadora da rede integrada de atenção, identificamos e descrevemos experiências municipais que tenham avançado nessa direção. Além disso, ao analisarmos a rede de atenção à saúde dos municípios selecionados foi possível avaliar em cada rede municipal a presença e extensão dos principais atributos das Redes Integradas de Atenção à Saúde e seu real vínculo com a APS. Foi possível, assim, descrever intervenções e/ou inovações que fortalecem o papel coordenador da APS nas redes integradas de atenção à saúde no SUS.

Cabe ressaltar que os conceitos de redes integradas de atenção à saúde utilizados nesse documento são aqueles expressos por duas fontes amplamente difundidas:

Eugenio Vilaça Mendes⁷

Redes integradas são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

Organização Pan-Americana da Saúde

Redes integradas de serviços de saúde, ou sistemas organizados de serviços de saúde, ou sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como “uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população à qual ela serve.”*

A organização dessas redes integradas de atenção orientadas pela atenção primária, por meio de sua atuação como ordenadora do cuidado e articuladora das demais tecnologias, ações e serviços de saúde, objetiva compor sistemas de saúde funcionais, resolutivos e acolhedores. Para isso os serviços de Atenção Primária devem planejar, ofertar e executar ações de saúde no nível individual e coletivo contemplando a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças, a reabilitação e a manutenção da saúde. Quando a Atenção Primária ocupa o papel central na organização das redes integradas de atenção à saúde ela é capaz de melhorar o estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços⁸.

* Fonte: Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal* 1993;36(2):20–6.

APS EIXO ESTRUTURANTE DAS REDES DE ATENÇÃO

Por outro lado, equivocadamente, a Atenção Primária, ou a Estratégia Saúde da Família, pode ser implantada somente como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, reduzindo seu potencial transformador, ou, acertadamente, ser consolidada como o eixo estruturante das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS. Para cumprir com esse papel estruturador da rede de cuidados em nível municipal, a rede de serviços de Atenção Primária deve possuir algumas características organizacionais essenciais. Algumas dessas características são os já citados atributos da Atenção Primária à Saúde.

Sabe-se que a presença desses atributos da Atenção Primária na Estratégia Saúde da Família é fundamental para garantir sua qualidade e seus resultados sobre a saúde da população^{9, 10}. A ausência de um ou mais desses atributos pode ser a causa responsável pela heterogeneidade da qualidade da Estratégia Saúde da Família identificada em alguns estudos e/ou levantamentos já realizados¹¹. Essas diferenças na qualidade são verificadas tanto ao se comparar municípios de um mesmo estado, quanto em comparações entre regiões do país. Diferenças quanto aos princípios da Atenção Primária medidos através de seus atributos foram verificados entre serviços de atenção primária de municípios do estado de São Paulo¹². Essas diferenças também foram verificadas avaliando-se o vínculo e perfil profissional entre municípios da região Nordeste e do Sul¹³. A heterogeneidade estende-se à qualidade do pré-natal, puericultura e cuidado domiciliar com o idoso^{14, 15}.

RESOLUTIVIDADE DA APS

Diversos estudos apontam que uma equipe de Atenção Primária qualificada pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade¹⁶. Para tanto, é fundamental que essa equipe atue tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento de pessoas com doenças já estabelecidas, tanto agudas, como crônicas. Não é incomum encontrar equipes da Estratégia Saúde da Família que atuam como verdadeiros pronto-atendimentos,

realizando consultas sem nenhuma ênfase sobre promoção de saúde e/ou prevenção. Por outro lado, há equipes que creem que seu trabalho é puramente de promoção e prevenção, deixando a atenção aos usuários doentes em segundo plano. Isso gera dificuldade de acesso em caso de doença da população à equipe de Saúde da Família, contribuindo para falta de legitimidade da equipe frente à comunidade. O equilíbrio adequado entre atividades promocionais, preventivas e curativas é variável, dependendo das necessidades em saúde de cada comunidade. A alta resolutividade descrita só é alcançada quando as equipes de atenção primária estão capacitadas para reconhecer, prevenir e tratar as necessidades e os problemas de saúde mais frequentes.

CARGA DE DOENÇAS E LINHAS-GUIA

Estudos mostram que cerca de metade dos motivos de consulta em atenção primária se devem a aproximadamente 30 problemas de saúde ou doenças ¹⁶. Uma equipe de Saúde da Família deve, obrigatoriamente, saber realizar de forma exitosa a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dessas condições mais comuns. O uso de linhas-guia baseadas em evidências científicas válidas e atuais, que integrem e estabeleçam claramente as atribuições de cada categoria profissional em cada nível de atenção, cujo uso será facilitado por intervenções criativas sobre o processo de trabalho – as intervenções multifacetadas – pode levar as equipes de Saúde da Família a atingirem alto grau de resolução desses problemas comuns, reduzindo o número de encaminhamentos a médicos especialistas e internações hospitalares, além de fortalecer o papel coordenador da APS.

INTEGRAÇÃO DA APS A DEMAIS PONTOS DA REDE

Também depende das características de saúde e doença da população a necessidade de consultas com médicos especialistas, de atendimentos com outros profissionais da saúde, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de internações hospitalares para que se obtenham bons resultados em saúde. A existência de uma rede de nível secundário e/ou terciário não adequadamente integrada

às equipes de atenção primária pode gerar prejuízos para a saúde da população, quando subestimada em número ou diversidade de ações ofertadas, como prejuízo financeiro para a gestão municipal, quando a rede de nível secundário é superestimada e/ou superutilizada em relação a alguma ação evitável, como, por exemplo, internações hospitalares por crises de asma não tratadas de forma correta na Atenção Primária. A garantia da integralidade do cuidado – atenção a todo e qualquer problema de saúde ou condição que ponha a saúde dos indivíduos em risco – só será alcançada com a constituição de uma rede qualificada e integrada de cuidado tanto em nível primário, como secundário e terciário, além de inter-relacionada com outras políticas sociais. Essa rede integrada de atenção à saúde deve se caracterizar por ter um território e população definidos, com ampla oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, coordenados pela Atenção Primária à Saúde e integrados por sistemas eletrônicos de informação, com um modelo assistencial centrado na pessoa, na família e na comunidade/território, sob um único sistema de governança, com financiamento adequado¹⁷.

INOVAÇÕES NECESSÁRIAS PARA AS REDES DE SAÚDE BASEADAS NA APS

A implantação e consolidação de Redes Integradas de Serviços de Saúde, as redes integradas de atenção à saúde, em cenários municipais onde já coexistem inúmeros tipos de serviços de saúde requer a introdução de intervenções e inovações pelo gestor municipal que propiciem a integração da rede e o fortalecimento da APS. É sobre as intervenções e inovações relevantes para a integração da rede sob ordenação de serviços de atenção primária que trata o estudo de caso que originou esse documento.

Conceitos fundamentais sobre Atenção Primária e Redes Integradas de Atenção à Saúde.

O que são Redes Integradas de Atenção à Saúde?

São “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”⁷.

O que é Atenção Primária à Saúde?

A APS pode ser definida como: um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social entre outros – e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Como fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Brasil por meio da Estratégia Saúde da Família?

Aumentar sua legitimidade frente à saúde da população, aumentando seu potencial de resolução dos problemas de saúde possibilitando que as equipes de Saúde da Família exerçam seu papel de coordenadores do cuidado dos pacientes.

Como coordenar o cuidado em saúde dos usuários do SUS por meio da Estratégia Saúde da Família?

Ofertar condições estruturais e de processo de trabalho para que as equipes de Saúde da Família reconheçam os problemas de saúde abordados em outros serviços de saúde e integrem as ações realizadas nesses serviços ao cuidado global dos pacientes. Isso é, o provedor de atenção primária, a equipe de Saúde da Família, deve integrar todo o cuidado que o paciente recebe independentemente do local no qual esse cuidado foi recebido.

Como aumentar a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Propiciar condições estruturais nos serviços de atenção primária à saúde para enfrentar a realidade epidemiológica de nosso país, caracterizada pela coexistência de agravos relacionados à saúde materno-infantil, às doenças infectocontagiosas e à desnutrição, à epidemia de doenças crônicas não-transmissíveis, aos acidentes e à violência e aos problemas de saúde mental, oferecendo atividades de qualificação e educação permanente aos profissionais de Saúde da Família, além de estimular o papel coordenador da ESF na rede integrada de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. OPAS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2005.
2. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford Univ Press; 1992.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2006.
4. www.saude.gov.br/dab
5. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, 2006; 22(5): 951-963.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil: Ministério da Saúde, 2002
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quartely. 2005; 83 (3): 457-502.
9. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
10. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em Porto Alegre: uma comparação entre os diferentes serviços [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 118p.
11. Facchini LA, Puccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3): 669-681.
12. Ibañez N., Rocha J.S.Y., Castro P.C., Ribeiro M.C.S.A., Forster A.C., Novaes M.H.D., et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3): 683-703.
13. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thume E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2008;24 (S1):193-201.
14. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11 (3): 713-724.
15. Piccini RX, Facchinil LA,. Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3): 657-667.

16. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Núcleo de Epidemiologia. Estudo da Demanda Ambulatorial. 2002. Porto Alegre, RS (não publicado).
17. OPAS. Redes Integradas de Servicios de Salud, 2008.
18. Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação – GEEPI, julho de 2003. Nota Técnica.
19. Giovanella L et al. Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
20. Chomatas ER, Vigo A, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 95p.
21. Portaria GM nº 1101- Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, 2002.
22. Portaria/SS/GAB/Nº 283 – Política Municipal de Atenção a Saúde – Diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis, 2007.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde. Contrato Interno de Gestão Secretaria Municipal, Curitiba/PR. Brasília (DF), 2006.
24. Curitiba. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2010-2013. Curitiba, 2009. Disponível em: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms/PlanoMunicipalSaude_2010_2013_preedicao.pdf

The background features a central sphere with a grid of squares, each containing a smaller square, creating a complex geometric pattern. This sphere is surrounded by several concentric, slightly offset circular bands in shades of red and black. The overall composition is layered and dynamic, with a strong sense of depth and movement. Scattered throughout the design are binary digits (0s and 1s) and small white plus signs, reinforcing a technological or digital theme.

PARTE II

RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE APS E REDES DE ATENÇÃO

ENFOQUE DOS ESTUDOS DE CASO DO LABORATÓRIO

OBJETIVOS

Avaliar em cada rede municipal a presença e extensão dos principais atributos das Redes Integradas de Atenção à Saúde e sua relação com a APS.

Analisar, em cada um dos municípios selecionados, a rede de atenção à saúde com vistas a identificar a ocorrência de fragmentação na atenção à saúde dos indivíduos e coletivos, a persistência de programas verticais e, por outro lado, a existência de garantias e instrumentos para continuidade da assistência.

Identificar e descrever experiências municipais, inovações e/ou intervenções, que tenham obtido sucesso no fortalecimento da APS, principalmente no estabelecimento de:

- uma prática efetiva de coordenação do cuidado individual;
- um alto grau de efetividade clínica das equipes de Saúde da Família frente aos problemas de saúde mais frequentes.

METODOLOGIA

Esse é um estudo de caso múltiplo, isso é, foram analisados quatro municípios com intuito de estabelecer relações entre a introdução de intervenções e/ou inovações nas redes municipais de saúde e o consequente fortalecimento do papel coordenador dos serviços de atenção primária. Foi realizado por dois investigadores, um médico de família e comunidade, doutor em saúde pública, pós-doutor em epidemiologia e professor universitário, e um odontólogo, mestre em epidemiologia, atualmente aluno de doutorado em epidemiologia. Por meio da análise de diferentes fontes de informação, buscamos responder “como” e

“por quê?” os municípios conseguiram, ou não, avançar no fortalecimento da APS e na constituição de redes integradas de atenção à saúde.

MUNICÍPIOS SELECIONADOS

Inicialmente foram selecionados três municípios – Aracaju, Florianópolis e Belo Horizonte – devido ao êxito reconhecido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na implantação de uma forte rede de Atenção Primária à Saúde com base na Estratégia Saúde da Família. Ao longo do estudo, por sugestão dos investigadores, foi incluído o município de Curitiba por apresentar inovações na rede municipal complementares aos três municípios citados e de relevância para o estudo do papel coordenador da APS nas redes integradas.

EIXOS DE ANÁLISE

Os principais eixos de análise utilizados foram os atributos da Atenção Primária segundo Starfield (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária)², além de alguns dos atributos das redes integradas de atenção à saúde conforme definição da OPAS¹⁷. Dentre os 12 atributos das redes integradas definidos pela OPAS, selecionamos os que apresentam maior relação com o papel de coordenação da atenção primária e com sua efetividade clínica, a saber:

- população/território;
- oferta de serviços de saúde;
- primeiro nível de atenção;
- atenção especializada;
- mecanismos de coordenação assistencial;
- tipo de cuidado;
- recursos humanos;
- sistema de informação.

COLETA DE DADOS

Utilizamos diversas fontes de informação ou evidência: documentos oficiais (leis, portarias, notas técnicas, protocolos, outros), registros em arquivos (próprios de cada município, pesquisas epidemiológicas publicadas em periódicos científicos, extração de dados dos sistemas de informação do SUS), entrevistas com informantes-chave e observação direta. Para as entrevistas e observação direta visitamos uma ou mais vezes cada um dos municípios selecionados. Tanto as entrevistas, como as observações diretas foram realizadas por dois investigadores, a fim de diversificar a subjetividade das observações e permitir troca de impressões, aumentando a capacidade crítica da análise. Apenas Curitiba foi visitada somente por um investigador devido a questões operacionais. Mais de 40 informantes-chave foram selecionados e entrevistados entre gestores das secretarias municipais de saúde, integrantes do Conselho Municipal de Saúde, profissionais de saúde da rede de atenção primária e demais níveis de atenção e usuários da rede municipal de saúde. Em cada município, realizamos entrevistas semiestruturadas com uma lista de informantes contextualizada ao organograma da secretaria de saúde e à forma de organização da rede assistencial. Nem todos os tipos de informantes foram entrevistados em todos os municípios, pois, por vezes, encontramos saturação do discurso após as primeiras entrevistas.

Coletamos dados nos Sistemas de Informações do SUS para a construção do perfil epidemiológico de cada município.

ANÁLISE

Buscamos confrontar as informações obtidas por meio das diferentes fontes – entrevistas, leis e portarias, documentos técnicos, estudos epidemiológicos, observações – com os princípios referenciais teóricos citados (Barbara Starfield²⁻⁶, Eugenio Vilaça Mendes⁷ e OPAS¹⁷) a fim de realizar uma análise crítica da rede de saúde de cada município, com intuito adicional de descrever e explicar quais são as inovações e/ou intervenções fundamentais que podem ser utilizadas por outros municípios a fim de implantar uma forte atenção primária à saúde or-

denadora da rede integrada de atenção à saúde. Essas inovações/intervenções foram levemente descontextualizadas da realidade de cada município analisado e transformadas em exemplos de boa prática para potencial implantação em outros municípios brasileiros.

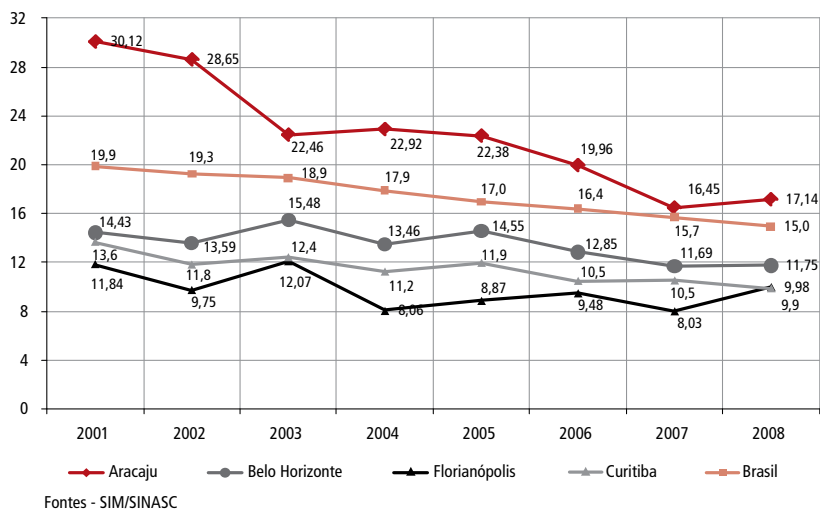
BREVE CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DOS MUNICÍPIOS

A fim de contextualizar o leitor com a realidade social e epidemiológica dos municípios analisados descrevemos, sucintamente, nos quadros a seguir, o perfil epidemiológico de cada um dos municípios no período 2001-2009, apresentando também a série histórica de alguns indicadores de saúde de destaque.

ARACAJU. Breve contexto epidemiológico, 2001-2009.

- População de 544.000 habitantes em 2009, sendo 25% abaixo de 15 anos e 8,6% com 60 anos ou mais.
- Taxa de crescimento populacional estimada para 2006-2009 de 2,5% com IDH em 2009 igual a 0,794.
- Diminuição da mortalidade infantil de 30,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2001 para 17,4 óbitos em 2008 (Figura 2)
- Diminuição da mortalidade infantil por diarreia e pneumonia entre 2001-2008
- Diminuição da taxa de internação por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 5 anos entre 2001-2009.
- Aumento da cobertura de pré-natal atingindo 96% das gestantes em 2008, mas com apenas 56% dessas com 7 ou mais consultas de pré-natal (Figura 3).
- Diminuição das internações por condições sensíveis a atenção primária (internações evitáveis), entre as quais destacamos: gastroenterites, asma, complicações do diabetes, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral entre 2001-2009 (Figura 4).
- Diminuição das internações, mas não das mortes por neoplasia maligna de colo uterino entre 2001-2009 (Figuras 5 e 6).
- Sub-reconhecimento de portadores de hipertensão arterial e de diabetes.

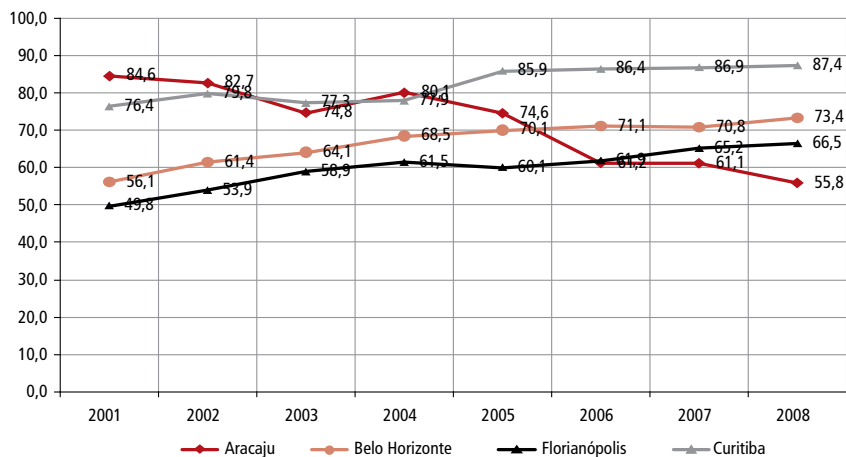
Figura 2. Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Florianópolis e Brasil 2001-2008, Sistema de Informações sobre Mortalidade.



BELO HORIZONTE. Breve contexto epidemiológico, 2001-2009.

- População de 2.452.000 habitantes em 2009, sendo 21% abaixo de 15 anos e 12% com 60 anos ou mais.
- Taxa de crescimento populacional estimada para 2006-2009 de 0,7% com IDH em 2009 igual a 0,839.
- Diminuição da mortalidade infantil de 15,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2003 para 11,7 óbitos em 2008 (Figura 2).
- Diminuição da mortalidade infantil por diarreia e pneumonia entre 2001-2008.
- Diminuição da taxa de internação por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 5 anos entre 2001-2009.
- Aumento da cobertura de pré-natal atingindo 85% das gestantes em 2008, e mais de 70% dessas com 7 ou mais consultas de pré-natal (Figura 3).
- Diminuição das internações por condições sensíveis a atenção primária (internações evitáveis), entre as quais destacamos: gastroenterites, asma, complicações do diabetes, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral entre 2001-2009 (Figura 4).
- Diminuição das internações, mas não das mortes por neoplasia maligna de colo uterino entre 2001-2009 (Figuras 5 e 6).
- Bom reconhecimento dos portadores de diabetes, mas sub-reconhecimento de portadores de hipertensão arterial.

Figura 3. Proporção de Nascidos vivos de mães que receberam 7 ou mais consultas de pré-natal por 100 nascidos vivos, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, 2001-2008, Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

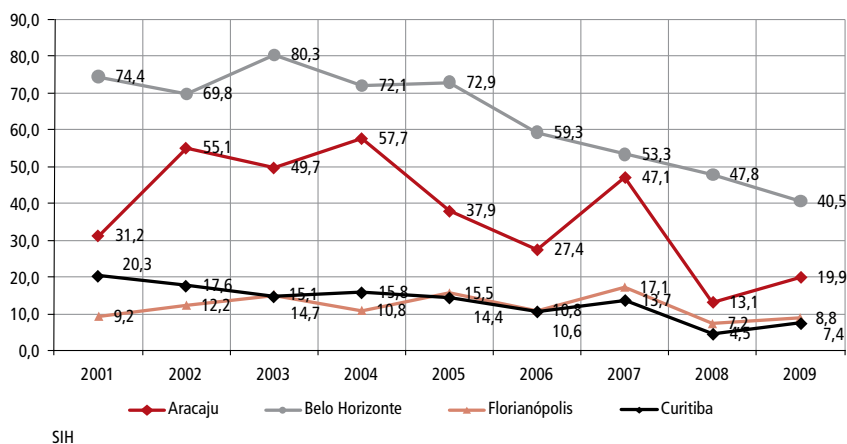


Fonte - SISPRENATAL

Breve contexto epidemiológico de Curitiba, 2001-2009.

- População de 1.851.000 habitantes em 2009, sendo 21% abaixo de 15 anos e 10% com 60 anos ou mais.
- Taxa de crescimento populacional estimada para 2006-2009 de 1,2% com IDH em 2009 igual a 0,856.
- Diminuição da mortalidade infantil de 13,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2003 para 9,8 óbitos em 2008 (Figura 2).
- Diminuição da mortalidade infantil por diarreia e pneumonia, chegando quase a zero em 2008.
- Diminuição da taxa de internação por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 5 anos entre 2001-2009.
- Alta cobertura de pré-natal atingindo 95% das gestantes em 2008, e mais de 87,4% dessas com 7 ou mais consultas de pré-natal (Figura 3).
- Diminuição das internações por condições sensíveis a atenção primária (internações evitáveis), entre as quais destacamos: gastroenterites, asma, complicações do diabetes, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral entre 2001-2009 (Figura 4).
- Diminuição das internações e das mortes por neoplasia maligna de colo uterino entre 2001-2009 (Figuras 5 e 6).
- Bom reconhecimento de portadores de hipertensão arterial e de diabetes.

Figura 4. Taxa de internação por asma por 10.000 indivíduos com menos de 15 anos, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, 2001-2009, Sistema de Informações Hospitalares.



Breve contexto epidemiológico de Florianópolis, 2001-2009.

- População de 408.000 habitantes em 2009, sendo 20% abaixo de 15 anos e 11% com 60 anos ou mais.
- Taxa de crescimento populacional estimada para 2006-2009 de 0,13% com IDH em 2009 igual a 0,875.
- Diminuição da mortalidade infantil de 11,5 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2003 para 9,9 óbitos em 2008 (Figura 2).
- Diminuição da mortalidade infantil por diarreia e pneumonia, chegando a zero em 2008.
- Diminuição da taxa de internação por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 5 anos entre 2001-2009.
- Alta cobertura de pré-natal atingindo 100% das gestantes em 2007, e mais de 65,2% dessas com 7 ou mais consultas de pré-natal (Figura 3).
- Diminuição das internações por condições sensíveis a atenção primária (internações evitáveis), entre as quais destacamos: gastroenterites, asma, complicações do diabetes, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral entre 2001-2009 (Figura 4).
- Diminuição das internações e das mortes por neoplasia maligna de colo uterino entre 2001-2009 (Figuras 5 e 6).
- Sub-reconhecimento de portadores de hipertensão arterial e de diabetes.

Figura 5. Taxa de internação por neoplasia maligna de útero por 10.000 mulheres com mais de 30 anos, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, 2001-2009, Sistema de Informações Hospitalares.

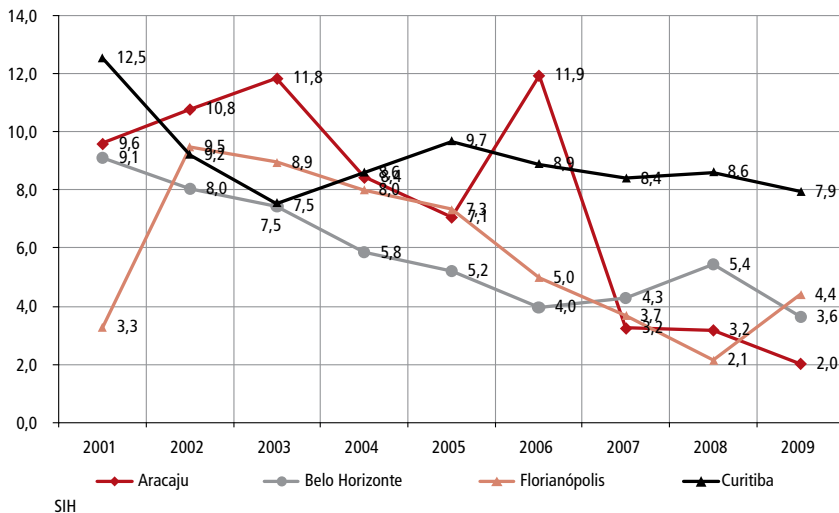
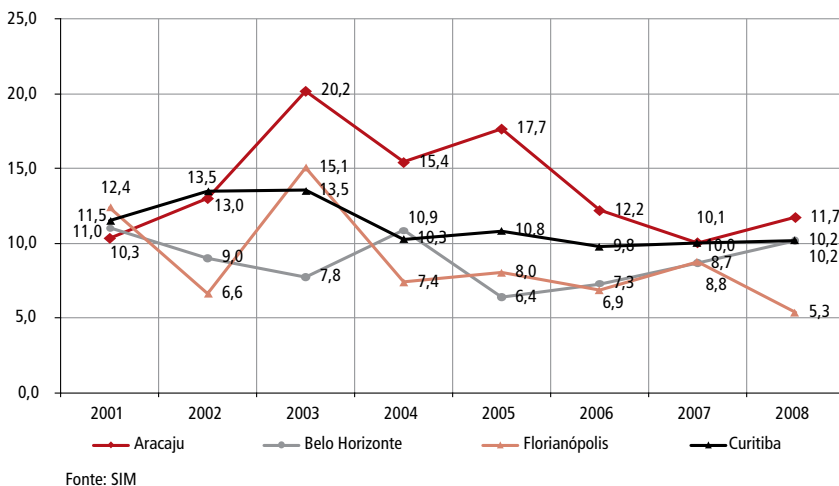


Figura 6. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de útero por 100.000 mulheres com mais de 30 anos, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, 2001-2009, Sistema de Informações sobre Mortalidade.



AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DAS REDES BASEADAS NA APS NOS QUATRO CASOS ANALISADOS

Ao avaliarmos a presença e extensão dos principais atributos das Redes Integradas de Atenção à Saúde procuramos identificar aspectos de fragmentação no processo de atenção à saúde dos indivíduos e coletivos, assim como persistência de programas verticais e, por outro lado, a existência de garantias e instrumentos para continuidade da assistência. Essa avaliação é resultado das entrevistas e observações diretas realizadas nas visitas de campo a cada um dos quatro municípios selecionados. Cada visita teve a duração de três dias, sendo Florianópolis visitada uma segunda vez a fim de obtermos mais informações sobre o Infosaúde, que é um prontuário eletrônico e sistema de gestão de processos e estoque. Visitamos Florianópolis e Belo Horizonte em outubro de 2009, Aracaju em novembro do mesmo ano, e Curitiba em janeiro de 2010, quando também voltamos à Florianópolis.

A seguir, fazemos uma avaliação sucinta dos principais atributos das redes integradas de atenção à saúde no conjunto dos municípios visitados.

POPULAÇÃO/TERRITÓRIO

A existência desse atributo em uma rede integrada de atenção à saúde pressupõe que a mesma seja responsável por uma população e território definidos, contando com amplo conhecimento das necessidades e preferências de saúde dessa população, com ambas determinando a oferta de serviços de saúde. Essa população adscrita deve ser, idealmente, registrada, cadastrada e classificada de acordo com suas condições de risco socio sanitário. Os quatro municípios estudados têm ênfase no território para a organização, planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde, incluindo a oferta de serviços. Todos os municípios analisados baseiam sua organização em distritos sanitários (ou regionais de saúde) e buscam ofertar serviços de atenção primária e secundária, incluindo serviços de urgências e de saúde mental, de forma regionalizada. Florianópolis conseguiu regionalizar tanto Centros de Especialidades Médicas como

Unidades de Pronto-Atendimento, facilitando o acesso da população, inclusive por sediar esses serviços próximos a terminais rodoviários.

TERRITÓRIO X PLANEJAMENTO

O grau de desenvolvimento dos conceitos de território, de população adscrita e, principalmente, de determinação das necessidades e preferências da população, todavia, é bastante variável. A maior deficiência no atributo 'população/território' é justamente na identificação de necessidades e no uso dessas informações para o planejamento da oferta de serviços e ações. Curitiba e Belo Horizonte apresentam o melhor desempenho nesse aspecto, com núcleos de informação solidamente consolidados, utilizando tanto os sistemas de informação do SUS, como sistemas próprios complementares, que interagem com prontuários eletrônicos. Belo Horizonte utiliza o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)¹⁸ – criação local baseada em indicadores socioeconômicos do IBGE e alguns indicadores de condições de saúde – para orientar a oferta de serviços de acordo as condições de risco socio sanitário. Mas, mesmo esses dois municípios ainda têm dificuldades na identificação das necessidades e na divulgação dessas informações para todos os níveis de gestão, especialmente para as gerências das Unidades Básicas de Saúde. O IVS de BH permite uma estratificação de vulnerabilidade social e de saúde, mas não permite uma classificação por risco específico de saúde para condições/doenças frequentes, como, por exemplo, o segmento da população com risco aumentado para enfermidades cardiovasculares. Por outro lado, essa constatação não passa despercebida pela gestão municipal em Curitiba, nem em BH, como se poderá notar mais abaixo ao descrevermos estratégias de divulgação de informações em saúde para toda a rede municipal e a ênfase na implantação de protocolos clínicos destinados a doenças e agravos mais frequentes, com determinação da população sob risco.

Como classificar o risco socio sanitário da população a fim de ofertar serviços de saúde de acordo com as necessidades?

Índice de Vulnerabilidade Social¹⁸

Belo Horizonte desenvolveu, em 2003, o Índice de Vulnerabilidade à Saúde, indicador sintético composto por indicadores de saneamento, habitação, educação, renda e saúde obtidos do Censo do IBGE e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do DataSUS, por meio do qual todos os setores censitários da cidade são classificados com o propósito de evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos. Os setores são classificados em baixo, médio, elevado ou muito elevado risco socio sanitário.

É calculado a partir da síntese de 13 indicadores:

1. Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente.
2. Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente.
3. Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente.
4. Percentual de domicílios improvisados no setor censitário.
5. Razão de moradores por domicílio.
6. Percentual de pessoas analfabetas.
7. Percentual de chefes de família com menos de 4 anos de estudo.
8. Percentual de chefes de família com renda de até 2 salários mínimos.
9. Renda média do chefe de família (invertida).
10. Coeficiente de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos.
11. Óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos de idade.
12. Coeficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade.
13. Proporção de chefes de família de 10 a 19 anos.

Seus principais usos são:

- Identificar áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis, indicando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo ações interseoriais.
- Servir como instrumento para a avaliação de intervenções sociais e de saúde ao longo do tempo.

Florianópolis também utiliza critérios para classificação de Áreas de Interesse Social, desde 2007, com base na renda familiar, precariedade habitacional, precariedade de infraestrutura, precariedade ambiental e áreas de risco, precariedade

na posse da terra, assim como precariedade de equipamentos e serviços urbanos. São critérios ligados aos determinantes de saúde estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde junto a Secretaria de Habitação e Saneamento Ambiental, mas que não levam em conta critérios de distribuição de doenças e agravos.

Além disso, Aracaju e Curitiba apresentam bons sistema de ouvidoria, abrindo um canal direto de comunicação entre a população, a gestão e os serviços, importante para a identificação das preferências dos usuários.

Ouvidoria como forma de identificação das necessidades e preferências em saúde dos usuários do SUS.

Tanto Aracaju, como Curitiba têm sistemas de Ouvidoria por telefone destinados a acolher as mais variadas demandas dos usuários do SUS desses dois municípios. Esse tipo de sistema de escuta do usuário tem como função, dentro da organização das redes integradas de atenção à saúde, abrir um canal direto entre a gestão, os serviços e os usuários a fim de captar as necessidades, preferências, satisfações e insatisfações, reclamações, queixas, dificuldades e denúncias de irregularidades ou ilegalidades percebidas pela população no seu contato com os diferentes níveis da rede municipal de saúde.

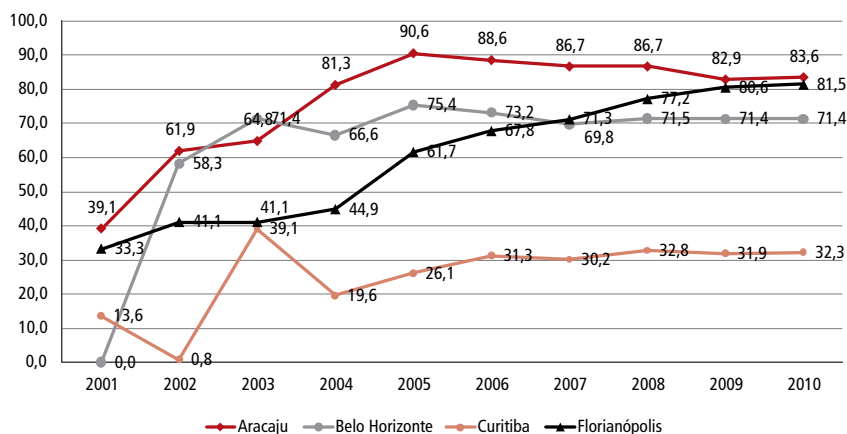
Em Curitiba, a Ouvidoria, criada em 2006, resultou da transformação da Central de Atendimento ao Usuário do SUS (CAU-SUS), criado, por sua vez, em 1997. Na 8ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2005, foi defendida a transformação da CAU-SUS em Ouvidoria a fim de abrir mais um canal de comunicação entre a Secretaria e o usuário. A Ouvidoria funciona por meio de um telefone gratuito, via 0800. As demandas dos usuários do SUS são registradas por uma equipe de atendentes treinadas. A partir de então, se a demanda registrada tem relação com algum serviço de saúde a mesma é encaminhada ao supervisor do Distrito Sanitário onde se localiza o serviço em questão. É papel da equipe de coordenação do Distrito Sanitário contatar a chefia do serviço de saúde e, se necessário, o profissional de saúde envolvido, a fim de esclarecer a situação. Após prestados os devidos esclarecimentos, o registro dos mesmos são enviados pela coordenação do Distrito Sanitário ao usuário demandante. O fato de cada demanda registrada pela Ouvidoria gerar uma cascata de ações que termina por esclarecer o ocorrido e devolver essa informação ao usuário é demonstração inequívoca de respeito da Secretaria Municipal de Saúde aos cidadãos de Curitiba usuários do SUS.

OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Esse atributo se caracteriza pela presença de uma grande diversidade de pontos de atenção, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, todos sob uma única coordenação organizacional baseada na atenção primária. Obviamente, é imprescindível que esses diversos pontos tenham sua oferta planejada de acordo com as necessidades em saúde da população.

Como se pode ver no gráfico a seguir (Figura 7), os quatro municípios estudados têm grande cobertura de Saúde da Família. Em 2009, a cobertura de ESF em cada um deles era: Curitiba 32%, BH 71%, Aracaju 83% e Florianópolis 80%. Curitiba apresenta a menor cobertura de ESF, mas tem outros serviços de atenção primária – Unidades Básicas de Saúde Tradicionais com agentes comunitários de saúde – distribuídos por toda a cidade. Desse modo, todos eles apresentam uma cobertura quase plena da população que usa exclusivamente o SUS (cerca de 70%) como fonte de cuidado, apesar de ainda apresentarem dificuldades de acesso de diferentes origens. Há Unidades de Saúde da Família com tamanho excessivo de população adscrita, há unidades com dificuldade de fixação de médicos, outras em que o processo de atenção se baseia quase que exclusivamente em atividades de promoção e prevenção, dificultando o acesso de usuários com problemas de saúde e doenças já estabelecidos.

Figura 7. Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família por 100 habitantes, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, 2001-2010, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.



Além da rede de atenção primária, esses municípios ofertam serviços de urgência, de atenção especializada, inclusive saúde mental, e de apoio diagnóstico/terapêutico e de saúde pública. A atenção especializada também se caracteriza por graus variáveis de dificuldades de acesso. Em todos os municípios há gargalos para alguns tipos de consultas especializadas e ou procedimentos diagnósticos/terapêuticos ocasionando listas de espera excessivas para algumas condições.

O PORQUÊ DOS GARGALOS

Muitos desses gargalos vêm da dificuldade da rede municipal de saúde atrair profissionais médicos de determinadas especialidades e/ou de consolidar arranjos interinstitucionais de compra de serviços de apoio diagnóstico/terapêutico com demais prestadores privados ou públicos não-municipais, principalmente quando os mesmos não são de Procedimentos de Alta Complexidade. Belo Horizonte e Curitiba têm maior poder de negociação com a rede como um todo, exercendo claramente o papel de regulador tanto de internações hospitalares, como de consultas e de serviços de apoio, tendo avançado muito no processo de contratualização. Curitiba exige, a cada contratualização anual junto aos Hospitais

não-municipais que fazem parte da rede, um projeto de educação permanente junto a sua rede de atenção básica. Por maiores que sejam esses avanços, ainda não há, nesses municípios, uma oferta de serviços capaz de atender com qualidade e adequação temporal à grande maioria das necessidades em saúde da população. Tanto a contratação de profissionais como a compra de serviços não são universalmente determinadas pelas necessidades em saúde.

Além disso, o papel coordenador da atenção primária ainda não alcançou níveis de excelência. Em todos os municípios visitados há dificuldades na implantação de um sistema de referência e contrarreferência com trânsito adequado de informações, pressuposto essencial para a efetivação da coordenação assistencial. A implantação de prontuário eletrônico único na rede municipal, tanto na atenção básica como na atenção especializada e nos serviços de apoio próprios do município, em Florianópolis, Belo Horizonte e Curitiba representa, sem dúvida, um avanço, mas os serviços contratados, públicos ou privados, ainda resistem a sua incorporação, impedindo integração entre todos os serviços vinculados às redes municipais.

PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO

O conceito operacional de Atenção Primária à Saúde exige a presença e extensão dos atributos da APS: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação, a integralidade, a orientação familiar e comunitária. Conforme Eugenio Vilaça Mendes, “só haverá uma atenção primária de qualidade quando os seus seis atributos estiverem sendo obedecidos, em sua totalidade” e quando esse nível de atenção “cumprir as suas três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização” ⁷.

Ao partirmos desses pressupostos teóricos, somos obrigados a afirmar que em nenhum dos quatro municípios estudados encontramos extensão plenamente adequada dos seis atributos da APS. Os principais obstáculos observados foram:

- a rotatividade de profissionais (Aracaju, Belo Horizonte) e suas implicações frente à longitudinalidade;
- a dificuldade de acesso, principalmente frente à demanda espontânea da população (Aracaju, Florianópolis)¹⁹;
- a desvalorização do papel do médico generalista (ou Médico de Família e Comunidade) com incorporação de outros especialistas (ginecologistas, pediatras, clínicos) nos serviços de APS (Aracaju, BH) com prejuízo à integralidade devido à fragmentação do cuidado;
- o difícil estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência que impede a APS de incorporar o papel de centro de comunicação da rede integrada de atenção (Aracaju, BH, Curitiba e, em menor escala, Florianópolis);
- a ausência de mecanismos formais e sistemáticos que reforcem a abordagem familiar (uso de genograma, prontuário familiar, etc. – todos os municípios);
- o uso ainda restrito de estratégias de identificação das necessidades e expectativas em saúde da população.

PONTOS FORTES

Por outro lado, sem prescindir de um olhar histórico e processual sobre a construção de um sistema universal de saúde com base na atenção primária no Brasil, não é difícil identificar inúmeras ações presentes nos municípios estudados que tendem a fortalecer continuamente a APS, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família. Florianópolis, por exemplo, realiza, desde 2004, concurso público para a categoria médica na Estratégia Saúde da Família com exigência do título de especialista em Medicina de Família e Comunidade. Dessa forma, cerca de 65-70% dos médicos da ESF de Florianópolis são especialistas em Atenção Primária à Saúde, isso é, Médicos de Família e Comunidade.

Outras iniciativas pontuais surgem espontaneamente nas equipes de Saúde da Família podendo representar estratégias de superação de dificuldades. Uma dessas estratégias é o Grupo de Marcação de Consultas da Unidade de Saúde da

Família do Saco Grande, também em Florianópolis, que parece facilitar o acesso a consultas agendadas daquela comunidade.

Apesar de todos os municípios terem desenvolvido estratégias, intervenções e/ou inovações que fortaleçam a APS, como mostraremos na seção seguinte, Curitiba se destaca dos demais por ter incorporado os atributos da APS e os princípios do SUS na organização da rede municipal desde o início da década de 90. A priorização da APS na rede municipal de saúde de Curitiba se reflete nos resultados do estudo de Chomatas²⁰ que, ao medir a presença e a extensão dos atributos da APS por meio da percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, pôde demonstrar que os atributos da APS se apresentam com adequada extensão em ambos tipos de unidades de saúde, Tradicionais ou Saúde da Família, com exceção da limitação de acesso de primeiro contato para os dois tipos de unidades e da longitudinalidade para as Unidades Tradicionais. Ao comparar os dois tipos de Unidades, Chomatas identificou que os escores – as notas – para todos os atributos foram sistemática e significativamente maiores para as Unidades de Saúde da Família. Esse estudo mostra que a opção desses municípios em fortalecer a APS por meio da Estratégia Saúde da Família foi acertada. E, caso essa priorização política permaneça, é possível afirmar que maiores avanços sobre os indicadores de saúde e maior satisfação da população serão alcançados.

Grupo de Marcação de Consultas da Unidade de Saúde da Família de Saco Grande, Florianópolis.

A Unidade de Saco Grande em Florianópolis desenvolveu uma estratégia diferente de acolhimento, o Grupo de Marcação de Consultas, com ótimos resultados frente à garantia de acesso da população.

Equipes de Saúde da Família do Saco Grande: organização das demandas espontânea e programada

O Centro de Saúde Saco Grande, localizado na Regional Leste da Ilha de Santa Catarina, é composto atualmente por seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os pressupostos que norteiam o processo de trabalho dessas equipes, além dos sugeridos pelas Políticas Nacional e Municipal da Atenção Básica e pela Política Nacional de Humanização (PNH), estão baseados na confiança incondicional no ser humano, na certeza de que novas experiências podem ser criadas e recriadas a todo o momento e limitados apenas pelo comprometimento e imaginação de todos os envolvidos. Somente a partir dessas certezas é que se tornou possível implantar e implementar as mudanças que estão ocorrendo no processo de trabalho dessas equipes. Dentre as mudanças ocorridas recentemente destaca-se o modelo alcançado para a organização das demandas espontânea e programada num cenário de seis equipes da ESF trabalhando em conjunto numa mesma unidade de saúde.

Demanda programada: os Grupos de Marcação de Consultas (GMC)

Semanalmente, em turno fixo e horário definido para cada uma das seis equipes da ESF, é realizado o agendamento de consultas médicas, de enfermagem e de odontologia através dos GMC. É um local de encontro da equipe com as pessoas da comunidade, sendo realizado com a participação de todos os profissionais: médico (destaca-se que as seis equipes são compostas por profissionais com residência médica em Medicina de Família e Comunidade), enfermeiro, odontólogo, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. É também o momento destinado para a renovação de receitas e verificação de exames daqueles que já estão em acompanhamento. As seis equipes trabalham com área adscrita definida e, assim, conseqüentemente, as pessoas participam do seu agendamento no dia destinado a sua equipe (ver a seguir). Cada equipe organiza esse momento de modo peculiar, ora realizando momentos coletivos de discussão, ora de conversas individualizadas com escuta qualificada e ordenamento da demanda. Como todos que vêm tem sua demanda acolhida com base na escuta qualificada, tal ferramenta propicia que algumas situações sejam resolvidas ali mesmo, sem a necessidade de

agendamento de outro horário, o que não é possível no modelo de agendamento tradicional (no balcão da unidade ou com a equipe administrativa). Os momentos coletivos são realizados através de rodas de conversa e a equipe planeja previamente o tema de cada encontro (participação no controle social, funcionamento da equipe, a Estratégia Saúde da Família e o SUS, entre outros). Os GMC têm como proposta o resgate do espírito democrático, da autonomia e co-responsabilização de todos. Essa iniciativa foi construída em conjunto e com a aprovação do Conselho Local de Saúde. Ressalta-se que as consultas são agendadas dentro da própria semana. Em alguns momentos, quando não há disponibilidade de horários para consultas a todos aqueles que buscam por esse tipo de atendimento, essa situação é problematizada por todos e resolvida, na grande maioria das vezes, com alguns moradores, entendendo as situações de urgência de seus pares, cedendo seus horários e retornando nas semanas subsequentes ou com a equipe utilizando sua reserva de horários destinados aos atendimentos de demanda espontânea e agendando assim essas situações. O importante é que a própria equipe (médico, enfermeiro, odontólogo) pode gerenciar sua agenda de forma livre, comprometida com a comunidade e visando organizar e adequar a demanda de atendimento aos horários da sua semana de trabalho.

Demanda espontânea: o acolhimento realizado por área adscrita a cada equipe de ESF

Todos os moradores que chegam à unidade de saúde demandando avaliações pontuais ou de urgência são acolhidos pelos trabalhadores das suas equipes da ESF e atendidos pelos profissionais das mesmas. As equipes destinam entre uma hora e meia a duas horas de sua agenda de atendimentos para a realização do acolhimento da demanda espontânea. As pessoas são orientadas (já com ampla divulgação e conhecimento de toda a comunidade) a chegar ao centro de saúde para a escuta de sua demanda espontânea entre 8 e 9 horas pelo turno da manhã e entre 13 e 14 horas pelo turno da tarde. Durante todos os turnos de trabalho as seis equipes da ESF estão disponíveis para esse tipo de atendimento nesses horários e destinam todas as outras atividades (atendimento individual programado, grupos, reuniões) para a segunda metade da manhã ou tarde. Isso possibilita acesso facilitado com fortalecimento da longitudinalidade e vínculo profissional-pessoa. Destaca-se também que a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) também executa o mesmo modelo, funcionando de suporte nos mesmos horários para o acolhimento das equipes da ESF caso elas demandem uma situação relacionada às áreas de atuação do NASF (principalmente no que diz respeito ao serviço social e psicologia). Os casos de demanda espontânea que eventualmente surgem fora dos horários descritos anteriormente são avaliados (inicialmente pelo técnico em enfermagem e enfermeiro) e solucionados levando-se em consideração cada

situação: retorno no próximo turno, orientações do técnico, consulta de enfermagem ou interconsulta enfermeiro-médico. No momento atual, a equipe trabalha com o desenvolvimento e adaptação de protocolos de atendimento da demanda espontânea para as equipes da ESF.

Para mais informações, visite o *blog* “Acontece de Tudo no Saco”: <http://sacograndefloripa.blogspot.com/>

Autores: Carlo Roberto Hackmann da Cunha, médico de família do Centro de Saúde Saco Grande, e Marly Denise Wuerges de Aquino, enfermeira e coordenadora do Centro de Saúde Saco Grande.

Fortalecimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde em Curitiba por meio da Estratégia Saúde da Família.

Avaliação da Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária na Rede Básica de Saúde no Município de Curitiba, no ano de 2008.

O aumento da cobertura das equipes de Saúde da Família nos últimos anos no território brasileiro e os desafios decorrentes dessa expansão, incluindo a necessidade do maior aporte de recursos financeiros associada à dificuldade da captação dos profissionais médicos, levam muitos gestores municipais a questionarem o impacto na qualidade da atenção primária produzido no país através do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Curitiba, desde a década de 70, vem construindo sua rede de Atenção Primária à Saúde (APS) baseada em dois modelos: o tradicional, que incorpora médicos especialistas (pediatria, gineco-obstetras e clínica) nas áreas básicas, além de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários e profissionais da odontologia, e outro fundamentado na Estratégia Saúde da Família que atua com médicos generalistas e demais categorias profissionais do modelo anterior.

Em razão de pesquisa decorrente de mestrado profissional, foi realizado um estudo que avaliou a presença e extensão dos atributos da APS em Curitiba, no ano de 2008, comparando unidades que atuam com o modelo tradicional e unidades com o modelo da Estratégia Saúde da Família.

Para levantar os dados primários foi utilizado um questionário estruturado denominado Primary Care Assessment Tool formulado por Starfield e colaboradores, validado no Brasil (PCATool-Brasil), aplicado para profissionais médicos e enfermeiros atuantes na época da pesquisa nas unidades de saúde do município.

Esse instrumento avalia a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde e estão divididos em essenciais: acesso (primeiro contato com o serviço de saúde), longitudinalidade (quando a unidade identifica a população eletiva e o usuário reconhece o serviço como fonte de atenção), integralidade (são as ações que a unidade de saúde deve fazer para que o usuário receba todos os serviços de atenção à saúde que necessita, mesmo que esses não possam ser oferecidos dentro da unidade) e coordenação (quando o serviço de atenção primária é capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe nos diferentes pontos de atenção, seja porque é realizado pelo mesmo profissional ou por uso de prontuários eletrônicos ou ambos) e derivados: orientação familiar (conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades), orientação comunitária (conhecimento das necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como planejamento e avaliação conjunta dos serviços) e competência cultural (reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações definidas pelas características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais).

Os resultados do estudo indicam que nas unidades com Estratégia Saúde da Família os valores encontrados para os atributos acessibilidade, longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária são significativamente maiores que nas unidades que atuam com o modelo tradicional.

Outro resultado interessante demonstrado é a existência de associação positiva das unidades com ESF e da formação em medicina de família ou enfermagem comunitária com melhores resultados da APS. Podemos concluir que na avaliação dos profissionais, os resultados do estudo evidenciam que em Curitiba as unidades com ESF apresentam maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde.

Autoria: Eliane R. V. Chomatas
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A disponibilização de serviços especializados no lugar e tempo mais adequados, os quais devem ocorrer, preferencialmente, em ambientes ambulatoriais caracteriza mais esse atributo das redes integradas. A adequação da oferta desses serviços de atenção especializada deve responder às necessidades em

saúde da população e considerar os processos de substituição que buscam oferecer o cuidado no local mais apropriado do contínuo de serviços de saúde. A atenção especializada, idealmente, deve ocorrer em um ponto com adequada comunicação com os demais, preferencialmente através de prontuário eletrônico único, governada e regulada pela APS por meio de classificação de risco dos pacientes, com decisões clínicas orientadas por linhas-guias baseadas em evidências, reforçadas pelo uso de ferramentas de gestão da clínica, ampliando seu escopo de atuação não só na área assistencial, mas também com ações de supervisão, educação e pesquisa junto ao restante da rede.

Observamos que nos quatro municípios avaliados a meta de qualificar e integrar a atenção especializada está presente nas decisões da gestão municipal. Entretanto, a oferta da mesma segue baseada mais na produção histórica e na Portaria 1.101²¹, de 2002, do Ministério da Saúde, que na identificação das reais necessidades da população.

OS GARGALOS

Gargalos importantes de acesso a alguns tipos de especialidades médicas e/ou procedimentos diagnóstico/terapêuticos estão presentes em maior ou menor grau em todos os municípios, com a consequente presença de listas de espera deletérias para as condições de saúde dos usuários. Todos os quatro municípios vêm qualificando seus sistemas de regulação, mas a incorporação de classificação de risco sistemática para as condições mais frequentes ainda não é uma realidade.

Além disso, a integração da atenção especializada à rede de atenção primária é desafio difícil de ser superado. A incorporação de prontuário eletrônico único em Florianópolis é uma intervenção que auxilia muito a superação desse desafio (ver página 87). No mesmo sentido, tanto Florianópolis como Belo Horizonte vêm apostando em ações de matriciamento, principalmente em saúde mental. Em outra estratégia, o programa Mãe Curitibana de atenção pré-natal é o melhor exemplo, entre os observados, de linha-guia com resultados palpáveis sobre saúde materno-infantil, como pode se observar na página 99, com Curitiba apresen-

tando 9,8 mortes por mil nascidos vivos no ano de 2008. Essas intervenções, se ampliadas, poderão auxiliar na adequação e integração da atenção especializada à rede de atenção.

Estabelecimento de parâmetros é a melhor maneira de planejar a oferta de consultas e procedimentos em atenção primária e atenção especializada?

A Portaria 1.101 de 2002, do Ministério da Saúde, estabeleceu parâmetros para a oferta da grande maioria de tipos de consultas e procedimentos tanto em APS, como em outros níveis assistenciais (consultas especializadas, internações). Sem dúvida, o estabelecimento desses parâmetros significou um avanço para o planejamento, monitoramento e avaliação de consultas e procedimentos no SUS.

Entretanto, por se basear principalmente na produção histórica do que já era oferecido no SUS, esses parâmetros são atualmente inadequados para planejamento da oferta de consultas e procedimentos em saúde frente à mudança do perfil epidemiológico de nossa população. É fácil perceber essa insuficiência quando analisamos os parâmetros de distribuição etária da população estabelecidos na Portaria, indicando que a população com menos de 15 anos representa cerca de 30% do total de população, quando, atualmente, nos quatro municípios visitados, a população com menos de 15 anos varia de 20-25% do total.

É imprescindível que a oferta de consultas e procedimentos em saúde sejam planejados e programados com base no reconhecimento dos reais indicadores epidemiológicos dos agravos mais frequentes, respeitando as particularidades e especificidades de cada região, e não em parâmetros históricos. Esses tendem a preservar os obstáculos e dificuldades de acesso da população a consultas e procedimentos em saúde, cristalizando os gargalos de acesso ao SUS observados nos diferentes municípios.

A oferta de serviços deve ser planejada de acordo com a necessidade real das pessoas e não de acordo com o histórico de oferta prévia e insuficiente!

MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL

A existência de mecanismos sistemáticos e formais de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção é condição *sine qua non* para o funcionamento de uma rede integrada de atenção à saúde. Esses mecanismos assumem ainda maior importância frente a nossa realidade epidemiológica atual, onde as doenças crônicas e a multimorbidade (presença de múltiplas doenças ao mesmo tempo

em um indivíduo) tem cada vez maior prevalência, exigindo intervenções com origens em diferentes serviços de apoio diagnóstico/terapêutico, além de serviços de reabilitação. Alguns exemplos de mecanismo de coordenação assistencial são o prontuário clínico unificado para todos os níveis assistenciais, uso de trajetórias clínicas, protocolos clínicos e linhas-guia, sistemas de referência e contrarreferência efetivos, realização de interconsultas, relatórios de alta hospitalar, sessões clínicas integradas entre níveis assistenciais, rotatividade de pessoal entre diferentes níveis assistenciais, uso de ferramentas da gestão da clínica, como gestão de casos e gestão de patologias, além de estratégias de telemedicina e telessaúde.

Como afirmamos no apartado sobre APS, talvez o atributo coordenação ainda seja o mais incipiente nos quatro municípios avaliados. Positivamente, todos os gestores entrevistados também dividem essa opinião e têm buscado, junto a sua equipe de gestão e à rede de serviços, incorporar mecanismos de coordenação assistencial que fortaleçam o papel coordenador da APS. Entre esses, já citamos o prontuário eletrônico unificado em Florianópolis, a linha-guia Mãe Curitibana nesse município, e o matriciamento em saúde mental em BH e Florianópolis (ver página 94).

DIFICULDADES PARA A COORDENAÇÃO

Há várias outras estratégias em andamento, mas duas das principais dificuldades observadas são a presença de fluxo restrito de informação sobre os pacientes entre os níveis assistenciais e a excessiva falta de compartilhamento de responsabilidade entre níveis assistenciais no cuidado do paciente. O prontuário eletrônico unificado de Florianópolis é o melhor exemplo de tentativa de melhorar o fluxo de informação, mas ele não é empregado pelos hospitais e ambulatórios conveniados à rede municipal.

Quanto a criar condições para o compartilhamento de responsabilidades, só será possível quando os profissionais da rede tiverem conhecimento concreto das suas atribuições, responsabilidades e capacidade de resolução de problemas de saúde dos pacientes em cada um dos níveis ou pontos assistenciais. Isso só é

possível a partir da implantação de efetivos mecanismos de comunicação entre esses níveis assistenciais e da criação de espaços de convivência profissional entre os diferentes profissionais. Todos os quatro municípios têm tentado aumentar a relação entre os diferentes níveis de assistência a partir de estratégias de educação permanente em saúde com a presença de profissionais de diferentes serviços, como explicitaremos mais adiante.

Exemplos de mecanismos de coordenação assistencial.

- Prontuário clínico eletrônico unificado para todos os níveis assistenciais (ver página 87).
- Trajetórias clínicas, isso é, análise do percurso terapêutico empreendido por pacientes com problemas frequentes.
- Protocolos clínicos e linhas-guia (ver página 99 sobre Mãe Curitibana).
- Sistemas de referência (encaminhamentos) e contrarreferência efetivos, com boa troca de informação e conduta compartilhada entre profissionais.
- Interconsultas entre médicos e profissionais de APS com médicos especialistas ou outros profissionais de saúde (psicólogos, fisioterapeutas, etc).
- Relatórios de alta hospitalar completos, preferencialmente informatizados, dentro do prontuário único do paciente.
- Sessões clínicas integradas entre profissionais de diferentes níveis assistenciais.
- Rotatividade de pessoal entre diferentes níveis assistenciais, como por exemplo nas iniciativas de matriciamento (ver página 94).
- Gestão da clínica, como gestão de casos e gestão de patologias.

TIPO DE CUIDADO

O tipo de cuidado, o modelo assistencial, esperado para as redes integradas é o cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, e não apenas no problema de saúde momentâneo apresentado pelo paciente. É a tão cantada abordagem biopsicossocial, retroalimentada pelos atributos de orientação familiar e comunitária característicos da APS.

Esse tipo de cuidado está presente no discurso de todos os entrevistados nos quatro municípios e efetivamente é realizado por muitas das Unidades Básicas de

Saúde. Aracaju incluiu nas Unidades de Saúde da Família a figura do assistente social, o que ampliou a capacidade da Unidade em realizar ações intersetoriais, além de ampliar a participação social da comunidade junto aos Conselhos de Saúde (locais e distritais). Curitiba, no mesmo sentido, tem um histórico de fortalecimento do controle social, com boa participação da comunidade em seus conselhos. Belo Horizonte realizou em 2009 uma estratégia de planejamento da APS, com oficinas descentralizadas nas Unidades, com fluxo ascendente para o nível distrital e municipal, com intensa discussão por toda a rede de saúde sobre qual modelo de atenção deveria estar presente no dia-a-dia das Unidades de Saúde.

Assistente Social como Integrante da ESF em Aracaju.

Um dos atributos das redes integradas de atenção à saúde, conforme documento da OPAS/OMS já citado¹⁷, é a realização de ações intersetoriais amplas. Para tanto é sugerido que as redes integradas desenvolvam vínculos com outros setores a fim de abordar os determinantes mais distais do processo saúde-doença. Aracaju, município que enfrenta situações de extrema vulnerabilidade socioeconômica, decidiu incluir nas Unidades de Saúde da Família outra categoria profissional: o assistente social. Cada Unidade de Saúde da Família conta com um assistente social responsável, principalmente, por estimular as ações coletivas em saúde. Participa pontual ou continuamente nas atividades em grupo realizadas na Unidade com o intuito de envolver a participação de outros setores sociais da Prefeitura e outras instituições no enfrentamento dos determinantes de risco e doença.

Além disso, o assistente social tem a função de promover a participação da comunidade e suas associações nos fóruns de controle social, principalmente os conselhos locais de saúde, identificando e apoiando lideranças comunitárias. Para tanto, trabalha muito próximo das escolas, dos Conselhos Tutelares e de todas as formas de associativismo existente nas comunidades: grupos religiosos, associações de bairros, outros. Também é de sua responsabilidade a integração da Unidade de Saúde da Família com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o cadastramento e monitoramento do Programa Bolsa-Família e a produção de relatórios para o Ministério Público quando há identificação de uma situação de risco social, violência ou denúncias de maus-tratos.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

O cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, infelizmente, não é uma realidade para todas as equipes de Saúde da Família desses municípios devido à dificuldade de contar com profissionais adequadamente formados para tal. Apesar de inúmeras estratégias de educação permanente terem esse objetivo, a rotatividade profissional aparece como outro limitador. Foi interessante perceber, em Curitiba, que as Unidades de Saúde da Família conseguiram mais efetivamente implantar o cuidado centrado na pessoa que as Unidades Básicas Tradicionais de acordo com discurso de todos os gestores, profissionais e pacientes entrevistados. O estudo de Chomatas²⁰, já citado anteriormente, corrobora esses discursos, demonstrando maior extensão dos atributos integralidade, orientação familiar e comunitária junto às Unidades de Saúde da Família que nas Unidades Básicas Tradicionais.

Oficinas de Qualificação da Atenção Primária de Belo Horizonte.

Estratégias de qualificação da Atenção Primária à Saúde têm sido desenvolvidas por inúmeras Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais tendo como pressupostos os princípios da Educação Permanente em Saúde. Assim, aspectos relacionados ao fortalecimento da APS como o planejamento das ações, organização e qualidade da assistência, operacionalização, avaliação e monitoramento de ações que visam melhorar os resultados sobre indicadores de saúde são comumente foco de capacitações, oficinas e cursos desenvolvidos por esses entes federativos.

Alguns municípios como Belo Horizonte e Aracaju têm estruturado boas estratégias de qualificação da atenção em APS. Em Belo Horizonte foi desenvolvido um conjunto de Oficinas de Qualificação da Atenção Primária, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde. Essas oficinas apresentam momentos de concentração (momentos presenciais de incorporação de conhecimentos) e dispersão (atividades aplicadas aos serviços) de forma ascendente e participativa, partindo das equipes de Saúde da Família, passando pelos Distritos Sanitários até chegar ao nível central da Secretaria Municipal. Essas oficinas são o plano de ação para se alcançar o objetivo de fortalecer a ESF como eixo estruturador do SUS-BH que consta em seu Plano Macroestratégico para o período 2009-2012.

Em Belo Horizonte, o plano SUS-BH tem como objetivo a redução das internações por condições sensíveis para 10% do total de internações até o ano de 2012. Objetivos específicos são pormenorizados através de outros indicadores como

cobertura de pré-natal com 7 ou mais consultas, de exames citopatológicos em mulheres entre 25 e 59 anos e a redução da mortalidade materna. Nesse sentido, as oficinas de qualificação buscam atender ao desafio proposto pelo plano, mas também envolver os 145 centros de saúde nos processos de:

- normalização de eixo comum do cotidiano de equipes e trabalhadores;
- diagnóstico comunitário, cadastramento e territorialização;
- humanização, acolhimento dos usuários e organização da atenção por ciclos de vida e das urgências por graus de risco;
- vigilância em saúde no território;
- implantação das Tecnologias de Informação em Saúde (cartão SUS e prontuário eletrônico);
- organização dos fluxos entre APS, transporte sanitário e regulação;
- discussão de apoio diagnóstico e terapêutico;
- implantação do programa de bonificação variável (definição de metas e contratualização com equipes);
- fortalecimento do controle social
- implantação da gestão da clínica (linhas-guia e gestão de patologia).

Essas oficinas são realizadas para todos os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e posteriormente para os profissionais que prestam suporte a essas equipes (ginecologistas, pediatras, nutricionistas, psicólogos,...). Em Minas Gerais, aproximadamente 5.000 oficinas serão realizadas e 10.000 profissionais receberão esse treinamento no período 2009-2012, o que aprofunda o entendimento sistêmico da rede com a adoção de exemplos de boas práticas em saúde da própria rede com o objetivo de homogeneizar as práticas em APS e gerenciar os riscos em saúde no contexto do território. Em Belo Horizonte, 580 profissionais de saúde serão divididos em múltiplas turmas. As oficinas iniciaram em outubro de 2009 com duas turmas de profissionais. Salienta-se que as noções de território, de matriciamento, de vigilância em saúde e dos fluxos da rede são importantes tópicos trabalhados nas oficinas de qualificação o que contribui para reafirmar o que foi verificado e referido por todos os atores entrevistados em Belo Horizonte: a rede de assistência tem clareza sobre sua hierarquização e sua organização nos distritos sanitários e reconhece seus fluxos. Essas são qualidades totalmente desejáveis para a construção das redes integradas em saúde pelas municipalidades.

RECURSOS HUMANOS

Uma rede formada por recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema é a pedra fundamental para a consolidação das redes integradas. Entretanto, esse é o maior empecilho observado em todos os

municípios. A opção por concurso público para a APS foi unânime, há planos de carreira em todos, assim como a presença de estratégias de educação permanente. Mas, a oferta de profissionais adequadamente formados para trabalhar em APS é insuficiente. Curitiba já percebeu a superioridade das Unidades de Saúde da Família frente às Unidades Básicas Tradicionais para a qualificação do seu processo de atenção, mas, entre outros motivos, a inexistência de profissionais, principalmente médicos de família, formados para trabalhar em APS impede uma maior ‘conversão’ das Unidades. Nesse sentido, esse município, assim como Florianópolis e BH, tem dedicado inúmeros esforços organizacionais e financeiros para ampliar a residência médica de medicina de família. Outra estratégia fundamental para a adequação dos profissionais de saúde às necessidades em saúde da população e às ações estratégicas das redes de atenção à saúde é a aposta na educação permanente.

Por outro lado, a inclusão de ginecologistas, pediatras e clínicos junto às equipes de saúde da família, a fim de ampliar o acesso ao médico frente a escassez de médicos de família, comum a Aracaju e BH, pode representar um risco potencial importante no sentido de fragmentar o cuidado e impedir o alcance da integralidade e da abordagem familiar na atenção às comunidades adscritas. Florianópolis, por outro lado, tem assegurado grande proporção de médicos especialistas em APS na ESF por meio da exigência de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade em seus concursos públicos.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Um sistema de informação integrado, contando com prontuário eletrônico unificado e que vincula todos os serviços de saúde da rede é o aspecto de estrutura de comunicação fundamental para a consolidação das redes integradas. Esse sistema deve prover uma grande variedade de dados para atender a todas as necessidades de informação dos diferentes profissionais e serviços da rede. Os dados presentes nesse sistema devem estar alinhados ao tipo de cuidado buscado, contando com informações do indivíduo em toda sua complexidade, de sua família e comunidade, idealmente com base georreferenciada forte. Ao vincular

todos os serviços de saúde, os serviços de apoio, os serviços de saúde pública e a gestão, se constitui no principal mecanismo de coordenação assistencial.

A CONTRIBUIÇÃO OPAS/OMS

Conforme a OPAS¹⁷, o sistema de informação deve proporcionar informação sobre: a situação de saúde da população, incluindo os determinantes de saúde; a demanda e utilização dos serviços; a trajetória do paciente independente de local de atenção; informação clínica completa; informação sobre satisfação dos usuários; e informação econômica. Elementos fundamentais desse sistema são: acessibilidade para toda a rede; identificador comum e único dos pacientes; definição comum de termos; confidencialidade e níveis hierarquizados de acesso de acordo com atribuições e funções de cada categoria profissional; e, idealmente, sistemas de apoio para decisão clínica.

Com exceção de Aracaju, os outros três municípios estudados têm sistemas de informação com potencial de ser o elemento estruturador de comunicação entre os diferentes serviços e níveis assistenciais. Uma dificuldade comum a todos eles é a não incorporação do sistema de informação por serviços que fazem parte da rede municipal, mas não estão sob gestão direta da secretaria municipal de saúde, como, por exemplo, os hospitais universitários, serviços de apoio diagnóstico contratados, etc. Florianópolis e Curitiba, sob nosso ponto de vista, possuem o sistema de informação mais aprimorado para atender aos pré-requisitos citados acima, inclusive com sistemas de apoio para decisão clínica e integração de funções assistenciais com funções gerenciais.

Comparação do tipo de prontuário clínico utilizado em Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, 2009.

Município	Presença de prontuário eletrônico	Prontuário familiar	Prontuário único para toda a rede assistencial	Grau de integração do prontuário entre a Atenção Primária e a rede especializada
Aracaju	Não	Não	Não	Nenhuma
Belo Horizonte	Sim	Não	Sim, para rede própria Não, para serviços contratualizados	Parcial
Curitiba	Sim	Não	Sim, para rede própria Informação sucinta referente à realização de procedimentos na rede contratualizada	Parcial
Florianópolis	Sim	Não	Sim, para rede própria Não, para serviços contratualizados	Parcial

INSTRUMENTOS E PRÁTICAS INOVADORAS NA GESTÃO DA APS

Na sequência, descreveremos experiências dos quatro municípios – Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis – caracterizadas como inovações ou intervenções que tenham obtido sucesso no fortalecimento da APS, principalmente no alcance de uma prática efetiva de coordenação do cuidado individual com garantia da sua integralidade e/ou de alto grau de efetividade clínica das equipes de Saúde da Família frente aos problemas de saúde mais frequentes

PRIORIZAÇÃO, POLÍTICA E GARANTIA DA CONTINUIDADE

Um fator fundamental em comum nos quatro municípios avaliados é a priorização que a saúde tem no contexto da gestão municipal. Em todas essas capitais, o orçamento municipal para a saúde é crescente nos últimos anos, tendo

atingido, em todas elas, valores próximos a 20% do total do orçamento, sem contar investimentos em saneamento básico.

Mas além de investir mais, elas investem melhor. Essas capitais apresentam como base da organização de suas redes municipais de saúde a Atenção Primária à Saúde, com grande cobertura da Estratégia Saúde da Família. Nesses municípios, a priorização política da atenção primária foi materializada através de compromissos do gestor municipal e da transformação desses compromissos em planos municipais, leis, decretos e portarias que orientam a rede municipal e colocam a APS como base da rede assistencial. Para tanto, múltiplos aliados foram buscados: os profissionais de saúde da rede, lideranças e chefias da própria estrutura organizativa das secretarias, mas, fundamentalmente, o apoio da população, por meio da legitimidade das equipes de APS em se responsabilizar pela atenção à saúde, e de sua representação junto aos Conselhos de Saúde, municipais e locais. Leis, decretos e portarias foram construídos com o intuito de garantir a continuidade da política de priorização da atenção primária em saúde e os avanços na organização da rede e dos modelos assistenciais criados.

Itens essenciais para a priorização política e garantia de continuidade do fortalecimento da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família

- Discutir e acordar, se possível, com os profissionais da rede assistencial e com as instâncias de controle social (Conselho municipal de Saúde, por exemplo) a necessidade de se priorizar a APS e ESF para atender às necessidades em saúde da população.
- Definir APS/ESF como prioridade da gestão municipal em saúde e da gestão política do município.
- Registrar, preferencialmente em portaria ou lei municipal, essa priorização.
- Criar Contratos de Gestão entre Secretaria Municipal de Saúde e Coordenações de Distritos Sanitários e de Serviços de Saúde que estabeleçam objetivos, metas, responsabilidades e critérios de controle e avaliação que confirmem a priorização da APS/ESF.

Outro fator em comum entre essas capitais se deve ao fato de que a gestão municipal optou pela vinculação de seus recursos humanos para APS através de concurso público, ou seja, médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfer-

magem e, inclusive, em alguns casos, agentes comunitários seguem o estatuto do servidor municipal.

CONTINUIDADE ASSEGURADA

Todas as capitais avaliadas buscaram, após período de grande crescimento da cobertura populacional da estratégia saúde da família – ou da rede de APS, no caso de Curitiba – construir mecanismos que garantissem a continuidade da priorização da atenção primária e da reorientação da rede municipal de saúde.

Em Florianópolis, a Portaria do Gabinete da SMS nº 283/2007²² pormenoriza o papel da atenção primária, as diretrizes de funcionamento das unidades de APS municipais, a garantia de turno para reunião de equipe, qualifica as competências de cada profissional de saúde que atua na APS e, principalmente, uniformiza a forma de trabalhar o planejamento e a assistência entre as Unidades de Saúde. Essa portaria se configura em uma inovação normativa de grande importância para garantir a continuidade política da ênfase do município em organizar sua rede de atenção à saúde com base na APS/ESF. Adicionalmente, esses documentos foram fundamentais para articular e integrar os novos serviços que estavam sendo estruturados na atenção secundária (Policlínicas e Unidades de Pronto-Atendimento) e os novos compromissos assumidos com a assinatura do Pacto pela Saúde ainda em 2007.

A Lei Municipal nº 5.344 de Florianópolis já estabelecia sumariamente as linhas gerais de funcionamento do então chamado Programa Saúde da Família (PSF), e estabelecia o pagamento de gratificação para os servidores que atuassem em serviços de Saúde da Família. Em 2008, o Decreto Municipal nº 5.975 reafirmou e garantiu que a atenção primária à saúde é a porta de entrada da rede municipal de saúde e que a APS coordena hierarquicamente a rede municipal. Esse decreto procurou sintetizar para os demais atores a nova lógica proposta para a rede municipal de saúde.

A construção desses instrumentos jurídico-legais ocorreu a partir da sugestão de assessores e da iniciativa do gestor municipal de que questões importantes no processo de re-estruturação da rede precisavam ser de alguma forma assegurados frente a mudanças na composição e interesses políticos no município. A proposta da Portaria 283 incorporou em grande parte as linhas gerais da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde³, mas adequou seus itens à realidade local. O documento preliminar foi apreciado e aprimorado por um colegiado composto pelas coordenações e direções da SMS. Infelizmente, o processo de formulação dessa portaria não se caracterizou por incluir os profissionais em um fluxo ascendente de construção devido aos prazos envolvidos para o mesmo.

Posteriormente outras portarias e decretos foram assinados como as Portarias nº 257, 243, 247. Esses instrumentos jurídicos buscaram garantir que os cargos de coordenação e chefias junto às equipes de saúde e aos distritos recebessem gratificações diferenciadas pela função administrativa e de tomada de decisão assumidas. Esses instrumentos são fundamentais para qualificação da gestão, invertendo a lógica de que quem não está na assistência não é valorizado por suas atividades gerenciais.

Em Curitiba e Belo Horizonte, desde o início dos anos 90 e início do novo século, respectivamente, as sucessivas gestões municipais têm reforçado o papel da APS como ordenadora da rede de atenção. Curitiba realiza conferências municipais de saúde a cada dois anos, cujas deliberações são seguidas pelo gestor e fiscalizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. A novidade nesse processo de Curitiba é que o conteúdo das deliberações da Conferência alimenta os Contratos de Gestão que são assumidos pelos coordenadores dos distritos sanitários e pelos coordenadores dos serviços de saúde, inclusive as Unidades Básicas de Saúde, monitoradas trimestralmente na busca de atingir as metas estabelecidas²³.

Contratos de Gestão de Curitiba.

Desde 2002, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba firma Contratos de Gestão entre a SMS e os Distritos Sanitários e também com as Unidades Básicas de Saúde. Esses termos têm “...sua base formulada em cláusulas, que na verdade constituem as pactuações de responsabilidades entre (todas) as partes envolvidas”²⁴. Essa pactuação estabelece objetivos, metas, responsabilidades e critérios de monitoramento e avaliação baseados em indicadores de saúde e de processo de trabalho definidos anteriormente nas Conferências Municipais de Saúde, mas contextualizados à realidade socio sanitária de cada Distrito ou Unidade de Saúde. O Contrato tem duração de um ano, mas suas metas são monitoradas trimestralmente a fim de permitir reflexão e mudanças de rumo. São como termos de compromisso que buscam a qualificação da prática assistencial e ainda servem como base para a implantação de incentivos financeiros para a equipe de saúde pelo alcance das metas estabelecidas.

Como é afirmado no próprio *website* da SMS de Curitiba, os contratos de Gestão são baseados “... na negociação de metas, discutidas com as equipes de saúde, considerando capacidade instalada e peculiaridades do território, os termos são operacionalizados através dos Planos Operativos Anuais, ferramenta importante de gestão para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, permitindo o monitoramento e a avaliação dos resultados pelos profissionais para o redirecionamento das ações, quando necessário.”

Para o Ministério da Saúde, os Contratos de Gestão de Curitiba são um exemplo de “Boa Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde”²⁴.

No Anexo 1, pode-se ver um modelo do Contrato de Gestão de Curitiba.

GESTÃO QUALIFICADA

A força da APS como ordenadora da rede integrada de atenção à saúde depende em muito da gestão da rede como um todo e, também, da gestão dos próprios serviços de atenção primária. Podemos, dessa forma, falar em dois contextos de gestão: o geral, dirigido ao conjunto da rede de serviços de saúde, e o específico dos serviços de APS. O primeiro é papel da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que equilibra os múltiplos interesses, por vezes conflitantes, dos serviços de saúde que constituem a rede municipal, mantendo sempre o rumo do fortalecimento da APS. A SMS deve garantir que a ampliação da rede, em número de serviços e em seus diferentes graus de incorporação tecnológica (dura

e leve), na busca de atender às necessidades em saúde da população, não enfraqueçam o papel de porta-de-entrada e de coordenação do cuidado dos serviços de APS. O segundo 'contexto' de gestão, específico dos serviços de APS, passa pelas atribuições e definições da SMS, mas é exercida no dia-a-dia pela chefia das Unidades, com ou sem colegiados gestores, mas com apoio dos próximos níveis de gestão: regional ou distrital, do setor responsável pela APS na SMS, dos outros setores relacionados (vigilância, etc), do controle social, entre outros.

A qualidade da gestão da rede integrada de atenção à saúde e dos serviços de APS exige uma organização da SMS em cargos e responsabilidades que indique claramente a priorização da APS, um plano municipal de saúde que norteie o processo decisório, uma estrutura física e de comunicação adequadas, recursos humanos com formação específica e experiência em APS, valorização profissional e financeira dos diversos níveis de gestão, informação atual e confiável sobre a estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde, assim como sobre a saúde da população, mecanismos de monitoramento, avaliação e estímulo ao bom desempenho dos serviços. Nos próximos parágrafos, abordaremos cada um desses aspectos.

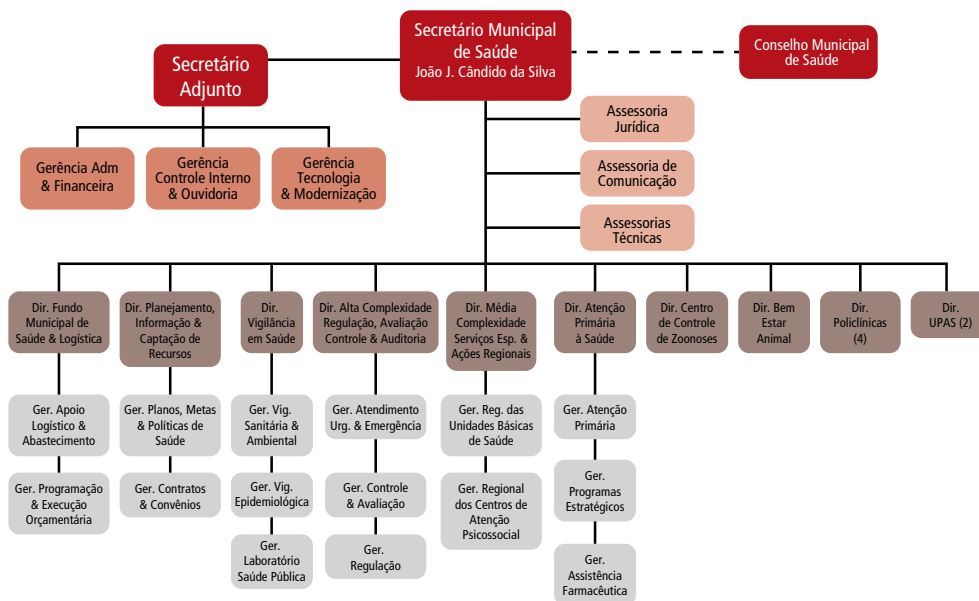
As oito exigências para a qualidade da gestão nas redes integradas de atenção à saúde.

1. Organização da SMS em cargos e responsabilidades que indique claramente a priorização da APS.
2. Plano municipal de saúde que norteie o processo decisório.
3. Estruturas física e de comunicação adequadas.
4. Recursos humanos com formação específica e experiência em APS.
5. Valorização profissional e financeira dos diversos níveis de gestão.
6. Informação atual e confiável sobre a estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde, assim como sobre a saúde da população.
7. Mecanismos de monitoramento e avaliação.
8. Mecanismos de estímulo e incentivos financeiros aos profissionais tanto da gestão como da assistência frente ao bom desempenho dos serviços.

ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Todas as quatro secretarias priorizam nos seus quadros de gestão um papel exclusivo para o responsável pela Atenção Primária à Saúde. Esse recebe diferentes nomes, mas sempre está presente nas reuniões ordinárias que regem as diferentes ações prioritárias da secretaria, assim como seus programas. Na Figura 8, ao observar a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pode-se verificar o papel da Direção de Atenção Primária, que tem sob sua responsabilidade os programas estratégicos da secretaria.

Figura 8. Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2009.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A existência de leis e portarias que garantam a priorização da APS no contexto de saúde municipal deve ser complementada pela existência de planos municipais

de saúde executáveis que subsidiem essa priorização. Belo Horizonte, por meio de seu Plano Macroestratégico 2009-2012, tem como um dos seus quatro eixos de planejamento a APS-ESF, com intuito de expandir sua cobertura, fortalecê-la como eixo estruturador do SUS-BH e otimizar o uso de Tecnologias de Informação na atenção primária. Para tanto, pretende conduzir oficinas de qualificação, e implantar estratégias de gestão da clínica e linhas-guia (linhas-de-cuidado).

Curitiba, em sua planilha que estabelece os eixos, objetivos, metas e indicadores do seu plano municipal de saúde para o período 2005-2009, tem como primeiro objetivo “avançar na implementação da saúde da família como estratégia prioritária para o desenvolvimento da atenção básica”, tendo como objetivos específicos diminuir a rotatividade dos profissionais, especialmente os médicos, ampliar o número de vagas da residência em medicina de família e fortalecer o papel da APS como ordenadora da rede de saúde municipal. Vale ressaltar que para cada objetivo específico do plano municipal de saúde de Curitiba há um conjunto de metas e indicadores que permitem o monitoramento e avaliação da execução do mesmo (ver exemplo junto ao Anexo 2).

Tanto Florianópolis, como Aracaju, em seus planos municipais de saúde também priorizam o investimento e as ações na APS-ESF. Florianópolis estabelece como seu objetivo nº 1 no plano do período 2007-2010: “Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde”.

Itens do Plano Municipal de Saúde fundamentais para o fortalecimento da APS/ESF.

1. Garantir alta cobertura da população do município adscrita a Unidades de Saúde da Família.
2. Reconhecer a ESF como estratégia estruturadora da rede integrada de atenção à saúde.
3. Disponibilizar tecnologia (sistema) de informação que subsidie a priorização, planejamento, monitoramento, avaliação e estímulo ao bom desempenho.
4. Implantar linhas-guia dirigidas aos problemas de saúde priorizados, apoiadas por estratégias de educação permanente.
5. Qualificar o vínculo profissional das equipes de Saúde da Família.

ESTRUTURA FÍSICA E DE COMUNICAÇÃO

Não é possível ter boa gestão sem estrutura de trabalho adequada, organizada e com bom sistema de comunicação, principalmente com acesso facilitado a informações epidemiológicas e sobre a produção dos serviços. Curitiba se destaca nesse quesito por apresentar tanto em nível central, como nas Unidades Básicas de Saúde, boa estrutura física e de comunicação para apoiar a gestão.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba está sediada em prédio próprio, construído com o propósito de sediá-la, onde as diversas áreas de gestão afins trabalham em espaços compartilhados, com fácil intercâmbio entre os profissionais, e com boa estrutura de informática. As Unidades Básicas de Saúde, muitas construídas recentemente, são verdadeiros exemplos arquitetônicos de beleza e funcionalidade que agregam valor aos cidadãos e ao município. Além de serem espaços excelentes para abrigar uma Unidade de Saúde, possuem sala específica para gerência da Unidade, com equipamentos de informática e acesso aos bancos de dados da Secretaria, contando ainda com apoio de um profissional administrativo destinado somente para apoiar a gerência. As sedes dos Distritos Sanitários também têm estrutura adequada para o exercício pleno das atividades de gestão, inclusive com espaço para as reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde.

RECURSOS HUMANOS QUALIFICADOS E COM EXPERIÊNCIA EM APS

Possuir gestão qualificada exige a participação de profissionais experientes, com formação adequada e que sejam alvo de políticas de educação permanente em saúde ligadas à valorização por desempenho. Em todos os municípios avaliados optou-se pela contratação por concurso público os cargos da rede assistencial. Dessa forma, a grande maioria dos profissionais envolvidos na gestão direta ou indireta da APS nesses municípios vem do próprio quadro de funcionários públicos municipais, com vivência profissional de muitos anos e em diferentes cargos na rede municipal. Nos quatro municípios os gestores responsáveis diretamente pela APS possuíam especialização em saúde pública ou em medicina de família,

além de todos contarem com vários anos de experiência na rede, tendo passado, sem exceção, pelo cargo de Coordenador (Gerente) Distrital.

Curitiba se destaca por possuir apenas três cargos políticos em toda sua estrutura de gestão: o de secretário de saúde e as duas superintendências, uma executiva e outra de gestão da saúde. Afora essas três posições, para todas as demais posições de gerência, chefia ou coordenação são necessários requisitos mínimos, determinados pela Lei Municipal nº 8.962/1996, que incluem tempo mínimo como servidor municipal no mesmo cargo (2 a 5 anos) e resultado igual ou superior a 90% nas avaliações desempenho, além de inexistência de punições disciplinares no ano anterior à designação. A exigência de experiência profissional aliada a critérios de competência contribui para que os cargos de gestão em Curitiba, inclusive das chefias das Unidades Básicas de Saúde, chamadas Autoridades Sanitárias Locais, sejam ocupados por técnicos que qualificarão o processo de gestão.

VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL E FINANCEIRA

Associado aos critérios de seleção dos profissionais responsáveis pela gestão direta e indireta da APS nas secretarias municipais de saúde, a presença de mecanismos de valorização profissional auxiliam a manter a qualidade da gestão. Nas quatro capitais, ao assumir cargos de gestão os profissionais recebem gratificações financeiras, além de contarem com benefícios previdenciários quando assumem esses cargos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

INFORMAÇÃO ATUAL E CONFIÁVEL

Informação atualizada, confiável e relacionada às principais necessidades em saúde da população e à realidade da oferta e utilização dos serviços de saúde é imprescindível para uma boa gestão em saúde. Para tanto, a utilização dos sistemas de informação em saúde do DataSUS são importantes, mas não suprem toda a necessidade de informação para adequar a oferta de serviços e ações

às necessidades em saúde. Principalmente pela dificuldade desses sistemas em oferecer informação com base georreferenciada ou, pelo menos, relacionada à equipe de Saúde da Família ou atenção básica. Apesar de suas limitações, as quatro capitais utilizam rotineiramente os sistemas de informação do DataSUS para planejar, monitorar e avaliar suas ações prioritárias, em especial, as ações relacionadas a programas de saúde: criança, mulher, pré-natal, entre outros. Além desses, dados do SIAB são disponibilizados periodicamente às gerências distritais (regionais) e dessas às Unidades Básicas de Saúde.

Belo Horizonte e Curitiba avançaram na utilização dos sistemas de informação do DataSUS, criando *softwares* próprios que integram as informações desses sistemas à distribuição geográfica dos acontecimentos e ao serviço de saúde responsável pelos mesmos. Essa agregação em base territorial dos dados qualifica seu potencial de utilização. Esses dois municípios, e Florianópolis, ainda contam com prontuário eletrônico, integrado em maior ou menor escala aos sistemas de informação do DataSUS, que oferta um número ainda maior e mais qualificado de dados e informações sobre a saúde e a prestação de serviços. Detalharemos posteriormente as vantagens dos prontuários eletrônicos na integração da rede assistencial.

MECANISMOS DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E ESTÍMULO DE DESEMPENHO

Como citado anteriormente, bons planos municipais de saúde estabelecem participativamente com o conjunto da rede e população objetivos a serem alcançados nos próximos anos, com explicitação das metas e indicadores como o fazem Belo Horizonte e Curitiba. Nesta última, ainda foi possível identificar mais um avanço.

Para cada Distrito Sanitário e para cada Unidade Básica de Saúde são estabelecidos e assinados Termos de Compromisso de Gestão celebrados entre o Secretário Municipal de Saúde e o Distrito Sanitário e entre o Distrito Sanitário e a Unidade Básica de Saúde, respectivamente, com duração de um ano. Nesses

Termos de Compromisso de Gestão são pactuados metas e indicadores avaliados trimestralmente, cujo cumprimento por parte das equipes acionará o sistema de incentivos. Um exemplo de meta desses Termos de Compromisso destinados às Unidades Básicas é o alcance de 100% de cobertura na realização de exames para anticorpos anti-HIV nas gestantes residentes na área de abrangência. Essa lista de metas e indicadores é transformada em uma planilha de acompanhamento – monitoramento – com avaliações trimestrais do desempenho das Unidades e dos Distritos.

ÊNFASE NO TERRITÓRIO

O fortalecimento da APS como ordenadora da rede de atenção à saúde só será possível se os serviços de atenção primária obtiverem legitimidade frente à população adscrita. Por sua vez, a população só vê como legítimos serviços que respondem a suas necessidades e expectativas em saúde. Um dos instrumentos para construir e reforçar a responsabilização dos serviços pela saúde da população é organizá-los com forte base territorial, entendendo o território como um avanço, e não como um mecanismo de cerceamento de acesso da população aos serviços de saúde. A partir da definição dos territórios sob responsabilidade das equipes de APS/ESF, com tamanho de população compatível com o tamanho dessas equipes, é possível criar mecanismos para o reconhecimento das necessidades e expectativas de saúde da população, favorecendo a oferta de ações apropriadas. Além disso, a partir da definição do território e da população adscrita, as equipes de saúde têm condições de estabelecer um relacionamento continuado e de forte base pessoal com essa população, permitindo a ampliação do atributo da APS chamado longitudinalidade.

Definição de territórios

As quatro capitais avaliadas iniciaram seu processo de organização da rede assistencial pela definição de territórios de responsabilidade assistencial e gerencial. Curitiba iniciou a implantação de Unidades Básicas com áreas adscritas desde a década de 80. Nas quatro cidades, essas áreas geográficas, ao mesmo

tempo que serviam como base organizativa para alocação de serviços de saúde com adscrição e cadastramento de clientela, serviam para formatar a estrutura administrativa das secretarias municipais de saúde. Chamadas de Regionais ou Distritos Sanitários, todas possuem um gerente, coordenador ou supervisor apoiado por estrutura de gestão complementar que funcionam como um elo entre os serviços de APS/ESF e a gestão central da Secretaria Municipal.

A simples definição de territórios, entretanto, não garante a base organizativa que se pretende. É necessário, e assim é realizado nesses quatro municípios, que as atribuições das equipes de coordenação das Regionais ou dos Distritos Sanitários sejam claramente estabelecidas e respeitadas tanto pelas Unidades Básicas de Saúde, como pelo nível central da Secretaria e seus mais distintos setores ou seções administrativas. A composição dessas equipes de coordenação é variável, sendo mais complexas no caso de Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis onde contam, além do coordenador/gerente/supervisor, com profissionais responsáveis por: apoio administrativo, produção e análise de dados epidemiológicos e dos sistemas de informação, prática assistencial, incluindo APS/ESF e pela vigilância em saúde.

Complementarmente, é fundamental a integração dos profissionais das Regionais ou Distritos Sanitários à rotina de encontros administrativos com as chefias das Unidades Básicas de Saúde de seu território, por um lado, e com os responsáveis pela APS e pelos programas e ações estratégicos do nível central, por outro. Curitiba deu mais um passo no fortalecimento do conceito de território e responsabilização junto aos Distritos Sanitários e Unidades Básicas de Saúde com a implantação dos Termos de Compromisso de Gestão, especificados anteriormente.

Identificação de áreas de vulnerabilidade e adequação de tamanho população/equipe

A qualificação do conceito de território e sua operacionalização se efetivam ao classificarmos o território de acordo com o grau de vulnerabilidade de sua população frente ao processo saúde-doença e ao identificarmos as necessidades

e expectativas em saúde dessa população. Belo Horizonte desenvolveu o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)¹⁸, criado em 2003, que representa um indicador composto que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente em um único indicador com o objetivo de identificar desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos, com base territorial definida. A partir desse indicador as áreas geográficas que representam os setores censitários do IBGE, as áreas de adscrição das Unidades Básicas de Saúde (e suas micro-áreas de risco) e os Distritos Sanitários foram classificados de acordo com seu grau de vulnerabilidade e ações e políticas públicas diferenciadas foram aplicadas. Inclusive um abono financeiro diferenciado é somado ao rendimento dos profissionais de saúde que atuam em áreas com IVS de maior vulnerabilidade.

Todos os quatro municípios utilizam pelo menos os sistemas de informação em saúde do DataSUS, entre eles o SIAB, para caracterizar periodicamente a realidade em saúde de seus territórios. São essas informações que retroalimentam os encontros e reuniões periódicas entre as coordenações dos distritos e as equipes assistenciais e setores da gestão central das Secretarias.

Outros serviços com base territorial compartilhada

Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis já iniciaram o processo de regionalização dos serviços de nível secundário, sendo que nos dois primeiros municípios já há centros de especialidades com adscrição de Unidades Básicas de Saúde e suas populações, com intuito de evitar o 'anonimato' do processo de referência e contrarreferência, integrando o cuidado dos pacientes entre os profissionais do nível primário e secundário. Florianópolis iniciou a distribuição de Unidades de Pronto-Atendimento e Policlínicas com múltiplas especialidades médicas e serviços de fisioterapia nas quatro grandes regiões da cidade: Norte, Sul, Centro e Estreito. Essa distribuição espacial de serviços de nível secundário e de urgência acompanha o fluxo de passageiros do sistema de transporte coletivo da cidade, facilitando o acesso, e objetiva, também, regionalizar o sistema de referência e contrarreferência.

Como dito anteriormente, os quatro municípios tem o território como elemento organizador da rede, mas é impressionante a presença desse conceito nas entrevistas e observações realizadas em Belo Horizonte e Curitiba. Tanto o conhecimento da realidade do território, como a responsabilização das equipes de APS pela população dos mesmos é flagrante nesses dois municípios. E é justamente a responsabilização pela população adscrita que tem originado a melhora de indicadores de saúde nessas duas cidades, contribuindo para a legitimidade da rede municipal de saúde como fonte regular de cuidado para a população, com captação inclusive de setores da classe média para o SUS.

Como garantir responsabilização sanitária frente ao território e sua população adscrita nas redes integradas de atenção à saúde

- Definir territórios de atuação para instâncias gerenciais (Distritos Sanitários) e assistenciais (Unidades de Saúde), idealmente de acordo com os setores censitários do IBGE.
- Identificar junto aos territórios áreas de maior vulnerabilidade socio sanitária, com classificação de risco como o Índice de Vulnerabilidade Social de BH.
- Adequar número de equipes de Saúde da Família ao tamanho da população de cada território, levando em consideração a presença ou não de situação de risco socio sanitário.
- Disponibilizar informação de saúde, de estrutura e de processo de trabalho em saúde por área geográfica, idealmente de acordo com os setores censitários do IBGE.
- Ofertar outros serviços de saúde, como centros de diagnóstico e de especialidades, com base territorial que englobe os territórios de um número adequado de Unidades de Saúde da Família. sociosanitaria

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Belo Horizonte, Florianópolis e Curitiba têm bons prontuários eletrônicos. Sistemas de informação integrados, que disponibilizem informação clínica, de acordo com o perfil hierarquizado do profissional de saúde usuário desse sistema, são imprescindíveis para o estabelecimento de redes integradas de atenção à saúde. Sem fluxo de informação clínica não há integração. Se a informação clínica circula em um sistema que provê também informações sobre determinantes em saúde,

demanda e utilização de serviços, trajetórias clínicas, controle de procedimentos e insumos e custos, além de sistemas de apoio para decisão clínica, muito melhor. Já descrevemos essas características essenciais acima e, nesse item, detalharemos alguns de seus aspectos, com ênfase especial no prontuário de Florianópolis, dinâmico, integrador e com ferramentas de apoio a decisão clínica importantes. É um bom modelo a ser seguido por outros municípios.

O prontuário eletrônico disponível nos municípios de Florianópolis e Belo Horizonte apresenta características singulares, porém complementares quando se trata da construção de um elemento integrador dos níveis de atenção. O prontuário eletrônico de Florianópolis chamado de “Infosaúde” encontra-se integrado com os serviços de atenção secundária tanto nas policlínicas, como nos centros de especialidades odontológicas (CEOs), nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Cada paciente possui um identificador único, permitindo que sua história clínica seja compartilhada pelas unidades de Saúde da Família, as Unidades Básicas Tradicionais, as Unidades de Pronto-Atendimento, as Policlínicas, os CEOs e CAPS. Os objetivos principais no momento de criação do Infosaúde foi disponibilizar informações para o planejamento das ações em nível municipal e de serviço de saúde, controlar o processo de trabalho, inclusive a assiduidade e produtividade dos profissionais, sistematizar programas e intervenções, além de melhorar a cobertura de cadastramento das famílias junto às equipes de Saúde da Família.

Protocolos clínicos e prontuário eletrônico

Em Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis, os protocolos clínicos utilizados pelos profissionais da rede encontram-se vinculados ao prontuário eletrônico. No atendimento a gestantes, a hipertensos e outros grupos prioritários definidos pelos principais programas de saúde de cada município, a relação de exames complementares para acompanhamento protocolizado consta no prontuário como um lembrador de acordo com o tempo entre as consultas e o número das mesmas e o tipo de agravo ou condição. Os protocolos dessas condições de saúde integrados ao prontuário eletrônico permitem a estratificação de risco conforme os pressupostos estabelecidos. Em Florianópolis, o Infosaúde relaciona

automaticamente o conjunto padronizado de exames complementares para a assistência pré-natal de acordo com o momento do acompanhamento da gestante. Além disso, lembreadores alertam os profissionais quanto à indicação de suplementação de ferro, realização de exames citopatológicos, resultados de exames selecionados e sobre as ausências/absenteísmos das pacientes nas últimas consultas programadas. Essa facilitação da prática assistencial por meio do prontuário eletrônico configura exemplos de sistemas de apoio à decisão clínica.

Geração de relatórios via prontuário eletrônico

Em Curitiba, é possível gerar relatórios, diretamente do prontuário eletrônico, com agregado de informações de todos os pacientes vinculados a determinado programa, produzindo os indicadores de monitoramento dos Termos de Compromisso de Gestão citados anteriormente. Além disso, tanto em Belo Horizonte, como em Florianópolis e Curitiba, são incorporadas algumas calculadoras médicas ao processo de registro no prontuário: cálculo da data prevista do parto, do índice de massa corporal, da experiência de cárie por face e dente (CPOD, CPOS), atraso vacinal, adequação do peso da criança ao gráfico de crescimento, entre outros.

Prontuário eletrônico como ferramenta de integração da atenção

Em Florianópolis, a integração com outras áreas do setor saúde pode ser verificada pelo prontuário eletrônico. Nas Unidades Básicas, assim como nas Unidades de Atenção Secundária, o controle do estoque de insumos, medicamentos e imunobiológicos é gerido pelo coordenador do serviço e pelos profissionais de saúde. As solicitações de insumos e instrumentais são encaminhadas por meio eletrônico através do Infosaúde até o responsável pela compra e pela distribuição dos mesmos. O controle dos insumos nas unidades apresenta ainda um conjunto de parâmetros que sinalizam para a equipe se os níveis de insumos, medicamentos e imunobiológicos estão baixos ou adequados ao tamanho da população. A incorporação desse controle de estoque tem levado Florianópolis a economizar recursos financeiros vultuosos a cada ano ao diminuir o desperdício na compra, armazenamento, validade e distribuição de medicamentos. Estima-se que cerca de 7% dos medicamentos, antes do Infosaúde, tinham sua validade

vencida sem serem utilizados. Esse desperdício encontra-se, agora, próximo de zero, com economia anual em torno de R\$ 4.000.000,00.

Prontuários eletrônicos e sistemas de informação no SUS

Tanto em Florianópolis, como em Curitiba e Belo Horizonte os prontuários permitem a exportação das informações para muitos dos sistemas de informação do DATASUS: SIA, Siab, Sinan, Sisvan, entre outros. A diminuição na ocorrência de dupla alimentação das informações é um dos objetivos dos sistemas de prontuários eletrônicos encontrados nesses municípios. Quando o profissional de saúde informa ao sistema, via Código Internacional de Classificação de Doenças, que o problema de saúde do paciente é uma doença de notificação obrigatória no município, o prontuário automaticamente gera a ficha de notificação, o que diminui em muito a subnotificação. Salienta-se que em Florianópolis, tanto os profissionais, como os Coordenadores de equipe e de Distrito Sanitário têm acesso a pelo menos 20 relatórios com ampla gama de opções. Os relatórios podem ser por profissional, por equipe, por unidade, por usuário, por tipo de atendimento, entre outros. O consolidado gerado envolve estatísticas descritivas, estatísticas temporais, sumário de indicadores e planilhas comparativas que podem ser impressas ou gravadas em diversos formatos.

Cadastro único dos usuários

Outra característica marcante desses prontuários é o uso de um cadastro único dos usuários através do cartão SUS. Em Florianópolis, o cadastro dos usuários inclui não apenas o número do cartão SUS, que pode ser gerado na hora devido à informatização de mais de 90% dos serviços de saúde, mas também outros cadastros individuais. Assim, mesmo que o usuário não saiba o número do cartão SUS, poderá optar pelo CPF ou RG do usuário para abrir o prontuário eletrônico. A duplicidade de cadastro é minimizada através de protocolos de busca pela equipe de informática. Nesses casos, os prontuários são unificados dependendo da concordância de um conjunto de identificadores.

Em Florianópolis, o fluxo de encaminhamento para outros níveis de atenção incorporou a padronização das informações e dos campos definidos pelo Sisreg³ (que é rodado em ambiente *Web*), dessa forma o conjunto de informações necessárias para o gerenciamento do sistema de regulação encontra-se uniformizada dentro do Infosaúde facilitando o uso do sistema de informação na integração do fluxo dos pacientes dentro da rede de atenção.

Integração das informações via prontuário eletrônico

Em Florianópolis e Curitiba, embora não haja integração dos prontuários eletrônicos com os hospitais universitários e outros serviços de atenção secundária e terciária que não compõe a gestão direta, é possível verificar no prontuário eletrônico, dependendo da hierarquia de acesso e de perfil do profissional, as evoluções do cuidado prestado pelos serviços de saúde sob gestão direta do município. Inclui-se nessa lista: as medicações prescritas, os procedimentos ambulatoriais realizados, os exames complementares solicitados, seus resultados (se o exame for solicitado do laboratório credenciado pelo município), a lista de problemas de saúde sumarizada pelos profissionais e outras informações de interesse de profissionais e gestores da rede municipal. Uma vantagem desses sistemas é a possibilidade de que cada profissional de saúde, dependendo de seu perfil de acesso, possa acessar as informações clínicas completas dos pacientes sob seu cuidado. Em Curitiba, um aspecto mais avançado em relação aos outros dois municípios, é o fato de que o profissional de saúde pode consultar toda a trajetória clínica do paciente, mesmo nos serviços de saúde contratados, como os hospitais universitários que não utilizam o prontuário eletrônico para descrever suas consultas, internações e procedimentos. O profissional de saúde não terá acesso à descrição detalhada das ações e procedimentos realizados nos serviços contratados, mas saberá quais, quando e onde tais consultas, internações e procedimentos foram realizados. Essa integração de informações, além de qualificar o processo de cuidado dos pacientes, traz economia de recursos financeiros, ao diminuir o número de procedimentos e exames repetidos sem necessidade clínica. Complementarmente a essa possibilidade, algumas categorias de profissionais de saúde, como os Agentes Comunitários, não têm acesso ao conjunto integral

das informações clínicas, permitindo a manutenção do sigilo profissional acerca de informações de caráter confidencial dos pacientes.

Informatização

Tanto em Florianópolis como em Belo Horizonte as salas de atendimento clínico são informatizadas através de redes via cabo ou via rádio. Em Florianópolis as Unidades dispõem de um servidor com *nobreak* para garantir que as informações dos usuários não se percam na ocorrência de falta de luz ou outros eventos. Em 20 minutos, todas as informações da rede são compartilhadas entre os servidores localizados nos serviços de saúde e os servidores da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo segurança e acessibilidade. Outra característica dessa rede é que uma vez o profissional “logado” em um computador ele não conseguirá simultaneamente acessar seu perfil em outro computador. Nesse caso, o profissional terá que fazer o *log off* e depois o *login* em outro computador.

Em todos esses municípios, a construção dos prontuários eletrônicos foi um processo dinâmico que utilizou para retroalimentação e ajustes entre as diferentes versões as opiniões e sugestões dos profissionais da rede assistencial. Um bom exemplo desse processo foi a inclusão da lista de problemas de saúde do usuário em uma aba do prontuário eletrônico de Florianópolis. Nesse último município, uma equipe responsável pela padronização de fluxos, processos, medicamentos, instrumentais e insumos atuou conjuntamente com a equipe de desenvolvimento do Infosaúde para garantir a comunicação entre os sistemas e os bancos de dados

Limitações comuns

Como limitações comuns aos três tipos diferentes de prontuários eletrônicos descritos, podemos destacar: a ausência da organização dos prontuários eletrônicos em prontuários familiares, a não-utilização de ferramentas clínicas de atenção primária como o genograma, o uso da classificação dos procedimentos pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e não pela Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2), muito mais apropriada para a descrição de problemas de saúde em APS que a CID, e a falta de integração de informações sobre

consultas, procedimentos e internações hospitalares que ocorrem em serviços contratualizados que não utilizam os sistemas de prontuários eletrônicos do SUS.

O que não pode faltar em um sistema de informação (prontuário eletrônico) para apoiar a consolidação de uma rede integrada de atenção à saúde.

Um sistema de informação integrado, contando com prontuário eletrônico unificado e que vincula todos os serviços de saúde da rede é estrutura de comunicação fundamental para a consolidação das redes integradas. Esse sistema deve:

- vincular todos os serviços de saúde, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de saúde pública e a gestão;
- prover segurança e confidencialidade com níveis hierarquizados de acesso de acordo com atribuições e funções de cada profissional;
- ter identificador comum e único dos pacientes;
- ter definição comum de termos;
- evitar alimentação duplicada de informação;
- ser integrado com outros sistemas de informação do DataSUS
- prover uma grande variedade de dados para atender a todas as necessidades de informação dos diferentes profissionais e serviços da rede, entre os quais destacamos:
 - dados sobre a situação de saúde da população, incluindo seus determinantes socioeconômicos e com classificação de risco;
 - dados sobre a demanda e utilização dos serviços de saúde;
 - dados sobre a trajetória clínica dos pacientes independentemente de local de atenção;
 - dados clínicos completos de cada usuário;
 - dados sobre controle de materiais, insumos e procedimentos;
 - dados sobre satisfação do usuário;
 - dados econômicos;
- oferecer base georreferenciada para o conjunto de dados citados acima;
- ser acessível para toda a rede;
- ter sistemas de apoio para decisão clínica;
- sistematizar e facilitar a execução, monitoramento e avaliação de programas e linhas-guia, produzindo ampla gama de relatórios;
- ser a base de cadastro das famílias junto à ESF;
- facilitar a comunicação do sistema de referência e contrarreferência, permitindo comunicação entre profissionais de diferentes níveis assistenciais;
- usar além do Código Internacional de Doenças (CID) a Codificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2);
- agregar os dados dos usuários em prontuário familiar;
- disponibilizar ferramentas de abordagem familiar, como, por exemplo, genograma.

MATRICIAMENTO: CASO DA SAÚDE MENTAL

Definição

Matriciamento pode ser definido como um dispositivo de organização do processo de trabalho entre diferentes níveis assistenciais em que uma equipe de suporte (equipe de matriciamento) especializada em determinada área da saúde apoia por meio do compartilhamento de responsabilidades assistenciais e de atividades de educação permanente à equipe de atenção primária ou de Saúde da Família. Deve haver o estabelecimento de fluxo de informação clínica, de pacientes e dos próprios profissionais de saúde entre os diferentes níveis de assistências envolvidos, com atribuições bem definidas para os profissionais de saúde. O matriciamento é uma estratégia de organização da rede de atenção primária que visa aumentar a resolutividade das ações por meio de apoio presencial e à distância prestado por profissionais de saúde de outros níveis assistenciais às equipes da Estratégia Saúde da Família. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, conhecido como NASF, deve desempenhar essa tarefa de matriciamento junto às equipes de Saúde da Família.

Matriciamento na saúde mental

O matriciamento em saúde mental em Belo Horizonte e Florianópolis desempenha, dessa forma, inúmeras funções. A principal é qualificar, obviamente, a atenção aos portadores de sofrimento psíquico. Adicionalmente, cria espaços de educação permanente (discussão de casos concretos e complexos em saúde mental) e mecanismos de coordenação assistencial que podem ser adaptados para outros problemas de saúde frequentes e prioritários. Os principais mecanismos de coordenação assistencial estimulados pelo matriciamento são: aproximação entre profissionais de diferentes níveis assistenciais, realização de interconsultas, rotatividade de profissionais entre diferentes níveis assistenciais, discussão conjunta de casos entre equipe de APS e equipe de saúde mental, além do uso de trajetórias e protocolos clínicos conjuntamente.

Na área da saúde mental é fundamental a articulação entre a rede de referência em saúde mental e a rede de atenção primária para garantir o cuidado contínuo e interdisciplinar, qualificando o cuidado no contexto do território. Esse apoio se traduz em interconsultas, visitas domiciliares conjuntas, discussões de planos terapêuticos, participação em discussões de caso envolvendo os diferentes níveis de atenção, reconhecimento pessoal e mútuo entre os profissionais da rede de referência e dos serviços de APS com conseqüente desenvolvimento de relações bilaterais de responsabilização compartilhada pela saúde do usuário.

Em Belo Horizonte o processo de integração entre a rede de saúde mental e as equipes de APS não é recente, desde a década de 80, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais integravam equipes de atenção primária. Naquele momento, as ações desenvolvidas eram pontuais e descontinuadas e não resultavam de política indutiva municipal, mas de iniciativas individuais. Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em Belo Horizonte, importante passo foi dado para a integração entre as equipes de saúde mental e as equipes de APS. O paralelismo na rede municipal de saúde verificado pela convivência de dois modelos de atenção era uma importante barreira à constituição da rede de saúde mental, essa situação foi vencida pela conversão da rede de atenção básica para ESF em grande escala ocorrida entre 2002 e 2004. Paralelamente a isso, a rede de saúde mental avançou em sua hierarquização e no processo de descentralização. Os Distritos Sanitários passaram a ser a unidade fundamental para as redes regionalizadas de saúde mental. Como resultado desse processo foram criados os CERSAMs (Centros de Referências em Saúde Mental). Atualmente o município conta com sete CERSAMs e um Serviço de Urgência Psiquiátrica (HC), sendo que apenas dois distritos não contam com serviço de referência (Centro-Sul e Norte).

Saúde Mental e Saúde da Família

Com a criação das equipes de Saúde da Família, iniciaram-se as reuniões distritais entre as equipes de saúde mental e a ESF, que posteriormente evoluíram para as reuniões de supervisão clínica com a participação dos CERSAMs, equipe de saúde mental das Unidades Básicas e equipes de Saúde da Família. Essas reuniões clínicas e administrativas contam com participação média de aproximadamente

70 profissionais de saúde de diferentes serviços, sempre com base nos distritos sanitários. Além das reuniões regionais e microrregionais as equipes de Saúde da Família se reúnem com suas respectivas equipes de saúde mental (psiquiatra, psicólogo e assistente social) mensalmente.

Alguns fatores foram determinantes para que o matriciamento em saúde mental obtivesse sucesso tanto em Belo Horizonte, como em Florianópolis. As Secretarias Municipais incluíram em suas políticas municipais de saúde os fundamentos para a estruturação dessas primeiras experiências em matriciamento em saúde mental. Em Belo Horizonte, uma região de saúde (Distrito Nordeste) serviu como modelo de boas práticas por incluir reuniões periódicas entre as equipes de saúde mental e de Saúde da Família. Esse modelo foi posteriormente ampliado para o restante da rede de APS, com a expansão da ESF, por meio de indução/orientação da Secretaria Municipal de Saúde já em 2003.

Em Belo Horizonte, outro fator importante para esse processo foi o estabelecimento de prioridades para a assistência em saúde mental nas Equipes de Saúde da Família baseadas na demanda por assistência e gravidade dos casos (neuroses e psicoses graves). A introdução do acolhimento como parte do processo de trabalho das equipes parece ser uma característica importante na estruturação das redes de saúde mental em Florianópolis e Belo Horizonte. Esse dispositivo aparece transversalmente aos discursos de profissionais e gestores municipais dessas duas municipalidades.

Sinergia com a APS

A aproximação dos serviços de saúde mental com as ESFs potencializou ações fundamentais para a coordenação do cuidado na capital mineira. Embora de forma não universal, as CERSAMs e o Hospital Galba Veloso enviam informação sobre a lista de pacientes atendidos em urgência e as condutas assumidas para cada caso pela equipe hospitalar, para retroalimentar as equipes de Saúde da Família acerca da população sob seu cuidado. As equipes, por sua vez, realizam busca ativa desses usuários reforçando seu atributo de longitudinalidade do cuidado e de vigilância em saúde. Os serviços de atenção terciária realizam

contato telefônico com as Equipes de Saúde Mental e Saúde da Família em Belo Horizonte quando da alta hospitalar psiquiátrica. Esse processo ocorreu por interesse das duas redes: de APS e de Saúde Mental. Ambas solicitaram as primeiras reuniões entre as equipes em seus distritos. Essa aproximação com os serviços de APS permite que os profissionais de saúde fiquem mais seguros para conduzir os casos de saúde mental, quando podem trocar informações e sugestões de manejo e conduta, configurando um exemplo de disponibilidade de segunda opinião clínica.

Em Belo Horizonte, as reuniões mensais de discussão de caso das regionais e de integração da rede de saúde mental e os cursos de Saúde Mental e de planejamento promovidos pela SMS para todos os profissionais resultaram no protocolo de atenção ao usuário portador de sofrimento psíquico. Esse protocolo assim como outros elaborados pela SMS e profissionais de saúde encontram-se integrado ao prontuário eletrônico.

Em Florianópolis, o matriciamento em saúde mental envolveu não só os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), mas também, mais recentemente, os Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASFs). Nesta capital, o matriciamento para as equipes da ESF não ocorre apenas na área de saúde mental, mas também com profissionais de ginecologia, pediatria e geriatria. No entanto, o matriciamento nessas três áreas não está tão incorporado à rotina das equipes, e apresenta grande heterogeneidade quanto a sua operacionalização.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Todos os quatro municípios têm estratégias de educação permanente para a rede de APS/ESF. Como um desafio comum a esses municípios é a dificuldade em contar com profissionais com formação específica em APS, principalmente médicos de família e comunidade, a efetividade clínica exigida para que a APS assuma papel ordenador da rede integrada de atenção à saúde só será alcançada com processos permanentes de qualificação da prática assistencial. O foco principal das estratégias de educação permanente utilizadas são as capacitações dirigidas aos

protocolos clínicos incorporados à prática dos serviços de APS/ESF. Dependendo do município, a construção desses protocolos contou em maior ou menor grau com a participação dos profissionais da rede assistencial de diferentes níveis e, em alguns casos, com profissionais de hospitais conveniados ou de Universidades. Dessa forma, se criam espaços de intercâmbio entre profissionais de diferentes instituições e níveis assistenciais vinculados à rede municipal. Complementar a essas iniciativas, as Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte participam, desde alguns anos, em um programa de Telessaúde, com ênfase em Segunda Opinião médica, que também favorece o intercâmbio entre os profissionais da ESF e colegas de diferentes especialidades e níveis assistenciais.

APS como espaço de formação

Outra estratégia de educação permanente e, concomitantemente, de adequação da formação de profissionais de saúde em nível de graduação ao SUS é a oferta de serviços de APS/ESF desses municípios como campo de estágio de cursos da área da saúde de universidades locais. Em todos os municípios, Unidades de Atenção Básica se tornaram espaços de formação de estudantes universitários por meio de convênios entre as Secretarias Municipais de Saúde e as Universidades nos quais essas últimas devem adequar seus planos de ensino à realidade dos serviços e, principalmente à política municipal de atenção primária. Nesse sentido, Florianópolis conseguiu negociar com a Universidade Federal de Santa Catarina que os alunos dos cinco cursos de graduação que têm atividades na rede de atenção primária frequentem do início ao fim do curso a mesma Unidade de Saúde a fim de contribuir para a continuidade das ações em saúde e com o atributo da longitudinalidade.

Educação permanente formalizada nos contratos de gestão

Curitiba tem conseguido, de maneira exemplar, incluir nos contratos de gestão com os hospitais não-municipais atividades de educação permanente para APS relacionadas aos principais ‘gargalos’ assistenciais. Fez isso recentemente em um mutirão de interconsultas entre o serviço de neurologia do Hospital de Clínicas e os médicos de APS para diminuir a lista de espera por consulta para cefaléia,

com neurologistas e médicos de APS atendendo conjuntamente nas Unidades Básicas os pacientes que aguardavam por consulta em serviços de neurologia. Além da diminuição da lista de espera, foi um excelente exercício de educação permanente em serviço e intercâmbio de conhecimento entre profissionais de diferentes níveis assistenciais.

Aracaju criou um Centro de Educação Permanente da Saúde que permite a aproximação entre médicos especialistas e profissionais da APS em estrutura física adequada para atividades educacionais, sempre em horário protegido, isso é, dentro da carga horária contratual dos profissionais de saúde do município. O objetivo de centralizar e sistematizar as atividades de educação permanente nesse Centro foi de garantir que a ênfase do processo de educação permanente seja a priorização da Atenção Primária à Saúde como reestruturadora do modelo assistencial no município. O segundo foco dessas capacitações são os programas de saúde prioritários definidos nos colegiados das redes, fórum de integração entre os diferentes tipos de serviços de saúde do SUS de Aracaju.

USO DE LINHAS-GUIA: O PROGRAMA MÃE-CURITIBANA

A criação e incorporação de protocolos clínico-assistenciais nos municípios avaliados é uma realidade para as condições mais frequentes e prioritárias. Entretanto, a implantação de verdadeiras linhas-guia, ou linhas-de-cuidado, ainda não é uma realidade para esse conjunto de municípios. Linhas-guia, segundo Eugenio Vilaça Mendes⁷, são “recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde. As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde.”

O Programa Mãe Curitibana

A exceção é o município de Curitiba e o seu “Programa Mãe Curitibana”. Essa verdadeira linha-guia tem como objetivo principal a assistência à mulher e ao seu filho desde o planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, até o acompanhamento da criança com segurança, qualidade e humanização. Normatiza todo o processo de atenção, com atribuições claras e garantia de acesso aos diferentes níveis assistenciais de acordo com as necessidades da gestante, assim como acesso aos exames e medicamentos indicados. Centra nas Unidades Básicas de Saúde o papel de coordenação e monitoramento dos indicadores de qualidade de todo o pré-natal, mesmo em situações de alto risco, quando há segurança de que a gestante terá acompanhamento em serviços de pré-natal de alto risco. Independentemente da presença ou não de risco materno elevado, o parto, desde o início do pré-natal, tem maternidade definida onde será realizado. Além disso, aspectos de promoção de saúde e de humanização do cuidado também são garantidos por meio de oficinas de pré-natal, visitas à maternidade de referência ao parto. Essas maternidades são reconhecidas pela Unicef como “Amiga da Criança”. Após o parto e no momento da alta hospitalar, a consulta puerperal é agendada na Unidade Básica de Saúde aonde a gestante fez o pré-natal, via sistema informatizado. Esse programa já atendeu “mais de 166.000 gestantes e contribuiu para a redução da mortalidade infantil que era 42,7 em 1980 para 9,86 por mil nascidos vivos em 2008”²⁴.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CASOS ANALISADOS

Segundo Eduardo Levcovitz, em apresentação no “Ciclo de Debates sobre Redes Integradas em Saúde: Concepção e Prática”, realizado na sede da OPAS/OMS, em Brasília, em setembro de 2009, o usuário de sistemas de saúde, frente a redes não-integradas, sente-se como se estivesse frente a um labirinto. E tudo indica que nesse labirinto ainda exista o Minotauro...

É papel dos serviços de Atenção Primária à Saúde representarem a figura mitológica de Teseu e conduzirem os usuários do SUS para fora do labirinto.

Por meio do fortalecimento do papel coordenador dos serviços de atenção primária poderá ser possível integrar as redes de atenção à saúde fragmentadas, quando não segmentadas, existentes nas grandes e médias cidades brasileiras. Para tanto, uma série de estratégias de organização das operações de cuidado em saúde, principalmente de fluxos de pacientes e de informação clínica são necessários. Essa organização de operações assistenciais, com foco principal na qualidade do cuidado integral e efetivo, passa inevitavelmente pela integração clínica dos diversos serviços de saúde que compõem uma rede assistencial. Alada à integração clínica, é necessário integração econômica e ênfase na busca de qualidade superior de desempenho, com incentivos relacionados ao alcance de metas estabelecidas entre todos os interessados: gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e cidadãos usuários do SUS. Essa deve ser uma estratégia que demonstre claramente que todos têm a ganhar.

As intervenções ou metodologias de organização de redes municipais de saúde apresentadas nesse texto são alguns exemplos de boa prática que podem auxiliar gestores de saúde de outros municípios brasileiros a fortalecerem o papel ordenador da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família para o estabelecimento de redes integradas de atenção à saúde.

SUGESTÕES PARA GESTORES MUNICIPAIS AGIREM ATIVAMENTE NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Newton Lemos

LIÇÕES APRENDIDAS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006)*, à luz das leis que regem o regime federativo brasileiro, definiu competências comuns e específicas em relação ao processo de regulamentação, implementação, acompanhamento e avaliação da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil.

Nos dias atuais há evidência científica muito robusta, tanto nacional quanto internacional, que apoia o modelo brasileiro de APS em suas características estruturais e na organização do processo de trabalho. Portanto, antes de se pensar que estamos falando de um “programa” brasileiro, precisa-se expandir essa interpretação para um “modelo de atenção” internacionalmente avaliado e aprovado.

A proposição de um novo modelo organizativo multidisciplinar, centrado na atenção integral e com a ambição de coordenar o cuidado a partir de sua porta de entrada chega em contraponto a uma realidade de atenção fragmentada, curativa e desarticulada. Em resumo, nasce a necessidade de se proceder a um processo de “conversão” do modelo até então tradicional para uma nova forma de se estruturar e de trabalhar.

* PNAB, 2006, Ministério da Saúde

Alguns desafios imediatos observados para a conversão de modelos

- reprogramar os territórios de abrangência para as ações de saúde a serem desenvolvidas pela equipe de APS, observado o padrão mínimo estabelecido pela norma federal;
- compor equipes multidisciplinares, remodelando a força de trabalho já existente e procedendo à incorporação de novos profissionais;
- instruir a comunidade de usuários sobre a nova forma de prestação de cuidados a ser ofertada e seus benefícios;
- criar as novas funções no quadro setorial da saúde e adaptar as cargas horárias de trabalho, criando mecanismos institucionais para uma justa remuneração profissional segundo a nova lógica;
- criar/adaptar as unidades de saúde para se adequarem ao novo processo de trabalho e acomodação da equipe;
- articular a rede de referência e contrarreferência para funcionar de acordo com as necessidades de suporte geradas pelo redesenho do primeiro nível de atenção (APS).

A decisão sobre essa conversão é competência exclusiva da gestão municipal. Muito embora o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde tenha pactuado de forma tripartite os critérios mínimos a serem observados na implantação do novo modelo, e exerça uma forte indução para a implementação do modelo de SF através do mecanismo de financiamento via PAB variável, cabe ao gestor do município, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde, a ousadia e decisão política de dar o “pontapé” inicial nesse processo. Sem essa etapa, nada se concretiza.

Os casos analisados nesse livro e alguns pontos de destaque

As experiências anteriormente elencadas permitem-nos trazer algumas sugestões aos gestores municipais, ressaltando a atenção para os seguintes aspectos práticos em relação ao processo de implantação das redes baseadas na APS:

1. **Concurso público e contratações** – Conforme já se mencionou, com base na PNAB, o modelo de Saúde da Família tem caráter substitutivo. Por isso, recomenda-se a criação de postos de trabalho para especialistas básicos em outros pontos de atenção da rede, ao invés de gerar sobreposição de pro-

fissionais nas unidades básicas. Conforme citado por Erno Harzheim nessa obra:

“Por outro lado, a inclusão de ginecologistas, pediatras e clínicos junto às equipes de saúde da família.....pode representar um risco potencial importante no sentido de fragmentar o cuidado e impedir o alcance da integralidade e da abordagem familiar na atenção às comunidades adscritas”

É recomendável não se proceder à lotação de pediatras, ginecologistas, clínicos gerais ou outras especialidades como profissionais médicos de primeiro contato na porta de entrada. Essas especialidades são muito importantes na rede, mas devem ser posicionadas em outros pontos de atenção ou no matriciamento e qualificação em serviço do processo de trabalho de médicos de família (ou que exerçam essa função). Um modelo assistencial coerente, que denomine a Estratégia de Saúde da Família como prioridade da gestão em documentos e planos municipais de saúde, deverá concretizar essa diretriz na hora de alocar recursos humanos na rede, provendo cada ponto de atenção com o profissional mais indicado.

2. **Protocolos de atenção à saúde** – Muitas localidades apresentam fragmentação na organização de suas respectivas áreas técnicas (saúde da mulher, criança, idoso, mental, etc...), gerando uma individualização do trabalho técnico e uma falta de integração ao processo de trabalho da APS. Os protocolos clínicos de atenção precisam ser reformulados sob a ótica da rede de atenção, definindo as linhas-guia do cuidado e o que cabe a cada ponto da rede (a responsabilidade de cada um), tendo como ponto de origem a APS.

No exemplo do município de Belo Horizonte, aprendemos que *“os protocolos de condições de saúde integrados ao prontuário eletrônico permitem a estratificação de risco conforme os pressupostos estabelecidos”*. E onde há estratificação de risco, há uma melhor possibilidade de identificar a ação de cada ponto da rede.

Isso torna claro a todo o conjunto de pontos de atenção “quem deve fazer o quê”, evitando sobreposições ou vácuos assistenciais. Além dos protocolos clínicos, recomenda-se também definição clara para o fluxograma de direcionamento da atenção às diferentes complexidades, definindo a porta de entrada e suas competências e nominando cada outro ponto de atenção e seus critérios de admissibilidade.

3. **Infraestrutura** – Ações de APS são baseadas em unidades de saúde, muito embora não se restrinjam a elas. O conceito de APS “sob o pé da árvore” ou em qualquer espaço alugado e adaptado é ainda prevalente em alguns locais e não reflete o papel desse nível de atenção como coordenador do cuidado.

O caso do município de Curitiba nos dá um belo exemplo de destaque da APS ao mostrar a construção de *“Unidades Básicas de Saúde como verdadeiros exemplos arquitetônicos de beleza e funcionalidade, que agregam valor aos cidadãos e ao município”*.

É desaconselhável acolher e cuidar de usuários do SUS em locais insalubres, apertados, quentes e pouco ventilados, sem o mínimo conforto que proteja as pessoas. A função de “porta de entrada” funciona como um cartão de visitas do sistema local de saúde. Não há como empoderar as unidades básicas para exercerem essa função de porta de entrada se as pessoas virem nesse equipamento de saúde um ambiente inadequado ao tipo de cuidado ali demandado.

4. **Qualidade** – A competência clínica é fator fundamental para a formação do vínculo de confiança entre os usuários e a equipe de saúde. Usuários conscientes de suas necessidades não irão retornar a um serviço onde suas demandas não sejam adequadamente ouvidas, abordadas e resolvidas. Nessa tarefa, os municípios precisam formar parcerias com os outros níveis de gestão e com o aparelho formador, a fim de prover a adequada qualificação e treinamento em serviço (presencial ou via remota) a seus servidores.

Conforme observado no estudo de caso de Aracaju, *“foi criado um Centro de Educação Permanente da Saúde que permite a aproximação entre médicos especialistas e profissionais da APS em estrutura física adequada para atividades educacionais, sempre em horário protegido, isso é, dentro da carga horária contratual dos profissionais de saúde do município. O objetivo de centralizar e sistematizar as atividades de educação permanente nesse Centro foi de garantir que a ênfase do processo de educação permanente seja a priorização da Atenção Primária à Saúde como reestruturadora do modelo assistencial no município.”*

Uma atenção oportuna e qualificada mais próxima de casa causará uma retenção de usuários no nível primário, evitando sua migração desnecessária a outros locais.

5. **Humanização** – Atenção humanizada é critério essencial associado à qualidade clínica e inclui a capacidade de percepção da subjetividade e a individualização do cuidado. Tão importante quanto a competência técnica é a competência humana. É necessário um grau satisfatório de inteligência emocional para perceber as reais demandas do usuários e suas inter-relações, assim como torná-lo parceiro ativo no processo de seu cuidado.

No exemplo de Belo Horizonte, a *“humanização, acolhimento dos usuários e organização da atenção por ciclos de vida....”* figuram como diretriz do Plano Macroestratégico do SUS-BH para o período 2009-2012.

No caso de Florianópolis, observa-se que *“os pressupostos que norteiam o processo de trabalho dessas equipes, além dos sugeridos pelas Políticas Nacional e Municipal da Atenção Básica e pela Política Nacional de Humanização (PNH), estão baseados na confiança incondicional no ser humano, na certeza de que novas experiências podem ser criadas e recriadas a todo o momento e limitados apenas pelo comprometimento e imaginação de todos os envolvidos. Somente a partir dessas certezas é que se tornou possível implantar e implementar as mudanças que estão ocorrendo no processo de trabalho dessas equipes.”*

A palavra-chave aqui é parceria. O momento da recepção e interação com o usuário deve ter o mínimo possível de barreiras, para que o contato e diálogo sejam favorecidos. Sentir-se ouvido e cuidado é também importante fator de fixação do usuário junto a sua equipe de atenção à saúde.

6. **Regulação** – A APS é o local de excelência para a primeira etapa do processo institucional de regulação da atenção. É muito mais fácil e razoável controlar preventivamente e precocemente as demandas de saúde em função das reais necessidades, e esse atributo é fundamental para que existam redes baseadas na APS. Observem o desenho esquemático a seguir:



Fica claro que a resolutividade do médico e da equipe de APS são fatores-chave na resolutividade de TODA a rede. Não se consegue sucesso na média e alta complexidade se faltar racionalidade na atenção primária. Intervenções excessivas e mal indicadas são prejudiciais para o usuário e para o desempenho final da rede no alcance dos objetivos de saúde pretendidos.

Curitiba mostrou-nos um aspecto mais avançado em relação aos outros municípios analisados. O profissional de saúde pode consultar toda a trajetória

clínica do paciente, mesmo nos serviços de saúde contratados, como os hospitais universitários que não utilizam o prontuário eletrônico para descrever suas consultas, internações e procedimentos. O profissional de saúde não terá acesso à descrição detalhada das ações e procedimentos realizados nos serviços contratados, mas saberá quais, quando e onde tais consultas, internações e procedimentos foram realizados. Essa integração de informações, além de qualificar o processo de cuidado dos pacientes, traz economia de recursos financeiros, ao diminuir o número de procedimentos e exames repetidos sem necessidade clínica.

O gestor público pode e deve fazer uma análise crítica das solicitações de consultas e intervenções que recebe, tenham elas origem na rede pública ou privada. Serviços assistenciais funcionam, como já dito, segundo protocolos clínicos e de gestão, aos quais todos os trabalhadores, médicos inclusive, estão sujeitos. O gestor deve verificar a propriedade e urgência das demandas que recebe. Solicitações mal redigidas, sem informações mínimas ao caso, ilegíveis e inapropriadas precisam ser devolvidas ao prescritor e exercer uma função pedagógica no processo, tantas vezes quantas forem necessárias.

As excepcionalidades ao protocolo podem ser atendidas desde que adequadamente justificadas do ponto de vista técnico. Uma vez comprovada a pertinência da solicitação, o gestor deverá atender a essas solicitações adequadamente fundamentadas. O direito à atenção integral é pilar do SUS e deve ser observado, considerado o processo de regulação brevemente descrito anteriormente.

Por fim, o nível central de cada SMS deve acompanhar o número de encaminhamentos e solicitações geradas na APS pelas equipes. Pode-se fazer um paralelo entre o número esperado de referências e procedimentos, considerada e realidade epidemiológica local, e o total de solicitações efetuadas na prática. Tanto o excesso quanto a escassez de pedidos frente ao esperado devem ser investigados, pois podem sinalizar problemas distintos. E que se tenha bem claro que esse processo tem a finalidade maior de ordenar as necessidades

e proteger os pacientes, e não apenas da racionalização de custos e corte de gastos.

7. **Processo de trabalho** – Um dos meios de organização do trabalho presente em serviços de APS nos municípios é a relação “consultas por hora”. Nesse modelo, são reservados um padrão de minutos para as primeiras consultas e outros tantos para retornos. Encerrada a tarefa de fornecer consultas naquele dia, interpreta-se a jornada de trabalho como finalizada. Há um vício de origem nessa concepção. A incorporação de profissionais na saúde, segundo as leis do trabalho, prevê carga horária de trabalho e não número de consultas. A modelação por número de atendimentos responde apenas ao modelo médico centrado de demandas agendadas. Já os serviços de APS precisam trabalhar em modelos de “porta-aberta”, que não geram filas na madrugada pela busca de senhas de atendimento. A agenda do médico deve ser organizada com alguns requisitos mínimos:
- tempo para consultas individuais, tanto agendadas quanto de livre demanda;
 - tempo para atividades coletivas;
 - tempo para reunião com sua equipe;
 - tempo para visitas domiciliares, quando necessárias;
 - tempo para qualificação profissional, preferencialmente em serviço.

Em todas essas atividades, a grade de trabalho é estabelecida em função da carga horária contratada. A agenda de consultas pode prever um número de atendimentos, como estimativa, mas não a ponto de desobrigar o profissional de sua presença na unidade “uma vez atendidas as consultas do dia”.

8. **Acreditação** – Define-se acreditação como um sistema de avaliação e certificação periódica da qualidade de serviços de saúde. Nas experiências, brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia.

O município de Curitiba, apesar de ainda não contar com processo formal de acreditação nas UBS, já trabalha com contratos de gestão focados na qualidade. Os termos de compromisso desses contratos têm sua base formulada em cláusulas que constituem as pactuações de responsabilidades entre (todas) as partes envolvidas”. Essa pactuação estabelece objetivos, metas, responsabilidades e critérios de monitoramento e avaliação baseados em indicadores de saúde e de processo de trabalho definidos anteriormente nas Conferências Municipais de Saúde, mas contextualizados à realidade socio sanitária de cada Distrito ou Unidade de Saúde.

O processo de acreditação, em seus pressupostos, tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado*.

Principais vantagens da acreditação (monitoramento da qualidade):

- segurança para os pacientes e profissionais;
- qualidade da assistência;
- construção de equipe e melhoria contínua;
- útil instrumento de gerenciamento;
- critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- o caminho para a melhoria contínua.

Unidades de atenção primária (unidades básicas) trabalham com processos e com nível alto de complexidade na organização de seu trabalho, pois o mesmo flutua em função das necessidades da comunidade. Por isso, processos de acreditação, muito pouco incorporados em nosso modelo de gestão ambulatorial, precisam ganhar força como ferramentas de melhoria da qualidade. Qualquer melhoria na atenção primária tem impacto imediato nos fluxos para as demais complexidades e para a rede como um todo.

* www.ona.org.br

9. **Rede sem déficits e informação compartilhada** – A continuidade da assistência é fundamental no processo para a melhoria dos indicadores de saúde, e isso pressupõe que o poder público organize-se em todos os níveis de gestão para garantir essa continuidade dentro dos limites da economia de escala e razoabilidade. É aí que a regionalização solidária, conforme definida por Eugênio Vilaça, encontra seu espaço de ação.

No caso dos municípios analisados, um fator essencial nessa continuidade foi a *“existência de sistemas de informação integrados, que disponibilizem informação clínica, de acordo com o perfil hierarquizado do profissional de saúde usuário desse sistema, imprescindíveis para o estabelecimento de redes integradas de atenção à saúde.”*

Sem fluxo de informação clínica não há integração. Se a informação clínica circula em um sistema que provê também informações sobre determinantes em saúde, demanda e utilização de serviços, trajetórias clínicas, controle de procedimentos e insumos e custos, além de sistemas de apoio para decisão clínica, tanto melhor será.

10. **Usar as unidades públicas como equipamento de formação** – Não remonta a um passado distante a lógica das universidades em montarem ambulatórios próprios e centralizados para atenção a demandas correntes de saúde, visando prover treinamento prático a seus estudantes de graduação e residentes.

Entretanto, observou-se que melhor profissional de atenção primária é aquele que se forma no contato com a comunidade, vivenciando o processo de vida das pessoas e a real dimensão do quadro epidemiológico. Isso fica muito mais possível quando o gestor forma parcerias com as universidades mais próximas e disponibiliza suas unidades de saúde para a formação de novos profissionais em saúde. Inseridos nesse contexto, eles vivenciarão o enfoque comunitário, os riscos sociais e ambientais, a importância da presença da família e do empoderamento de cuidadores e todas as demais características

da atenção à saúde no local de sua produção. É uma via certa de ganho de qualidade para todos, gestor, formador, formando e usuário.

Em todos os municípios analisados nessa publicação, a estratégia de educação permanente e, concomitantemente, de adequação da formação de profissionais de saúde em nível de graduação ao SUS “...materializa-se através da oferta de serviços de APS/ESF desses municípios como campo de estágio de cursos da área da saúde de Universidades locais. Unidades de Atenção Básica se tornaram espaços de formação de estudantes universitários por meio de convênios entre as Secretarias Municipais de Saúde e as Universidades, sendo que essas últimas devem adequar seus planos de ensino à realidade dos serviços e, principalmente, à política municipal de atenção primária.”

Essas breves considerações sintetizam a necessidade de ação para a mudança no estado das coisas. Mais do que nunca se faz necessário pensar, calcular, dimensionar, implementar, qualificar e acompanhar as redes ordenadas pela APS. O rumo da história nos mostra esse melhor caminho, e cabe a nós o exercício da sabedoria para trilhar cada vez mais essa vereda segura.

BIBLIOGRAFIA

1. Pan American Health Organization. Health in the Americas (Vols I and II). Washington, DC: PAHO, 2002.
2. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003.
3. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.
4. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.
5. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. Int J Equity Health 2002;1(1):1.
6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research 2003;38(3):819-853.

7. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129–33.
8. Starfield B, Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457–502.
9. Macinko J, Guanais F, Marinho F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60(1):13–19.
10. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998. 1999;20(1).
11. Pan American Health Organization. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO), 2005 <http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/APSCD46.pdf>

The image features a central globe with a grid of squares, set against a background of concentric circles and binary code. The word "ANEXOS" is written in white, bold, uppercase letters across the middle of the image.

ANEXOS

ANEXO 1

MODELO DE CONTRATO DE GESTÃO DE CURITIBA

Secretaria Municipal da Saúde

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO

Termo de Compromisso que entre si celebram o Distrito Sanitário e a Unidade Básica de Saúde para os fins que nele se declaram.

O Distrito Sanitário, estabelecido à Rua –, na Rua da Cidadania, no, representado por sua Supervisora, e a Unidade Básica de Saúde, sita à Rua,, no bairro, representada pela sua Autoridade Sanitária Local,, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal/88, as leis nº 8.080/90 e 8.142/90, a NOB 01/96 e a NOAS 01/01, as deliberações da Prefeitura Municipal de Curitiba, da Secretaria Municipal da Saúde quanto a seu processo de desenvolvimento institucional, e o Plano Municipal de Saúde, resolvem firmar o presente termo, mediante o disposto nas seguintes cláusulas:

Premissas

São premissas básicas para a celebração desse termo de compromisso, o respeito à vida, à cidadania e ao bem público, a vinculação aos princípios do SUS e ao modelo de gestão de Sistema Integrado de Serviços de Saúde, a busca da excelência para todas as ações, a busca constante de aprimoramento do corpo funcional da instituição.

Cláusula primeira – do objeto

Constitui-se objeto desse termo a formalização de compromissos de gestão, regulando a relação entre o Distrito Sanitário e a Unidade Básica de Saúde

....., visando a parceria, a negociação, a transparência, a responsabilização mútua e a viabilidade técnica, política e financeira das ações prestadas à população de Curitiba, através da Unidade de Saúde.

Cláusula segunda – da vigência

O presente termo de compromisso tem vigência de um ano, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual e sucessivos períodos, mediante acordo entre as partes.

Cláusula terceira – dos compromissos das partes

I – Do Distrito Sanitário – O Supervisor do Distrito Sanitário, através de sua atuação e das Coordenações, compromete-se a:

1. Manter a US informada sobre os macroprocessos, decisões e eventos da SMS, integrando-a ao contexto institucional.
2. Negociar junto às instâncias da SMS os recursos necessários ao adequado funcionamento da US.
3. Acompanhar, em conjunto com a US, o desempenho de seus indicadores e metas definidas no Plano Operativo da US e sistematizados através do Sistema de Informação Gerencial, e a pontuação para o sistema de incentivos.
4. Repactuar com a US suas metas e seus indicadores, quando houver mudanças significativas nas condições objetivas encontradas na US ou nas diretrizes da SMS no momento da assinatura desse termo.
5. Viabilizar, em conjunto com as instâncias responsáveis da SMS, as capacitações necessárias à atualização permanente dos servidores da US, tendo em vista a manutenção da qualidade técnica dos procedimentos, o acolhimento solidário aos cidadãos, e o bom relacionamento entre os membros da equipe da US.
6. Estimular a equipe da US para a busca de inovações em seu processo de trabalho e propostas oferecidas à população, bem como a sistematização dessas iniciativas para que possam ser apresentadas em fóruns de saúde pública.

7. Assessorar a US em suas necessidades técnicas, tendo em vista o bom desempenho das atividades de proteção e assistência à saúde da população.
8. Assessorar a US em suas relações com as instâncias que representam a interface da população com a unidade, como o Conselho Local de Saúde, a Conferência Local de Saúde, a Associação Comunitária de Saúde e o Comitê em Defesa da Vida.
9. Assessorar a US em suas relações intersetoriais.

II – Da Unidade de Saúde – A Autoridade Sanitária Local da Unidade de Saúde, representando sua equipe, compromete-se a:

1. Participar ativamente dos macromovimentos e políticas municipais de saúde, mantendo uma postura de cooperação institucional.
2. Responsabilizar-se pela execução de ações de prevenção de doenças, de promoção e assistência à saúde que visem a melhoria das condições de saúde da população residente na área de abrangência da US.
3. Coordenar a execução do Plano Operativo da Unidade de Saúde – onde estarão definidas as metas anuais a serem alcançadas com as ações e atividades da US. O Plano Operativo passa a fazer parte integrante desse Termo de Compromisso (Anexo I).
4. Alimentar os sistemas de informação adotados pela SMS, com fidedignidade de dados, possibilitando o acompanhamento e a avaliação das ações e metas pactuadas nesse termo de compromisso e seus anexos.
5. Zelar pelas condições de trabalho dos servidores que atuam na US, bem como do patrimônio público.
6. Cumprir os procedimentos administrativos nos prazos acordados com o DS a fim de suprir as necessidades da US em termos de recursos humanos e materiais.
7. Participar ativamente do programa de educação permanente da SMS.
8. Seguir tecnicamente os procedimentos recomendados pelos protocolos adotados pela SMS mantendo qualidade nas ações.
9. Sistematizar pesquisas e informações relativas aos resultados do trabalho da US, para fins de apresentação em fóruns de saúde coletiva, ou publicação, mantendo a iniciativa e a criatividade da equipe.

10. Interagir com a comunidade de sua área de abrangência, especialmente através do Conselho Local de Saúde, da Conferência Local de Saúde, da Associação Comunitária de Saúde e do Comitê em Defesa da Vida.

Cláusula quarta – do acompanhamento, da avaliação e do incentivo

O acompanhamento e a avaliação dos resultados esperados pela assinatura desse termo de compromisso, serão realizados por uma comissão composta por 3 membros (a Supervisão do DS, um Coordenador e um representante de outra instância ou outro DS da SMS).

1. Essa comissão se reunirá trimestralmente, ou quando se fizer necessário, para acompanhar o desempenho dos termos pactuados entre o DS e a US, e o cumprimento de seus compromissos mútuos, na forma prevista no anexo.
2. Os resultados da avaliação do cumprimento das metas pactuadas servirão de base para acionar o sistema de incentivos.
3. A periodicidade da avaliação é trimestral, validando ou não o incentivo para o trimestre seguinte.
4. Essa comissão poderá recomendar, à US, alterações das metas ou das estratégias de ação, com base na análise dos resultados, visando correção de rumos ou mudanças nas bases de pactuação.

Cláusula quinta – das deliberações finais

A forma e o conteúdo do presente termo poderão ser alterados, após consenso das instâncias envolvidas e aprovação do Corpo Diretivo da SMS, desde que as alterações sejam aplicáveis a todas as Unidades Básicas de Saúde da SMS.

E, por estarem acordados, as partes firmam o presente instrumento, em três vias de igual teor, que vão também assinadas por duas testemunhas, membros do Conselho Local de Saúde, para declararem ciência dos compromissos assumidos entre elas.

Curitiba,de de 20.....

Supervisora DS

ASL da US

Secretário Municipal de Saúde

1ª Testemunha
(Representante do CLS-Usuário)

2ª Testemunha
(Representante do CLS-Usuário)

ANEXO 2

Exemplo de objetivo ligado a conjunto de metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde de Curitiba, 2008

VIVA MULHER

Objetivos:

- Reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de mama e colo do útero na mulher curitibana por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação.

Estratégias:

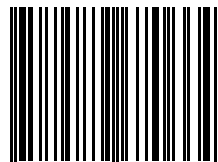
- Sensibilizar as mulheres sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoces, orientando medidas de promoção à saúde.
- Realizar exames citopatológicos cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos considerando a população total do município.
- Realizar exame clínico para detecção de câncer de mama.
- Capacitar profissionais de saúde no Programa Viva Mulher.
- Manter e implementar assistência para diagnóstico e tratamento do Câncer de colo e de mama.

Metas para 2008

METAS/PERÍODO	Previsto	Realizado
Realizar dois eventos para população por Unidade de Saúde para sensibilizar sobre prevenção de câncer de mama e de colo de útero	Um evento realizado	Um evento realizado
Realizar anualmente exames citopatológicos para 17% da população alvo estabelecida	17 % da população-alvo coberta	17 % da população-alvo coberta
Realizar uma capacitação para funcionários por Distrito Sanitário referente ao Programa Viva Mulher	Uma capacitação	Uma capacitação
Disponibilizar rede integrada de atenção para diagnóstico e tratamento conforme protocolos estabelecidos para 100% da demanda	Uma rede mantida	Uma rede mantida
Encaminhar bi-mensalmente para todas as mídias, propostas/resumos de temas de saúde para divulgação	Quatro resumos encaminhados	Quatro resumos encaminhados

Fontes/Responsáveis: SMS/CE. * Foram encaminhados os protocolos do Programa Viva Mulher para todos os funcionários das Unidades de Saúde

ISBN: 978-85-7967-066-4



9 788579 670664

Este texto relata o resultado do Laboratório de Inovação sobre o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde, a partir de experiências práticas obtidas por meio de estudo de caso em quatro capitais brasileiras: Aracajú, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis.

A análise reflexiva desses casos pode levar-nos a identificar aspectos passíveis de replicação em outros contextos e comprovar a eficiência das práticas desenvolvidas nos municípios.

É um documento destinado essencialmente aos gestores municipais de saúde, com a finalidade de apresentar estratégias para fortalecer a atenção primária à saúde como eixo coordenador das redes integradas de atenção à saúde.

<http://new.paho.org/bra/apsredes>



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA