

Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde

Renato Tasca¹, Adriano Massuda¹, Wellington Mendes
Carvalho¹, Claudia Buchweitz², Erno Harzheim³

¹ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil

² Consultora independente

³ Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil¹. Desde sua instituição, pela Constituição Federal de 1988, o SUS obteve avanços concretos em direção à cobertura universal em saúde, especialmente a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual veio a fortalecer a APS no Brasil, alcançando, em 2014, cobertura de 58,2% da população², produzindo redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis, além de ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista socio-sanitário³⁻⁹.

Entretanto, permanece sem resolução completa o problema da desigualdade na atenção prestada em diferentes partes do país e persiste o desafio de ampliar a capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil^{3, 10, 14}. Vale notar que, depois de um ciclo de aumento no gasto público com saúde entre 2000 e 2014 (de 7,0% para 8,3% do PIB), a partir de 2015 o investimento foi revertido, com queda real no gasto *per capita* em saúde. Essa redução tem sido agravada pelo contexto de crise econômica e social, marcado por aumento no número de mortes violentas, surtos de doenças infecciosas e perda de cobertura por planos de saúde privados por parte de quase três milhões de brasileiros².

Em adição ao momento social histórico vivido no Brasil, marcos como os 40 anos da Declaração de Alma-Ata têm motivado a reflexão sobre a APS, com a necessidade de renovação de tal componente fundamental dos sistemas de saúde em todo o mundo^{15, 17}. Assim, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) propôs o projeto “APS Forte”, para identificar estratégias e inovações de enfrentamento aos grandes obstáculos à produção de resultados em saúde pela APS no contexto do SUS. Assim, o objetivo do presente estudo foi elaborar recomendações para a reorganização da APS no SUS, tendo como ponto de partida uma consulta formal a especialistas brasileiros.

Metodologia

O estudo buscou identificar estratégias, ações e inovações que pudessem produzir uma “APS Forte”, explorando itens relativos a diretrizes organizacionais do modelo assistencial; rede de atenção à saúde; estrutura e recursos tecnológicos; recursos humanos; recursos financeiros; governança; participação social e métodos de

monitoramento e de avaliação de resultados. O conceito de APS utilizado foi aquele definido por Starfield, cujos atributos principais são acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação^{18, 19}. Nessa lógica, o enfrentamento de barreiras prevê estratégias que entendam a APS não apenas como um

conjunto de serviços, mas sim como um modo de organização do sistema de saúde^{17,18}.

Foi assim realizada a aplicação de um questionário aberto visando a busca de consenso entre os participantes, utilizando o método Delphi, em rodada única, em processo finalizado por discussão em grupo presencial. Dezoito gestores e profissionais de notório saber relativo à APS, representativos das cinco macrorregiões brasileiras, responderam 20 perguntas abertas em questionário *on-line* (SurveyMonkey®). Os resultados foram compilados na forma de recomendações, sendo estas submetidas a um

painel de especialistas, acrescidos dos autores do presente artigo, utilizando a metodologia Delphi em rodada única. A lista final de recomendações foi, por sua vez, apresentada em oficina de trabalho que contou com a participação da equipe de pesquisa e dos especialistas, resultando na produção de um elenco de recomendações.

Participaram da entrevista aberta 18 (90,0%) dos 20 convidados, com os respectivos conteúdos e lista de participantes mostrados em documento próprio²⁰. A tabela 1, a seguir, situa os setores de atuação dos participantes.

TABELA 1

Setor de atuação dos respondentes do questionário aberto para identificar estratégias de fortalecimento da APS no SUS, 2018^a

	N	%
Gestor ou ex-gestor em saúde	10	55,56
Professor/pesquisador de universidade	9	50,00
Setor privado	2	11,11
Outros (organismos internacionais, entidades de classe, consultores independentes)	4	22,22

^aAté 2 respostas por participante.

A análise dos itens levantados pelo questionário aberto gerou 44 itens para inclusão na rodada Delphi, para a qual foram convidados 23 especialistas, com 19 participações (82,6%). Cada um dos 44 itens foi formulado em formato de recomendação e classificado pelos respondentes nas categorias “não incluir como recomendação”; “incluir com prioridade baixa”; “incluir com prioridade moderada”; ou “incluir com prioridade alta”. Para a reunião de consenso, os resultados foram apresentados da seguinte forma: estratégias relacionadas aos atributos da

APS com prioridade alta em $\geq 70\%$ das respostas do Delphi; estratégias relacionadas aos atributos da APS com prioridade alta em $< 70\%$ das respostas do Delphi; estratégias relacionadas às macrocondições sistêmicas (financiamento, gestão, avaliação e recursos humanos) com prioridade alta $\geq 70\%$ das respostas do Delphi; estratégias relacionadas às macrocondições sistêmicas (financiamento, gestão, avaliação e recursos humanos) com prioridade alta $< 70\%$ das respostas do Delphi; e itens com exclusão sugerida por $> 15\%$ dos participantes.

Como a APS é vista pelos especialistas

Participaram da reunião 23 especialistas e suas recomendações foram enviadas por e-mail aos participantes e validadas em seu formato final,

conforme mostrado na Tabela 2, a seguir, como resultado de uma reunião presencial realizada em 24 de julho de 2018, no Rio de Janeiro.

TABELA 2

Recomendações para uma APS forte no SUS

1. Ampliar e consolidar a Estratégia Saúde da Família com ênfase nos atributos essenciais da APS.
2. Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos).
3. Qualificar a adscrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes.
4. Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos, etc – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
5. Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidencia científica disponível.
6. Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação a comunicação e tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
7. Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma) de forma presencial ou a distância.
8. Informatizar as Unidades Básicas de Saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores, disponibilizando registro eletrônico em saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca, permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.
9. Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contra referência.
10. Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes.
11. Garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
12. Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da mesma (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
13. Manter estratégias permanentes e sustentáveis de provimento de médicos para a APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
14. Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telemonitoramento, NASF, matriciamento, ...), de forma presencial ou a distância.
15. Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
16. Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
17. Promover estratégias de defesa e fortalecimento da APS, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.
18. Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.
19. Favorecer a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não-presenciais, ouvidoria, entre outros.
20. Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.

Reflexões sobre as recomendações

O ano de 2018 é um momento de profunda reflexão sobre a situação dos sistemas de saúde e, sobretudo, sobre a APS, dado que marca não apenas os 40 anos da declaração de Alma-Ata, mas, também, os 30 anos do SUS no Brasil e os 70 anos do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido. Entretanto, se os aniversários de Alma-Ata e do NHS são marcados pela reafirmação da cobertura universal de saúde como meta e pelo reconhecimento do papel da APS no alcance dessa meta²¹, não existe igual clareza sobre qual é a visão do Brasil para o futuro de seu sistema de saúde. Sendo assim, pode-se oferecer aqui contribuição significativa para a definição de prioridades políticas e programáticas para a saúde no país.

A saúde global é um processo em constante mutação. Pensar os sistemas de saúde requer, acima de tudo, pensar em estratégias para gerir essas demandas complexas e mutáveis, um conjunto de valores que seja instrumental e maleável para acompanhar as transformações da saúde, que não cessarão. Nesse sentido, as duas dezenas de recomendações produzidas neste estudo, emitidas por reconhecidos especialistas no Brasil, enfatizam a necessidade de ampliar e consolidar a ESF, assegurar e ampliar acesso, promover adensamento tecnológico da APS, intensificar e qualificar a formação de recursos humanos para uma atuação multidisciplinar na APS, o papel da medicina de família e da regulação, a transparência no contato com a população e um movimento proativo de inserção da APS como tema e elemento organizador do SUS.

Esses temas estão sintonizados intimamente com os enfoques para gerar inovação nas unidades de saúde, conforme um estudo realizado pelo King's Fund, quais sejam: 1. trabalho em equipe; 2. Utilização de tecnologia digital; 3. foco nas pessoas e na comunidade; 4. segmentação das oportunidades de tratamento em função de determinados perfis de saúde; 5. definição de novos papéis na equipe de saúde e, 6. redesenho dos sistemas locais²².

O reconhecimento que a saúde se faz acima de tudo com pessoas é um elemento essencial das referidas recomendações. No contexto do NHS britânico, um relatório de 2017 indica como maior ameaça à sustentabilidade daquele sistema de saúde a ausência de uma estratégia de longo prazo para garantir uma força de trabalho treinada, capacitada e comprometida^{21,23}. No Brasil, as dimensões de tal ameaça são ampliadas não só pelo vasto território, como pelas desigualdades socioeconômicas, fatores geradores de heterogeneidade na qualidade da formação profissional, nas condições de trabalho e na capacidade de retenção dos profissionais no território. Aliás, é aspecto especialmente sensível para a APS no Brasil a dificuldade de treinar e de reter os profissionais médicos, para que as estratégias de provimento e de formação sejam implantadas, superando as dificuldades e ao mesmo tempo reforçando os êxitos do Programa Mais Médico (PMM). Neste programa, o eixo de provimento médico obteve resultados consistentes na ampliação do acesso ao médico, mas teve menos sucesso em seu eixo de formação, cabendo reformulá-lo²⁴. Não

é demais lembrar, ainda, que iniciativas como o Telessaúde, eficazes em prestar suporte assistencial e ampliar resolutividade na APS, ainda precisam ser mais bem exploradas.

O fortalecimento dos usuários na construção da APS, juntamente com os profissionais das equipes de saúde, é essencial para as recomendações 2, 3 e 4 do King's Fund, que tratam de acesso avançado, de modelagem de carteiras de serviços com base nas necessidades das populações e de flexibilização dos critérios de adscrição para além dos meramente territoriais. Este último aspecto muitas vezes penaliza os usuários em relação ao acesso aos serviços de APS.

Finalmente, vale notar que as vinte recomendações já referidas – como quaisquer outras estratégias – necessitam de financiamento em níveis adequados. Embora muitos recursos possam ser otimizados com uma gestão eficiente, apropriada e com combate ao desperdício, é preciso reconhecer a possibilidade de crescimento contínuo da demanda por fatores epidemiológicos, como o envelhecimento populacional, e inclusive pelo aumento, desejável, do acesso às parcelas ainda excluídas da população. Assim, mais uma vez, a APS se concretiza como a melhor resposta, mas são necessários mais recursos. Uma APS forte é que poderia

multiplicar esses recursos e fazer mais a um custo menor²⁵.

Em conclusão, a APS é o modelo mais apropriado para concretizar o direito à saúde. Os médicos de família, os enfermeiros com treinamento em família e a comunidade, os agentes comunitários de saúde, assim como outros os profissionais com formação em APS, fundamentam e caracterizam a APS. A APS é ainda um cenário no qual se pode integrar as forças intersetoriais a fim de enfrentar os determinantes sociais. Além do mais é resolutiva, intercepta demandas e oferece respostas, constituindo para o SUS o modelo certo, no momento adequado.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de André Luís Bonifácio de Carvalho, Carmen Lavras, Cesar Monte Serrat Tilton, Claunara Schilling Mendonça, Daniel Knupp Augusto, Daniel Ricardo Soranz Pinto, Denise Ornelas Fontes Pereira, Erno Harzheim, Eugênio Vilaça Mendes, Gilmara Lúcia dos Santos, Gonzalo Vecina Neto, Gustavo Gusso, Heider Aurelio Pinto, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Lígia Giovanella, Luis Fernando Rolim Sampaio, Luiz Augusto Facchini, Rubens Bedrikow, Silvia Maristela Pasa Takeda.

Julio Suárez e Fernando Antônio Gomes Leles foram os revisores deste, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. Programa Mais Médicos. Política de Atenção Básica. Porta de Entrada do SUS. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/porta-de-entrada-do-sus> Acessado em julho de 2018.
2. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000829. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829

3. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vinhole F, et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):669-81.
4. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9.
5. Bezerra Filho JG, Kerr LR, Miná D de L, Barreto ML. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. *Cad Saude Publica*. 2007;23(5):1173-85.
6. Macinko J, Marinho de Souza M de F, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007;65(10):2070-80.
7. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DF, Siqueira FV, et al. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007;7(1):75-82.
8. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93.
9. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2008;34(suppl 1):s159-72.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#> Acesso em 13 de novembro de 2017.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Richardson J. General practice needs new models: here are some ideas. *BMJ* 2018;361:k2460 doi: 10.1136/bmj.k2460.
13. Topp SM, Abimbola S. Call for papers—the Alma Ata Declaration at 40: reflections on primary healthcare in a new era. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000791. doi:10.1136/bmjgh-2018-000791
14. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
15. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?. Brasília: OPAS/OMS; 2018.
16. The NHS at 70 and Alma-Ata at 40. *Lancet*. 2018 Jan 6;391(10115):1.
17. Richardson J. General practice needs new models: here are some ideas. *BMJ* 2018;361:k2460.
18. NHS. Facing the facts, shaping the future. A draft health and care workforce strategy for England to 2027. Public Health England: 2018. Disponível em: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/workforce-strategy> Acessado em outubro de 2018.
19. Rech MRA, Hauser L, Wollmann L, Roman R, Mengue SS, Kemper SE, et al. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e164.
20. Redefining Primary Care for the 21st Century. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 16(17)-0022-EF October 2016.

ANEXOS

ANEXO 01: Perguntas abertas do Questionário APS Forte, Brasil, 2018.

Prezado Profissional, O marco dos 30 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2018 é uma excelente oportunidade para analisar avanços, desafios e possibilidades do sistema de saúde brasileiro. Por isso, buscamos a sua contribuição como profissional de grande conhecimento e experiência em atenção primária à saúde (APS) para a elaboração de recomendações que estimulem o debate e a tomada de decisões entre os gestores do SUS – especialmente os que assumirão as próximas gestões em âmbito federal e estadual – a fim de produzir uma “APS Forte”, estratégia fundamental para consolidação do SUS.

Para tanto, pedimos que você responda o questionário a seguir, que traz 20 questões de preenchimento livre. O questionário, cujo obje-

tivo é identificar desafios, barreiras e soluções aplicáveis nos diversos contextos do SUS no Brasil, para além das especificidades regionais, insere-se na Agenda “30 anos de SUS – que SUS para 2030?” da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Aguardamos suas respostas até o dia 30 de abril 2018 para que os resultados deste trabalho possam ser apresentados a tempo de alimentar o debate sobre o futuro do SUS, que é uma das principais questões da campanha eleitoral.

Antes de responder o questionário, solicitamos ainda que você analise os aspectos de contextualização que embasaram a elaboração do instrumento, listados a seguir.

Contextualização

Desde a criação do Programa Saúde da Família, a APS brasileira alcançou cobertura de mais da metade da população brasileira, reduziu a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis, além de inúmeros outros avanços, muitos já mensurados, outros intangíveis. Entretanto, sua qualidade ainda é heterogênea.

Três problemas estruturais impedem uma maior produção de resultados em saúde da APS brasileira: subfinanciamento; oferta insuficiente de recursos humanos adequadamen-

te formados; e dificuldade em todos os níveis, desde a alta gestão até os pontos de oferta de cuidado, no reconhecimento e incorporação dos atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação).

Entre os desafios e fragilidades gerados por esses três macroproblemas, podemos elencar: – a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços, especialmente às consultas médicas; – o provimento e a fixação de profissionais; - a baixa

incorporação de tecnologia;- a insuficiência da resolutividade; – a baixa adoção de práticas de efetividade comprovada e o uso indiscriminado de práticas sem nenhuma evidência de benefício para a população; – o pequeno aproveitamento do potencial de cuidado das profissões não médicas, especialmente de enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e farmacêuticos; – a oferta de uma carteira restrita de ações; – a dificuldades de comunicação e de integração entre a APS e os demais pontos da rede assistencial; – a segmentação entre os serviços públicos e privados, com consequente sobreposição na utilização de serviços que poderiam ser complementares; – o contingente populacional excessivo atribuído a cada equipe de Saúde da Família, assim como a forma de adscrição populacional baseada apenas no território; – a insuficiência e a má qualidade da estrutura física e dos equipamentos e insumos; – e um modelo de participação social que muitas vezes exclui os usuários de fato dos serviços e privilegia representações partidárias e sindicais.

As perguntas do questionário foram formuladas para identificar estratégias, ações e inovações viáveis e cientificamente embasadas que produzam uma “APS Forte”, explorando itens relativos a: – diretrizes organizacionais e modelo assistencial; – rede de atenção à saúde;- estrutura e recursos tecnológicos;- recursos humanos;- recursos financeiros; – governança;- participação social;- métodos de monitoramento e de avaliação de resultados.

Todas as respostas serão analisadas e validadas em maio 2018 utilizando a metodologia Delphi (em uma única rodada) para posterior compilação e discussão em uma oficina de trabalho a ser realizada no Pré-Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, da ABRASCO, a ser realizado na UERJ em 24 e 25 julho de 2018, para a qual você está convidado.

Questionário APS Forte:

Levantamento de estratégias, ações e inovações viáveis e cientificamente embasadas

Diretrizes organizacionais e modelo assistencial

9. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam evidenciar e disseminar a importância dos atributos essenciais da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) para a concepção de políticas e para a organização assistencial? Descreva:
10. Você identifica ações, programas ou processos de trabalho frequentes na APS brasileira que são obstáculos para o fortalecimento da mesma? Se sim, descreva essas práticas e aponte estratégias, ações ou inovações que possam estimular as equipes a abandonar essas práticas.
11. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam aumentar o acesso de primeiro contato aos serviços de APS, especialmente a consultas médicas? Descreva:
12. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam mudar a forma de adscrição da clientela na APS, dando maior relevância a necessidades, especificidades e poder de escolha da população para além do critério unicamente territorial? Descreva:
13. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam aumentar a resolutividade clínica dos serviços de APS? Descreva:
14. Você identifica estratégias, ações ou inovações que poderiam ampliar a carteira de serviços na APS? Descreva:

Rede de atenção à saúde

15. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam facilitar a comunicação e a integração entre os serviços de APS e os demais pontos da rede de atenção? Descreva:
16. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam fazer da APS a ordenadora de fato da rede de atenção? Descreva:

Recursos humanos

17. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam tornar adequada a oferta de recursos humanos para o fortalecimento da APS? Descreva:
18. Você identifica estratégias, ações ou inovações de educação permanente capazes de dar sustentação a uma APS Forte? Descreva:

19. Você identifica novas funções para os profissionais de saúde ou inclusão de novas categorias profissionais que sejam essenciais para fortalecer a APS? Descreva:
20. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam estimular a oferta de outras atividades assistenciais por parte das profissões não médicas, com ênfase em enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e farmacêuticos? Descreva:
21. Que medidas poderiam ser introduzidas para melhorar a gestão do trabalho dos profissionais da APS e que incentivos poderiam ser empregados? Descreva:

Estrutura e recursos tecnológicos dos serviços de APS

22. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam qualificar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde? Descreva:
23. Você identifica estratégias, ações ou inovações que possam qualificar equipamentos e insumos das Unidades Básicas de Saúde? Descreva:
24. Você identifica tecnologias que deveriam ser incorporadas aos serviços de APS? Se sim, descreva essas tecnologias, assim como estratégias, ações ou inovações de efetividade comprovada que possam aumentar a incorporação tecnológica:
25. Você identifica estratégias, ações ou inovações que qualificam o manejo das condições crônicas? Descreva:

Participação social

26. Você identifica estratégias, ações ou inovações que democratizem, ampliem e tornem mais efetivos os dispositivos de participação social? Descreva:

Monitoramento e avaliação de resultados

27. Você identifica estratégias, ações ou inovações relacionadas ao monitoramento e avaliação de processos e de resultados na APS? Descreva:

Outras fragilidades e barreiras

28. Agora que você já fez sugestões de estratégias, ações e inovações para o fortalecimento da APS no SUS, cite:
 - outros desafios e fragilidades que não foram explorados no item de Contextualização deste documento;
 - os principais fatores que podem impedir a concretização das ações e inovações propostas para o fortalecimento da APS no SUS.

ANEXO 2. Itens Delphi (44 propostas) categorizados para a reunião de consenso sobre recomendações para APS Forte

Estratégias relacionadas aos atributos da APS

Itens a incluir com prioridade alta em $\geq 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
12. Informatizar UBS, rede assistencial e regulação; disponibilizar registro eletrônico em saúde com informações tanto do sistema tanto público como do privado, permitindo aos usuários o deslocamento sem barreiras informacionais	Atibutos APS: coordenação	1	1	10,53	89,47
13. Implementar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pacientes (teleconsulta, e-mail, whatsapp, apps, etc.) e marcação não presencial de consultas	Atibutos APS: longitudinalidade e acesso	2	3	15,79	78,98
4. Ampliar formas de acesso, com acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, entre outros	Atibutos APS: acesso	3	2	21,05	78,95
21. Reorganizar a distribuição de tarefas na equipe assistencial, retirando tarefas administrativas, padronizando modelos de atenção e processos de trabalho e ampliando a atuação clínico-assistencial de profissionais não médicos	Atibutos APS: integralidade	5	7	10,53	78,95

Itens a incluir com prioridade alta em $< 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
7. Associar carteira de serviços a processos de qualificação de pessoal e garantia de recursos necessários (insumos, equipamentos, etc)	Atibutos APS: integralidade	8	5	26,32	68,42
6. Adequar oferta de serviços e agendas às características da população e de seus grupos - ordenar sistema pelas necessidades da população	Atibutos APS: integralidade	9	6	26,32	68,42
14. Utilizar critérios de adscrição complementares ao territorial, como lista de pacientes, critérios epidemiológicos e critérios de vulnerabilidade social	Atibutos APS: longitudinalidade	10	14	15,79	68,42
17. Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em TICs, protocolos e auditoria	Atibutos APS: coordenação	12	15	21,05	63,16
11. Promover adensamento tecnológico da APS, com tecnologia de informação e equipamentos diagnósticos/terapêuticos (ultrassonografia, eletrocardiograma) e apoio por telessaúde/medicina	Atibutos APS: integralidade	15	10	31,58	57,89
5. Ofertar serviços na UBS com base nas competências de cada profissional, vinculando a isso um sistema de treinamento, avaliação e certificação de competências	Atibutos APS: integralidade	17	22	21,05	57,89
18. Reforçar e facilitar o acesso da população a informações sobre os serviços de saúde e a canais de escuta e ouvidoria (sites, what's app, painéis nas unidades e em outros locais, unidade móvel de informação sobre serviços)	Atibutos APS: coordenação	22	28	15,79	57,89
38. Pactuar e publicar anualmente a carteira de serviços em todos os níveis: nacional, estadual, municipal, com divulgação sobre princípios e benefícios de existir uma carteira	Atibutos APS: integralidade	21	44	15,79	57,89

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
27. Qualificar cuidado compartilhado (matriciamento) e tornar NASF mais resolutivo e assistencial	Atibutos APS: integralidade	24	18	31,58	52,63
34. Implementar linhas de cuidado multiprofissionais na APS, com ênfase nas melhores evidências científicas	Atibutos APS: coordenação	25	23	26,32	52,63
8. Incluir item para fortalecimento da APS: tornar APS centro de comunicação em saúde	Atibutos APS: coordenação	28	24	31,58	47,37
32. Instituir pagamento por desempenho nos serviços especializados relacionado a qualidade e informação das contrarreferências.	Atibutos APS: coordenação	31	29	31,58	42,11

Estratégias relacionadas às macrocondições sistêmicas

Itens a incluir com prioridade alta em $\geq 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão CFE prioridade alta	Ordem de inclusão CFE prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
28. Definir estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para equipes e áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos	Macro condições: formação e oferta RH	4	4	15,79	78,95
24. Elaborar um plano de formação de profissionais de APS na graduação e pós-graduação (especialmente residência médica e multiprofissional)	Macro condições: formação e oferta RH	6	13	5,26	78,95
1. Ampliar e consolidar Estratégia Saúde da Família, com revisão dos papéis de cada membro da equipe e redefinição do papel do agente comunitário de saúde	Macro condições: estratégia nacional	7	8	15,79	73,68

Itens a incluir com prioridade alta em $< 70\%$ das respostas do Delphi

Questão	Categorias	Ordem de inclusão cfe prioridade alta	Ordem de inclusão cfe prioridade alta e moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
3. Estruturar Planos Municipais de Saúde com ênfase na APS	Macro condições: estratégia nacional	11	26	5,26	68,42
30. Incentivos regionalizados para fixação e permanência dos profissionais nas equipes	Macro condições: formação e oferta RH	13	9	26,32	63,16
35. Planejar, monitorar e avaliar a qualidade das equipes de Saúde da Família - princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados	Macro condições: avaliação	14	16	21,05	63,16
39. Garantir financiamento suficiente e transparente; revisar arcabouço legal sobre competências de gestão, dando maior autonomia e proteção ao gestor	Macro condições: estratégia nacional	19	11	31,58	57,89
37. Capacitar gerentes e gestores sobre APS e disponibilizar instrumentos e dispositivos de melhoria contínua da gestão	Macro condições: estratégia nacional	20	17	26,32	57,89
31. Ampliar e aperfeiçoar mecanismos de remuneração/ reembolso por desempenho na APS	Macro condições: formação e oferta RH	16	21	21,05	57,89
10. Qualificar estrutura física, equipamentos e insumos, por exemplo, nos moldes das Clínicas da Família	Macro condições: estratégia nacional	23	12	36,84	52,63
40. Revisar responsabilidades federativas retirando dos municípios menores a atribuição isolada de gerir o sistema e levando essa responsabilidade para um âmbito regional	Macro condições: estratégia nacional	26	19	26,84	47,37
26. Elaborar um plano de educação em serviço para qualificar habilidades de comunicação e tecnologias de cuidado (entrevista motivacional, plano de cuidados, autocuidado, etc.).	Macro condições: formação e oferta RH	27	20	36,84	47,37
25. Inserir e financiar o papel de preceptor nas equipes de Saúde da Família a fim de aproximar ESF dos processos educacionais da graduação	Macro condições: formação e oferta RH	30	25	31,58	47,37
22. Criar o cargo de gerente da UBS para unidades de maior porte, com atuação exclusiva e qualificação adequada	Macro condições: formação e oferta RH	32	32	21,05	42,11

Questão	Categorias	Ordem de inclusão cfe prioridade alta	Ordem de inclusão cfe prioridade alta E moderada	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
20. Aumentar protagonismo das equipes na organização dos serviços e na manutenção e adequação da estrutura física e equipamentos	Macro condições: estratégia nacional	34	30	36,84	36,84
41. Promover mostras de experiências exitosas na APS/ESF, com ênfase em inovação	Macro condições: estratégia nacional	39	40	10,53	31,58

Itens para confirmar exclusão

Questão	Ordem de inclusão cfe prioridade alta	Ordem de inclusão cfe prioridade alta E moderada	% Não	% Sim prioridade moderada	% Sim prioridade alta
16. Manter adscrição de clientela apenas com critério territorial	42	42	52,63	15,79	21,05
36. Fortalecer PMAQ	38	41	47,37	5,26	31,58
19. Rever composição profissional das equipes de ESF com foco nas condições crônicas e ênfase na inclusão do farmacêutico	43	43	42,11	10,53	15,79
9. Desenhar serviços com ampliação de escopo e economia de escala prevendo unidades de saúde maiores	41	39	26,32	21,05	26,32
43. Ampliar acesso a práticas integrativas e complementares	44	38	26,32	42,11	10,53
23. Desenvolver planos de carreira na APS, com valorização da especialização em APS, como a medicina de família	18	27	15,79	15,79	57,89
29. Ampliação e consolidação do Programa Mais Médicos (eixos formação, provimento e estrutura)	29	31	15,79	21,05	47,37
15. Permitir opção do usuário no processo de adscrição da clientela	33	33	15,79	26,32	36,84
2. Diminuir denominador populacional por equipe de Saúde da Família	35	34	15,79	31,58	31,58
33. Incluir critérios de financiamento por desempenho em nível municipal	37	35	15,79	31,58	31,58
44. Fortalecer APS na saúde suplementar	36	37	15,79	21,05	31,58
42. Reformular processo de controle social	40	36	15,79	36,84	26,32