

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OFICINA 2 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO

Guia do Facilitador



GOIÁS, abril 2016

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conselho Nacional de Secretários De Saúde - CONASS

Presidente: João Gabbardo dos Reis

Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva

Cooperação Técnica Interinstitucional

Governador do Estado: Marconi Ferreira Perillo Júnior

Secretário de Estado da Saúde: Leonardo Moura Vilela

Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde: Evanilde Fernandes Costa Gomides

Gerente de Atenção à Saúde: Marisa Aparecida de Souza e Silva

Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago – Irani Ribeiro de Moura

Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS – Gercilene Ferreira

Conselho Nacional de Secretários de Saúde: João Gabbardo dos Reis

Organizadores

Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Leane de Carvalho Machado

Nereu Henrique Mansano

Viviane Rocha de Luiz

Grupo Gestor

CONASS: Maria José de Oliveira Evangelista e Maria Zélia Soares Lins

SES: Evanilde Fernandes Costa Gomides e Marisa Aparecida de Souza e Silva

Grupo Condutor Estadual

Carlos Edilson Pereira Ribeiro e Cristiane Pimenta Oliveira

Ana Cristina Gonçalves de Oliveira e Mary Alexandra da Costa

Agda Oscalino de Almeida Gonçalves e Silas Vaz Carvalho Barros

Marisa Aparecida de Sousa e Silva e Lucimar Rosa da Silva Santana

Érika Veríssimo M. Cerqueira e Sheila do Couto Pina

Milca de Freitas Q. Prado e Suely Marques Rosa
Rosilene Martins da Silva e Oriana Nicare Gomes Rego
Ledice Lamounier e Maria Bernadete Souza Napoli
Carla Guimarães Alves e Lucélia Borges de Abreu Ferreira
Stela Braga de Lima Tavares e Magda Lúcia Regis S. Barros

Coordenadores/Facilitadores do CONASS

Ademilde Machado Andrade
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães
Ana Maria Cavalcanti
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Antônio Derci Silveira Filho
Carla Pintas Marques
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Eliane Regina da Veiga Chomatas
Jane Monteiro Neves
Leane de Carvalho Machado
Marco Antônio Bragança Matos
Maria Angela Leite Chaves
Maria José de Oliveira Evangelista
Marta Oliveira Barreto
Maria Zélia Soares Lins
Nereu Henrique Mansano
Sandra Denise de Moura Sperotto
Sílvia Maristela Pasa Takeda
Severino Azevedo de Oliveira Junior
Sônia Maria Souza
Tereza Cristina Lins Amaral
Viviane Rocha de Luiz

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os gestores estaduais estabeleceram entre suas prioridades “*apoiar iniciativas de indução da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito dos Estados, através da estruturação e custeio da rede e das ações, disponibilizando ferramentas e apoiando estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes e da integração entre os diversos pontos e níveis de atenção*”¹.

A APS organizada e exercendo o seu papel resolutivo e coordenador do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade é fundamental para a conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para que a APS exerça de fato o seu papel estratégico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propõe a sua planificação, aqui entendido como um processo de planejamento da atenção à saúde que considera todas as suas etapas.

O processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) nos Estados ocorre por meio da realização de onze oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão - ao final de cada uma delas e com orientações, necessárias ao bom andamento e êxito do processo, tais como: implantação de uma unidade laboratório, para início dos macro e microprocessos da APS, utilizando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e a instituição de “tutores”, para acompanhar as atividades de dispersão, além de replicar os macro e microprocessos às demais Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Ao final do processo, a Planificação promoverá a qualificação dos processos de trabalho dos profissionais da atenção primária à saúde e as atividades de dispersão constituir-se-ão em um plano de intervenção da APS no âmbito locorregional e estadual.

A proposta metodológica está organizada em duas partes: no primeiro momento, a equipe do CONASS capacita as equipes gestoras estaduais para a realização das oficinas no Estado, no âmbito das regiões de saúde; no segundo momento, a equipe estadual, a seu critério, reproduz as oficinas para as equipes regionais e municipais.

Equipe do CONASS

1

2 APRESENTAÇÃO DA OFICINA 2

Discutir sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), não será uma tarefa tão difícil, considerando que estamos falando do cotidiano de cada um. Mas não podemos esquecer que estamos tratando da porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve coordenar o cuidado e ordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS). E, quando falamos em **coordenar o cuidado**, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, e, ainda, de **ordenar as redes**, contribuindo para que programação dos serviços de saúde a partir das necessidades dos usuários, estamos discutindo uma ação muito complexa, mas não impossível. Digamos que seja mais um desafio posto para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse sentido, esta Oficina tem como propósito promover a análise da APS na região, discutir sua forma de organização, sua resolubilidade e permitir aos participantes a reflexão a respeito da complexidade dos problemas que as equipes de APS têm de enfrentar na sua rotina. Para tanto, trabalha a importância da mudança na concepção da APS para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde.

Em outras palavras, o SUS, um sistema baseado e ordenado a partir da APS que se encontra em permanente busca pela melhoria do cuidado, continua sendo nossa pauta permanente durante a Planificação.

Ao mesmo tempo que esperamos que a forma com que foi pensado esta Oficina atenda às expectativas de cada um de vocês, reafirmamos que não há pacotes prontos e que a caminhada é construída por todos nós ao longo desse processo formativo.

Sejam todos bem vindos!

3 COMPETÊNCIA A SER DESENVOLVIDA

A necessidade de mudanças significativas no processo de trabalho em saúde pressupõe a elaboração de um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competências. Nesse sentido, esta Oficina traz como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da seguinte competência:



Capacidade de propor ações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde na região/município, a partir da análise dos seus elementos constitutivos, da realidade locorregional e de sua articulação com a promoção da saúde.

4 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Para o alcance da competência proposta, seguiremos algumas etapas do processo de aprendizagem, com a indicação do que se deve aprender nesse percurso, representadas pelos seguintes objetivos de aprendizagem:

1. Compreender e discutir o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua evolução pós Alma-Ata até os dias atuais.
2. Conhecer, compreender, discutir e exercitar os elementos constituintes da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação e centralidade na família.
3. Compreender e discutir a orientação comunitária e promoção à saúde como elementos característicos da APS.
4. Compreender, discutir e exercitar proposta de fortalecimento da APS em sua região/município em face da sua realidade sanitária e dos condicionantes existentes.

5 DESENVOLVIMENTO DA OFICINA

O processo de formação será integrado, articulado e em estreita relação com a realidade local, por meio de uma abordagem educacional mais participativa e colaborativa, valorizando a integração ensino-serviço. Desta forma, os métodos de ensino-aprendizagem utilizados objetivam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos

participantes, a partir de um conjunto de estratégias educacionais, que resultará na apresentação de produtos concretos.

Assim, a oficina 2 está estruturada de forma a trabalhar com uma série de estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento. Estão propostos alguns trabalhos em grupos, seguidos de compartilhamento dos produtos e exposições para sistematização das informações trabalhadas.

É recomendado material bibliográfico adicional para leitura e aprofundamento das temáticas e complementação dos objetivos propostos na oficina.

6 PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

A programação da oficina está organizada em turnos com carga horária de 4 horas/aula, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos de aprendizagem já apresentados. O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho do grupo.

1º DIA	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h – 9h	Atividade 1 – Café da manhã e Acolhida dos participantes
9h-10h	Atividade 2 – Plenária: Apresentação da atividade de dispersão da Oficina 1- Sugerimos a participação do secretário de saúde, coordenador da atenção básica, superintendente de políticas de atenção integral à saúde, gerente de atenção à saúde.
10h – 10h30min	Atividade 3 – Exposição dialogada: Apresentação da Oficina2
10h30min – 10h45min	Café com prosa
10h45min – 12h	Atividade 4 - Trabalho em grupo com plenária interna; A Atenção Primária à Saúde como Centro de Comunicações das Redes de Atenção
12h – 13h	Intervalo para almoço
13h – 14h	Atividade 5– Dinâmica de aquecimento nos grupos
14h – 15h30min	Atividade 6- Trabalho em grupo com plenária interna: A situação de saúde no município de Boa Fé

15h30min – 15h 45min	Café com prosa
15h45min – 17h	Atividade 6 - Trabalho em grupo com plenária interna: A situação de saúde no município de Boa Fé
17h	Encerramento das atividades do dia
2º DIA	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h – 9h	Atividade 7 – Café da manhã e Aquecimento com dinâmica de grupo
9h – 10h	Atividade 8 – Trabalho em grupo com plenária externa: Plano de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no município de Boa Fé
10h – 10h15min	Café com prosa (nos grupos)
10h15min – 12h	Atividade 8– Trabalho em grupo com plenária externa: Plano de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no município de Boa Fé
12h-13h	Intervalo para almoço
13h – 13h30min	Atividade 09 – Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h30min – 14h30min	Atividade 10 – Plenária do trabalho em grupo: Plano de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no município de Boa Fé
14h30min – 14h45min	Atividade 11- Vídeo: Centro de Saúde do Saco Grande – uma história de construção do SUS
14h45min – 15h	Café com prosa
15h – 16h	Atividade 12 – Exposição dialogada: A construção social da Atenção Primária à Saúde
16h – 16h30min	Atividade 13– Orientação da atividade de dispersão do Módulo
16h30min – 17h	Avaliação da Oficina
17h	Encerramento da Módulo

7 ROTEIRO DE ATIVIDADES DA OFICINA

1º DIA - MANHÃ

ATIVIDADE 1 – DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO EM PLENÁRIA



1 hora



DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para acolher todos os participantes no início desse Módulo.
2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado com os colegas.

ATIVIDADE 2 – PLENÁRIA: APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DA OFICINA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



1 hora



DESCRIÇÃO:

3. Serão sorteados quatro trabalhos, por regional para apresentação em plenária.
4. Cada relator terá 10 minutos para socializar e problematizar a realidade local a partir da apresentação da análise da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil.

ATIVIDADE 3 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: APRESENTAÇÃO DA OFICINA 2



30 min



DESCRIÇÃO:

1. É hora de saber como se dará esta Oficina, sua relação com os demais, a competência proposta, as etapas de aprendizagem, as formas de avaliação e, principalmente, a influência das temáticas discutidas no seu contexto de trabalho. Não hesite em esclarecer suas dúvidas.
2. Registre a seguir os pontos que considerou mais relevantes na apresentação do Módulo:

ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO



1 hora e 45 minutos



DESCRIÇÃO:

Passo 1 – Cada grupo contará com o apoio de facilitadores nesta atividade, que farão a mediação do trabalho em grupo. Antes de dar início, como de costume, faz-se necessário escolher um

coordenador e um relator. Embora a constituição dos grupos seja a mesma em todos os momentos, todos os participantes terão oportunidade de exercer essas funções. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____

Relator: _____

Passo 2 – Antes de dar início à leitura do texto, faz-se necessário ressaltar algumas questões com o grupo:

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA LEITURA:

- A leitura será paragrafada, ou seja, cada participante fará a leitura de um parágrafo, dando oportunidade a todos de participarem.
- A leitura estará facultada a todos os participantes que desejarem contribuir.
- É importante que a leitura seja realizada em voz alta para que todos acompanhem.
- Cada participante deve destacar os termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos.
- A responsabilidade em esclarecer os termos é compartilhada entre os membros do grupo e seus facilitadores.
- O relator deve registrar no papel madeira os termos identificados pelo grupo.
- O registro do processo de trabalho do grupo deverá ser feito pelo relator em papel afixado na parede para que todos possam visualizar a produção coletiva.

Passo 3 – Compreendida as orientações, o grupo deve iniciar a leitura do texto 1 a seguir:



TEXTO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO²

1. Atenção Primária: conceitos e atributos

Vale lembrar que nas atividades anteriores, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi posicionada como um dos elementos da estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde (RAS): centro comunicador e coordenador do cuidado. Partindo do centro, ela tem a responsabilidade de fazer a

2

Este texto foi transcrito da apostila do “Curso de autoaprendizado sobre Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde”, da Redenutri, publicada em 2012.

ponte entre os diferentes níveis e pontos de atenção, assim como integrar ao processo os sistemas logísticos e de apoio, garantindo, assim, a integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde. Esse é o papel mais importante dentro de uma RAS, já que se não houver um centro coordenador, não há integração do sistema. Dito de outra forma, sem um regente, uma orquestra será capaz de tocar, mas não na harmonia desejada e esperada pelo público que paga para ouvi-la tocar. Posicionar estrategicamente a APS no reordenamento do sistema de saúde implica considerá-la a base das redes de atenção à saúde. Portanto, é fundamental investir na qualificação e expansão da APS - entre outros fatores - para uma efetiva mudança de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) em redes integradas de atenção.

A APS pode ser definida e caracterizada, segundo a versão reformulada da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Brasil, 2011a), por:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (...) Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (...).”

Uma APS de qualidade deve possuir **atributos** essenciais para sua consolidação e efetiva atenção à população assistida.

O primeiro atributo diz respeito à atenção primária como serviço de primeiro contato. Para isso, é necessário que o serviço seja acessível em todos os aspectos (financeiros, geográficos, culturais, etc.) e que o usuário possa utilizar os serviços para todo problema de saúde que identificar.

A longitudinalidade consiste na regularidade do cuidado à saúde do usuário pela equipe em um processo que gere responsabilização e uma relação mútua e contínua de confiança entre a equipe, as famílias e os indivíduos.

A integralidade implica a oferta de serviços de cuidado à saúde do usuário, tanto preventivos como curativos, nos diferentes pontos de atenção, de maneira a atender às necessidades da população, considerando a múltipla determinação da saúde.

A fim de garantir a integralidade da atenção, a coordenação das ações e serviços é um atributo essencial para que a APS se estabeleça como centro de comunicação das redes.

Outro atributo da APS é a focalização na família. O contexto familiar é considerado o foco prioritário no diagnóstico da situação e no processo decisório das medidas a serem adotadas.

De maneira complementar, o atributo de orientação comunitária considera a comunidade como protagonista para reconhecimento dos problemas e decisão sobre os melhores caminhos para melhoria das condições de saúde e definição de decisões sanitárias e econômicas.

E finalmente, reconhecer e valorizar os diferentes saberes e soluções, sejam eles científicos ou populares, é o atributo da APS denominado competência cultural.

Assim, respeitar e valorizar esses atributos junto à APS significa também contribuir para a consolidação desse nível de atenção como o centro coordenador em um sistema estruturado em redes de atenção. Uma APS forte resulta em uma RAS com base forte o suficiente para consolidação do SUS.

2. A Atenção Primária à Saúde no Brasil

O Brasil tem investido há muitos anos em estratégias de fortalecimento da APS enquanto organizadora do sistema de atenção. Mais precisamente na década de 1990, que foi marcada pela implantação de programas da atenção primária de forma inovadora, foi quando houve a inclusão de diferentes profissionais nas equipes de saúde, e a expansão da territorialização e da adscrição da clientela.

Nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994, é um marco histórico de um novo modelo de assistência partindo da atenção primária, já que foi concebido para ser o primeiro acesso do usuário ao sistema de saúde e desenvolver o cuidado de forma integral, além de ampliar o acesso e cobertura. O programa apresentou crescimento de forma contínua e expressiva, principalmente em municípios de pequeno porte, e a partir de 1998 foi ampliado e passou a ser identificado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 2006 foi aprovada a primeira versão da PNAB, que apontou a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF. Expressou a “marca da maturidade” no que se refere à APS naquele momento, e o compromisso do Ministério da Saúde de revitalizá-la no Brasil.

Em 2008, para ampliar a abrangência e resolutividade da ESF, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF apoiam conjuntos de equipes da ESF e são constituídos por profissionais de diversas áreas raramente presentes neste nível de atenção.

Segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES), de janeiro de 2012, estão em atividade mais de 33.000 equipes da ESF em mais de 90% dos municípios brasileiros cobertos e 1.250 equipes NASF. Em Goiás estão implantadas 1.329 EqSF, em 100% dos municípios, 938 EqSB e 188 NASF (DAB/MS, dez/2015).

É importante esclarecer que a APS nos municípios brasileiros não se desenvolveu de maneira uniforme e homogênea, e não necessariamente segundo o modelo da ESF.

Na realidade, tem-se a coexistência de várias “APS” Brasil afora, sendo que dentro de um mesmo município é possível encontrar vários tipos de “APS” implantados. Por esta tamanha diversidade de

organização de serviços primários nos municípios brasileiros também são considerados os demais formatos organizativos da APS, ditos tradicionais, que são diferentes da ESF. Assim, o Governo focaliza a Estratégia Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, mas também valoriza a qualificação das demais estratégias de organização da APS por considerarem as especificidades locais regionais.

É exatamente por esta diversidade – e outros motivos - que a PNAB foi revista e republicada em 2011. O texto atual reforça a base teórica e conceitual de atenção primária expressa na edição anterior, ao mesmo tempo em que exalta as mudanças que ocorreram desde 2006. Entre essas mudanças, podem-se citar a criação dos NASF, das equipes de Saúde da Família ribeirinhas, das Unidades Básicas de Saúde fluviais, do Programa de Saúde na Escola. Além disso, enfatiza a importância da reestruturação do SUS segundo modelo organizativo de redes de atenção, posicionando-o como formato mais apropriado para adequado manejo dos desafios sanitários presentes no contexto epidemiológico brasileiro.

3. A Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

Para que as RAS sejam efetivas, eficientes e de qualidade, deve-se ter, antes de tudo, uma APS bem estruturada. Esta afirmação considera que, quando os **atributos da APS** estão plenamente desenvolvidos, obtêm-se melhores resultados econômicos e sanitários em termos de eficácia, continuidade e integralidade na atenção à saúde.

A APS deve ser estruturada de modo a propiciar o cumprimento de suas funções centrais de acolher, escutar e dar vazão às demandas sanitárias existentes. Considerando o contexto de reestruturação do sistema de saúde segundo formato de redes de atenção, há outras funções prioritárias da APS, as quais contribuirão para o adequado funcionamento da RAS. De acordo com a PNAB, são elas:

a. Ser a base: a modalidade primária de atenção deve estar presente nos estados e municípios de modo mais descentralizado e distribuído possível;

b. Ser resolutiva: deve ser capaz de gerar diagnóstico sanitário e situacional da população que vive no território sob sua responsabilidade, considerando riscos, necessidades e demandas de saúde. Para tanto, deve utilizar diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas;

c. Coordenar o cuidado: a APS deve atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos e níveis de atenção, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários, com o objetivo de produzir gestão compartilhada da atenção integral por meio da apropriação de ferramentas de microgestão do cuidado. Além disso, deve articular também outras estruturas, como os sistemas logísticos e de apoio, relações intersetoriais e participação social da comunidade.

d. Ordenar as redes: a APS deve organizar as necessidades sanitárias da população sob sua responsabilidade em relação ao acesso aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços a serem ofertados efetivamente seja baseada na real demanda de saúde da população.

Os esforços governamentais para fortalecimento e qualificação da APS devem estar em consonância com a participação e controle social no SUS. As organizações e movimentos sociais precisam atuar nas instâncias de controle social para que as mesmas tenham legitimidade e estejam sintonizadas com as necessidades sanitárias reais da população, principalmente dos grupos socialmente mais vulneráveis. As decisões, o alcance de resultados, a utilização de recursos, entre outros aspectos, precisam ser monitorados e analisados. Logo, com vontade política e a participação ativa da sociedade civil é possível fortalecer a APS.

É por meio de uma APS bem estruturada que o usuário é adequadamente inserido em uma rede de atenção, o que ocorre pela utilização da **adscrição da clientela**. No caso da APS – tradicional ou Saúde da Família, a equipe de saúde tem sob sua responsabilidade um conjunto de famílias que vivem em um determinado território.

A partir do *diagnóstico de saúde e de vida* dessa clientela adscrita, as ações são planejadas e executadas, e os indivíduos são assistidos. De acordo com suas necessidades, as pessoas podem ser atendidas em diferentes serviços e rotinas, e este processo é comumente chamado de **referência**. Uma vez atendido em outros serviços e estabelecimentos de saúde, deve-se **contrarreferenciar** o paciente para a APS para continuidade do tratamento. Ou seja, cabe também à APS dar continuidade longitudinal à atenção ao paciente.

Portanto, a APS tem como função coordenar e integrar os fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e informações, entre todos os pontos de atenção à saúde, tornando-se, assim, o centro de comunicação das RAS.

Neste contexto, a APS representa o início (porta de entrada preferencial), meio (referência) e o fim (longitudinalidade) da atenção à saúde da população. É por este motivo que se tem discutido tanto a valorização e qualificação da APS e tem-se defendido seu lugar de coordenação das redes de atenção.

E no seu município? Existem muitas equipes da 'APS'? A presença dessas equipes pode contribuir em grande medida para que o sistema de saúde de seu município seja estruturado segundo a lógica de rede de atenção. Nessa estrutura integrada, serão essas equipes as responsáveis pela comunicação e coordenação da atenção à saúde da população adscrita.



Passo 4 - Após a leitura, procurem responder as seguintes questões norteadoras:

a) Qual a responsabilidade da APS dentro de uma RAS?

b) Quais os atributos essenciais que uma Atenção Primária à Saúde deve possuir para sua consolidação e efetiva atenção a população assistida?

c) Em que consiste estes atributos?

d) De acordo com a PNAB quais as outras funções da APS? O que significa cada uma delas?

e) Quais são as diferentes concepções da Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde?

Passo 5 – Como se trata de um trabalho de grupo com plenária interna, ao final o relator terá 10 minutos para apresentar ao próprio grupo a produção coletiva.

1º DIA - TARDE

ATIVIDADE 5 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS



DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para iniciar as atividades da tarde.



2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado com os colegas.

ATIVIDADE 6 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA INTERNA: A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BOA FÉ



3 horas



DESCRIÇÃO:

Passo 1 – Para não perder o costume, o grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator para esta atividade. É muito importante contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____

Relator: _____

Passo 2 – Nessa atividade, a proposta é analisar a Atenção Primária à Saúde no município. Para tanto, teremos como cenário o município fictício de Boa Fé. Veja a seguir como se apresenta a situação de saúde nesse município .



A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BOA FÉ

O município

O município de Boa Fé está localizado no estado da Esperança, na região litorânea, onde uma parcela da população vive da pesca. É um município com uma população 80% urbana, com aproximadamente 330.000 habitantes, sendo 12% usuária de planos de saúde. A população é constituída predominantemente por pessoas adultas, com 57,25% em idade entre 20 e 59 anos, seguida de 18,95% de adolescentes (10 a 19 anos), 16,23% de crianças (0 a 9 anos) e, 7,57% de idosos (acima de 60 anos).

A Atenção Primária à Saúde

A rede de serviços do município possui 17 Unidades Básica de Saúde (UBS), dentre as quais 14 estão organizadas a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), contando com 60 equipes de saúde da família (EqSF), 30 de saúde bucal (EqSB) e 360 Agentes Comunitários de Saúde

(ACS). As demais unidades, que não possuem Saúde da Família, atendem, em média, uma população de 50.000 habitantes cada uma.

As UBS com saúde da família possuem, em média, de 4 a 5 EqSF, com uma população de aproximadamente 3.000 pessoas por equipe. Uma EqSB atende, em média, a população de duas a três EqSF.

Algumas equipes, por estarem inseridas em unidades de difícil acesso, apresentam dificuldades para viabilizar a continuidade do cuidado e o vínculo com as famílias residentes nas suas respectivas áreas de abrangência. A população do município coberta pela ESF é de 180.000 pessoas.

Algumas unidades foram adequadas para atender a população coberta pela ESF, nos últimos dez anos por decisões políticas. O tamanho médio das unidades varia de 160 a 250m², seguindo um padrão de construção. Algumas unidades não dispõem de salas para acolhimento dos usuários, porém, todas possuem área de espera para aguardar os atendimentos.

As UBS com saúde da família possuem equipes multiprofissionais de acordo com o padrão definido pelo Ministério da Saúde: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e, em média, seis ACS.

As UBS sem saúde da família não têm área de abrangência definida e atendem à demanda espontânea da comunidade. Essas unidades possuem uma equipe padrão de dois médicos pela manhã (clínico geral e pediatra) e dois, à tarde (gineco-obstetra e clínico geral), um enfermeiro e quatro auxiliares de enfermagem em tempo integral. O agendamento, em todas as unidades, é feito por ordem de chegada e sem classificação de risco. Não há também classificação de risco familiar ou individual.

Há grande rotatividade de profissionais médicos nas equipes e, em geral, as equipes ficam em média dois a três meses sem o profissional durante o ano, em razão da dificuldade de fixação desse profissional.

As UBS com saúde da família desenvolvem atividades programadas de atendimento a criança, gestante, portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, como também atividades preventivas e educativas, enquanto que, as UBS sem saúde da família não desenvolvem estas atividades programadas, no entanto, por terem especialistas (gineco-obstetra, pediatra e clínico geral) acabam sendo referência para pré-natal, atendimento à criança e atendimento clínico de uma maneira geral. Em 2012, as UBS (com e sem saúde da família) realizaram em média 1,6 consulta/habitante/ano.

O horário de atendimento das unidades é padronizado no município de Boa Fé das 7 às 17 horas. Considerando que grande parte da população trabalha durante o período de funcionamento das UBS com saúde da família, há dificuldades de acesso das pessoas para o atendimento e seguimento de portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase e outras patologias.

Todas as unidades utilizam prontuário em papel para registro dos atendimentos, sendo que existem poucas anotações dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde. Há grande número de prontuários repetidos, apesar de existir um sistema padronizado de arquivo. O município utiliza o cartão da gestante e a caderneta de saúde da criança no modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, porém esses também não são preenchidos adequadamente.

As unidades preenchem mensalmente um relatório em papel e enviam para a secretaria municipal de saúde com o registro dos atendimentos nos programas e sistemas oficiais, SIAB ou SISAB/e-SUS, SISPRENATAL, SISCAN, PNI e outros. Porém, esses dados coletados não são discutidos com as equipes ou utilizados para a análise dos atendimentos e planejamento das ações.

Não há protocolos clínicos padronizados para o atendimento aos usuários, tampouco existe orientação do gestor municipal padronizando os atendimentos. Em geral, as equipes recebem treinamentos esporádicos, em assuntos diversos, de acordo com a definição da secretaria municipal de saúde.

Quando os usuários precisam de atendimentos especializados e necessitam ser encaminhados para outros pontos de atenção, não há sistema de agendamento de consultas e exames, tampouco há sistema para encaminhamento de internamentos hospitalares, portanto as equipes de saúde da família não conseguem viabilizar a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado dos usuários.

As visitas domiciliares são realizadas pelos profissionais das equipes e ACS, sem planejamento e sem critérios de priorização, sendo as ações dos ACS realizadas de acordo com a solicitação dos profissionais das equipes.

As equipes dispõem de materiais educativos e poucas realizam atividades de promoção e prevenção. Em geral, os eventos são focalizados. Não há planejamento das ações desenvolvidas pelas EqSF de acordo com as necessidades de saúde da população residente no território.

As Unidades possuem conselhos locais, porém estes são pouco atuantes e se reúnem apenas quando há problemas nas unidades de saúde, como a falta de profissionais.

O Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O município não tem laboratório de análises clínicas e citopatologia, sendo os exames realizados em laboratórios contratados da rede privada. As unidades têm cota mensal definida de exames, porém a partir do dia 20 de cada mês não há mais possibilidade de solicitação de exames, por extrapolação da cota mensal. Os usuários que necessitam de exames, a partir dessa data, têm de esperar o início do outro mês para realizá-lo. Outro problema é a demora na entrega dos resultados de exames, em média levam de 15 a 30 dias para chegar nas unidades.

Há grande absenteísmo dos usuários no retorno de avaliação dos resultados de exames. A secretaria de saúde do município não tem relação padronizada de medicamentos e em geral as unidades não dispõem do elenco de medicamentos para atender aos usuários.

Atenção Especializada e Atendimento de Urgência e Emergência

Há um hospital estadual que dispõe de assistência para o pronto atendimento. Este é realizado por classificação de risco. Em 2012 foram realizadas 2 consultas/habitante/ano, quantitativo maior que o número de consultas realizadas nas UBS.

Há sistema de transporte de pacientes em situação de urgência e emergência (SAMU) e de transporte social.

Além do hospital estadual que tem 150 leitos, dispõe-se de mais três hospitais contratados, sendo dois filantrópicos (com 80 leitos e outro com 70 leitos) e um privado (com 40 leitos), perfazendo um total de 340 leitos no município. Em 2012, foram realizadas 40.082 internações no município, o que representa um percentual de 12% de internações/habitante/ano. O Ministério recomenda o parâmetro de 8% da população total de internações/habitante/ano.

Indicadores de Saúde do município em 2012

Relacionados à saúde da criança:

- Cobertura vacinal em menores de ano = 92,5%;
- Percentual de prematuros = 9,4%;
- Coeficiente de mortalidade infantil = 14,78/1.000 NV, tem-se mantido estável nos últimos cinco anos.

Relacionados à saúde da mulher:

- A cobertura de preventivo de câncer cérvico-uterino = 15,4% da população feminina de 25 a 64 anos;
- A cobertura de pré-natal nas UBS com saúde da família = 89%, com captação no primeiro trimestre de 65%. A cobertura de gestantes que realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal nessas unidades foi de 59%;
- Percentual de cesáreas no município = 43%;
- Apenas 24% das gestantes que realizaram pré-natal nas UBS com saúde da família, compareceram à consulta de puerpério;
- Coeficiente de mortalidade materna = 64,3/100.000 nascidos vivos.

Relacionados à saúde do adulto:

- A cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados nas UBS com saúde da família é de 23,7% e de 14,3%, respectivamente.
- Em um levantamento realizado recentemente, verificou-se que 33% das internações hospitalares são relativas a patologias sensíveis à atenção primária.

Relacionados à mortalidade geral:

- As causas de mortalidade geral foram, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório, em segundo as neoplasias, e em terceiro as causas externas.
- As causas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foram infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares e diabetes.

Observa-se que tanto com relação à mortalidade, quanto à morbidade, as condições crônicas têm peso importante e apontam para a necessidade de que a APS no município trabalhe

medidas de promoção e prevenção, de identificação precoce e de controle das doenças crônicas.

PRIMEIRO MOMENTO: Análise quantitativa da APS

Passo 3 - Para entender melhor o município de Boa Fé, o grupo deve realizar a **ANÁLISE QUANTITATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, a partir dos indicadores de cobertura. É importante que o relator registre o procedimento dos cálculos no papel afixado na parede (e não somente o resultado) para que todos acompanhem.

a) Percentual de cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família (ESF)

Para o cálculo deste percentual, utilize a fórmula abaixo:

Percentual de cobertura pela ESF	$\frac{\text{População cadastrada da ESF no SIAB ou e-SUS} \times 100}{\text{População total}}$
----------------------------------	---

Quando não se sabe a população coberta, utiliza-se a do COAP:

Percentual de cobertura pela ESF =	$\frac{\text{N}^\circ \text{ eSF} \times 3.000 \times 100}{\text{População total}}$
------------------------------------	---



ATENÇÃO!

A cobertura deve ser comparada com a capacidade das equipes no município. Analise se a cobertura está acima, abaixo ou dentro dos parâmetros propostos. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), uma EqSF deve responsabilizar-se por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada 3.000 pessoas. Entretanto, o Ministério da Saúde alterou o cálculo do teto máximo de EqSF, com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais os municípios poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, o qual passou a ser obtido mediante a seguinte fórmula: população/2.000 (Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013). Entretanto, a título de exercício utilizaremos os parâmetros propostos na PNAB.

b) Percentual de cobertura da população acompanhada pelos ACS

Para o cálculo deste percentual, são necessárias duas etapas:

1º cálculo:

Número de ACS para a população total =	População total
	400

2º cálculo:

Percentual de cobertura da população pelos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de ACS existente} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de ACS para a população total}}$



Segundo a PNAB/2011, um ACS deve responsabilizar-se por 400 pessoas, podendo ser no máximo 750 pessoas.

c) Percentual de cobertura da população por UBS sem Saúde da Família

Para o cálculo deste percentual, utilize a fórmula abaixo:

Percentual da população coberta pelas UBS sem saúde da família =	$\frac{\text{População cadastrada nas UBS sem saúde da família}}{\text{População total}} \times 100$



O parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde para a cobertura de pessoas por UBS sem Saúde da Família, em grandes centros urbanos, é no máximo 18.000 habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Primária.

d) Percentual de cobertura da população acompanhada pelas EqSB

Para o cálculo deste percentual, são necessárias duas etapas:

1º cálculo:

População coberta pelas EqSB	$\frac{\text{população cadastrada nas EqSF} \times \text{n}^\circ \text{ de EqSB}}{\text{n}^\circ \text{ de EqSF}}$
------------------------------	---

2º cálculo:

Percentual da população coberta pelas EqSB =	$\frac{\text{população coberta pelas EqSB} \times 100}{\text{População total}}$
--	---

OBS: O cálculo do COAP é feito assim: somatório da CH dos dentistas x 3.000 x 100/população



Da mesma forma que no cálculo da cobertura das EqSF, deve-se considerar a capacidade dessas equipes. Uma equipe deve responsabilizar-se por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendado de 3.000 pessoas.

e) Número máximo de equipes de NASF ao qual o município pode fazer jus

Número de equipes de NASF 1 =	Número de equipes de saúde da família 5
-------------------------------	--



MODALIDADES DE NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, cujo objetivo é apoiar as equipes de Saúde da Família/e ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, qualificando e ampliando o escopo das ações e serviços ofertados à população adstrita, podem ser organizados e vinculados da seguinte forma:

Modalidade	Apoia Mínimo (EqSF)	Apoia Máximo (EqSF)	C.H. Mínima semanal
NASF 1	5	9	200
NASF 2	3	4	120
NASF 3	1	2	80

A implantação de mais de uma modalidade (NASF 1, NASF 2 e NASF 3) de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal NÃO receberá incentivo financeiro federal.

O número máximo de NASF aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos, será calculado dividindo-se o número de total de EqSF do município, pelo número mínimo de equipes às quais ele poderá ser vinculado, dentro da sua modalidade (NASF 1= EqSF /5, NASF2= EqSF /3 e NASF= EqSF 3 /1).

e) Transcreva os resultados para a **matriz 1** e faça uma análise da APS no município de Boa Fé, em termos de cobertura.

MATRIZ 1

COBERTURA	%
Cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família	
Cobertura da população acompanhada pelos ACS	
Cobertura da população por UBS sem saúde da família	
Cobertura da população acompanhada pelas Equipes de Saúde Bucal	
Número de equipes de NASF	

Fonte: SES/MG, 2008

SEGUNDO MOMENTO: Análise qualitativa da APS

Passo 4 - Para a análise qualitativa da APS no município de Boa Fé, utilizaremos as matrizes propostas de verificação dos atributos da APS. Após reflexão e discussão sobre os itens de verificação de cada matriz a seguir (2 a 8), o grupo deve responder e pontuar, com um valor que varia de 0 a 3, atendendo ao que segue:

ANÁLISE	PONTUAÇÃO
Se o grupo considerar que atende de forma ótima	3
Se o grupo considerar que atende parcialmente (razoavelmente bem, mas insuficiente)	2
Se o grupo considerar que atende de forma incipiente	1
Se o grupo considerar que não atende	0



A matriz 2 deve ser preenchida pela equipe que trabalha na rede, envolvendo gestores e prestadores de serviços. Orienta um diagnóstico aos gestores e profissionais de saúde, e possibilita:

- Saber em que estágio encontra-se a Rede de Atenção à Saúde: fragmentada; em estágio inicial; em estágio avançado ou integrada.

- Identificar áreas críticas de desempenho das RAS.

- Propor um Programa de Desenvolvimento Institucional e Clínico que fortaleça a RAS.

Passo 5 - Dê início à análise respondendo as matrizes a seguir. Procure elementos na apresentação do município que justifiquem a pontuação dada a cada item de verificação das matrizes. Nem todos os elementos necessários para análise estarão elencados na situação apresentada. Cabe ao grupo, portanto, consensuar a resposta dos itens.

MATRIZ 2 - PRIMEIRO CONTATO

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As UBS são porta de entrada dos usuários para o sistema de serviços de saúde no município.		
2. As UBS são de fácil acesso para os usuários residentes no território.		
3. As UBS atendem em horários		

adequados às necessidades dos usuários.		
4. As UBS estão dimensionadas para garantir a cobertura da população residente no município.		
5. O dimensionamento do nº de EqSF está adequado para viabilizar a cobertura da população, conforme parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.		
6. O dimensionamento do nº de ACS está adequado para viabilizar a cobertura da população, conforme parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.		
7. Existe um processo de avaliação inicial das necessidades dos usuários que acessam as UBS para detecção dos casos de risco e priorização do atendimento.		
8. Existem critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência /emergência.		
9. Existem critérios padronizados de captação precoce dos usuários para atenção programada (ex.: atenção às condições crônicas - hipertensos, gestantes).		
10. O agendamento na UBS é realizado de modo a garantir o atendimento necessário a cada usuário.		
TOTAL		

MATRIZ 3 – LONGITUDINALIDADE

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As UBS estão estruturadas para atender aos usuários em todos os ciclos de vida da família: infância, adolescência, vida adulta e velhice.		
2. As UBS estão organizadas para viabilizar a continuidade do cuidado aos usuários com patologias e/ou condições crônicas: gestantes; hipertensos; diabéticos; tuberculose; hanseníase; transtorno mental; HIV/Aids; cárie; doença periodontal.		
3. As equipes das UBS acompanham a evolução clínica dos usuários portadores de patologias/condições crônicas (ex: hipertensos, diabéticos).		
4. As UBS contam com protocolos clínicos para o atendimento dos ciclos de vida (criança, adolescentes, adultos e idosos) e das principais patologias crônicas (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, DST, HIV, Aids, cárie, doença periodontal etc.) e condições crônicas (gestantes, idoso).		
5. Os protocolos clínicos são utilizados rotineiramente pelos profissionais das UBS		
6. Os profissionais das UBS contam com um processo de educação permanente.		
7. Cada equipe de saúde é responsável por um número de usuários/famílias residentes no território.		
8. Existe vínculo entre a equipe da UBS e		

os usuários/famílias residentes no território de sua responsabilidade.		
TOTAL		

MATRIZ 4 - INTEGRALIDADE

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As UBS viabilizam aos usuários os exames laboratoriais quando necessário, no tempo adequado.		
2. Os profissionais das UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico.		
3. Os profissionais da UBS têm o retorno do resultado dos exames laboratoriais no tempo adequado.		
4. A UBS viabiliza aos usuários consultas especializadas quando necessário, no tempo adequado.		
5. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de consultas especializadas.		
6. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações da consulta especializada de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.		
7. A UBS viabiliza aos usuários internamentos quando necessário, no tempo adequado.		
8. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de internamentos hospitalares.		
9. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações referentes aos internamentos, de forma adequada, para		

viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.		
10. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a prescrição de medicamentos de uso contínuo para usuários portadores de patologias crônicas (ex.: medicamentos para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtorno mental, entre outras).		
11. A UBS viabiliza o acesso dos usuários portadores de patologias crônicas aos medicamentos de uso contínuo, para contribuir com a continuidade do cuidado (Ex.: medicamentos para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtorno mental, entre outras).		
TOTAL		

MATRIZ 5 - COORDENAÇÃO

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As UBS têm prontuário para registro das informações do atendimento prestado, pela equipe multiprofissional, ao usuário.		
2. Os profissionais das UBS preenchem o prontuário adequadamente.		
3. O prontuário é arquivado adequadamente de forma a garantir a segurança e o sigilo das informações nele contidas.		
4. A SMS conta com comissão de revisão de prontuário.		
5. Os profissionais da UBS preenchem		

adequadamente os instrumentos destinados aos usuários como, por exemplo, o cartão da gestante e da criança, entre outros.		
6. A UBS conta com um sistema de informação adequado às necessidades da equipe de saúde, capaz de disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais no tempo adequado.		
7. Os profissionais das UBS alimentam os sistemas de informação do Ministério da Saúde de forma adequada e nos prazos estabelecidos. Ex.: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou e-SUS Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), entre outros.		
8. Os profissionais das UBS acessam os relatórios dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Ex.: SIAB ou e-SUS, SIA/SUS, SINAN SISPRENATAL, entre outros.		
9. A SMS dispõe de mecanismos para que as equipes de saúde realizem a programação local adequada à população adscrita e dispõe de recursos disponíveis nas UBS.		
10. A SMS dispõe de um mecanismo de contratualização com as equipes de saúde da UBS, mediante metas pactuadas resultantes da programação		

local.		
11. A SMS realiza o monitoramento das metas pactuadas na programação local.		
TOTAL		

MATRIZ 6 - CENTRALIDADE NA FAMÍLIA

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. A equipe de saúde realiza o cadastro de todas as famílias residentes no território.		
2. A equipe realiza a classificação de risco para as famílias residentes no território de sua responsabilidade.		
3. As equipes das UBS monitoram as famílias de acordo com o grau de risco, priorizando as de maior risco.		
4. As equipes utilizam os instrumentos de abordagem familiar (Ex.: genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice, entre outros).		
5. A equipe realiza ações de prevenção de doenças/agravos de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.		
6. As equipes realizam ações de educação em saúde voltada para as famílias de usuários portadores de patologias crônicas.		
7. As equipes realizam visitas domiciliares de acordo com a necessidade das famílias residentes no território.		
8. As equipes dispõem de materiais de educação em saúde, destinados aos usuários/famílias.		
TOTAL		

MATRIZ 7 – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As equipes de saúde identificam de forma sistematizada e periódica as necessidades de saúde da comunidade.		
2. As equipes de saúde desenvolvem ações de educação em saúde para a comunidade.		
3. As equipes desenvolvem ações de prevenção de doenças/agravos para a comunidade.		
4. As UBS contam com conselho local de saúde atuante.		
5. O conselho local de saúde participa do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.		
6. O conselho local de saúde participa do monitoramento das ações realizadas pela equipe de saúde.		
TOTAL		

MATRIZ 8 – COMPETÊNCIA CULTURAL

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1. As equipes de saúde possuem uma relação horizontal com a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.		
TOTAL		

Passo 6 - Após a pontuação dos itens, cada grupo deve somar todos os pontos e estabelecer o percentual alcançado em relação à pontuação máxima estabelecida. Para tanto, transcreva a pontuação obtida em cada uma das matrizes anteriores (2 a 8) para a matriz 9 e calcule o percentual.

MATRIZ 9

ATRIBUTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PERCENTUAL ALCANÇADO
Primeiro contato			
Longitudinalidade			
Integralidade			
Coordenação			
Centralidade na família			
Orientação comunitária			
Competência Cultural			
TOTAL			

Passo 7 - Baseado no quadro a seguir, faça a análise da capacidade do município de Boa Fé em operar a Rede de Atenção à Saúde.

Interpretação do resultado final:

ESCORE	INTERPRETAÇÃO
0 a menos de 25%	Incapacidade para operar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) - sistema fragmentado
25% a menos de 50%	Capacidade básica para operar a RAS – Rede de Atenção à Saúde incipiente
50% a menos de 75%	Capacidade razoável para operar RAS – Rede de Atenção à Saúde avançada
75% a mais	Capacidade ótima para operar a RAS – Rede integrada de Atenção à Saúde.

Passo 8 - Nesse momento, o relator deve apresentar a sistematização da atividade ao grupo e os facilitadores conduzirão uma discussão a partir dos pontos a seguir:

- Diante das análises feitas (quantitativa e qualitativa), como o grupo avalia a situação do município de Boa Fé?
- Como a APS está organizada no município de Boa Fé?
- Como se dá o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família?

d) Como os princípios da APS estão sendo ofertados à população?

Passo 9 - Ao final, cada grupo deve fazer sua sistematização em plenária interna e, caso haja alguma dúvida, o facilitador fará os devidos esclarecimentos.

REFERÊNCIAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Oficinas do plano diretor da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família.

2º DIA - MANHÃ

ATIVIDADE 7 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO EM GRUPO



1 hora



DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para acolher todos os participantes no início desse segundo dia.
2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado com os colegas.

ATIVIDADE 08– TRABALHO EM GRUPO: PLANO DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BOA FÉ



2 horas 30 min



DESCRIÇÃO:

Passo 1 – O grupo deve escolher novamente um coordenador e um relator. Registre aqui as pessoas eleitas:

Coordenador: _____

Relator: _____

Passo 2 – Baseado na análise da Atenção Primária à Saúde no município de Boa Fé, realizada na atividade 6 (a análise quantitativa e qualitativa), o grupo deverá eleger os itens considerados críticos, ou seja, aqueles que devem ser priorizados para enfrentamento, pois têm maior impacto no sistema de saúde municipal.



Passo 3- Para priorização desses itens, propõem-se a análise quanto à: gravidade, magnitude do problema e viabilidade para o seu enfrentamento (técnica, política, administrativa e temporal). Após consenso, coloque os itens priorizados no quadro a seguir:

PRIORIZAÇÃO DE ITENS CRÍTICOS

PRINCÍPIOS	ITEM CRÍTICO
Primeiro contato	
Longitudinalidade	
Integralidade	
Coordenação	
Centralidade na família	
Orientação comunitária	
Competência cultural	

Passo 4 - Priorizados os itens, o grupo deve agora proceder a uma nova escolha. Deve selecionar dois princípios para, a partir destes, elaborar um plano de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para o município de Boa Fé. Feita a escolha, o grupo deve elencar as principais causas dos itens críticos, considerando que as intervenções propostas devem partir das causas para que sejam efetivas.

PRINCÍPIOS	ITEM CRÍTICO	PRINCIPAIS CAUSAS

Passo 5 – Para elaboração do plano de fortalecimento, propõe-se a utilização da matriz do plano de ação. A matriz traz para cada ação a metodologia proposta, os recursos necessários, os responsáveis, as metas, o cronograma, as parcerias e as formas de avaliação. Veja a seguir:

MATRIZ DO PLANO DE AÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA APS NO MUNICÍPIO DE BOA FÉ

PRINCÍPIO		
ITEM CRÍTICO		
AÇÃO PROPOSTA	O que fazer	
METODOLOGIA	Onde fazer	
	Para quem fazer	
	Como fazer	
RECURSOS	Com que fazer	
RESPONSÁVEIS	Quem fará	
METAS	Quanto fazer	
CRONOGRAMA	Quando fazer	
PARCERIAS	Quem pode ajudar	
AValiação	Como avaliar	

Passo 6 - Cada grupo deve preparar a sistematização das discussões para apresentação em plenária.

2º DIA - TARDE

ATIVIDADE 09 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS



30 minutos

DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para iniciar as atividades da tarde.



2. Participe ativamente e, ao final, expresse sua percepção sobre o momento vivenciado com os colegas.

ATIVIDADE 10 – PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO: PLANO DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BOA FÉ



1 hora



DESCRIÇÃO:

1. O coordenador da plenária conduzirá as apresentações dos grupos, selecionando-os, conforme a opção por princípios distintos para a elaboração do plano.
2. O cerne da discussão em plenária será focado nas semelhanças e diferenças entre as propostas, bem como a viabilidade técnica, administrativas e política de sua implantação no município.

ATIVIDADE 11- VÍDEO : CENTRO DE SAÚDE DO SACO GRANDE- UMA HISTÓRIA DE CONSTRUÇÃO DO SUS



15 MIN

ATIVIDADE 12– EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



1 hora



DESCRIÇÃO:

Será realizada uma exposição sobre a construção social da Atenção Primária à Saúde, partindo do princípio que se constitui uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as Redes de Atenção à Saúde e com responsabilidades claras, sanitárias e econômicas, por sua população adstrita.

ATIVIDADE 13– ORIENTAÇÃO DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DA OFICINA 2



20 minutos



A) PARA OS FACILITADORES DOS MUNICÍPIOS:

- I- Realizar a análise quantitativa e qualitativa da Atenção Primária à Saúde em seu município;
- II- Elaborar um plano de ação para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no seu município a partir dos problemas identificados na análise quantitativa e qualitativa.

B) PARA AS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA:

- I) Realizar a análise qualitativa da Atenção Primária à Saúde em seu território;
- II) Elaborar um plano de ação para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no seu território a partir dos problemas identificados na análise qualitativa.

2. APRESENTAÇÃO DA DISPERSÃO

a- Para os facilitadores dos municípios:

Devem preparar uma apresentação do trabalho de dispersão (em *Power Point*) para o primeiro momento da Oficina 3 e entregar o trabalho completo por escrito a coordenação do curso.

b- Para as Equipes Saúde da Família:

Cada equipe deve eleger um relator e preparar uma apresentação do trabalho de dispersão (em *Power Point, dramatização ou outra forma lúdica*) para o primeiro momento da Oficina 3. No mesmo dia, a equipe deve entregar o trabalho completo por escrito à coordenação do curso no município.

OBSERVAÇÃO: Entregar relatório da dispersão a gestão do município por escrito, de 10 a 15 dias antes da próxima oficina, para que a gestão possa tomar conhecimento e as providências possíveis de serem tomadas a curto, médio e longo prazo (dar resposta aos profissionais).

3- A GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE COMPETE:

- Pactuar com os trabalhadores um prazo para entrega dos trabalhos à Secretaria Municipal de Saúde (sugerimos 10 a 15 dias antes da próxima oficina);

- Realizar uma análise dos relatórios previamente;
- Identificar as principais problemáticas e dar retorno das providências para os profissionais.

AVALIAÇÃO DO MÓDULO



É chegada a hora de avaliar o Módulo. É muito importante termos a percepção de cada participante sobre os dois dias de trabalho. Sua avaliação nos permite garantir a manutenção das boas estratégias e a readequação daquelas que não conseguiram atingir ou atingiram parcialmente os objetivos propostos. Obrigada por contribuir!

REFERÊNCIAS

CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**: para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007. (Coleção Progestores)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Oficinas do plano diretor da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2008.

LEITURAS RECOMENDADAS

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2000.

POLÍTICA Nacional de Promoção à Saúde. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>.

LOPES, M. do S. V.; SARAIVA, K. R. de O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-8, jul.-set. 2010.