

PlanificaSUS

Módulo Introdutório

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

A primeira pergunta que deve ser realizada a respeito da construção social da Atenção Primária à Saúde (APS) é: o que APS se deseja construir? Essa pergunta faz sentido, tendo em vista que existem diferentes decodificações de APS. A interpretação mais restrita da APS seletiva a entende como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade. A interpretação da APS como nível primário do sistema de atenção à saúde concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns. Já a interpretação mais ampla da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde a compreende como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer as necessidades, as demandas e as representações da população, o que implica a inserção da APS em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No SUS, ainda que o discurso oficial seja de APS como estratégia, na prática social, essas três vertentes de interpretação dos cuidados primários se apresentam, coetaneamente, na prática social. É tempo de superar as duas primeiras interpretações e consolidar, definitivamente, a APS como estratégia de organização do nosso sistema público de saúde.

Isso implica superar o ciclo vigente da atenção básica em saúde, caracterizado pela expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que, não obstante seus bons resultados, esgotou-se pela permanência de problemas estruturais que permanecem. É necessário instituir um novo ciclo da APS, que consolide a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a resolutiva, de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns – não necessariamente os mais simples; a função coordenadora, de ordenar os fluxos e os contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a de responsabilização pela saúde da população usuária adstrita nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS.

A APS que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e responsabilidades claras (sanitárias e econômicas), por sua população adstrita.

¹ Texto adaptado de Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Conass; 2015.

A construção social da APS, aqui proposta, procura romper com alguns paradigmas convencionais prevalentes incoerentes com a opção recente que se fez, no SUS, de organização em RAS.

1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.1 As bases operacionais da construção social da Atenção Primária à Saúde

Para a construção social da APS, são utilizados o modelo de Donabedian e a gestão por processos.^[26] O modelo de Donabedian é calcado na tríade estrutura – processos – resultados. Esse modelo, mostrado na figura 5, é muito próximo ao modelo da teoria geral de sistemas de *input* – processo – *output*.

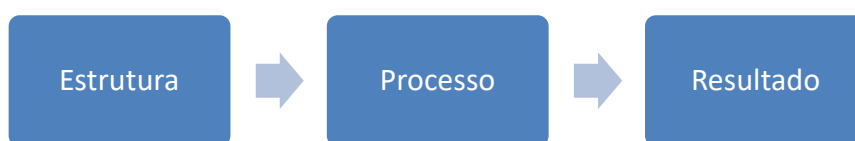


Figura 1. Modelo de Donabedian.

O processo resulta da combinação dos recursos estruturais para desenvolver ações de Atenção à Saúde, que envolvam a relação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de Atenção à Saúde. Refere-se ao que os profissionais de saúde são capazes de fazer pelas pessoas usuárias, e as atitudes, habilidades e capacidades técnicas com que desempenham suas funções. Em geral, refere-se à medição de níveis de saúde e à satisfação com os cuidados recebidos pelas pessoas usuárias, bem como aos resultados de avaliações econômicas.

Há diferentes definições de processos. Hall^[27] define processo como uma série de atividades e tarefas lógicas inter-relacionadas e organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para a realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis. Hammer e Champy^[28] definem processo como um grupo de atividades realizadas em uma sequência lógica, com o objetivo de produzir um bem ou serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. Para outros, processos são quaisquer atividades que tomam *inputs*, adicionam valor a eles e fornecem um *output* a um cliente específico. Em síntese, processo é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas em uma sequência determinada, conduzirão a um resultado esperado, que assegure o atendimento das necessidades e das expectativas das partes interessadas.

A orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades, pela definição de responsabilidades, pela utilização mais adequada dos recursos, pela eliminação de etapas redundantes e pelo refinamento das interfaces entre os processos executados. Essa abordagem possibilita planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidade e pela utilização mais apropriada dos recursos, com diminuição dos custos e dos desperdícios, reduzindo os custos da não qualidade, eliminando etapas redundantes e evitando o retrabalho. Reconhecer e mapear detalhadamente os processos organizacionais, além de aperfeiçoá-los, para que não se corra o risco de automatizar erros e/ou as atividades não agregadoras de

valor, são, hoje, grandes diferenciais na gestão das organizações – inclusive as da área da saúde.^[29]

Na estrutura por processos, os recursos humanos, técnicos, financeiros, de informação e materiais, e os fluxos de trabalho são organizados em função dos processos da organização. A introdução dessa metodologia implica na definição de macroprocessos organizacionais, alinhados ao negócio e direcionados pela estratégia. Em seguida, são definidos os processos finalísticos, os de apoio e os estratégicos, com seus respectivos responsáveis, permitindo a revisão dos fluxos de trabalho, visando à redução das atividades que não agregam valor, e garantindo a organização, a divisão e a realização do trabalho, em alinhamento com os propósitos da organização.

O conhecimento dos processos é de fundamental importância, porque proporciona a melhor utilização dos recursos; a melhoria na comunicação; a redução dos custos administrativos; processos claramente definidos com base em atividades e em padrões de qualidade estabelecidos; a facilidade na implementação de mudanças; e a visão ampla e horizontal do negócio.

Os processos organizacionais podem ser divididos em estratégicos, finalísticos e de apoio. Os processos estratégicos são aqueles que definem o negócio da organização e direcionam os processos finalísticos e, por essa razão, estão ligados diretamente à missão da organização. Os processos finalísticos geram os produtos ou serviços finais da organização e são entregues e atendem às necessidades e às expectativas das partes interessadas, gerando valor para a sociedade – e, por esta razão, estão ligados diretamente à visão da organização. Os processos de apoio são aqueles que dão suporte direto aos processos finalísticos, fornecendo ou criando as condições necessárias para que a organização gere seus produtos e serviços, que vão atender às necessidades dos clientes ou da sociedade.^[29]

A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos, e a implantação e monitoramento dos processos redesenhados. O mapeamento do processo objetiva registrar a situação atual para compreender os trabalhos e resultados, a forma de organização das pessoas para executá-los, e as principais oportunidades de melhoria relacionadas ao processo, principalmente aquelas que possibilitam ganhos de produtividade e tempo. Algumas tecnologias podem ser utilizadas nessa etapa, como diagramas de escopo e interfaces dos processos, e fluxos atuais dos processos com fluxogramas de coluna.

O redesenho dos processos é feito com as pessoas que nele estão envolvidas e engloba a geração, seleção e priorização de ideias (*brainstorming*), para melhoria e inovação dos processos; a elaboração de novos mapas dos processos redesenhados; a identificação das tarefas críticas dos processos redesenhados e elaboração de Procedimentos Operacionais Padrões (POP); a definição dos indicadores de desempenho dos processos redesenhados; o treinamento dos gestores na realização das análises de desvios de metas, proposição de contramedidas e elaboração de POP.

A implantação dos processos redesenhados exige a elaboração dos planos de implantação dos novos processos. Uma forma de implantar os novos processos é por meio de atividade de tutoria, em que o tutor que tem o domínio do processo interage com as pessoas que irão executá-lo no dia a dia, em uma situação educacional de aprender fazendo junto.

O monitoramento dos processos é feito por auditores internos e externos, que periodicamente fazem uma avaliação do tipo *checklist* dos processos implantados.

1.2 O processo da construção social da Atenção Primária à Saúde: a metáfora da casa

O processo da construção social da APS proposto pode ser mais bem entendido utilizando a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na figura 6. Primeiro, constrói-se um alicerce, que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais, e de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce, edificam-se as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Figura 2. A construção social da Atenção Primária à Saúde.

As mudanças nos processos organizativos nas unidades envolvem a organização dos macro e microprocessos básicos, que devem ser exaustivamente referidos durante todos os momentos pedagógicos, técnicos e políticos.

Os macroprocessos básicos dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população. Representam o alicerce, as paredes, a laje, o telhado, as janelas e a porta, necessitando serem construídos com solidez, para que a casa da APS, não corra o risco de ruir. Por fim, os microprocessos básicos são relacionados à qualidade e à segurança da atenção (Quadro 1).

Quadro 1. Os macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde.

Macroprocessos básicos são:

- Territorialização
- Cadastramento das famílias
- Classificação de riscos familiares
- Diagnóstico local
- Estratificação de risco das condições crônicas
- Programação e monitoramento por estratos de riscos
- Agenda
- Contratualização

Microprocessos básicos são:

- Recepção
- Acolhimento e preparo
- Vacinação
- Curativo
- Farmácia
- Coleta de exames
- Procedimentos terapêuticos
- Higienização e esterilização
- Gerenciamento de resíduos

Macroprocessos de atenção aos eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas):

- Acolhimento
- Classificação de risco
- Atendimento aos eventos agudos de menor gravidade (verde e azul)
- Primeiro atendimento das pessoas com eventos agudos de maior gravidade (amarelo, laranja e vermelho) e encaminhamento, se necessário, para pronto atendimento ou pronto-socorro

Macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades:

- Gerenciamento das condições crônicas prioritárias
- Estratificação de riscos
- Elaboração e monitoramento dos planos de cuidado
- Autocuidado apoiado
- Gestão de caso
- Novos formatos da clínica: atenção contínua e atenção compartilhada a grupo
- Matriciamento entre especialistas e generalistas
- Educação permanente dos profissionais de saúde
- Educação em saúde: grupos operativos e educação popular, e mapa de

<p>recursos comunitários</p> <ul style="list-style-type: none">- Abordagem das pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades
<p>Macroprocessos de atenção preventiva relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Programa de atividade física- Programa de reeducação alimentar- Programa de controle do tabagismo- Programa de controle do álcool e outras drogas- Programas de rastreamento- Vacinação- Controle das arboviroses- Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária
<p>Macroprocessos de demandas administrativas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistenciais: atestados médicos, renovação de receitas, análise de resultados de exames e relatórios periciais- Gestão da unidade: registro sanitário, CNES, segurança do trabalho, sistemas de informação e relatórios de gestão, prontuário
<p>Macroprocessos de atenção domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Visita domiciliar- Atendimento domiciliar- Internação domiciliar
<p>Macroprocessos de autocuidado apoiado:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ações educacionais e intervenções de apoio voltadas para o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e o aumento da confiança do usuário no gerenciamento da própria situação de saúde- Plano de autocuidado apoiado
<p>Macroprocessos de cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Abordagens para melhoria da qualidade de vida, visando ao conforto do usuário, à prevenção e alívio do sofrimento, à prevenção de agravos e incapacidades, e à promoção da independência e autonomia- Ações de suporte familiar- Mobilização da rede social de suporte

REFERÊNCIAS

1. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1(1):2-4.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991 [cited 2019 Jun 6]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf
4. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
6. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: 2010 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
8. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.* 2008; 1:2.
9. Mendes EV. As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde e a

estratégia de implantação da Saúde em Casa em Minas Gerais: o plano diretor da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: 2007.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
11. Halpern R, Boulter P. Population-based health care: definitions and applications [Internet]. Boston, MA: Tufts Managed Care Institute; 2000 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/fbb8/5119a7288821ffa45e58a99a9aa6efef7d46.pdf>
12. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
13. Porter M, Teisberg E. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. São Paulo: Bookman; 2007.
14. Mills A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Soc Sci Med*. 1983;17(24):1971-81.
15. World Health Organization (WHO). Integration of health care delivery: report of a WHO study group [Internet]. Geneve: WHO; 1996 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38408>
16. Oliveira-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *J Int Dev* [Internet]. 2003 [cited 2019 Jun 6];15(1):67-86. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jid.966>
17. World Health Organization (WHO). What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? [Internet]. Copenhagen: Health Evidence Network; 2004 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf
18. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico [Internet]. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006 [cited 2019 Jun 6]. Available from: https://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf
19. Ooms G, Van Damme W, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Global Health* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 6];4(1):6. Available from: <http://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-4-6>

20. Mendes EV. A atenção às condições crônicas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER, Duncan MS, Giugliani C, editors. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 124-30.
21. Wiles D. Sweden's road safety vision catches on. 2007.
22. Marques A. Rede de urgência e emergência. In: Marques A, Mendes E, Lima H, editors. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Minas Gerais: Autêntica; 2010.
23. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
24. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q.* 1996;74(4):511-44.
25. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Rev Innovación Sanit y Atención Integr* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 6];1(1):5. Available from: http://sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf
26. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
27. Hall R. Organizações, estrutura e processos. Rio de Janeiro: Prentice-Hall; 1982.
28. Hammer M, Champy J. Reengineering the corporation. Nova Iorque: Harper Business; 1994.
29. Lima H. Gestão por processos. In: Marques A, Mendes E, Lima H, editors. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Minas Gerais: Autêntica; 2010. v. 2.

RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

Acesse aqui algumas das portarias citadas neste guia:

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017.



Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 816, de 28 de março de 2018 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/marco2018/dia29/portaria816.pdf>

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

ml

PROTOCOLO DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NO BRASIL.



Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil [Internet]. Brasília, DF: OPAS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>

LIVROS



Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>



Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>



Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>