

PlanificaSUS

GUIA *WORKSHOP* 3

O acesso à Rede de Atenção à Saúde



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

PlanificaSUS

WORKSHOP 3

O acesso à Rede de
Atenção à Saúde

© 2019 Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

EQUIPE DE TRABALHO

Coordenador e Revisor Final:

Marcio Anderson Cardozo Paresque

Elaboração Técnica:

Alíne Teles de Andrade
Evelyn Lima de Souza
Francisco Gilmário Rebouças Júnior
Larissa Karollyne de Oliveira Santos

Apoio Administrativo:

Adriane Reis Arcos
Jonny William de Souza Domingos
Rebeca Correia Cardoso
Taillanny Duarte dos Santos
Verônica Rodrigues Oliveira dos Santos

Revisão Técnica:

Adriana de Paula Almeida
Marco Antônio Bragança de Matos
Marco Aurélio Santana da Silva
Rubia Pereira Barra
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes
Maria José de Oliveira Evangelista

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - NOTA TÉCNICA: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: Workshop 3 – Acesso à Rede de Atenção à Saúde. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
40 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta como pilares o Hospital Israelita Albert Einstein, a Medicina Diagnóstica, o Ensino e Pesquisa, a Consultoria e a Responsabilidade Social.

A Diretoria de Responsabilidade Social desenvolve várias atividades relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, estão, por exemplo, projetos ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para colaborar com o fortalecimento do SUS.

O projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) via PROADI-SUS, executado pela SBIBAE, tem como objetivo geral implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A SBIBAE é o executante do projeto, solicitado pelo CONASS e é acompanhado e monitorado pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

A proposta da PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

A fundamentação teórica de referência para o diálogo entre a construção social da APS e o cuidado das condições crônicas perpassa a edificação do MACC proposto por Eugenio Vilaça Mendes para o SUS, a partir dos modelos da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente,^[1] de Cuidados Crônicos^[2] e sobre os Determinantes Sociais da Saúde.^[3] Estes modelos estão descritos nos livros publicados pelo CONASS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com foco na implantação das RAS, a saber: As Redes de Atenção à Saúde,^[4] O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde^[5] e A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.^[6]

O modelo operacional descrito por Mendes^[6] propõe a metáfora da construção de uma casa (Figura 1), citando vários momentos para organização dos macroprocessos da APS adaptados para a organização dos macroprocessos na AAE.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Figura 1. A construção social da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: adaptado com a inclusão dos macroprocessos de cuidados paliativos de Mendes.^[6]

O PlanificaSUS será operacionalizado por meio de uma etapa preparatória e por seis etapas operacionais com ciclos de *workshops*, oficinas tutoriais, etapa controle e cursos curtos. O público-alvo serão os profissionais dos serviços de APS e AAE, e os profissionais dos demais serviços relacionados à linha de cuidado definida como prioritária, além de profissionais da gestão. A figura 2 apresenta o esquema operacional do PlanificaSUS. Os *workshops* são os momentos de alinhamento teórico, que abordam os conceitos centrais do PlanificaSUS. São utilizados trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, dramatizações, leitura de textos de apoio, debates, com apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas. Os temas abordados nos *workshops* terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais.

Nas oficinas tutoriais, acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria nos serviços da RAS. Não se trata de um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, e nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Pelo contrário, é um "fazer junto", sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude.

Além dos *workshops* e tutorias, será utilizada a estratégia de cursos curtos, que abordarão o conhecimento de temas específicos e/ou proverão treinamento de habilidades relativas a processos pertinentes para a organização dos macroprocessos. Os temas dos cursos serão: estratificação de risco, saúde mental, cuidado farmacêutico e sistemas de informações. Será disponibilizado o material pela Equipe PlanificaSUS, sendo a execução de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de cada região. Os cursos deverão ser desenvolvidos a partir da integração entre as equipes da APS e AAE.

O projeto reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais. Baseando-se

ETAPA 1 – A integração da APS e AAE em Rede		
Compreensão sobre os conceitos de RAS, APS, AAE e referenciais teóricos (MACC e Construção Social da APS)	Workshop	Oficina Tutorial
Apropriação sobre a situação da atenção primária à saúde nos municípios da região	1	1
Apropriação e ajustamento da carteira de serviços do ambulatório de atenção especializada de referência		
Unidades laboratório com Grupos de Trabalhos definidos		
ETAPA 2 – Território e Gestão de Base Populacional		
Compreensão sobre os conceitos de território e gestão de base populacional		Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados na APS: territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco familiar e identificação das subpopulações alvo	Workshop	2.1
Macroprocessos organizados na AAE: cadastro e vinculação das unidades básicas dos municípios com o ambulatório de atenção especializada	2	Oficina Tutorial
Microprocesso organizado: vacinação		2.2
ETAPA 3 – O Acesso à RAS		
Compreensão sobre os conceitos de acesso, perfis de demanda e oferta e ferramentas para sua organização	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: acesso aos serviços da APS e AAE	3	3
Microprocessos organizados: recepção da unidade e prontuário		
ETAPA 4 – Gestão do Cuidado		
Compreensão sobre os conceitos de condição de saúde, estratificação de risco e gestão da condição de saúde		Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: linhas de cuidado para as condições crônicas na APS e AAE e atenção aos eventos agudos	Workshop	4.1
Microprocessos organizados: esterilização, higiene e limpeza, gerenciamento de resíduos sólidos em serviços de saúde	4	Oficina Tutorial
		4.2
		Oficina Tutorial
		4.3
ETAPA 5 – Integração e Comunicação na RAS		
Compreensão sobre a importância do conhecimento recíproco, vinculação e apoio entre as equipes da APS e AAE	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: compartilhamento do cuidado, supervisão clínica e educação permanente	5	5
ETAPA 6 – Monitoramento e Avaliação		
Compreensão sobre o modelo de melhoria, dashboard e contratualização	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: dashboard de monitoramento de indicadores, rotina de gerenciamento e contratualização de metas com as equipes	6	6
ETAPA CONTROLE		
		Oficina Tutorial
		Controle 1
		Oficina Tutorial
		Controle 2
SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO		

Figura 2. Esquema operacional do PlanificaSUS. APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; RAS: Rede de Atenção à Saúde; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

no princípio da andragogia, são utilizadas práticas de problematização, que proporcionam ação reflexiva dos participantes. Propõe-se o desenvolvimento de ações concretas, a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Além dos eixos de ensino e tutoria, o PlanificaSUS também possui os eixos de gestão e saúde populacional de dados, gestão de evidências e administrativo-financeiro.

Ao final do PlanificaSUS, a Região de Saúde deverá apresentar as unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados a partir do MACC, permitindo melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da aptidão para que eles deem continuidade à expansão da metodologia para as demais regiões de seus Estados.

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ PROGRAMAÇÃO	9
■ ROTEIRO DE ATIVIDADES	10
■ ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO WORKSHOP	10
■ ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA OFICINA TUTORIAL	10
■ ATIVIDADE 3 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPO	10
■ ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO: O QUE É O ACESSO ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE? ...	11
■ ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO: O CONCEITO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ...	12
■ TEXTO 1 – O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	13
■ ATIVIDADE 6 – TRABALHO EM GRUPO: QUAL A DEMANDA EM MEU SERVIÇO DE SAÚDE? ...	19
■ ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO: PERFIL DE DEMANDAS E OFERTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
■ TEXTO 2 – PERFIL DE DEMANDAS E OFERTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
■ ATIVIDADE 8 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO	26
■ ATIVIDADE 9 – TRABALHO EM GRUPO: OS DIFERENTES ENFOQUES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	26
■ TEXTO 3 – OS DIFERENTES ENFOQUES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
■ ATIVIDADE 10 – TRABALHO EM GRUPO: OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	32

■ TEXTO 4 – OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS	32
■ ATIVIDADE 11 – VÍDEO – O ACESSO REGULADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.. . . .	37
■ AVALIAÇÃO	37
■ REFERÊNCIAS	38
■ RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS	40

PROGRAMAÇÃO

MANHÃ	
Horário	Atividades programadas
8h	Atividade 1 – Acolhimento e abertura do <i>workshop</i>
8h20	Atividade 2 – Apresentação da experiência da oficina tutorial
8h40	Atividade 3 – Orientações para o trabalho em grupo
8h50	Atividade 4 – Trabalho em grupo: O que é o acesso à Rede de Atenção a Saúde?
9h20	Atividade 5 – Trabalho em grupo: O conceito de acesso aos serviços de saúde
10h10	Intervalo
10h20	Atividade 6 – Trabalho em grupo: Qual a demanda em meu serviço de saúde?
11h10	Atividade 7 – Trabalho em grupo: Perfil de demandas e ofertas na Atenção Primária à Saúde
12h	Intervalo para almoço
TARDE	
Horário	Atividades programadas
13h30	Atividade 8 – Dinâmica de aquecimento
13h40	Atividade 9 – Trabalho em grupo: Os diferentes enfoques para a organização do acesso à Atenção Primária à Saúde
14h40	Intervalo
15h	Atividade 10 – Trabalho em grupo: Os microssistemas clínicos dos serviços de saúde
15h40	Atividade 11 – Vídeo: O acesso regulado pela Atenção Primária à Saúde ao Ambulatório de Atenção Especializada.
16h20	Avaliação
16h30	Encerramento

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante ter flexibilidade para combinar com os participantes as adequações de horários, de acordo com a realidade do lugar, ficando mais confortável para garantir um melhor aproveitamento.

ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

● ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO *WORKSHOP*

Seja bem-vindo ao *Workshop 3* do PlanificaSUS!

Hoje, temos como **objetivo geral** discutir o acesso na organização da Rede de Atenção à Saúde para atendimento das demandas de saúde da população. Além disso, vamos também:

- Compreender o conceito de acesso às Redes de Atenção à Saúde.
- Identificar os perfis de demandas e ofertas na Atenção Primária à Saúde.
- Conhecer os diferentes enfoques para organização do acesso.
- Compreender os microssistemas clínicos como ferramenta para avaliação e organização do acesso à Rede de Atenção à Saúde.

Responsável pela atividade: facilitador 1.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA OFICINA TUTORIAL

Vamos, agora, saber o que acontece na realidade dos serviços de saúde depois da Etapa 2 do PlanificaSUS. Convide **um representante da Atenção Primária à Saúde e outro da Atenção Ambulatorial Especializada** para compartilhar em plenária quais atividades foram realizadas nas unidades, por meio das oficinas tutoriais, apontando as primeiras impressões do projeto.

Responsável pela atividade: facilitador 2.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● ATIVIDADE 3 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPO

A partir desse momento, vamos **trabalhar em grupos**. Cada grupo deve contar com 20 a 30 participantes. Neste *workshop*, a cada atividade em grupo, vocês devem eleger um **facilitador**, um **relator** e um **"guardião do tempo"**. A coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando.

Responsável pela atividade: facilitador 3.

Tempo da atividade: 10 minutos.

Os responsáveis pela apresentação da experiência das Oficinas Tutoriais serão pactuados na etapa anterior ao *workshop*, tendo sido validado pelo grupo condutor. As orientações para organizar essa apresentação estão na matriz de gerenciamento de cada etapa.

● ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO: O QUE É O ACESSO ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

Vamos construir o conceito de acesso a partir do conhecimento dos participantes. Todos irão ler títulos de manchetes de jornal, relacionadas à área da saúde, e, a partir daí, discutirão sobre o que consideram acesso às Redes de Atenção à Saúde. Valorizem suas experiências tanto como profissionais e como usuários dos serviços de saúde para a construção desse conceito. Todos têm muito a contribuir!

Utilizem os espaços de anotações no guia para auxiliar na construção. O facilitador fica responsável pela síntese do grupo. Lembre-se de que não existe uma única resposta. Nosso objetivo aqui é trocar ideias, e ver o que pensamos em comum e diferente em relação ao acesso. Não se preocupe em pesquisar os textos no guia para encontrar a resposta correta, haverá um momento para isso.

Ao final da atividade, o grupo deve ter a resposta para a seguinte pergunta: O que é acesso às Redes de Atenção à Saúde? O produto final do grupo será utilizado na atividade seguinte. Leia, a seguir, os títulos das reportagens.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 30 minutos.

Vamos agora ler os títulos de reportagens e pensar: O que é acesso à Rede de Atenção à Saúde?

"Secretaria Municipal de Saúde realiza passeio com grupo de idosos"

"Saúde pública no Brasil ainda sofre com recursos insuficientes"

"Vacina contra dengue está em fase final de produção"

"Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira"

"Equipes do NASF reforçam prevenção na atenção básica do município"

"Mais de 1/3 das unidades de saúde do Estado têm equipamentos parados, diz TCE"

Fique atento ao tempo da atividade. Divida o tempo da atividade em dois. Nos 15 primeiros minutos, as pessoas conversam livremente sobre o que seria acesso, anotando e fazendo suas ponderações. Podem até ficar em duplas ou trios, se preferirem. Nos 15 minutos finais, vamos para o exercício de síntese. Você perceberá que surgirão frases parecidas ou até iguais. O grande desafio é construir uma frase comum, um parágrafo, que condense tudo. Caso o grupo tenha dificuldade, as frases podem ficar agrupadas, de preferência as mais parecidas umas próximas das outras.

● ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO: O CONCEITO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesse momento, realizaremos a **discussão dos conceitos** do texto, estimulando a reflexão sobre o que foi conversado na atividade anterior e levando à **articulação entre teoria e prática**. Vamos perceber, na leitura do **Texto 1 – O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**, as semelhanças e as diferenças entre o conceito construído pelo grupo e o que o texto traz.

Nosso processo de formação é pautado na **andragogia**, que trabalha a educação para adultos. Assim, é importante **valorizar o conhecimento que cada um tem** sobre a realidade abordada. Nos *workshops*, estão presentes profissionais de saúde de diferentes formações e cargos, o que pode acarretar diferentes pontos de vista sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde. **Ouvir as diferentes opiniões** é crucial, **buscando o ponto em comum entre as falas**, para que seja possível visualizar a importância da articulação da rede de saúde. Quando trabalhamos com **grupos**, é comum observarmos **posturas diferentes de participação**. Alguns falam mais, outros ficam mais calados. Por isso, é importante estimular a fala e a expressão da opinião, realizando o **convite de forma acolhedora** e reconhecendo que cada participante pode contribuir com a discussão.

A partir das **perguntas disparadoras**, presentes no final do texto, vamos refletir sobre o conceito de acesso, as principais barreiras para sua efetivação e a importância da atenção centrada na pessoa para o acesso na Rede de Atenção à Saúde. Lembre-se de sempre estimular a participação de todos.

Dica para leitura em grupo: quando dividimos uma plenária em grupos, o objetivo é fazer com que o maior número de pessoas participe das discussões. Vocês devem eleger um **relator** e um **"guardião do tempo"**. A coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deve estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual é preciso saber falar e ouvir. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e as discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos trabalharem em sincronia, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material, trabalharemos com **textos-síntese**, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 50 minutos.

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE¹

1. O conceito de acesso aos serviços de saúde

Para Donabedian,^[7] o acesso – tomado como acessibilidade aos serviços de saúde – é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor distinguiu dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica, que se relaciona ao espaço e pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, pelos custos de transporte e por outras variáveis. Penchansky e Thomas^[8] definiram o acesso como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde, e identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica; o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; e a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

O acesso aos serviços de saúde vai além da disponibilidade de recursos. Andersen^[9] considerou o acesso como elemento do sistema de atenção à saúde, que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção. O acesso é definido por fatores individuais, como os fatores predisponentes aos problemas de saúde, como gênero; os fatores capacitantes, como os meios pelos quais as pessoas obtêm os cuidados de saúde; e as necessidades de saúde, que são as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos de profissionais de saúde.

A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente.^[10,11]

Para o *Institute of Medicine*,^[12] o acesso tem a ver com a questão "como podemos ajudá-lo hoje?". Todas as pessoas gostam de ouvir essas palavras quando procuram atenção à saúde para si mesmas, para seus familiares e para outras pessoas. Os serviços de saúde que implementam essa filosofia de "como podemos ajudá-lo hoje?" praticam atenção centrada nas pessoas, sendo sustentados por uma liderança comprometida com uma cultura de excelência dos serviços e de melhoria contínua da qualidade.

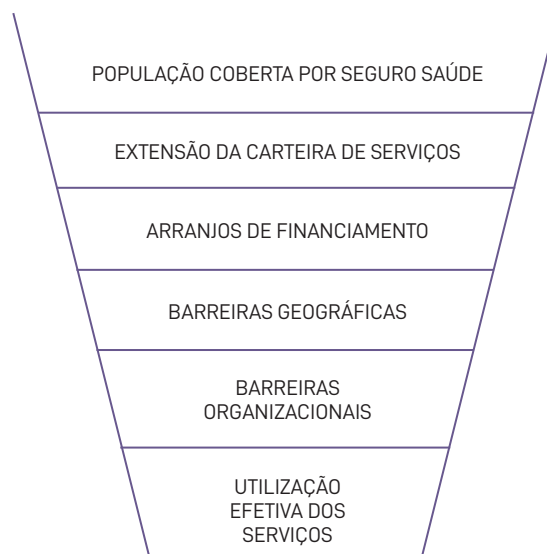
A crescente prevalência das condições crônicas na situação de saúde e a constatação de que os usuários devem envolver-se no próprio cuidado indicam a necessidade de um novo acesso aos serviços, de forma em que a atenção à saúde seja centrada na pessoa, na gestão populacional e nos novos modelos de atenção às condições crônicas.^[6] Neste contexto, acesso é definido como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades percebidas como cuidado, com a interface

¹ Texto adaptado do Capítulo II, "O Acesso aos Serviços de Saúde", do Documento Técnico – O acesso à Atenção Primária à Saúde, de Eugênio Vilaça Mendes, Brasília, DF: CONASS, 2017.

entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços.

2. Universalismo, acesso e barreiras ao acesso aos serviços de saúde

As principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde são a população coberta por seguro saúde, a extensão da carteira de serviço, os arranjos de financiamento, as barreiras geográficas, as barreiras organizacionais e a utilização efetiva dos serviços. As duas primeiras barreiras são essenciais; as demais são barreiras derivadas e sua importância relativa decresce da terceira até a sexta, como figura 1.



Fonte: Busse R, Wörz M, Foubister T, Mossialos E, Berman P. Mapping health services access: national and cross-border issues (HealthACCESS). European Union, 2006.
Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf

Figura 1. As barreiras ao acesso aos serviços de saúde.

A primeira barreira refere-se à extensão da cobertura por seguro saúde da população. Essa barreira varia segundo as propostas dos sistemas públicos, com tendência a ser menor nos sistemas públicos universais e maior nos sistemas segmentados. A segunda barreira, muito associada à primeira, consiste na extensão da carteira de serviços estabelecida por cada sistema de atenção à saúde.

A terceira barreira consiste na imposição de arranjos de financiamento que implicam copagamentos por parte das pessoas usuárias. A quarta barreira é de natureza geográfica e se manifesta em grandes distâncias aos serviços de saúde, especialmente em situações de

baixa densidade demográfica. A consideração dessa barreira é um elemento fundamental na territorialização da saúde, especialmente na definição das regiões sanitárias.

A quinta barreira é de ordem organizacional. Mesmo que as pessoas usuárias estejam cobertas por uma carteira de serviços generosa e protegidas em relação a copagamentos injustos, e que haja uma oferta de serviços geograficamente adequada, pode haver barreiras organizacionais ao acesso. As mais relevantes são as listas e os tempos de espera por serviços.

A sexta barreira consiste na utilização efetiva dos serviços de saúde. Para compreender essa barreira, é necessário fazer uma distinção entre disponibilidade dos serviços e utilização efetiva deles. A disponibilidade constitui uma propriedade potencial, mas não garante o acesso. A utilização efetiva faz-se de acordo com algumas características da população, como renda, gênero, escolaridade, idade e fatores de risco (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas).

Em geral, as experiências de adequados acessos aos serviços de saúde estão associadas com maior adesão aos tratamentos, melhores resultados clínicos, melhor qualidade dos cuidados e menor utilização dos serviços.^[13]

3. Um referencial para a discussão do acesso aos serviços de saúde: a atenção centrada na pessoa

A atenção centrada na pessoa repercute no campo do acesso aos serviços de saúde quando os usuários e suas famílias são convocados a participar dos processos de análise e compreensão da demanda e, desta forma, a contribuir para as ações de balanceamento da demanda e da oferta. Simplesmente implementar um novo sistema de acesso não significa que ele seja centrado nas pessoas, a menos que ele estreite as relações entre profissionais e usuários, promova o aumento da confiança recíproca e facilite o envolvimento das pessoas.^[14]

A atenção centrada na pessoa opera com quatro conceitos-chave: dignidade e respeito, compartilhamento de informações, participação e colaboração. Dignidade e respeito significam que as equipes de saúde ouvem e respeitam as perspectivas e as escolhas das pessoas e das famílias, bem como as incorporam nos planos de cuidado. Compartilhamento de informações implica na comunicação e na troca de informações completas – e não enviesadas – entre a equipe de saúde e as pessoas. Participação exige que as pessoas sejam encorajadas e apoiadas para participarem das decisões sobre a atenção à saúde em todos os níveis em que queiram. Colaboração se expressa em uma relação cooperativa entre as pessoas, as famílias e a equipe de saúde para desenvolverem, implementarem e avaliarem os programas de saúde e a prestação dos serviços.^[15]

4. Acesso e modelos de gestão

Em organizações públicas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), os modelos de gestão devem levar, necessariamente, à geração de valor para seus beneficiários, em termos econômicos, sanitários e de equidade. Um problema que dificulta a organização do acesso

aos serviços de saúde é o modelo de gestão praticado hegemonicamente pelos sistemas de atenção à saúde e pelo SUS, o modelo de gestão da oferta.

Com relação ao acesso, o modelo de gestão da oferta, além de desconsiderar as desigualdades no acesso, dificulta o balanceamento da demanda e da oferta, porque erroneamente pressupõe que esse desequilíbrio é determinado pela escassez de oferta, o que leva a desconsiderar as ações imprescindíveis de racionalização da demanda.

O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e de acesso.^[16] Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias. A população dessas redes tem um espaço de vinculação qualificado, que é a Atenção Primária à Saúde.

No campo da organização do acesso, a gestão da saúde da população convoca, além do exame da oferta, a racionalização da demanda, por meio da aplicação de parâmetros de necessidades construídos por riscos para as diferentes condições de saúde.

Perguntas disparadoras

1

Qual o conceito de acesso apresentado no texto? Em que pontos ele se assemelha ao conceito produzido pelo grupo? E em que pontos ele se difere?

2

Que barreiras de acesso são apontadas no texto?

3

Que barreiras de acesso você identifica na realidade do serviço de saúde que trabalha?

4

Como podemos caracterizar um acesso com atenção centrada na pessoa?

Registre aqui suas respostas

● INTERVALO

● ATIVIDADE 6 – TRABALHO EM GRUPO: QUAL A DEMANDA EM MEU SERVIÇO DE SAÚDE?

É hora da dramatização! Vamos agora representar situações do cotidiano de trabalho. O grupo deve se dividir em dois, e cada subgrupo deve preparar uma apresentação de até 10 minutos.

Um subgrupo irá representar uma situação que mostre o perfil da demanda comum na Atenção Primária à Saúde de sua região e outro grupo, uma situação da Atenção Ambulatorial Especializada. Enquanto um interpreta, o outro observa e faz anotações dos pontos críticos apresentados, assim cada subgrupo deve ter seu relator.

Nos primeiros 20 minutos, os subgrupos pensarão a situação e organizarão apresentação; em seguida, farão a apresentação, sendo primeiro a Atenção Primária à Saúde e depois Atenção Ambulatorial Especializada.

Utilizem a criatividade para construir as apresentações. Lembre-se de situações que aconteceram nos serviços em que trabalham. Suas experiências são muito válidas para essa construção.

As apresentações não devem terminar com os problemas solucionados. O facilitador recolhe as anotações de cada grupo, onde deve constar a necessidade de solução, para trabalhar nas próximas atividades.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 50 minutos.

● ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO: PERFIL DE DEMANDAS E OFERTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Agora vamos ler o **Texto 2 – PERFIL DE DEMANDAS E OFERTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** e compreender qual perfil de demanda foi exposto nas situações-problema representadas pelos grupos, e as possibilidades de acesso a partir do ajuste entre a demanda e a oferta da Atenção Primária à Saúde. O foco dessa atividade é entender a classificação das demandas. Nas atividades seguintes, pensaremos possibilidades de organização do acesso para as situações apresentadas pelos grupos.

Novamente, vocês devem eleger um **relator** e um "**guardião do tempo**". Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deve estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual se deve saber falar e ouvir. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos trabalharem em sincronia, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material,

Como podem surgir situações variadas nos grupos, sempre que precisar, retorne ao texto para refletir sobre as possíveis respostas. O exercício da problematização faz parte do processo da andragogia e nos fará pensar sobre as situações dos nossos serviços e como podemos trabalhar as oportunidades de melhoria identificadas nas discussões dos *workshops*, nas oficinas tutoriais.

trabalhamos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 50 minutos.

TEXTO 2

PERFIL DE DEMANDAS E OFERTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE²

1. A complexidade do acesso à Atenção Primária à Saúde

O acesso aos serviços de saúde resulta do balanceamento entre as estruturas de oferta e demanda. A oferta é definida como o número de atendimentos disponíveis em um dado período de tempo e se concretiza em uma agenda elaborada pelas unidades de saúde envolvendo todos seus profissionais e diferentes formas de encontros clínicos, como consultas individuais presenciais, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados em grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos à distância e outros. A demanda refere-se ao total das pessoas que buscam atendimento em um período determinado de tempo por telefone, por correio eletrônico e presencialmente nas unidades de saúde (demanda externa), somado ao número de atendimentos de retorno gerados pelos profissionais de saúde (demanda interna).^[5]

2. O acesso e o modelo teórico-conceitual da construção social da Atenção Primária à Saúde

O primeiro passo na construção social da Atenção Primária à Saúde (APS) é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários. Sabe-se que a demanda na APS é complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa, e sua diversidade, mas, em geral, não há uma visão mais profunda e sistematizada sobre os problemas que chegam às unidades de cuidados primários.

A demanda na APS é quantitativamente muito alta – em determinada população estima-se que 21,7%, em 1 mês, demandarão uma unidade de cuidados primários^[17] – e envolve amplo espectro de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde. Pesquisa realizada na APS de Florianópolis (SC) mostrou que foram estabelecidos, em média, 1.625

² Texto adaptado do Capítulo III – “Os fundamentos para a organização do acesso à Atenção Primária à Saúde”, do Documento Técnico – O acesso à Atenção Primária à Saúde, de Eugênio Vilaça Mendes, Brasília, DF: CONASS, 2017.

motivos de consultas e 1.475 problemas, distribuídos em 17 capítulos.^[18] Contudo, essa ampla demanda está concentrada em poucos problemas. Nessa mesma pesquisa, foi evidenciado que 28 problemas respondem por 50,4% da demanda total na APS.^[18] Por isso, é necessário empreender uma discussão mais sólida sobre as diferentes formas de expressão da demanda na APS, para que se possam estruturar respostas sociais diferenciadas a elas.

Os tipos de atendimentos na APS distribuem-se em uma relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada. A pesquisa citada mostrou que, aproximadamente, 40% das consultas na APS são por demandas não programadas ou demandas espontâneas e 60% são por atendimentos programados.^[18]

Os atendimentos na APS concentram-se nas condições crônicas – quando se analisa o tipo de atendimento por condição de saúde, verifica-se que, do total de 28 problemas de saúde mais frequentes, 21 (82%) são condições crônicas e sete são condições agudas (18%). Isso mostra que a demanda na APS é fortemente concentrada em condições crônicas.

A APS concentra diversos tipos de demanda. A primeira caracteriza-se por indicar problemas com sintomas sem diagnóstico específico. Pesquisa feita em Betim (MG) constatou que 29,8% dos motivos de consultas são relativos a problemas gerais ou inespecíficos.^[19] A segunda concentração de demanda são as enfermidades, condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente. Essas condições são muito prevalentes no cotidiano da clínica e estima-se que metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças.^[20]

Tem-se, ainda, a demanda de um grupo de pessoas caracterizado como "hiperutilizadores", ou seja, usuários que possuem mais de seis consultas ao ano. Pesquisa realizada sobre pessoas hiperutilizadoras da APS demonstrou que 44% das pessoas entrevistadas eram hiperutilizadoras. Este grupo foi o responsável 78,7% do total de consultas no período avaliado, enquanto 56% de não hiperutilizadores obtiveram 21,3% do total de consultas.^[21]

A demanda administrativa é caracterizada por atender solicitações de caráter não clínico, como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Tal demanda é muito significativa na APS, chegando a consumir 20% do total de consultas de uma unidade.^[19]

Outra demanda significativa na APS são os cuidados preventivos, que envolvem um amplo leque de tecnologias, como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco biopsicológicos individuais, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e de outras drogas, dentre outras.^[18]

Ainda, há a demanda por atenção domiciliar e por autocuidado apoiado, ambas fundamentais para o manejo correto das condições crônicas na APS. Os diferentes tipos de demanda identificados na APS podem ser agrupados em nove grupos demonstrados na figura 1, conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais pela APS.

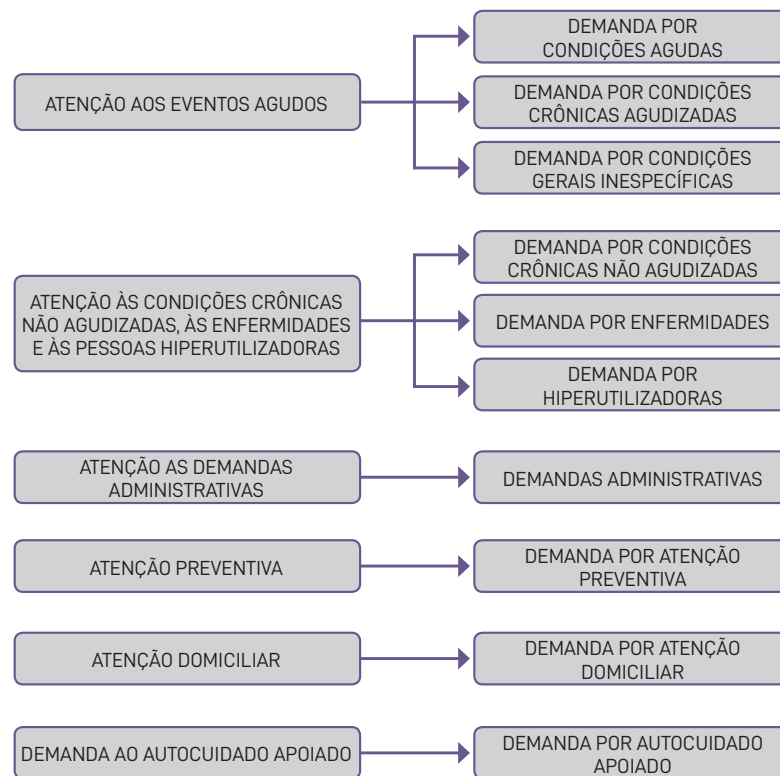


Figura 1. As demandas da Atenção Primária à Saúde na estruturação das respostas sociais.

As necessidades de saúde da população vinculada à APS, superadas as barreiras de acesso (baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais), transformam-se em demandas efetivas que levam, na APS, ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos.

Assim, estruturam-se diferentes perfis de demandas que podem ser agrupados em demanda por condições agudas; por condições crônicas agudizadas; por condições gerais e inespecíficas; por condições crônicas não agudizadas; por enfermidades; por pessoas hiperutilizadoras; administrativas; por atenção preventiva; por atenção domiciliar; e por autocuidado apoiado.

A estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática social, opera-se com estrutura de demanda limitada, que desconhece essa diversidade. Em geral, trabalha-se com uma estrutura restrita de demanda: demanda espontânea, que cobre as condições agudas e as agudizações das condições crônicas; demanda programada, que se limita às condições crônicas não agudizadas; demandas administrativas; demandas por atenção preventiva; e demandas por visitas domiciliares.

3. O ajuste entre a estrutura da demanda e da oferta na Atenção Primária à Saúde

A construção social da APS implica em uma coerência entre a estrutura da demanda e da oferta. Assim, parte-se do estabelecimento da estrutura da demanda e busca-se adequar as respostas sociais a cada tipo de demanda específica, por meio de uma estrutura de oferta singular. Ou seja, há de se harmonizar a estrutura de demanda com a de oferta.

Como a estrutura de demanda prevalente é limitada, isso se reflete na estrutura de oferta que, por consequência, é, também, muito restrita. O que se observa na prática da APS no SUS é uma estrutura de oferta que não é capaz de responder socialmente às complexas demandas de cuidados primários. Assim, a estrutura de oferta que se tem não dá conta de responder a todas as demandas da APS.

Em geral, fruto da redução do perfil da demanda, há uma estrutura de oferta que se compõe de consultas médicas, consultas de enfermagem, trabalhos em grupo (frequentemente palestras), vacinação, rastreamento de câncer de colo de útero, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos, solicitação, coleta e/ou realização de exames complementares e fornecimento de atestados médicos. Essa estrutura de oferta só é capaz de responder integralmente às demandas por condições agudas e condições crônicas agudizadas, e de responder parcialmente às demandas por atenção preventiva, por demandas administrativas e por atenção domiciliar, mas não tem capacidade de responder às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadoras e por autocuidado apoiado. Manifesta-se, em consequência, um descompasso entre uma estrutura de demanda ampla e uma estrutura de oferta restrita, gerando uma crise na APS.

Para solucionar essa crise, há de se atuar em dois pontos: agrupar as demandas que exigem perfis de oferta semelhantes e ampliar o perfil de oferta em razão dos grupos de demandas. Isso significa promover um adensamento tecnológico da APS, com mudanças na estrutura e em processos básicos de organização dos cuidados primários e redesenhando e/ou introduzindo novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda.

O agrupamento das demandas faz-se em razão da similaridade das respostas sociais que convocam por parte da APS. Assim, as diferentes demandas na APS podem ser agrupadas em seis perfis de oferta: atenção aos eventos agudos, que agrupa a demanda por condições agudas, crônicas agudizadas, e gerais e inespecíficas; atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras, que agrupa a demanda por condições crônicas não agudizadas (estabilizadas ou não), a demanda por enfermidades e a demanda por pessoas hiperutilizadoras; a atenção às demandas administrativas; a atenção preventiva; a atenção domiciliar; e a atenção à demanda por autocuidado apoiado.

A construção social da APS faz-se pelo desenvolvimento e pela implantação das estruturas e dos processos que permitem dar respostas satisfatórias às diferentes demandas, o que equivale a implementar soluções estruturais e processuais nos seis perfis de oferta.

Perguntas disparadoras

1

Como podemos definir oferta e demanda, a partir do texto?

2

Quais os perfis de demandas apresentadas no texto?

3

Quais os perfis de demandas mais comuns no serviço que você atua?

4

Como classificamos os tipos de demanda apresentada na encenação?

5

As demandas encenadas pelos grupos, teriam solução na APS ou necessitam de acesso na Atenção Ambulatorial Especializada? Justifique.

Registre aqui suas respostas

● INTERVALO PARA ALMOÇO

TARDE

● ATIVIDADE 8 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO

Agora realizaremos um exercício de dinâmica de grupo para nos preparar para o momento da tarde. Segue uma sugestão: "Encontrando uma ilha".

Dinâmica

Encontrando uma ilha

O facilitador demarcará no chão da sala quadrados de cerca de 60cm cada lado, que serão as ilhas. Os participantes circularão livremente pela sala, pois "estarão no mar", e, quando o facilitador anunciar o comando "encontrei uma ilha!", o grupo se divide para que caiba dentro das ilhas. Após a primeira estadia na ilha, o facilitador comanda "voltando por mar" e dá um tempo para que as pessoas circulem de preferencia longe da ilha que estiveram e, em seguida, comanda novamente "encontrei uma ilha". Será repetido o comando de encontrar uma ilha e voltar para o mar mais duas vezes e, em seguida, o facilitador convida o grupo a pensar sobre os desafios do exercício. Boa atividade!!

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 10 minutos.

● ATIVIDADE 9 – TRABALHO EM GRUPO: OS DIFERENTES ENFOQUES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Agora vamos pensar algumas estratégias para a organização do acesso à Rede de Atenção à Saúde. No modelo de Rede de Atenção à Saúde que trabalhamos na Planificação, a Atenção Primária à Saúde é a coordenadora do cuidado, organizando o fluxo de usuários nos pontos de atenção, ou seja, definindo quem é atendido pela Atenção Ambulatorial Especializada e quem fica apenas sobre os cuidados da Atenção Primária.

A partir da leitura do **Texto 3 – OS DIFERENTES ENFOQUES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, vamos pensar soluções para os problemas apresentados nas dramatizações. Utilizem as **perguntas disparadoras** para guiar a discussão. O ponto central aqui é compreender que existem diferentes enfoques para a organização do acesso à saúde, quais suas potencialidades e seus desafios.

Escolham um **relator** e um "**guardião do tempo**". Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Realizem a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas. O tempo sugerido é de **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora.

Nesse momento, você deve realizar um exercício de dinâmica de grupo, para ativar os participantes para o momento da tarde. Aqui você encontra uma proposta de exercício, mas caso tenha alguma atividade ou perceba que alguém no grupo possa realizar um exercício que conheça, sinta-se à vontade (preferencialmente dinâmicas que estimulem a preparação corporal e cognitiva para o momento da tarde).

OS DIFERENTES ENFOQUES PARA A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³

Há diferentes estratégias de organização do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). Dentre elas, merecem destaque o enfoque de alisamento dos fluxos de agendamento, o enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes, o enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial e o enfoque do acesso avançado.^[12]

Esses enfoques, ainda que algumas vezes sejam apresentados de forma isolada, apresentam compatibilidades e sinergias entre si. Por essa razão, uma proposta consequente de organização do acesso deve utilizar elementos provindos desses quatro enfoques, combinando-os de forma adequada.

1. Enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento

Esse enfoque utiliza tecnologias de alisamento de fluxos. Para isso, identifica e quantifica os vários tipos de variabilidade no fluxo de pessoas usuárias (demanda) e identifica os recursos disponíveis para diferentes grupos de pessoas usuárias (oferta), com o objetivo de reduzir os tempos de espera. Os sistemas de agendamento são definidos para minimizar os tipos de agendamentos, de modo a racionalizar os atendimentos.^[22]

O balanceamento de agendamentos oportunamente providos a quem necessita deles e os deseja, e a capacidade de resposta de uma unidade de APS à saúde podem ser grandes desafios. Esse balanceamento pode ser feito por fases e envolve a participação ativa de todos os afetados por esta mudança, inclusive as pessoas usuárias e suas famílias. Litvak^[23] propõe um método estruturado em três fases.

Na primeira fase, o principal objetivo é melhorar o acesso daquelas pessoas muito sensíveis à questão do tempo, especialmente as que procuram presencialmente a unidade de APS, buscando diminuir o caos que resulta de demandas competitivas entre si para agendamento. As principais ações desta fase são: separar as pessoas usuárias em grupos homogêneos (por exemplo: pessoas que querem acesso no mesmo dia vs. os que podem ser programados; pessoas novas vs. pessoas em retorno e/ou com demandas de eventos agudos; pessoas com condições crônicas não agudizadas para retorno; hiperutilizadoras; com demandas preventivas; com demandas administrativas; e com demandas por atenção domiciliar); calcular quantas faixas horárias (blocos de horas) serão necessárias, com base em estatísticas prévias e nas opiniões dos profissionais; desenvolver e implantar procedimentos operacionais padrões para acomodar pessoas pré-agendadas e não agendadas; reduzir os tempos de espera por atendimentos no mesmo dia e atendimentos

³ Texto adaptado do Capítulo IV - "Roteiro Metodológico para a organização do acesso à Atenção Primária à Saúde", do Documento Técnico - O acesso à Atenção Primária à Saúde, de Eugênio Vilaça Mendes, Brasília, DF: CONASS, 2017.

presenciais, diminuindo o excesso de tempo consumido pela equipe de saúde para avaliação do fluxo de pessoas na unidade e dos processos que geram obstáculos; as pessoas que querem atendimento no mesmo dia e aquelas que se apresentam diretamente à unidade nem sempre poderão ser atendidas pela equipe a que está vinculada; e implementar o redesenho e o monitoramento do desempenho do fluxo de pessoas usuárias.

A segunda fase volta-se para o desafio do alisamento do fluxo das pessoas usuárias com agendamento programado, como agendamentos para exames físicos anuais com médicos e para atendimentos de retorno. O objetivo é manter a longitudinalidade do cuidado das pessoas usuárias com as equipes a que estão vinculadas para maximizar a qualidade da atenção, diminuir a competição entre agendamentos programados e não programados, e melhorar o rendimento da atenção. As principais ações dessa fase são monitorar os cancelamentos e o absenteísmo; fazer o balanceamento do fluxo de pessoas usuárias programadas para diminuir a competição dessas pessoas que se apresentam diretamente na unidade e que desejam atendimento no mesmo dia, maximizando o rendimento dos fluxos, para diminuir os tempos de espera; analisar os pontos de variabilidade e identificar mudanças no sistema de agendamentos, para obter um agendamento balanceado; distribuir as pessoas usuárias em áreas apropriadas, como recepção, acolhimento e classificação de risco, coleta de exames, consultas etc.; e desenvolver estratégia de uso do telefone na unidade da equipe responsável por elas, garantindo a longitudinalidade do cuidado.

Já a terceira fase objetiva otimizar a capacidade da unidade de APS para melhorar a qualidade, a segurança e o trânsito das pessoas usuárias. A utilização de formas alternativas de respostas às expectativas das pessoas usuárias e de diferentes profissionais, quando necessário, cria a oportunidade de corrigir as quantidades de agendamentos para melhor balancear oferta e demanda.

As principais ações dessa última fase são determinar o número de faixas horárias (blocos de horas) necessárias para pessoas que querem ser atendidas no mesmo dia e que acessam a unidade por telefone, para as que foram diretamente à unidade e para aquelas com retorno marcado previamente; avaliar a variabilidade no fluxo das pessoas e os gargalos de agendamento, para diminuir os problemas causados pela preferência dos profissionais de saúde, em termos de organização da agenda; estabelecer os recursos necessários, como profissionais de saúde, profissionais administrativos e instalações para cada tipo de fluxo de pacientes, a fim de garantir que cada tipo de fluxo garanta a atenção certa no lugar certo; introduzir formas alternativas de encontros clínicos – atendimento contínuo, atendimento compartilhado a grupo, grupos operativos e outros.

2. O enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares

Um fator crítico no acesso à APS é o tempo de atendimento do médico. Em parte pela função dessa criticidade, a organização do acesso à APS passa por incorporar, nos cuidados primários, o trabalho multiprofissional interdisciplinar. Quando se examinam os perfis de oferta e de demanda na APS, verifica-se que o médico tem papéis essenciais a desenvolver em quase todos eles.^[6] Contudo, dada a restrição de seu tempo disponível,

não há a possibilidade de atender a todas as demandas de forma efetiva e eficiente. Isso é responsável, em grande parte, pela crise da APS no plano micro da clínica.

Sem esses profissionais compondo uma equipe multiprofissional interdisciplinar, será muito difícil pensar em controlar as condições crônicas, ofertar serviços preventivos efetivos e apoiar o autocuidado. Como manejar adequadamente, na APS, o diabetes sem nutricionista, transtornos mentais sem psicólogo, a adesão e a conciliação dos medicamentos sem farmacêutico clínico, os programas de atividade física sem profissional de educação física, as doenças do sistema musculoesquelético sem fisioterapeuta e as atividades de gestão de casos sem assistente social?

O perfil de oferta da APS, em função da alta complexidade da demanda, vai além de atenção aos eventos agudos, às condições crônicas não agudizadas e da atenção preventiva, ao incorporar a atenção às enfermidades, às pessoas hiperutilizadoras, às demandas administrativas, a atenção domiciliar e a atenção para o autocuidado apoiado.^[6] Todas essas formas de oferta devem ser respondidas com o trabalho multiprofissional interdisciplinar. É o que propõe o modelo da otimização da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares e que tem grande impacto na organização do acesso à APS.

3. O enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial

As equipes de APS buscam diminuir ou eliminar os atrasos nos atendimentos às pessoas usuárias que solicitam agendamento por telefone, internet e presencialmente na unidade, além dos retornos programados. Boa parte dessas demandas pode ser atendida à distância, por telefone ou internet, ainda que sejam alternativas complementares aos atendimentos presenciais nas unidades de APS.

Contudo, a atenção à saúde é caracterizada por uma centralidade na atenção presencial, face a face, com participação relativa muito frágil da atenção à distância. Isso convoca o aumento relativo dos atendimentos à distância que não substituem, mas complementam os atendimentos presenciais.

Trabalhos realizados em diferentes lugares mostraram que os atendimentos à distância podem apresentar, em certas situações, resultados tão bons quanto os dos atendimentos presenciais face a face. Ainda que não seja uma prática extensiva, os atendimentos por telefone apresentaram aspectos positivos, na APS no SUS: ajudaram a diminuir custos e tempo, e a reduzir faltas às consultas; aumentaram a cobertura vacinal; melhoraram a promoção da saúde; proporcionaram *feedback* após alta e foram importantes em momentos de mortes.^[24] Ainda, os atendimentos à distância por telefone são muito adequados para o monitoramento de planos de cuidado e autocuidado.^[5] Tem sido crescente a utilização de aplicativos do tipo *chat* no manejo das condições crônicas.^[25]

4. O enfoque do acesso avançado

O acesso avançado é o modelo de acesso à APS mais conhecido. Esse enfoque tem sido, também, denominado de acesso aberto ou agendamento no mesmo dia.^[26] Uma discussão mais profunda desse enfoque deve começar pelo que ele não é: não se trata de um novo modelo de organização da APS, mas sim de processo de trabalho.

O sistema de primeira geração do acesso avançado (sistema *carve-out*, ou sistema com vagas) foi desenvolvido como alternativa ao sistema tradicional, a partir dos estudos que demonstraram que a demanda na APS é previsível. Por exemplo, verificou-se que a demanda por cuidados de eventos agudos, para um painel de 10 mil pessoas usuárias, era de 55 casos na segunda-feira, 50 casos na terça-feira e 45 casos de quarta a sexta-feira. Com base nessa informação, muitas clínicas de APS moveram-se do sistema tradicional para o sistema de primeira geração do acesso avançado. Assim, em cada segunda-feira, a clínica agendava 14 atendimentos a eventos agudos para cada um de seus quatro médicos. Muitos dos outros atendimentos, como condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos e outros, eram pospostos para atendimentos futuros. Nesse sistema, em algumas situações, estabelecem-se médicos somente para atendimentos aos eventos agudos. A lógica do sistema de primeira geração do acesso avançado é: "faça alguns trabalhos de hoje, hoje".

Em alguns desses sistemas, estabelece-se um médico cada dia para atender isoladamente às demandas de condições urgentes, e essa medida, constrange o princípio da longitudinalidade do cuidado. Como no sistema tradicional, estimula a demanda para o médico de referência e gera ineficiência, porque esse médico considera apenas o problema relativo à queixa principal.^[27,28]

O sistema de primeira geração do acesso avançado representa melhoria em relação ao sistema tradicional, mas apresenta vários problemas. Pessoas com demandas não urgentes são agendadas para o futuro, e o trabalho se acumula. Esse sistema cria uma situação em que pessoas não podem ser atendidas no mesmo dia, mas não podem esperar o fim da fila, levando ao aumento dos tempos de espera; gera, ainda, uma tensão entre os atendimentos de urgência e de não urgência que implica imprevisibilidade. O pessoal de apoio administrativo tem tendência a sugerir que as pessoas telefonem ou apareçam no dia que querem ser atendidas, o que impacta na previsibilidade da demanda e cria problemas de agendamento no futuro. Também reforça-se o comportamento clínico da "tirania do urgente"; as pessoas definidas como portadoras de condições não urgentes, por serem incluídas em atendimentos futuros com tempos de espera longos, são induzidas a procurarem as unidades de pronto atendimento ou os centros de Atenção Ambulatorial Especializada, que não são, em geral, adequados para uma resposta racional às suas demandas, levando à iatrogenia e a maiores custos.^[5,26-29]

O sistema de segunda geração do acesso avançado parte de uma mudança de paradigma vigente no acesso aos serviços de saúde, que considera que uma pessoa que está realmente doente deve ser atendida no mesmo dia, mas se não está realmente doente pode esperar. Esse novo paradigma, construído pela segunda geração do acesso avançado, deixa de lado essa distinção entre quem busca a atenção aos eventos agudos e outras demandas, ao propor que todas elas devam ser atendidas no mesmo dia, além dos atendimentos previamente programados. Isso significa que boa parte da agenda é aberta todos os dias.

A segunda geração do acesso avançado utiliza uma estratégia oposta dos dois outros modelos anteriores; enquanto esses equilibram a oferta jogando para o futuro boa parte da demanda de hoje, essa segunda geração equilibra a oferta, atendendo toda demanda de hoje, hoje.^[28]

De acordo com Murray et al.,^[30] o acesso avançado guarda relação simbiótica com o Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model*), viabilizando atenção adequada às condições crônicas.^[31] Ao mesmo tempo, permite que as pessoas com eventos agudos sejam atendidas no mesmo dia, reduzindo os custos de oportunidade incorridos nos tempos despendidos na busca de cuidados primários.

Perguntas disparadoras

1

É possível fazer a escolha de apenas um enfoque para organizar o acesso? Por quê?

2

Quais as potencialidades destes diferentes enfoques para melhorar o acesso, considerando as situações encenadas dos grupos?

3

Quais as contribuições do acesso quando este considera o cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional?

4

A partir dos conceitos abordados no texto, que soluções você apontaria para as dificuldades de acesso apresentadas nas dramatizações dos grupos?

● INTERVALO

● ATIVIDADE 10 – TRABALHO EM GRUPO: OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Agora vamos conhecer o que são os microssistemas clínicos e sua importância para a organização das Redes de Atenção à Saúde. Vamos trabalhar com o **Texto 4 – OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS** e, a partir das **perguntas disparadoras**, realizaremos nossa discussão. Observe o exemplo de microssistema apresentado na atividade; quais pontos fortes você consegue identificar em sua realidade e quais as oportunidades de melhoria a partir dessa organização?

Escolham um **relator** e um **"guardião do tempo"**. Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **synetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Realizem **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas. O tempo sugerido é de **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 40 minutos.

TEXTO 4

OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS⁴

1. Os microssistemas clínicos

Godfrey et al.^[32] transplantaram o conceito de pequenas unidades replicáveis para o campo das organizações de saúde – os microssistemas de atenção à saúde –, que se caracterizam por terem uma população de pessoas usuárias, os prestadores de serviços, os processos finalísticos e de apoio, e a tecnologia de informação articulados por um propósito comum.

São sistemas clínicos que proveem um referencial para organizar, medir e melhorar a oferta dos cuidados de saúde. **Uma característica essencial dos microssistemas clínicos é que eles estão localizados onde se dão os encontros clínicos entre as unidades de saúde e as pessoas usuárias.** Os microssistemas clínicos são definidos como uma unidade de um

⁴ Texto adaptado do Capítulo IV - "Roteiro Metodológico para a organização do acesso à Atenção Primária à Saúde", do Documento Técnico – O acesso à Atenção Primária à Saúde, de Eugênio Vilaça Mendes, Brasília, DF: CONASS, 2017.

pequeno grupo de pessoas que trabalham juntas, de forma regular, para prestar cuidados de saúde, e uma população que recebe estes cuidados. Esses microssistemas clínicos buscam objetivos claros, estruturam processos, compartilham um ambiente de informações e produzem serviços e cuidados que podem ser medidos por resultados de desempenho.

Os microssistemas clínicos têm sido considerados o lugar em que as pessoas usuárias, as famílias e os profissionais de saúde se encontram e em que o cuidado é prestado, a qualidade e a segurança são garantidas, a eficiência e a inovação são alcançadas, e o moral da equipe e a satisfação das pessoas usuárias são altos. Esses microssistemas clínicos incluem o pessoal administrativo, as tecnologias, os processos e os padrões de informação, de comportamentos e de resultados.

Como se vê na figura 1, os microssistemas clínicos têm cinco componentes, os 5 P's: **propósito, pessoas usuárias, profissionais, processos que o microssistema utiliza na prestação dos cuidados e padrões.** Esses 5 P's caracterizam a funcionalidade do microssistema. Os programas de melhoria dos microssistemas clínicos devem começar por uma análise situacional dos 5 P's.

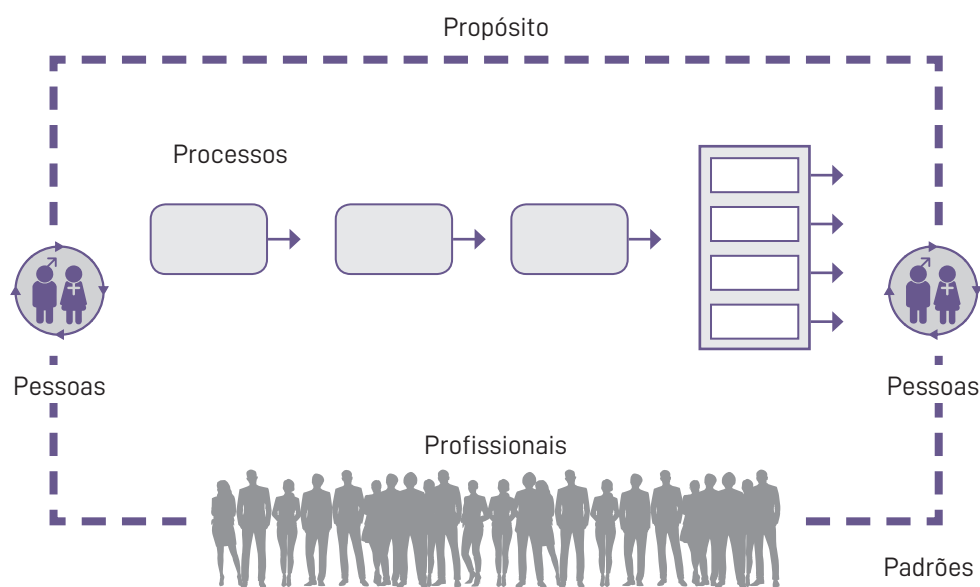


Figura 1. Diagrama de um microssistema clínico.

Fonte: Godfrey et al.^[32]

2. Análise situacional do acesso em uma Equipe de Saúde da Família

Um bom exemplo de microssistema clínico é uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF). Essa equipe constitui uma pequena unidade replicável, que é parte de uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) que, por sua vez, é parte de um macrossistema, por

exemplo, uma Secretaria Municipal de Saúde. Essa equipe tem um propósito, vários profissionais de saúde e uma população adstrita a ela, operando por processos e adotando padrões que marcam a funcionalidade do sistema.

Não necessariamente a realidade de um microssistema clínico é a sequência de passos apresentados no modelo descrito para o desenvolvimento do senso de consciência. Por exemplo, durante a organização de um microssistema clínico para implementar uma nova forma de acesso, seus membros identificam uma nova disfuncionalidade e estabelecem atividades de melhoria adicionais.

Os programas de melhoria dos microssistemas clínicos devem começar por uma análise situacional dos 5 P's.

Tomando-se o exemplo de um microssistema clínico constituído por uma eSF, com vistas a organizar o acesso, a análise começaria com a definição da equipe, do local em que atua, do gerente responsável, da localização e dos objetivos principais (propósito).

A análise do segundo P faz-se por meio da afirmativa: conheça profundamente as pessoas usuárias. É preciso criar um quadro preciso da população adstrita àquela equipe: Quem são essas pessoas? Que recursos elas utilizam? Quando as pessoas buscam os serviços, elas os recebem? Alguns pontos de análise são essenciais: Qual é o tamanho do painel de pessoas adstritas a essa equipe? Qual a distribuição etária dessa população adstrita (por exemplo, zero a 10; 11 a 18; 19 a 45; 45 a 64; 65 a 79; 80 ou mais anos) Qual é a composição por sexo feminino e masculino? Quais são as pessoas hiperutilizadoras e as razões para essa demanda elevada? Quais são os dez problemas/diagnósticos mais comuns? Qual o percentual de pessoas com condições crônicas referidas a unidades ambulatoriais especializadas? Qual o percentual de pessoas referidas a unidades de urgência ou emergência? Qual o percentual de pessoas com eventos agudos classificados por riscos? Qual o percentual de pessoas com condições crônicas estratificadas por riscos? Indicadores específicos por condições de saúde segundo as prioridades estabelecidas: por exemplo, hemoglobina glicada, pressão arterial, LDL etc. Qual a experiência de acesso? Qual a forma de acesso (presencial, telefone, internet, retornos programados pela equipe ou programados após rastreamento ou busca ativa)? Quanto tempo demorou em dias para ser atendido? Quanto tempo levou desde a chegada à unidade até ser finalizado o atendimento? Foi atendida pelo profissional a que está vinculada? A demanda apresenta variação sazonal (por exemplo, dengue no verão, infecção de via aérea superior no inverno)? Quantas pessoas são atendidas por dia, por turno e por hora de cada turno diário? Quantas pessoas foram atendidas na última semana? Quantas pessoas foram atendidas no último mês? Quantas pessoas foram atendidas por cada membro da equipe?

A análise do terceiro P faz-se por meio da afirmativa: conheça as pessoas que compõem a equipe de saúde. É preciso ter uma visão ampla dos trabalhadores de saúde. Quem faz o que? Quantas horas estão disponíveis para atendimento às pessoas? Quanto tempo destinam às atividades clínica e não clínicas? Qual a capacidade de oferta (número de atendimentos disponíveis por dia para cada profissional multiplicado pelo número de dias de trabalho por dia/semana/mês/ano)? Qual é a oferta real expressa no número de pessoas que diariamente buscam e recebem atenção dos profissionais? Qual é a demanda real de pessoas atendidas em um período de tempo como dia/semana/mês/ano? Qual é a

demanda indireta ou externa de atendimentos programados pela equipe? Qual é a demanda direta ou interna feita por telefone ou internet? Qual é a demanda feita hoje para hoje? Qual é a demanda feita hoje para atendimento futuro? Quantos são e que percentuais são os atendimentos segundo perfis de oferta (eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, atendimentos a pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, atendimentos às demandas administrativas, atendimentos preventivos, atendimentos domiciliares e apoio ao autocuidado)? Qual a duração média dos atendimentos por diferentes perfis de oferta? Quantos espaços de atendimentos clínicos estão disponíveis? Qual é o moral da equipe de saúde? Quem são os profissionais clínicos e de apoio administrativo segundo sua ocupação? Há oferta regular de educação permanente para os profissionais da equipe? Há capacitação da equipe para utilizar ferramentas do modelo de melhoria e os ciclos de PDSA (planejar – fazer – estudar – agir)? Quão estressante é o trabalho? Recomenda este lugar para se trabalhar?

A análise do quarto P envolve o conhecimento dos processos de trabalho. Há o uso rotineiro de diretrizes clínicas baseadas em evidências (linhas-guia e protocolos clínicos)? Há um mapeamento de processo de cada tipo de perfil de oferta (eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, atendimentos a pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, atendimentos às demandas administrativas, atendimentos preventivos, atendimentos domiciliares e apoio ao autocuidado)? Avalia-se o tempo que as pessoas chegam à unidade até quando a deixam, utilizando a ferramenta de análise do ciclo do tempo da pessoa, segundo cada tipo de perfil de oferta (eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, atendimentos a pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, atendimentos às demandas administrativas, atendimentos preventivos, atendimentos domiciliares e apoio ao autocuidado)? Há oferta regular de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, de outros profissionais da equipe (assistente social, farmacêutico clínico, nutricionista, psicólogo, profissional de educação física, fisioterapeuta e outros)? Os trabalhos da equipe multiprofissional fazem-se de forma interdisciplinar? Há oferta regular de cuidado compartilhado a grupo, de atendimento contínuo, de grupos operativos, de outras tecnologias de trabalho em grupo, de atendimentos por correio eletrônico, de atendimentos por telefone, de atendimentos por videoconferências? Há utilização rotineira da tecnologia de gestão da condição de saúde? Há utilização rotineira da tecnologia de gestão de caso? Há utilização rotineira da tecnologia de auditoria clínica?

A análise do quinto P faz-se por meio do conhecimento dos padrões. Há encontros regulares entre os membros da equipe? Quão frequentes são esses encontros? Esses encontros monitoram os processos e os resultados alcançados por meio de um painel de bordo? Monitoram a qualidade da atenção? Há uma preocupação em fazer mudanças? Essas mudanças têm melhorado a atenção à saúde e a eficiência do sistema?

Perguntas disparadoras

1

Como podemos definir um microssistema clínico? Quais suas características?

2

Qual importância de compreender os diferentes pontos de atenção como um único microssistema para organizar a rede de saúde?

Registre aqui suas respostas

- **ATIVIDADE 11 – VÍDEO – O ACESSO REGULADO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.**

Agora vamos assistir ao vídeo **O acesso da Rede de Atenção à Saúde regulado pela Atenção Primária à Saúde**. O vídeo apresentará a importância de entender a Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada como o mesmo microssistema clínico, e como acontece o acesso do usuário à atenção especializada, regulado pela Atenção Primária à Saúde.

Você deve estar atento a dois pontos: Qual o papel da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada dentro da lógica do microssistema clínico? Quais potencialidades e oportunidades de melhoria identificamos em nossos serviços para trabalhar um acesso regulado pela Atenção Primária à Saúde?

No final da atividade, é importante fazermos um resgate dos conteúdos trabalhados ao longo do dia. O facilitador sintetiza os conteúdos do *workshop*, realizando o fechamento.

Acesse o vídeo "**O acesso da Rede de Atenção à Saúde regulado pela Atenção Primária à Saúde**" pelo link: <https://vimeo.com/355319774/01d327089b>

Em seguida, convide o grupo a realizar avaliação, por meio do *link* disponibilizado nesse tópico do guia.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 40 minutos.

AVALIAÇÃO

Vamos avaliar o nosso *workshop* de hoje. Sua opinião é muito importante para melhorarmos este processo. Conto com sua avaliação! Você pode acessá-la pelo *link*: <http://j.mp/33uDXrn>

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 Jul 19]. 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 Jul 2019]. 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 Jul 2019]. Available from: http://bvsm.s.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 Jul 2019]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
7. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
8. Penchansky DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19:127-40.
9. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36:1-10.
10. World Health Organization (WHO). A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
11. World Health Organization (WHO). Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva: World Health Organization; 2001.
12. Institute Of Medicine. Transforming health care scheduling and access: getting to now. Washington: The National Academies Press; 2015.
13. Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Med Care Res Rev*. 2014;71(5):522-54.
14. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(10):953-7.
15. Johnson BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2008.
16. Dubois CA, Debbie S and Izzat J. The human resource challenge in chronic care. In: Dubois CA, McKee M, Nolte E, editors. *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Maidenhead: Open University Press; 2008. Pg.143-171
17. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med*. 2001;344:2021-5.
18. Gusso GD. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP 2). Tese [Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2009.
19. Landsberg G, Savassi LC, Sousa AB, Freitas JM, Nascimento JS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3025-36.

20. Gawande A. *Complications: a surgeon's notes on an imperfect science*. London: Profile Books; 2002.
21. Fernandes CL. *Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil*. Dissertação [Mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS; 2013.
22. Litvak E, Fineberg HV. Smoothing the way to high quality, safety, and economy. *N Engl J Med*. 2013;369(17):1581-3.
23. LITVAK E. Reengineering flow through the primary care office. In: INSTITUTE OF MEDICINE. *Transforming health care scheduling and access: getting to now*. Washington, The National Academies Press, 2015.
24. GROSSMAN e TAVARES, 2012
25. Lopes PR. O Centro de Atenção Secundária Integrado Viva Vida e Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais. In: III Seminário do Laboratório de Inovações da Atenção às Condições Crônicas de Santo Antônio do Monte. Belo Horizonte; 2014.
26. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50.
27. Lippman H. Same-day scheduling. *Hippocrates*. 2000;2:49-53.
28. Murray M, Berwick DM. Advanced access. *JAMA*. 2003;289(8):1035-40.
29. Bodenheimer T, Grumbach K. *Improving chronic care: strategies and tools for a better practice*. New York: Lange Medical Books/McGraw Hill; 2007.
30. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. *JAMA*, 289: 1042-1046, 2003.
31. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19):2469-75.
32. Godfrey MM. *Clinical microsystem action guide*. Hanover: Trustees of Dartmouth College; 2004.

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 Ago 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

PUBLICAÇÕES MINISTÉRIO DA SAÚDE

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 Ago 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: agosto/2019.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Orientações Técnicas. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [Internet]. [cited 2019 Ago 15]. Available from: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-politica-nacional-de-atencao-basica-modulo-1-integracao-atencao-basica-e-vigilancia-em-saude/

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Política Nacional de Vigilância em Saúde - Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. [Internet]. [cited 2019 Ago 15]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

LIVROS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2016 [cited Ago 15]. Available from: <https://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 Ago 15]. 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 Ago 15]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2019 Ago 15]. Available from: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>

