
DE ALMA-ATA A ASTANA: A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NOS ESTADOS-MEMBROS DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA – O CASO DO BRASIL

Fernando Passos Cupertino de Barros¹

Carla Ulhoa André²

Maria José de Oliveira Evangelista³

Paulo de Lyz Girou Martins Ferrinho⁴

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1188-7973>

2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9378-2958>

3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9475-7885>

4. Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3722-0803>

Resumo

O capítulo tem por objetivo relatar a trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, de Alma-Ata a Astana, e a contribuição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na sua qualificação no âmbito da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Aborda os desafios da APS e do SUS, faz uma análise histórica sobre a evolução da APS, as responsabilidades das três esferas de governo e os impactos nas RAS, além de discorrer sobre a contribuição do Conass com a ambição de vencer esses desafios, por meio de uma estratégia intitulada Planificação da Atenção à Saúde, que consiste em um instrumento de gestão e organização da APS, da Atenção Ambulatorial Especializada e da Atenção Hospitalar integradas e organizadas por regiões de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

The article aims to report the trajectory of Primary Health Care (PHC) in Brazil, from Alma-Ata to Astana, and the contribution of the National Council of Health Secretaries (Conass) in the qualification of PHC in the organization of Networks of Health Care (RAS), and the Unified Health System (SUS) as a whole. It addresses the challenges of PHC and the Unified Health System, makes a historical analysis of the evolution of PHC, the responsibilities of the three levels of government and the impacts on the RAS, in addition to the contribution of the Conass to overcome these challenges through a project of Health Care Planning (PAS) which consists of an instrument for the management and organization of PHC, Specialized Outpatient Care (AAE) and Hospital Care (HA) integrated and organized by regions of health.

Keywords: Primary Health Care; Delivery of Health Care; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de dimensões continentais, com severas iniquidades sociais e regionais. Possui uma população estimada em 213.684.498 habitantes, distribuídos em 26 estados e no Distrito Federal, onde está situada a capital do país, Brasília. São 5.570 municípios, sendo 71% com menos de 20 mil habitantes; 119 com até 2 mil habitantes, e grandes cidades, como, por exemplo, São Paulo, que possui mais de 12 milhões de habitantes.

São 117 macrorregiões de saúde, compostas por 438 regiões de saúde. No que se refere ao sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela

Lei nº 8.080¹, de 19 de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto nº 7.508², de 28 de junho de 2011. O sistema é gerido por três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal –, que são representadas pelas seguintes instâncias gestoras: Ministério da Saúde (MS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A participação da comunidade, assegurada pela Constituição Federal³ e pela Lei nº 8.142⁴, de 1990, também chamada de controle social, é exercida pelos seguintes órgãos: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselhos Estaduais de Saúde (CES); Conselhos Municipais de Saúde (CMS); e Conselhos Locais de Saúde (CLS). A governança do sistema se dá na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta pelas três esferas de governo; nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) estaduais, compostas por representações dos estados e municípios; e nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), compostas por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e gestores dos municípios de cada região.

O Conass foi criado em 3 de fevereiro de 1982, por iniciativa do Professor Doutor Adib Jatene, então Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, eleito por seus pares como seu primeiro presidente. Trata-se de uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, que se pauta pelos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, reconhecida pela Lei nº 12.466⁵, de 24 de agosto de 2011, que reconheceu legalmente o Conass como entidade representativa dos Entes Estaduais nas instâncias do SUS, para tratar de matérias referentes à saúde. Sua sede localiza-se em Brasília/DF e tem como finalidades representar politicamente os secretários de saúde, prestar apoio técnico e político, atuar como órgão de intercâmbio, experiências e formações para a implementação das diretrizes do SUS, atendendo às normas em vigor e buscando consenso nas deliberações. Tem, ainda, o papel de produzir e difundir conhecimentos que possam auxiliar os gestores públicos de saúde no exercício de suas funções e no contínuo aprimoramento do sistema de saúde.

A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Para um melhor entendimento, é interessante dividir a evolução da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em ciclos:

- O 1º ciclo ocorreu nos anos 1920, com os Centros de Saúde-Escola, da Universidade de São Paulo (USP), organizados sob influência das ideias dawsonianas⁶;
- O 2º ciclo aconteceu nos anos 1940, sob a influência do modelo sanitário norte-

i. Os conselhos têm composição paritária entre a representação dos usuários (utentes), que detêm 50% de seus membros, e as demais participações (governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço de saúde).

-americano, sendo realizado pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (Sesp) e centrado em programas;

- O 3º ciclo deu-se nos anos 1960, nos centros de saúde estaduais, nos quais também eram realizados programas de saúde pública, tais como os de controle da hanseníase e da tuberculose e o programa Materno Infantil, por exemplo.
- O 4º ciclo realizou-se nos anos 1970, com um modelo de medicina simplificada. Nessa década, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, ocasião em que ocorreu uma forte expansão da APS. Em 1975, existiam 1.112 unidades de saúde; em 1984, já eram 13.739, ou seja, um incremento de 1.255% em uma década. Em 1978, ocorreu a Conferência de Alma-Ata, na qual foi discutida a APS em escala planetária;
- O 5º Ciclo ocorreu nos anos 1980, com uma forte expansão da Rede de APS por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), que, até o ano de 1984, estava presente em 112 municípios e, em 1987, encontrava-se já em 2.500 municípios brasileiros. É importante lembrar que, em 1984, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco histórico para a saúde brasileira, de onde saíram as bases doutrinárias do SUS com algumas diretrizes sobre os cuidados primários em saúde. Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que estabeleceu a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, a APS ainda era seletiva, ou seja, um modelo simplificado de atenção à saúde voltado para a população mais pobre;
- O 6º ciclo deu-se nos anos 1990, período em que ocorreu a institucionalização do SUS, com a municipalização da APS;
- O 7º ciclo, ainda nos anos 1990, foi marcado pela implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que evoluiu para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente batizado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse ciclo esgotou-se pela persistência e não superação dos problemas, principalmente aqueles relativos à baixa cobertura e à insuficiência de recursos humanos para atuarem na APS;
- O 8º ciclo é denominado de ciclo da APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Convém ressaltar que a ESF foi a base para a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, atualizada posteriormente em 2011 e 2017. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, faz uma clara opção por uma APS como estratégia de reordenamento do SUS e a estabelece como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde⁷.

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A proposta de organização das RAS, originada nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgiu na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos da América (EUA), avançando para os sistemas públicos da Europa Ocidental, Canadá e, posteriormente, em alguns países do sul global, como o Brasil, onde o tema tem sido tratado nos últimos anos⁸.

No Brasil, o sistema de saúde é fragmentado, e ainda incapaz de responder às necessidades da situação de saúde das pessoas. O país enfrenta, ainda, um desafio adicional, representado por transições de ordens demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica, com tríplice carga de doenças (predominância das condições crônicas; as chamadas causas externas, representadas, sobretudo, pelos acidentes e violências e, ainda, a persistência de doenças infectocontagiosas e doenças negligenciadas). Há um consenso universal de que os sistemas fragmentados fracassaram no manejo das condições crônicas. Uma das soluções apontadas seria sua substituição por sistemas integrados de atenção à saúde⁹.

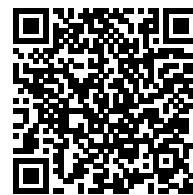
Hartz e Contandriopoulos, citados por Mendes¹⁰, afirmaram que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e da avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida. É indispensável, portanto, desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que respondem às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional.

Nesse sentido, o Brasil possui bases normativas robustas para a organização das RAS estruturadas em regiões e macrorregiões de saúde, como, por exemplo:

- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS;
- Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 para organização do SUS;
- Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização das macrorregiões de saúde;
- Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.

Há que se considerar, ainda, para a organização das RAS, a população, os territórios, os modelos de atenção à saúde e a estrutura operacional. Apesar de a APS

ser de responsabilidade das três esferas de governo, é operacionalizada pelos municípios, onde os territórios são divididos em áreas e microáreas. Em um raciocínio ascendente, as microáreas compõem as áreas de atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF); o conjunto das áreas cobrem o território do município; os municípios integram as regiões de saúde, que, finalmente, agrupam-se em macrorregiões.



A população nas RAS não é o mero somatório dos indivíduos que a compõem, mas a que vive em um território singular, cadastrada e vinculada a uma equipe de APS; estratificada por vulnerabilidades sociais e riscos sanitários, cujas necessidades de saúde são conhecidas e dimensionadas na APS¹⁰.

Com relação aos modelos de atenção à saúde, na organização da RAS, o Conass tem adotado o modelo de atenção aos eventos agudos e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado do Modelo de Atenção Crônica (Chronic Care Model); do Modelo da Pirâmide de Risco (Kaiser Permanente); e dos determinantes sociais, conforme proposta de Dahlgren e Whitehead, citados por Mendes¹¹.

Segundo Mendes¹¹, os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas às manifestações de condições agudas ou de agudizações de condições crônicas, cujo objetivo é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais e alertas, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, assim como definir o ponto de atenção adequado para o enfrentamento da situação.

Ainda de acordo com o referido autor¹¹, os modelos de atenção às condições crônicas são muito mais complexos, pois a variável-chave não é o tempo-resposta em função dos riscos. O MACC convoca novas abordagens tecnológicas que sejam efetivas nos processos de mudança de comportamentos, que é fundamental para o sucesso das intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais.

A estrutura operacional das RAS está composta por cinco componentes: a APS, que é o centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários (RAS temáticas); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

Os sistemas de apoio consistem em sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, e informação em saúde. Já os logísticos são o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, o acesso regulado e o transporte sanitário.

Vale ressaltar que a organização das RAS é feita por Linhas de Cuidado, tais como a materno-infantil, a da hipertensão arterial e diabetes mellitus, a do idoso etc.

Mendes afirma, ainda, que a gestão da condição de saúde deve ser organizada por meio de linhas-guias, com estratificação de riscos; elaboração de plano de cuidado; gestão dos riscos; mudanças de comportamento; educação permanente dos profissionais e educação em saúde dos usuários, além da programação da condição de saúde¹¹.

Essa opção de organização por RAS temática não tem a ver com programas verticais, pois restringe-se exclusivamente aos pontos de atenção secundários e terciários, isso por causa da divisão técnica do trabalho que exige, nesses locais, a especialização.



Os demais componentes, como a APS, os sistemas de apoio, logísticos e a governança, são comuns a todas as RAS temáticas.

A governança nas RAS é realizada por meio da colaboração entre os gestores interdependentes, em contínuos processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas.

SITUAÇÃO ATUAL DA APS NO BRASIL

Atualmente, o país possui 49.444 equipes da ESF, compostas minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com carga horária de 40 horas semanais, de acordo com a PNAB; 4.284 Equipes de Atenção Primária (EAP), que possuem as mesmas diretrizes das equipes ESF, mas com carga horária de 20 ou 30 horas; 34.207 Equipes de Saúde Bucal (ESB), que atuam em conjunto com as ESF e as EAP; 5.316 Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB), constituídos por equipes multidisciplinares; 197 Equipes de Consultório na Rua (eCR), que acompanham as pessoas em situação de rua; 650 Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP); 304 Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); 1.085 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD); 638 Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP); 3.063 academias da saúde, espalhadas em praças e ruas de diversos municípios; 98 unidades móveis fluviais, que atendem as populações ribeirinhas; e 1.067 unidades móveis terrestres, que atuam em municípios que possuem alta dispersão populacional, comum na região norte do Brasil¹².

A APS no Brasil teve uma evolução extraordinária nos últimos 30 anos. Em um único exemplo, das 55 primeiras EqSF implantadas em 1994, chegou-se atualmente à marca de 49.444¹².

Entretanto, os desafios são enormes, principalmente aqueles relacionados com a qualificação dos profissionais e trabalhadores da APS, de modo a transformá-la em ordenadora das RAS e coordenadora dos cuidados; a interoperabilidade entre os mais de 2 mil diferentes instrumentos do sistema de informação; a alta rotatividade dos gestores e profissionais; a educação permanente ainda deficiente; o subfinanciamento do sistema, desde a sua criação; e a má distribuição dos recursos humanos em saúde e o hospitalocentrismo.

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A grande contribuição do Conass para vencer esses desafios foi a criação de uma estratégia intitulada Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que consiste em um instrumento de gestão e organização da APS, da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) nas RAS e no processo de sua aplicação e implementação.

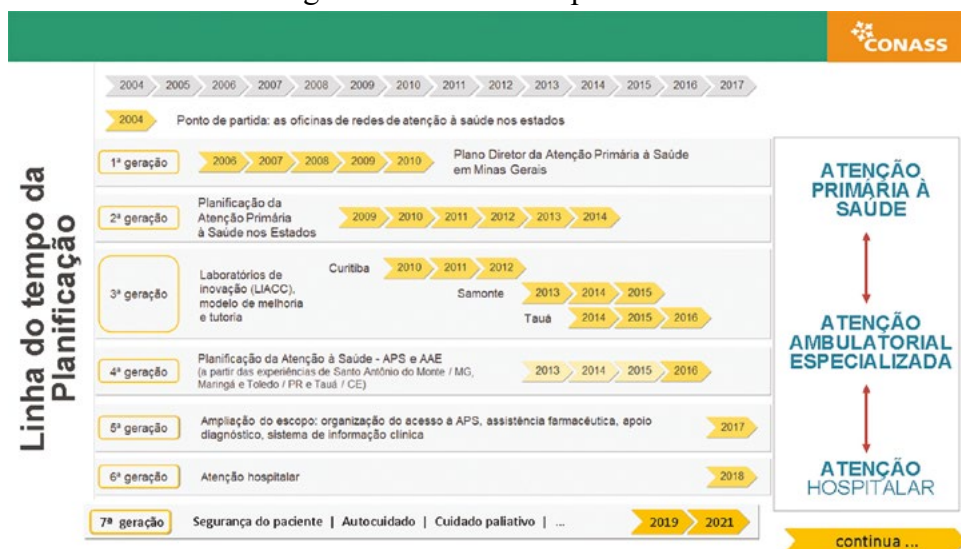
O objetivo da PAS é apoiar o corpo técnico-gerecncial das SES e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na organização das RAS por meio da qualificação dos macroprocessos da APS, AAE e AH, com vista a alcançar resultados clínicos e funcionais para a população usuária¹³.

A PAS, que inclui o chamado PlanificaSUS, operacionalizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – (Proadi-SUS)¹⁴, está sendo desenvolvida em 45 regiões de 21 estados: Acre, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina e Sergipe.

O estágio de desenvolvimento da organização dos macroprocessos da APS e da AAE é diverso entre as regiões, mas, certamente, em todos os territórios, está propiciando uma melhoria do acesso e qualificação da resposta às demandas e necessidades da população.

O Conass tem aprimorado a PAS ao longo do tempo, conforme ilustra a figura 1, a seguir.

Figura 1. Linha do tempo da PAS



Fonte: Guimarães, Cavalcante, Evangelista e Lins¹³.

A implantação da PAS é importante porque: ainda é necessário fazer muito para alcançar um estado de saúde minimamente satisfatório para a população, evitando morte e sofrimento; ainda é frágil a capacidade de gestão, tanto na macrogestão dos sistemas e serviços de saúde quanto na microgestão da prática clínica; muitos profissionais e gestores sentem-se sozinhos nas decisões do dia a dia; existe uma legislação vigente (redes, regionalização, atenção primária, planejamento regional, SUS etc.) que precisa ser colocada em prática; há uma experiência acumulada e em constante amadurecimento na história da PAS/Conass, que se tornou reconhecida e solicitada para apoiar profissionais e gestores na organização dos processos da rede de atenção e que se soma a várias outras iniciativas em um grande e contínuo empenho em qualificar o SUS.

Cabe observar que os macros e microprocessos da APS são trabalhados utilizando a metáfora da construção de uma casa, conforme a figura 2 a seguir:

Figura 2. A construção social da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Mendes¹¹.

No que se refere à AAE, os centros de especialidades são unidades que possuem abrangência regional, e que atuam de maneira integrada à atenção primária e terciária. Essas unidades devem ser implantadas com o objetivo de atender às necessidades em saúde das subpopulações estratificadas pelas equipes da APS, como aquelas de alto e muito alto risco, ofertando carteira de serviços composta por consultas especializadas, exames e procedimentos vinculados, realizados preferencialmente em um mesmo turno de atendimento, dimensionados a partir da programação das equipes da APS, sendo

o acesso regulado diretamente por elas. Esses ambulatórios possuem quatro funções: assistencial, educacional, de supervisão e de pesquisa¹⁴.

Para garantir uma linguagem única entre os diferentes níveis e pontos de atenção, são utilizadas Diretrizes Clínicas, de acordo com cada linha de cuidado¹⁵.

METODOLOGIA

A PAS reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas e desenvolvidas por meio de oficinas e formação em serviço, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude necessárias para a organização e qualificação dos processos de vigilância e assistenciais¹⁶.

Baseando-se no princípio da andragogia¹⁷, são utilizadas práticas de problematização que proporcionam uma ação reflexiva dos atores envolvidos, os gestores e trabalhadores designados em cada Região de Saúde. Propõe o desenvolvimento de ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo.

Essa metodologia possibilita a participação dos dirigentes e técnicos que atuam no nível central e nas regionais de saúde, e dos gestores municipais e suas equipes, incluindo todos os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde, sem exceção.

A organização dos macroprocessos é desenvolvida simultaneamente e de maneira integrada nas unidades da APS e no ambulatório da AAE, em duas etapas:

- ciclos mensais de oficinas tutoriais para organização progressiva dos macroprocessos, em momentos de concentração e dispersão, com duração de até 12 meses;
- supervisão dos municípios e unidades para aperfeiçoamento dos macroprocessos da primeira etapa e qualificação da atenção às condições crônicas, de forma presencial e a distância.

As oficinas tutoriais

O processo de tutoria desenvolve-se por meio de apoio direto aos profissionais e equipes no exercício de suas funções assistenciais e gerenciais, por intermédio de uma equipe de facilitadores e tutores do Conass e SES¹³.

A tutoria não é um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Ao contrário, é um “fazer junto”, sem substituir os profissionais nas funções e responsabilidades que lhes são próprias, mas ajudando-os na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimentos, habilidades e atitudes.

O processo de tutoria compreende três momentos principais:

- momentos de fundamentação teórica, sempre breves e objetivos, inseridos na discussão dos processos e remetendo à educação permanente quando necessário;
- momentos de supervisão *in loco* da atividade, em um diálogo com o seu responsável direto, verificando a atitude do profissional, o seu conhecimento e aplicação das normas e recomendações, o desenvolvimento da atividade ante as normas e recomendações vigentes e o registro do processo no prontuário e nos sistemas de informação;
- momentos de avaliação dos problemas ou inconformidades identificadas, análise de seus fatores causais, priorização e elaboração de um plano de ação, seguindo-se os outros passos do ciclo PDSA (*Plan – Do – Study – Act*), que é uma ferramenta capaz de transformar ideais em ação e conectar a ação com a aprendizagem¹³.

O tutor apoia as equipes presencialmente, nos próprios locais de trabalho, mas a disponibilidade é complementada a distância, por meio de várias modalidades: e-mail, WhatsApp, *chats* de discussão e outras.

Todos os profissionais da equipe devem ser envolvidos na tutoria. O conhecimento geral e compartilhado permite “falar a mesma língua”, favorecendo a qualidade do processo e facilitando a comunicação com os usuários.

Os momentos de tutoria são focados na organização dos macroprocessos da APS e da AAE que estão a ocorrer nos serviços de saúde objeto da intervenção. Para tal, propõe-se a seguinte abordagem:

- revisão dos macroprocessos (básicos, de atenção ao evento agudo, de atenção às condições crônicas, preventivos, administrativos, de atenção domiciliar e autocuidado), na APS e AAE, com vistas ao aperfeiçoamento, em ciclos de melhoria;
- aprofundamento dos macroprocessos de atenção às condições crônicas, com foco na organização das linhas de cuidado relativas às RAS prioritárias, consolidação do atendimento interdisciplinar e elaboração do plano de cuidado e implantação das novas tecnologias voltadas para mudança de comportamento e autocuidado apoiado;
- consolidação das estratégias de integração entre as equipes de APS e AAE, objetivando a garantia da continuidade da atenção;
- consolidação do sistema de monitoramento e avaliação, tendo em vista a governança das RAS.

As unidades-laboratório

As unidades-laboratório são assim definidas pelo fato de ali se desenvolverem as primeiras atividades da tutoria. Ser laboratório remete a um espaço de construção com

a equipe local, customização das ferramentas utilizadas e proposição criativa no enfrentamento dos problemas¹³.

A organização dos macroprocessos, em uma unidade-laboratório, permite a existência de um local que seja referência para as demais unidades, no qual outros profissionais e gerentes possam compreender a factibilidade e aprender “como se faz”. Os critérios mais importantes para sua seleção são: equipe completa, preferencialmente com a eNASF-AB; relação adequada de população de responsabilidade; gerência com capacidade de liderança e interesse; gerência e equipe com disponibilidade para apoiar equipes de outras unidades.

A experiência desenvolvida nas unidades-laboratório será expandida para as demais unidades de APS dos municípios da região de saúde, completando o processo de organização, necessário para o estabelecimento pleno dos fluxos e contrafluxos para a AAE.

As oficinas tutoriais, do ponto de vista da gestão, evidenciam os ciclos de melhoria contínua, com a utilização de um cardápio de ferramentas de gestão ancoradas no PDSA, para a sustentabilidade de todos os processos assistenciais e gerenciais organizados na APS e na AAE.

O plano de ação, elaborado a partir da revisão dos processos e identificação de inconformidades, é executado no intervalo dos momentos presenciais das tutorias, com apoio dos tutores a distância, nas várias modalidades possíveis.

As tutorias são complementadas com cursos curtos de capacitação relativos a processos específicos.

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

As Oficinas

Para aprimorar as estratégias de alinhamento conceitual da PAS, o Conass disponibiliza um guia de aprendizagem teórico das oficinas com os seguintes temas e objetivos¹³:

- Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde: analisar a importância da organização do sistema de saúde em Redes de Atenção; identificar as principais razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde; relacionar as transições contextuais com as mudanças na situação de saúde no país; diferenciar as formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde; compreender os fundamentos que dão base à construção das RAS; compreender a estrutura operacional das RAS; compreender o processo de modelagem das RAS.

- Oficina 2 – Atenção Primária à Saúde: analisar a APS do ponto de vista do acesso; identificar os elementos que a constituem; identificar os principais problemas relacionados com o plano micro da clínica; analisar as principais demandas da APS; compreender a proposta de construção social da APS; compreender os principais fundamentos para a organização do acesso na APS.
- Oficina 3 – Território e Vigilância em Saúde: identificar estratégias de integração das ações de APS e de Vigilância em Saúde no território; compreender o conceito de território e o processo de territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde; compreender os conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes de APS; discutir ferramentas de análise situacional para a organização, planejamento, monitoramento e avaliação das ações; discutir as relações entre a Vigilância em Saúde e a APS, com foco no território.
- Oficina 4 – Organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na APS: analisar os modelos de atenção e os macroprocessos relacionados para a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na APS; discutir a organização atual da APS para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas; compreender o modelo de atenção aos eventos agudos; compreender o MACC proposto para o SUS; discutir os macroprocessos relacionados com a organização da atenção aos eventos agudos na APS (acolhimento e classificação de risco); discutir os macroprocessos relativos à organização da atenção às condições crônicas na APS (estratificação de risco, programação e agenda).
- Oficina 5 – A Assistência Farmacêutica na APS: desenvolver estratégias de organização e integração da assistência farmacêutica no âmbito da APS; compreender a importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das RAS; discutir o papel da APS na Assistência Farmacêutica, em especial, na execução das etapas do ciclo logístico; discutir a atuação integrada equipe-farmacêutico no cuidado multiprofissional na APS; discutir estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na APS.
- Oficina 6 – Monitoramento e Avaliação: utilizar o painel de bordo como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de saúde na APS; compreender os fundamentos sobre monitoramento e avaliação; reconhecer a importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na APS; definir os indicadores e metas relacionados com as condições crônicas na APS; elaborar a matriz para o monitoramento das metas pactuadas na APS; elaborar o plano para operacionalização das metas pactuadas da APS.

- **Oficina 7 – Segurança do Paciente:** apresentar a taxonomia – Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde – OMS; marco histórico; a transversalidade da segurança do paciente nos macros e microprocessos da construção social na APS; metas de segurança do paciente; núcleos de segurança do paciente; estimular o sensório dos participantes para um tema de relevância técnica por meio de uma abordagem educacional mais lúdica e colaborativa (jogos e vídeos); guia de estudo como finalidade de materializar o conhecimento teórico e orientar o leitor quanto à condução da oficina.

Após as oficinas, os temas abordados são discutidos e aplicados com as equipes por meio de tutorias, focadas na organização dos macroprocessos da APS, conforme já mencionado.

CENTRO COLABORADOR E RESULTADOS

No sentido de desenvolver e testar inovações, o Conass possui um centro colaborador, que, por seu notável desempenho, serve de espaço de visitas, de educação continuada, desenvolvimento de inovações e de avaliação e pesquisa que estejam em acordo com sua missão e com seu plano estratégico.

O Centro Colaborador do Conass funciona em parceria com a SMS de Uberlândia, no estado de Minas Gerais, em definição previamente articulada com a Secretaria de Saúde daquele estado.

Para ilustrar alguns resultados da PAS, são apresentados aqui os do Centro Colaborador de Uberlândia (MG), que utiliza a metodologia da PAS e possibilita o aperfeiçoamento da organização dos processos de trabalho, com o uso dos instrumentos já descritos e o aprofundamento da intervenção, por meio da utilização inovadora de novas tecnologias em saúde. As inovações são testadas no município antes de serem implantadas em outros locais.

O Setor Sul do município de Uberlândia (MG), com uma população de 157.539 habitantes, tem sido um bom laboratório para a implantação da PAS. As 26 EqSF existentes já implantaram os macroprocessos da construção social da APS. Os resultados apresentados referem-se à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Luzia, unidade-laboratório do setor, que, como as demais, possui todas as famílias cadastradas e classificadas por fatores de risco, da seguinte forma: sem riscos; baixos riscos; médios riscos e altos riscos. São 4.027 pessoas no total.

Observa-se que, dessas, 54,3% (1.294 famílias) são consideradas sem risco; 27,1%, de baixo risco; 18,4%, de médio risco; e 0,002% (3 pessoas), de alto risco. Os critérios de risco expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que há que se discriminar positivamente aquelas de maiores riscos.

Figura 3. Estratificação de risco das famílias acompanhadas no Centro Colaborador de Uberlândia



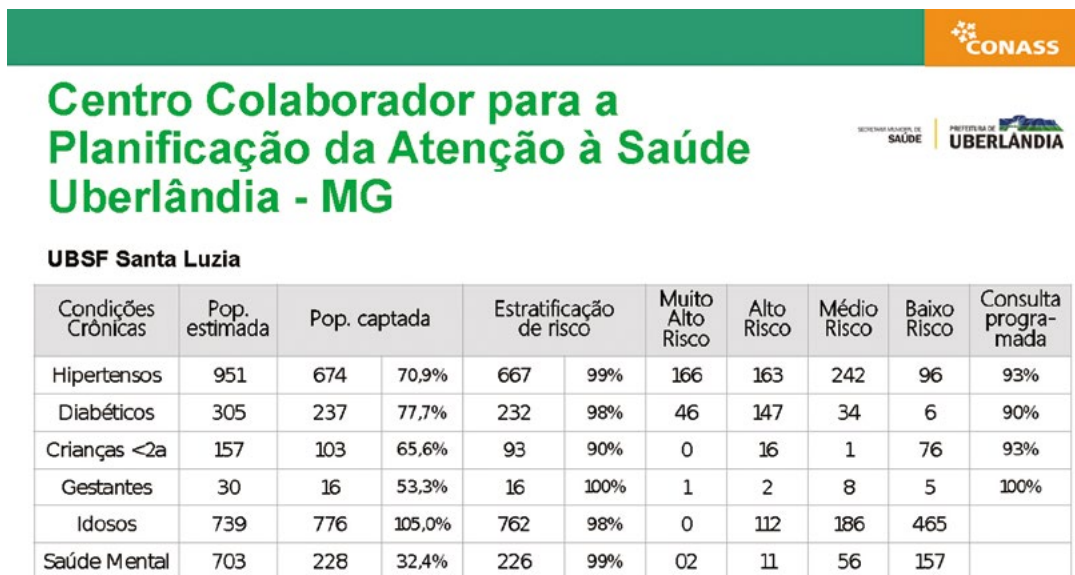
Fonte: FastMedic Sistemas; © FastSaúde; Versão:5.0.75.35814 – SMS/Uberlândia-MG, ago 2021.

A estratificação dos riscos da população é fundamental porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes, que devem ser atendidas por tecnologias e recursos específicos segundo esse método. A lógica se apoia em um manejo diferenciado pelas EAP, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

Observa-se que, com relação à estratificação de risco das condições crônicas, a UBSF Santa Luzia estratificou 99% dos hipertensos; 98% dos diabéticos; 90% das crianças menores de 2 anos; 100% das gestantes; 98% dos idosos; e 99% das pessoas com transtornos mentais.

A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro dos portadores de necessidades similares, a fim de colocá-los juntos, com o objetivo de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas, e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada um deles. Quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se incorrer na oferta insuficiente de cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou a ofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos, produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente, o que pode, inclusive, gerar iatrogenia.

Figura 4. Estratificação de risco das subpopulações no Centro Colaborador de Uberlândia



Fonte: FastMedic Sistemas; © FastSaúde; Versão:5.0.75.35814 – SMS/Uberlândia-MG, ago 2021.

Como demonstra a figura acima, todas as pessoas com condições crônicas referidas possuem suas consultas programadas, já agendadas e garantidas. A programação é realizada por estratos de riscos, segundo a planilha de programação de cada equipe de saúde. Além disso, as consultas são programadas de acordo com a parametrização descrita nas linhas guia.

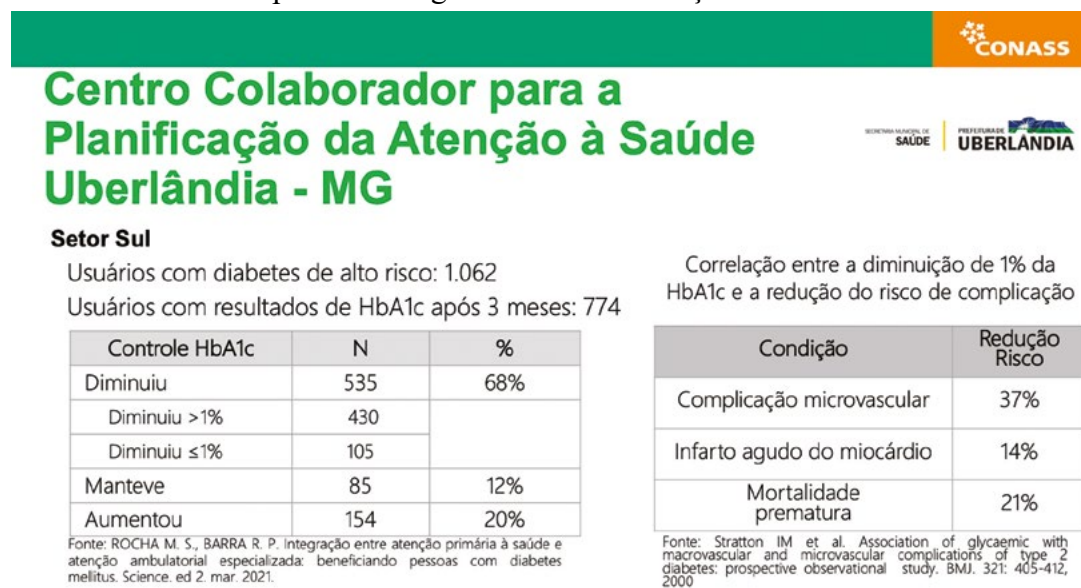
As abordagens clínicas diferenciam-se por estratos, e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam segundo esses mesmos estratos. Assim, as consultas médicas e de enfermagem são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos, e mais frequentes naqueles de alto e muito alto riscos. Dessa forma, as equipes, após a programação e de acordo com a parametrização, já garantem na agenda as consultas para as pessoas com condições crônicas, de acordo com o estrato de risco no qual se encontram.

As condições crônicas dominam a carga de doenças em nosso país, sendo o autocuidado apoiado absolutamente essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente do processo, em estreita colaboração com as equipes da APS.

O autocuidado apoiado é uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe de saúde com o intuito de aumentar a habilidade das pessoas

usuárias em gerenciar seus problemas. Inclui o monitoramento regular de suas condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução destes problemas⁷. Tem por objetivo preparar e empoderar cada cidadão para autogerenciar sua saúde e a atenção que lhe é prestada. No Setor Sul já referido, 1.062 pessoas com diabetes, estratificadas como alto risco, passaram pelo Programa de Auto-cuidado, sendo que 774 delas foram avaliadas após 3 meses, constatando-se uma redução de 68% nos valores da hemoglobina glicada. Com essa tecnologia, 480 pessoas reduziram a hemoglobina glicada em mais de 1 ponto, significando a redução de 37% de complicações microvasculares; 21% de mortes por diabetes e 14% de infartos agudos do miocárdio, conforme figura abaixo.

Figura 5. Controle da hemoglobina glicada no Centro Colaborador de Uberlândia no período de agosto de 2018 a março de 2020



Fonte: FastMedic Sistemas; © FastSaúde; Versão:5.0.75.35814 – SMS/Uberlândia-MG, ago 2021.

DISCUSSÃO

Nesses 40 anos de Alma-Ata a Astana, o Brasil avançou muito na APS, procurando cada vez mais fazer com que ela deixasse de ser seletiva para se tornar a estratégia de organização do sistema de saúde brasileiro, o SUS – e assim, de fato, ordenar a RAS e coordenar o cuidado do cidadão.

O Conass contribui para a defesa e a busca de uma APS robusta, de qualidade, resolutive, para todos e organizadora do nosso sistema público de acesso universal e sem qualquer pagamento por parte do cidadão. Além disso, propôs e demonstrou, por meio da PAS, a necessidade e os benefícios da articulação de uma APS forte e bem estruturada com os demais níveis de atenção à saúde, com conseqüente melhoria no desempenho dos serviços, na qualidade de sua prestação, com melhores custos e oportunidades e, finalmente, com a maior satisfação de seus usuários.

Afinal, de acordo com a Constituição Federal Brasileira, no seu art. 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”³.

A evolução da APS no Brasil reforça as recomendações de Alma-Ata e contraria as conclusões de Astana. A Declaração de Astana parece reforçar a APS seletiva, quando aborda quatro ações-chave: escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores; APS sustentável; capacitação de indivíduos e comunidade; e alinhamento das partes interessadas às políticas, estratégias e planos.

A perseguição da meta de um sistema de saúde universal centrado na APS é, e deve continuar a ser, um dos objetivos maiores de nossas instituições e de toda a sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 set 20 [citado 2021 nov 3];128(182 seção 1):18056-18059. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
2. Brasil. Decreto nº 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. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 jun 29 [citado 2021 nov 3];148(123 seção 1):1-3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
3. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1988 [citado 2021 nov 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

4. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 dez 31 [citado 2021 nov 3];128(249 seção 1):25694-25695. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
5. Brasil. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 ago 25 [citado 2021 dez 2];148(164 seção 1):1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm
6. Portela, GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis. 2017;27(2017):255-76.
7. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS: avanços e ameaças. Brasília, DF: Conass; 2021. (Conass Documenta; v. 38).
8. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: Conass; 2019.
9. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Mendes EV, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. A construção social da Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Conass, 2019.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2021 [citado 2021 nov 3]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>
13. Guimarães AMD'ÁN, Cavalcante CCB, Evangelista MJO, Lins MZS. Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Conass; 2018. (Conass Documenta; v. 31).

14. Hospitais PROADI-SUS. O que é o PROADI-SUS [Internet]. 2021 [citado 2021 dez. 3]. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>
15. PalificaSUS. COVID-19 – Matriz de Gerenciamento para Contingência na UBS [Internet]. 2020 [citado 2021 dez 3]. Disponível em: <https://kidopilabs.com.br/planificasus/covid19.php>
16. Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil – 2018 a 2019: uma revisão de escopo. Brasília, DF: Conass; 2020. (Conass Documenta; v. 36).
17. Draganov, PB, Friedländer, MR, Sanna MC. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 [citado 2021 nov 23];15(1):49-456. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100021>