

# **A ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**EUGENIO VILAÇA MENDES**

# **QUE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE? AS INTERPRETAÇÕES DA APS NA PRÁTICA SOCIAL**

- **A APS COMO ATENÇÃO PRIMÁRIA SELETIVA**
- **A APS COMO NÍVEL PRIMÁRIO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **A APS COMO UMA ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Fontes:

Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. Social Sciences and Medicine.22:1001-1013, 1986

Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud en las Américas.

Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2007

# QUE MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

- O MODELO TRADICIONAL
- O MODELO DE SEMACHKO
- O MODELO DA MEDICINA DE FAMÍLIA *STRICTO SENSU*
- O MODELO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
- OS MODELOS MISTOS

Fonte: 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

# COMPARAÇÕES ENTRE A ESF E OS MODELOS CONVENCIONAIS DE APS NO SUS

**UTILIZANDO-SE O INSTRUMENTO PCATool VERIFICOU-SE A  
SUPERIORIDADE DO MODELO ESF NA MAIOR PARTE DOS  
ATRIBUTOS DA APS:  
NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE  
NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS  
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
EM 41 MUNICÍPIOS DO NORDESTE E SUL DO BRASIL  
EM 62 MUNICÍPIOS DE SÃO PAULO  
EM 9 MUNICÍPIOS DE GOIÁS E MATO GROSSO  
EM CURITIBA**

Fontes:

Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región Sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante, Universidad de alicante, 2004

Macinko J et al. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. International Journal of Health Planning and Management. 19: 303-317, 2004

Elias PE et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, 11: 633-641, 2006

Facchini LA et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 11: 669-681, 2006

Ibañez N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 11: 683-704, 2006

van Stralen C et al. Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 24: s148-s158, 2008

Chomatas E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011

# OS ATRIBUTOS DA APS

- **ATRIBUTOS ESSENCIAIS:**  
PRIMEIRO CONTACTO  
LONGITUDINALIDADE  
INTEGRALIDADE  
COORDENAÇÃO
- **ATRIBUTOS DERIVADOS:**  
FOCALIZAÇÃO NA FAMÍLIA  
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA  
COMPETÊNCIA CULTURAL



Fonte: Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

# **AS EVIDÊNCIAS DA APS:**

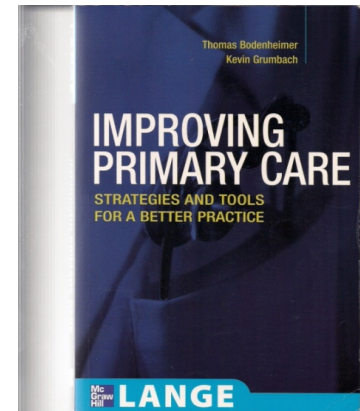
## **OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FORTE ORIENTAÇÃO PARA A APS EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FRACA ORIENTAÇÃO APRESENTAM:**

- **DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE**
- **REDUÇÃO DO FLUXO DE PESSOAS USUÁRIAS PARA OS SERVIÇOS SECUNDÁRIOS E PARA OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**
- **REDUÇÃO DOS CUSTOS DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- **MAIOR ACESSO A SERVIÇOS PREVENTIVOS**
- **REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL E DAS COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE EVITÁVEIS DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- **MELHORIA DA EQUIDADE**

Fontes: STARFIELD (1994); SHI (1994); INSTITUTE OF MEDICINE (1994); BINDMAN et al (1995); STARFIELD (1996); REYES et al (1997); SALTMAN & FIGUERAS (1997); BOJALIL et al (1998); RAJMIL et al (1998); ROBINSON & STEINER (1998); BILLINGS et al (2000); COLIN-THOME (2001); ENGSTRON et al (2001); GRUMBACK (2002); STARFIELD (2002); ANSARY et al (2003); MACINKO, STARFIELD & SHI (2003); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003); ATUN (2004); CAMINAL et al (2004); DOCTEUR & OXLEY (2004); GREB et al (2004); GWATKIN et al (2004); HEALTH COUNCIL OF NETHERLANDS (2004); HEALTH EVIDENCE NETWORK (2004); JONES et al (2004); PALMER et al (2004); ROSERO (2004); SILVA & VALENTINE (2004); PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005); STARFIELD, SHI & MACINKO (2005); MACINKO, GUANAIS & SOUZA (2006); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008); MENDES (2008)

# A CRISE UNIVERSAL DA APS NO PLANO MICRO

- **A APS CENTRADA NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO**  
DURAÇÃO MÉDIA DA CONSULTA MÉDICA NOS ESTADOS UNIDOS: 15 MINUTOS  
DURAÇÃO MÉDIA DA CONSULTA MÉDICA NO REINO UNIDO: 8 MINUTOS
- **OS RESULTADOS DA APS**
- **O DESAJUSTE ENTRE A ESTRUTURA DE DEMANDA E A ESTRUTURA DE OFERTA**



Fontes:

Stafford RS et al. Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. Arch. Fam.Med., 8: 26-32, 1999

Howie JG et al. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. British Medical Journal, 319: 738-743, 1999

Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007

Mendes EV. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. Brasília, CONASS, 2014.

# **A CRISE DA APS CENTRADA NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO**

- **50% DAS PESSOAS DEIXARAM AS CONSULTAS SEM COMPREENDER O QUE OS MÉDICOS LHES DISSERAM**
- **50% DAS PESSOAS COMPREENDERAM EQUIVOCADAMENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS MÉDICOS**
- **50% DAS PESSOAS NÃO FORAM CAPAZES DE ENTENDER AS PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS**
- **O MÉDICO INTERROMPE O PACIENTE 23 SEGUNDOS DEPOIS O INÍCIO DE SUA FALA**

Fontes:

Rother DL & Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu. Rev. Public Health. 10: 163-180, 1989

Marvel MK. et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 281: 283-287, 1999

Schillinger D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch. Intern. Med. 163: 83-90, 2003

Schillinger D. et al. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Health Research and Quality. Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, AHRQ, 2005

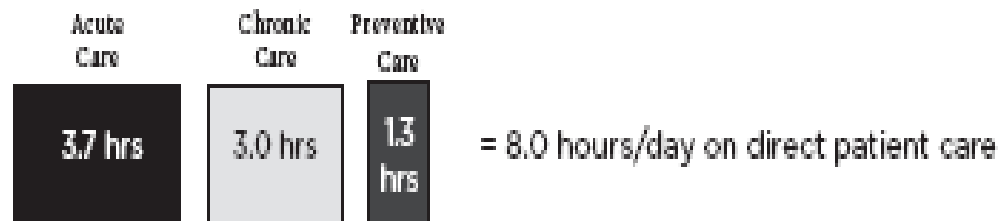
Bodenheimer T & Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007

# **A CRISE DA APS CENTRADA NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO**

- **MÉTODO:**  
APLICAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DE DIRETRIZES CLÍNICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS A UM PAINEL DE 2.500 PESSOAS ATENDIDAS NA APS POR 10 CONDIÇÕES CRÔNICAS MAIS COMUNS, COM DISTRIBUIÇÃO IDADE, SEXO E PREVALÊNCIAS SIMILARES, ESTIMANDO-SE O TEMPO MÍNIMO PARA A ATENÇÃO DE QUALIDADE A ESSAS PESSOAS
- **RESULTADOS:**  
ATENÇÃO ÀS 10 CONDIÇÕES EM SITUAÇÃO DE ESTABILIDADE:  
828 HORAS/MÉDICO POR ANO OU 3,5 HORAS POR DIA  
ATENDIMENTO ÀS 10 CONDIÇÕES EM SITUAÇÃO DE INSTABILIDADE;  
2.484 HORAS/MÉDICO POR ANO OU 10,6 HORAS POR DIA
- **CONCLUSÃO:**  
MAIS CONSULTA MÉDICA NÃO SIGNIFICA MAIS RESULTADOS EM SAÚDE  
CONSULTAÇÃO GERA CONSULTAÇÃO PORQUE NÃO LEVA À ESTABILIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

# TEMPOS DE ATENÇÃO POR TIPO DE CUIDADO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA MÉDIO NOS ESTADOS UNIDOS

The average family physician spends...



Following guidelines would require that physician to spend...



Fonte: Yarnal KS, Krause K, Pollack M, Gradison M, Michener J. Family physicians as team leaders: time to share the care. Preventing Chronic Disease. 6: A59, 2009

# OS RESULTADOS DA APS CENTRADA NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO

- **63% DAS PESSOAS COM DIABETES APRESENTARAM NÍVEIS DE HbA1c SUPERIOR A 7%**
- **66% DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO ESTAVAM CONTROLADAS**
- **SOMENTE 55% DAS PESSOAS USUÁRIAS RECEBERAM CUIDADOS RECOMENDADOS POR DIRETRIZES CLÍNICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA**

Fontes:

Bodenheimer T et al. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. JAMA, 281: 2045-2049, 1999

Saydah SH et al. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. JAMA, 291: 335-342, 2004

Chobanian AV et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of high blood pressure. JAMA, 289: 2560-2572, 2003

McGlynn EQ et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. N.Engl.J.Med., 348: 2635-2645, 2003

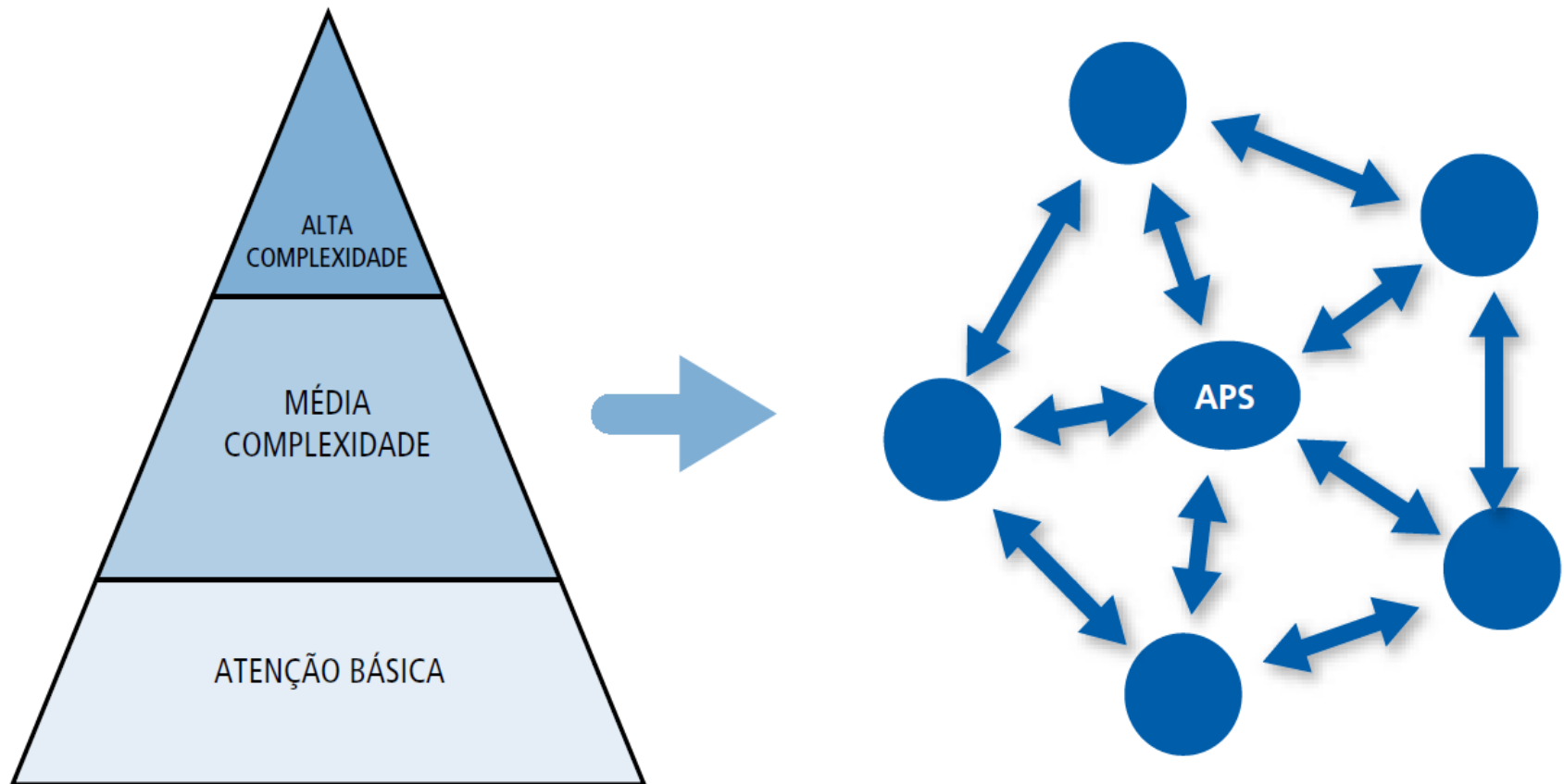
# **COMO SOLUCIONAR A CRISE DA APS NO PLANO MICRO?**

- **SUPERAR OS SISTEMAS FRAGMENTADOS PELA INSTITUIÇÃO DE REDES DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **INTEGRAR A APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **IDENTIFICAR OS DIFERENTES PERFIS DE DEMANDA**
- **AJUSTAR OS PERFIS DE OFERTA AOS DIFERENTES PERFIS DE DEMANDA**

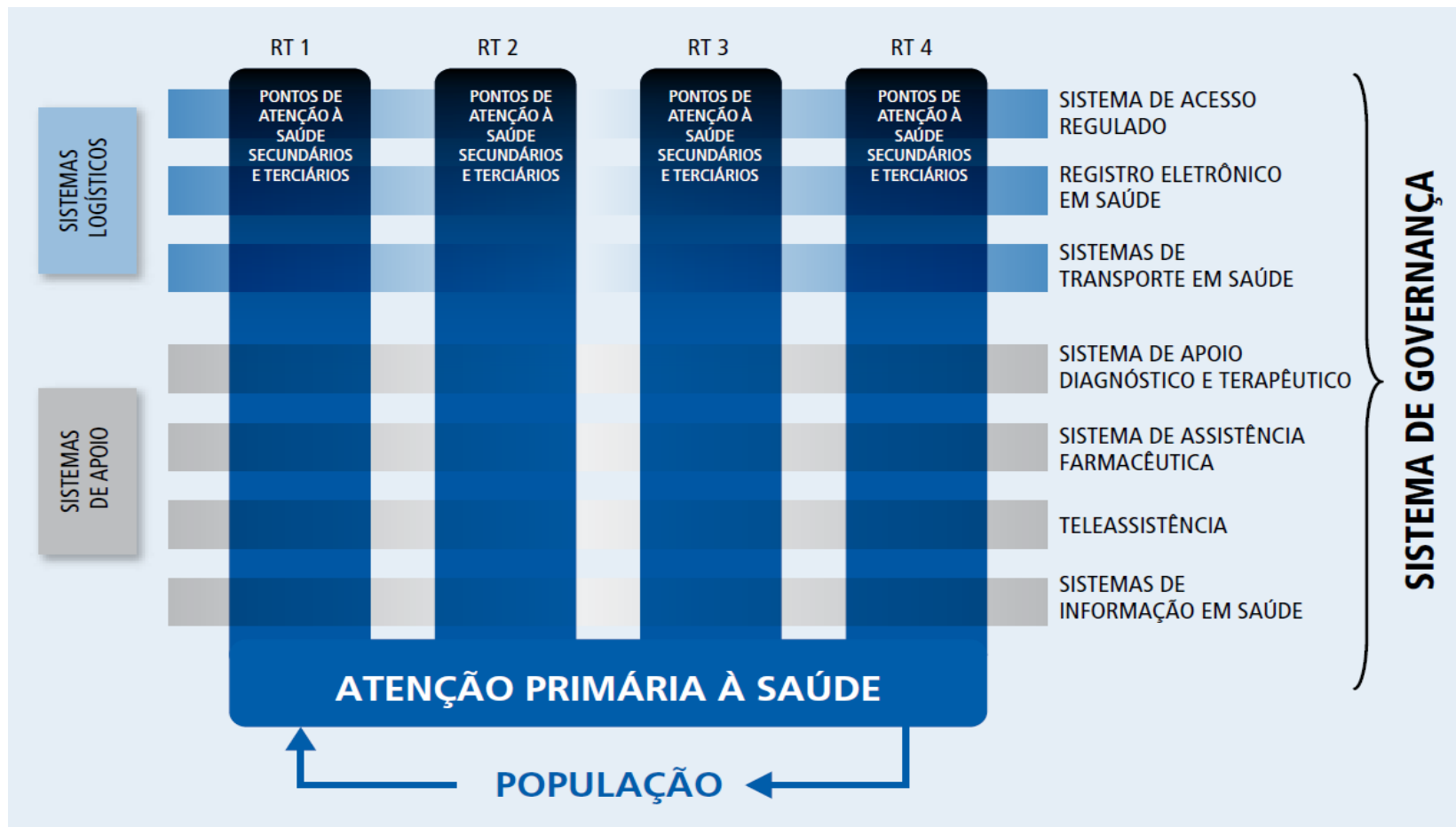
Fontes:

Mendes EV. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. Brasília, CONASS, 2014.

# DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



# A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



# OS PAPÉIS DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **A RESPONSABILIZAÇÃO**
- **A RESOLUBILIDADE**
- **A COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

# **O PAPEL DA RESPONSABILIZAÇÃO DA APS**

- **A MUDANÇA DO MODELO DE GESTÃO DA APS  
DA GESTÃO DA OFERTA PARA A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL**
- **A ADSCRIÇÃO DE UMA POPULAÇÃO A UMA EQUIPE DE APS**
- **O PRINCÍPIO DA RESPONSABILIZAÇÃO  
O CONHECIMENTO MÚTUO ENTRE A EQUIPE DE APS E AS PESSOAS E  
AS FAMÍLIAS ADSCRITAS  
A ADVOCACIA DOS INTERESSES DAS PESSOAS E FAMÍLIAS  
ADSCRITAS PELA EQUIPE DE APS  
A CONSTRUÇÃO E O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS POR MEIO DA  
ATENÇÃO CENTRADA NAS PESSOAS E NAS FAMÍLIAS**

# **O PROCESSO DE VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO NA APS**

- **O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO**
- **O CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS**
- **A CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS POR SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SANITÁRIA E SOCIAL**
- **A VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO ÀS EQUIPES DE APS: OS TERRITÓRIOS ÁREA DE ABRANGÊNCIA E MICRO ÁREA**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM FATORES DE RISCO PROXIMAIS**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM FATORES DE RISCO BIOPSICOLÓGICOS**
- **A IDENTIFICAÇÃO DAS SUBPOPULAÇÕES COM CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS POR ESTRATOS DE RISCOS**

# **A RESOLUTIVIDADE DA APS**

- **A APS É CAPAZ DE ATENDER EM TORNO DE 90% DOS PROBLEMAS QUE DEMANDAM CUIDADOS PRIMÁRIOS**
- **OS PROBLEMAS QUE CHEGAM À APS NÃO SÃO NECESSARIAMENTE OS PROBLEMAS MAIS SIMPLES**
- **OS PROBLEMAS QUE CHEGAM À APS ESTRUTURAM-SE EM DIFERENTES PERFIS DE DEMANDA NA APS**
- **A RESOLUTIVIDADE EFETIVA NA APS IMPLICA A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DOS DIFERENTES PERFIS DE OFERTA EM FUNÇÃO DOS DIFERENTES PERFIS DE DEMANDA**

Fontes:

Mendonça C. Atenção primária à saúde. Brasília, MS/SAS/DAB, 2010

Lopes JMC. Princípios da medicina da família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol.I, 2012.

Mendes EV. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. Brasília, CONASS, 2014.

# **A DEMANDA NA APS TEM ALTA RESOLUTIVIDADE NESTE NÍVEL DE ATENÇÃO**

- **PESQUISA FEITA EM FLORIANÓPOLIS VERIFICOU UM REFERENCIAMENTO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE 12,5%**
- **PESQUISA FEITA EM PORTO ALEGRE (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO) VERIFICOU UM REFERENCIAMENTO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE 9%**
- **EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS OS REFERENCIAMENTOS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NÃO PASSAM DE 5%**

Fontes:

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

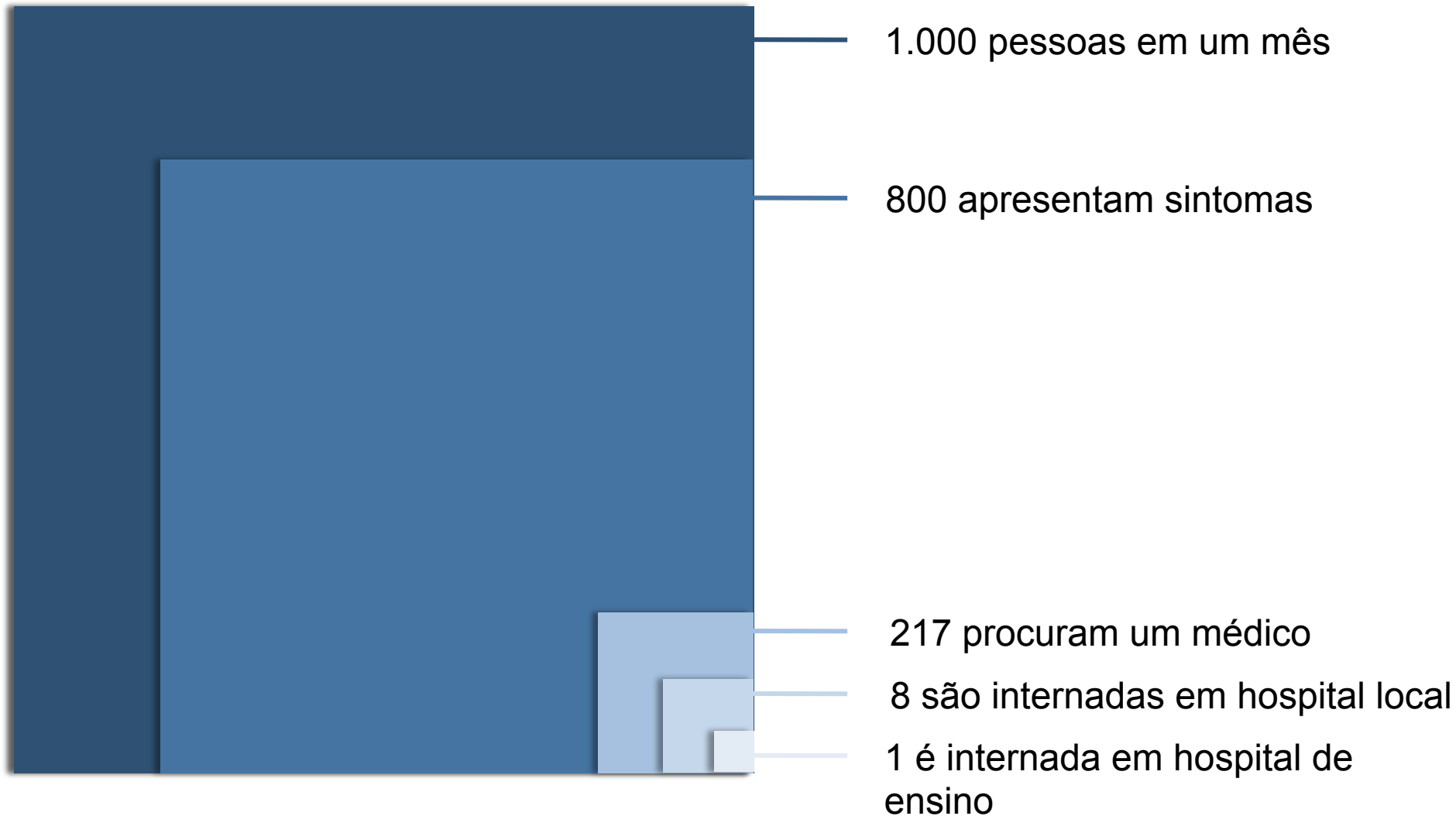
# **A ESTRUTURA RESTRITA DA DEMANDA NA APS**

- **ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA**
- **ATENÇÃO PROGRAMADA**
- **ATENÇÃO PREVENTIVA**
- **ATENÇÃO A GRUPOS**

# **A NATUREZA COMPLEXA DA DEMANDA NA APS**

- **É UMA DEMANDA ESTABELECIDA NA ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA QUE ENVOLVE UM AMPLO ESPECTRO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM POUCAS CONDIÇÕES DE SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA RELATIVAMENTE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA NAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM ENFERMIDADES**
- **É UMA DEMANDA QUE APRESENTA VARIAÇÕES TEMPORAIS**
- **TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE DEMANDA ADMINISTRATIVA**
- **TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE CUIDADOS PREVENTIVOS**
- **É UMA DEMANDA DIVERSIFICADA QUE EXIGE DIFERENTES PADRÕES DE OFERTA PARA SUA RESPOSTA**

# A ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE



# **A DEMANDA NA APS ENVOLVE UM AMPLO ESPECTRO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**

**PESQUISA REALIZADA EM FLORIANÓPOLIS MOSTROU QUE, EM MÉDIA, FORAM IDENTIFICADOS 1.475 PROBLEMAS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE APS**

Fonte:

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

# **A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM POUCAS CONDIÇÕES DE SAÚDE**

- **ESTUDOS REALIZADOS NOS ESTADOS UNIDOS MOSTRARAM QUE 26 CONDIÇÕES DE SAÚDE RESPONDERAM POR 50% DAS CONSULTAS DA APS**
- **RESULTADOS SEMELHANTES FORAM ENCONTRADOS EM PAÍSES EUROPEUS**
- **ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL MOSTRARAM QUE 28, 32 E 40 CONDIÇÕES DE SAÚDE RESPONDERAM, RESPECTIVAMENTE, POR 50,4 %, 50,0% E 58,9% DA DEMANDA TOTAL**
- **ESTUDO REALIZADO EM BETIM, MINAS GERAIS, MOSTROU QUE 51 CONDIÇÕES DE SAÚDE FORAM RESPONSÁVEIS POR 61,7% DA DEMANDA**

Fontes:

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

Okkes IM et al. Episodes of care in Dutch Family Practice: epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care in the Transition Project of the Academic Medical Center of Amsterdam (1985-2003). In: Okkes IM et al. ICPC in the Amsterdam Transition Project Amsterdam, Academic Medical Center/University of Amsterdam, 2005

Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.

Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciéncia Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

| CONDIÇÃO DE SAÚDE                                | PORCENTAGEM | PORCENTAGEM ACUMULATIVA |
|--------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
| HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÃO                      | 9,8         | 9,8                     |
| SEM DOENÇA                                       | 5,5         | 15,4                    |
| INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR | 3,8         | 18,1                    |
| GRAVIDEZ                                         | 3,5         | 22,8                    |
| DIABETES NÃO INSULINODEPENDENTE                  | 3,0         | 25,6                    |
| DEPRESSÃO                                        | 2,7         | 28,3                    |
| CONTRACEPÇÕES/OUTROS                             | 1,7         | 30,0                    |
| PREVENÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE                  | 1,5         | 31,5                    |
| SINAIS E SINTOMAS NA REGIÃO LOMBAR               | 1,4         | 32,9                    |
| TRANSTORNO/ESTADO DE ANSIEDADE                   | 1,3         | 34,2                    |
| HIPOTIROIDISMO                                   | 1,3         | 35,4                    |
| GASTRENERITE                                     | 1,2         | 36,7                    |
| ALTERAÇÃO NO METABOLISMO DOS LIPÍDEOS            | 1,2         | 37,9                    |
| DERMATOFITOSE                                    | 1,1         | 39,0                    |
| AMIGDALITE AGUDA                                 | 1,1         | 40,1                    |
| CISTITE/INFECÇÃO URINÁRIA                        | 1,1         | 41,2                    |
| ASMA                                             | 0,9         | 42,1                    |
| DOR ABDOMINAL/CÓLICAS                            | 0,9         | 43,0                    |
| DISPEPSIA/INDIGESTÃO                             | 0,9         | 43,9                    |
| ABUSO DE TABACO                                  | 0,9         | 44,7                    |
| OBESIDADE                                        | 0,9         | 45,6                    |
| DORES MUSCULARES                                 | 0,8         | 46,4                    |
| CEFALEIA                                         | 0,8         | 47,2                    |
| VAGINITE/VULVITE NE                              | 0,7         | 47,9                    |
| EXAME MÉDICO/AVALIAÇÃO DE SAÚDE                  | 0,7         | 48,6                    |
| OTITE MÉDIA AGUDA/MENINGITE                      | 0,6         | 49,2                    |
| BURSITE/TENDINITE/SINOVITE NE                    | 0,6         | 49,8                    |
| RINITE ALÉRGICA                                  | 0,6         | 50,4                    |

Fonte: Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

# **A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA RELATIVAMENTE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

**EM FLORIANÓPOLIS VERIFICOU-SE QUE 38,6% DOS  
ATENDIMENTOS NA APS SÃO POR EVENTOS AGUDOS E  
61,4% POR CONDIÇÕES CRÔNICAS**

# **A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA NAS PESSOAS USUÁRIAS**

- **10% DAS PESSOAS USUÁRIAS DA APS NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, EM PORTO ALEGRE, CONCENTRARAM 34% DA DEMANDA TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS**
- **HÁ UMA GRANDE CONCENTRAÇÃO DE ATENDIMENTOS DA APS EM PESSOAS HIPERUTILIZADORAS**

# **AS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS NA APS**

- **PADRÕES INTERNACIONAIS CONSIDERAM UMA PESSOA HIPERUTILIZADORA QUANDO FAZ MAIS DE 6 CONSULTAS/ANO**
- **UMA PESQUISA FEITA NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, EM PORTO ALEGRE, MOSTROU OS SEGUINTE RESULTADOS:**
  - 44% DE PESSOAS HIPERUTILIZADORAS RESPONDERAM POR 78,7% DAS CONSULTAS**
  - A MÉDIA DE CONSULTAS DAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS FOI 4 VEZES MAIOR QUE DOS UTILIZADORES NORMAIS (12 E 3 CONSULTAS/ANO)**
  - 67,8% DAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS SÃO DO SEXO FEMININO**
  - A MÉDIA DE IDADE DAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS ERA DE 39 ANOS**
  - AS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS APRESENTARAM O DOBRO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM RELAÇÃO ÀS NÃO HIPERUTILIZADORAS**
  - AS PESSOAS DE MAIOR VULNERABILIDADE SOCIAL REPRESENTARAM 1/3 DAS HIPERUTILIZADORAS**
  - AS PESSOAS ANALFABETAS TIVERAM MAIOR PROPENSÃO À HIPERUTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**
  - AS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS SÃO MAIS PROPENSAS AO ABSENTEÍSMO**

Fonte: Fernandes CLC. Análise de demanda e forma de integração do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Mestrado Profissional de Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013

# **A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAIS E INESPECÍFICAS**

- **EM BETIM, MINAS GERAIS, 29,8% DAS CONSULTAS NA APS FORAM POR CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS. EM PESSOAS DE MAIS DE 70 ANOS SUBIU PARA MAIS DE 40%. AS DEMANDAS MAIS COMUNS FORAM CEFALEIA, FEBRE E TOSSE**
- **23% DAS CONSULTAS NO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE FORAM POR CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS**
- **DADOS INTERNACIONAIS SUGEREM QUE 50% DA DEMANDA TOTAL DA APS NÃO PERMITE O ESTABELECIMENTO DE UM DIAGNÓSTICO CLARO**

Fontes:

Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciencia Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

Crombie DL. Diagnostic process. J.Coll.Gen.Practit., 6: 579-589, 1963

Kloetzel K. O diagnóstico clínico: estratégia e táticas. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

# OS CONCEITOS DE DOENÇA E ENFERMIDADE

- **DOENÇA (*DISEASE*) É A VISÃO DA DOENÇA VISTA COMO UM PROBLEMA BIOMÉDICO OU PSICOLÓGICO. É A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA INTERPRETADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À LUZ DE SEUS MODELOS TEÓRICOS E QUE SE CATALOGA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS**
- **ENFERMIDADE (*ILLNESS*) REFERE-SE AO MODO COMO AS PESSOAS PERCEBEM A SUA DOENÇA. É A RESPOSTA SUBJETIVA DO INDIVÍDUO E DE SUA REDE DE RELAÇÕES FRENTE A UMA CONDIÇÃO DE SENTIR-SE MAL. É UMA SITUAÇÃO SINGULAR, EM QUE CADA PESSOA EXPERIENCIA SUA ENFERMIDADE DE UMA FORMA NÃO GENERALIZÁVEL, O QUE IMPOSSIBILITA SEU DIAGNÓSTICO SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS**

# **A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM ENFERMIDADES**

- **INTERNACIONALMENTE, METADE DOS CASOS NOVOS ATENDIDOS NA APS SÃO POR SINTOMAS FÍSICOS MEDICAMENTE NÃO EXPLICÁVEIS (MUPS)**
- **NO BRASIL, METADE DAS PESSOAS ATENDIDAS NA APS APRESENTAM ENFERMIDADES**

Fontes:

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier, 3d. Ed., 2009

Almeida Filho, N et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. Br.J.Psychiatry, 171: 524-529, 1997

Tófoli LF. Somatização e sintomas sem explicação médica. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.

# **A DEMANDA NA APS APRESENTA VARIAÇÕES TEMPORAIS**

- **PESQUISA FEITA NUMA UNIDADE DE SAÚDE DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO MOSTROU QUE A DEMANDA NA APS VARIOU POR ESTAÇÕES SENDO MAIOR NO OUTONO E MENOR NO VERÃO**
- **PESQUISA FEITA EM BETIM, MINAS GERAIS, MOSTROU QUE AS PESSOAS USUÁRIAS APRESENTAM MAIORES MOTIVOS DE CONSULTA NAS SEGUNDAS E SEXTAS FEIRAS EM RELAÇÃO AOS DE MAIS DIAS DA SEMANA**

Fontes:

Radaelli SM et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. Rev. Saúde Publ., 24: 232-240, 1990.

Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciencia Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012

# **AS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS NA APS**

- **DEMANDAS ADMINISTRATIVAS SÃO DEMANDAS NÃO CLÍNICAS COMO PEDIDOS DE ATESTADO, ENTREGA DE RESULTADO DE EXAME OU RENOVAÇÃO DE RECEITA**
- **PESQUISA FEITA EM BETIM, MINAS GERAIS, MOSTROU QUE 20% DO TOTAL DAS CONSULTAS REALIZADAS NA APS FORAM POR DEMANDA ADMINISTRATIVAS**

Fontes:

Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciencia Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012

# **A DEMANDA POR ATENÇÃO PREVENTIVA NA APS**

**ESTUDO REALIZADO EM FLORIANÓPOLIS MOSTROU QUE A  
DEMANDA POR ATENÇÃO PREVENTIVA NA APS FOI DE 5% A  
7% DA DEMANDA TOTAL**

Fonte:

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

# **A DEMANDA POR ATENÇÃO DOMICILIAR NA APS**

- **A ATENÇÃO DOMICILIAR BASEIA-SE NA INTERAÇÃO DO PROFISSIONAL DA APS COM AS PESSOAS, SUAS FAMÍLIAS E SEUS CUIDADORES E SE CONSTITUI DE UM CONJUNTO DE ATIVIDADES PREVENTIVAS, CURATIVAS E REABILITADORAS REALIZADAS NO DOMICÍLIO DE FORMA PROGRAMADA E CONTINUADA, CONFORME AS NECESSIDADES.**
- **ENVOLVE A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, A VISITA DOMICILIAR E A INTERNAÇÃO DOMICILIAR**
- **PESQUISA FEITA NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, EM PORTO ALEGRE, MOSTROU QUE AS VISITAS DOMICILIARES SÃO REALIZADAS EM 12,8% DAS PESSOAS QUE UTILIZAM A APS. ESSE VALOR SOBE PARA 20,3% NAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS**

Fontes:

Takeda S et al. A integração de serviços de atenção primária à saúde por pessoas com condições crônicas: hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes melito. Porto Alegre, mimeo, s/data.

Mahmud SJ et al. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.

# **A DEMANDA POR AUTOCUIDADO APOIADO NA APS**

As mudanças no autocuidado apoiado objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

Ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde

Uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as ações de resolução de problemas e o monitoramento

Organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado dos usuários

**NÃO HÁ DADOS SOBRE A DEMANDA POR AUTOCUIDADO APOIADO NO SUS**

# O PAPEL DE COORDENAÇÃO DA APS: OS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

- **MECANISMOS DE NORMALIZAÇÃO**  
NORMALIZAÇÃO DE HABILIDADES  
NORMALIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO  
NORMALIZAÇÃO DE RESULTADOS
- **MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO MÚTUA**  
SUPERVISÃO DIRETA  
COMUNICAÇÃO INFORMAL  
DISPOSITIVOS DE ENLAÇAMENTO  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO VERTICAL

# **OS MECANISMOS DE NORMALIZAÇÃO NA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA APS**

- **NORMALIZAÇÃO DE HABILIDADES  
SISTEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**
- **NORMALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO  
DIRETRIZES CLÍNICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA  
PLANEJAMENTO DE BASE POPULACIONAL FEITO NA APS PARA OS  
PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS, PARA OS  
SISTEMAS DE APOIO E PARA OS SISTEMAS LOGÍSTICOS**
- **NORMALIZAÇÃO DOS RESULTADOS  
MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DA APS**

Fontes:

Vargas I. et al. Guía para la implantación de mecanismos de coordinación asistencial em Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2012.

Mendes EV. A governança das redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte, mimeo, 2013.

# **OS MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO MÚTUA NA COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA APS**

- **SUPERVISÃO DIRETA**  
**SUPERVISÃO DIRETA POR UM SERVIDOR COM AUTORIDADE FORMAL**
- **COMUNICAÇÃO INFORMAL**  
**CORREIO ELETRÔNICO**  
**TELEFONE**  
**INTERNET**
- **DISPOSITIVOS DE ENLAÇAMENTO**  
**GRUPOS DE TRABALHOS INTERDISCIPLINARES**  
**GESTOR DE CASO**  
**GRUPOS DE MATRICIAMENTO**  
**PLANOS DE CUIDADOS COMPARTILHADOS E INTEGRADOS**
- **SISTEMA DE INFORMAÇÃO VERTICAL**  
**PRONTUÁRIO ELETRÔNICO INTEGRADO APS/PONTOS DE ATENÇÃO**  
**SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS/SISTEMAS DE APOIO/ SISTEMAS**  
**LOGÍSTICOS/SISTEMA DE GOVERNANÇA**  
**SISTEMA DE REGULAÇÃO DO CUIDADO INTEGRADO**

Fontes:

Vargas I. et al. Guía para la implantación de mecanismos de coordinación asistencial em Redes Integradas de Servicios de Salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2012.

Mendes EV. A governança das redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte, mimeo, 2013.

# **A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS**

- **O AJUSTE ENTRE AS ESTRUTURAS DE DEMANDA E DE OFERTA**
- **AS MUDANÇAS NA APS EM FUNÇÃO DO ADENSAMENTO DA OFERTA**
- **AS BASES CONCEITUAIS PARA A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS**
- **O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS**

# A ESTRUTURA AMPLIADA DA DEMANDA NA APS

## BARREIRAS AO ACESSO

- COBERTURA POPULACIONAL
- CARTEIRA DE SERVIÇOS
- CUSTOS DE OPORTUNIDADE
- BARREIRAS FINANCEIRAS
- BARREIRAS CULTURAIS
- BARREIRAS GEOGRÁFICAS
- BARREIRAS ORGANIZACIONAIS

**POPULAÇÃO  
COM  
NECESSIDADES**

**POPULAÇÃO  
COM  
DEMANDAS**

**ACOLHIMENTO/  
LISTA DE  
PROBLEMAS/  
DIAGNÓSTICO**

**CONDIÇÕES AGUDAS**

**CONDIÇÕES CRÔNICAS  
AGUDIZADAS**

**CONDIÇÕES CRÔNICAS  
NÃO AGUDIZADAS**

**CONDIÇÕES CRÔNICAS /  
ENFERMIDADES**

**ATENÇÃO A PESSOAS  
HIPERUTILIZADORAS**

**ATENÇÃO PREVENTIVA**

**DEMANDAS  
ADMINISTRATIVAS**

**ATENÇÃO PALIATIVA**

**ATENÇÃO DOMICILIAR**

# O DESEQUILÍBRIO ENTRE AS ESTRUTURAS DA DEMANDA E DA OFERTA NA APS

- **ESTRUTURA DA DEMANDA**

- POR CONDIÇÕES AGUDAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS/ ENFERMIDADES
- POR DEMANDAS DE PESSOAS HIPERUTILIZADORAS
- POR ATENÇÃO PREVENTIVA
- POR DEMANDAS ADMINISTRATIVAS
- POR ATENÇÃO PALIATIVA
- POR ATENÇÃO DOMICILIAR

- **ESTRUTURA DA OFERTA**

- CONSULTAS MÉDICAS
- CONSULTAS DE ENFERMAGEM
- TRABALHOS EM GRUPOS
- VACINAÇÃO
- EXAME PAPANICOLAU
- VISITAS DOMICILIARES
- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- SOLICITAÇÃO/COLETA DE EXAMES COMPLEMENTARES

Fontes:

Mendes EV. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. Brasília, CONASS, 2014.

Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Belo Horizonte, mimeo, 2014.

# O AJUSTE ENTRE AS ESTRUTURAS DA OFERTA E DA DEMANDA NA APS

## • ESTRUTURA DA DEMANDA

- POR CONDIÇÕES AGUDAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS
- POR CONDIÇÕES CRÔNICAS/ ENFERMIDADES
- POR ATENÇÃO PREVENTIVA
- POR ATENÇÃO PALIATIVA
- POR DEMANDAS ADMINISTRATIVAS
- POR DEMANDAS DE PESSOAS QUE CONSULTAM FREQUENTEMENTE
- POR ATENÇÃO DOMICILIAR

Fontes:

Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007

Mendes EV. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. Brasília, CONASS, 2014

Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Belo Horizonte, mimeo, 2014.

## • ESTRUTURA DA OFERTA

- CONSULTAS MÉDICAS
- CONSULTAS DE ENFERMAGEM
- CONSULTAS INDIVIDUAIS COM OUTROS PROFISSIONAIS
- CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS NOS EVENTOS AGUDOS
- ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS
- GRUPOS OPERATIVOS
- GRUPOS TERAPÊUTICOS
- EDUCAÇÃO POPULAR
- VACINAÇÃO
- EXAME PAPANICOLAU
- VISITAS DOMICILIARES
- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- SOLICITAÇÃO/COLETA DE EXAMES COMPLEMENTARES
- ATENÇÃO DOMICILIAR COM APOIO TECNOLÓGICO
- ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS A GRUPOS
- ATENDIMENTOS CONJUNTOS DE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS
- ATENDIMENTOS CONTÍNUOS
- ATENDIMENTOS À DISTÂNCIA
- ATENDIMENTOS POR PARES
- APOIO AO AUTOCUIDADO
- GESTÃO DE CASOS
- ACESSO A SEGUNDA OPINIÃO
- ACESSO A SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

# **AS MUDANÇAS NA APS EM FUNÇÃO DO ADENSAMENTO DA OFERTA**

- **MUDANÇAS NA ESTRUTURA**  
A AMPLIAÇÃO DA EQUIPE DA APS  
ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS  
A NOVA CONCEPÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA
- **MUDANÇAS NOS PROCESSOS**  
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA OS EVENTOS AGUDOS:  
CONDIÇÕES AGUDAS  
CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS  
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS:  
CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS  
PESSOAS HIPERUTILIZADORAS  
ENFERMIDADES  
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA AS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS  
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA A ATENÇÃO PREVENTIVA  
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR  
A INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EFETIVAS PARA O AUTOCUIDADO APOIADO

# **AS BASES CONCEITUAIS PARA A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS**

- **O MODELO DE DONABEDIAN**
- **O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**
- **A SINGULARIDADE DA CLÍNICA NA APS**

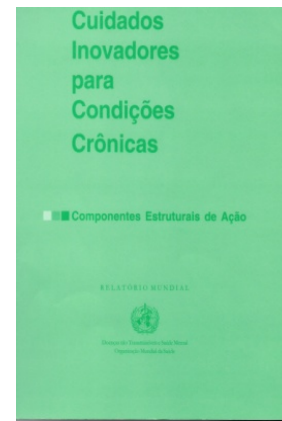
# O MODELO DE DONABEDIAN



Fonte: Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford, Oxford University Press, 2003.

# O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

- **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE SÃO AS CIRCUNSTÂNCIAS NA SAÚDE DAS PESSOAS QUE SE APRESENTAM DE FORMAS MAIS OU MENOS PERSISTENTES E QUE EXIGEM RESPOSTAS SOCIAIS REATIVAS OU PROATIVAS, EVENTUAIS OU CONTÍNUAS E FRAGMENTADAS OU INTEGRADAS**
- **A LÓGICA DE RECORTE: A FORMA DE RESPOSTA SOCIAL A ESSAS CONDIÇÕES PELO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, PELOS PROFISSIONAIS E PELAS PESSOAS USUÁRIAS**
- **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DIVIDEM-SE EM:  
CONDIÇÕES AGUDAS  
CONDIÇÕES CRÔNICAS**



Fonte:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

# O CONCEITO DE CONDIÇÕES AGUDAS E DE EVENTOS AGUDOS

- **AS CONDIÇÕES AGUDAS SÃO AQUELAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CURSO CURTO QUE SE MANIFESTAM DE FORMA INESPECÍFICA OU POUCO PREVISÍVEL E QUE PODEM SER CONTROLADAS POR UMA ATENÇÃO EPISÓDICA, REATIVA E INTEGRADA, EXIGINDO UM TEMPO DE RESPOSTA OPORTUNO DO SISTEMA DE SAÚDE:  
PROBLEMAS AUTOLIMITADOS OU DE CURSO CURTO  
DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE CURSO CURTO COMO GRIPE  
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS COMO APENDICITE  
TRAUMAS**
- **OS EVENTOS AGUDOS SÃO O SOMATÓRIO DAS CONDIÇÕES AGUDAS E DAS AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

# O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **AS CONDIÇÕES CRÔNICAS SÃO AQUELAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CURSO MAIS OU MENOS LONGO OU PERMANENTE QUE EXIGEM RESPOSTAS E AÇÕES CONTÍNUAS, PROATIVAS E INTEGRADAS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS PESSOAS USUÁRIAS PARA O SEU CONTROLE EFETIVO, EFICIENTE E COM QUALIDADE**
- **SÃO CONDIÇÕES CRÔNICAS:**
  - AS DOENÇAS CRÔNICAS**
  - OS FATORES DE RISCO INDIVIDUAIS BIOPSIOLÓGICOS**
  - AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE CURSO LONGO**
  - AS CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS**
  - A MANUTENÇÃO DA SAÚDE POR CICLOS DE VIDA**
  - AS ENFERMIDADES**
  - DISTÚRBIOS MENTAIS DE CURSO LONGO**
  - DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E ESTRUTURAIS CONTÍNUAS**
  - AS DOENÇAS BUCAIS**

**OS  
AS**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

# A SINGULARIDADE DA CLÍNICA NA APS

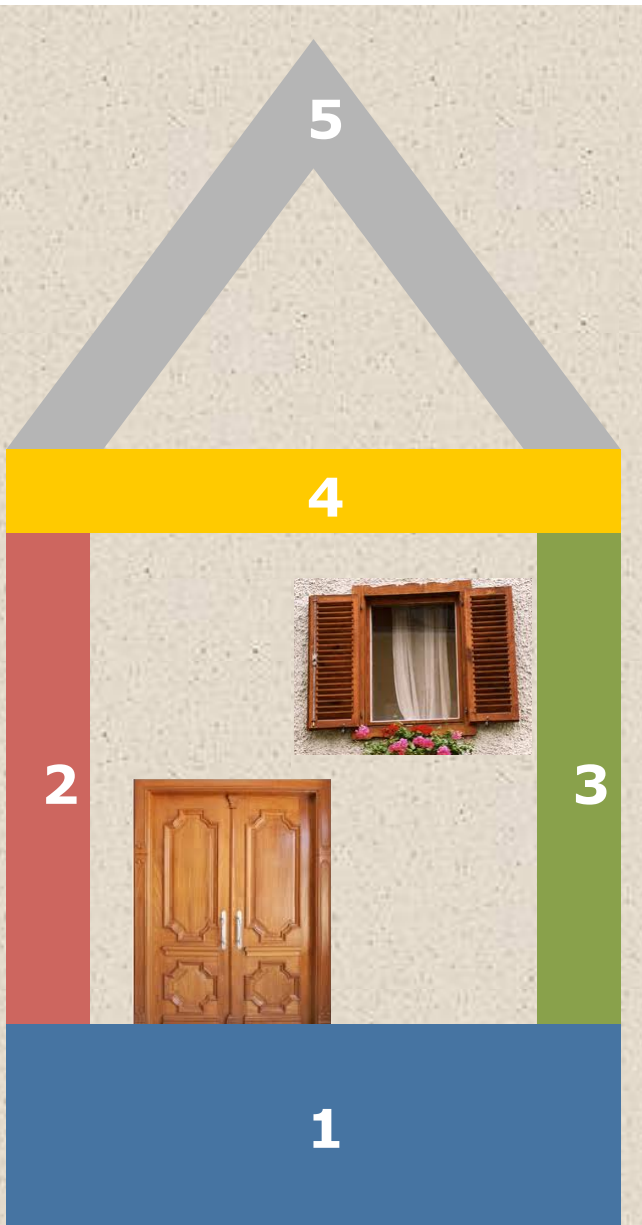
| CAMPO                               | APS                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AMBIENTE DO CUIDADO                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• FOCO NA PESSOA</li><li>• FOCO NA SAÚDE</li><li>• FOCO EM PROBLEMAS POUCO DEFINIDOS VISTOS NO INÍCIO</li><li>• AMBIENTE POUCO MEDICALIZADO</li></ul>                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• FOCO NO ORGÃO OU SISTEMA</li><li>• FOCO NA DOENÇA</li><li>• FOCO EM PROBLEMAS BEM DEFINIDOS VISTOS MAIS TARDE</li><li>• AMBIENTE MUITO MEDICALIZADO</li></ul>                                                     |
| FORMAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS | <ul style="list-style-type: none"><li>• EXAMES MAIS SENSÍVEIS QUE ESPECÍFICOS</li><li>• ACEITAM-SE FALSOS NEGATIVOS QUE PODEM SER MINIMIZADOS PELA REPETIÇÃO DE EXAMES</li><li>• CUIDADO DISPERSO EM VÁRIOS PROBLEMAS MAS COM CONCENTRAÇÃO RELATIVA NUM NÚMERO PEQUENO DE PROBLEMAS</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• EXAMES MAIS ESPECÍFICOS QUE SENSÍVEIS</li><li>• ACEITAM-SE SOBREDIAGNÓSTICOS MAS NÃO SE ACEITAM FALSOS NEGATIVOS</li><li>• CONCENTRAÇÃO DO CUIDADO NUM ÚNICO PROBLEMA OU NUM NÚMERO MÍNIMO DE PROBLEMAS</li></ul> |
| CONTINUIDADE DO CUIDADO             | <ul style="list-style-type: none"><li>• CONTINUIDADE SUSTENTADA</li></ul>                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• CONTINUIDADE RELATIVA</li></ul>                                                                                                                                                                                   |
| RESULTADOS                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• MENORES CUSTOS E IATROGENIAS</li></ul>                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• MAIORES CUSTOS E IATROGENIAS</li></ul>                                                                                                                                                                            |

Fontes:

Cunillera R. Arquitetura e modelo de atenção: níveis e gestão de processos assistenciais. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2012.

Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012

# O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS



Macroprocessos de Autocuidado Apoiado



Macroprocessos de Atenção Domiciliar

5

Macroprocessos de Demandas Administrativas

4

Macroprocessos de Atenção Preventiva

3

Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não Agudizadas, às Pessoas Hiperutilizadoras e às Enfermidades

2

Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos

1

Intervenções na Estrutura e Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária À Saúde

# A CONSTRUÇÃO DOS ALICERCES DA APS

- **AS INTERVENÇÕES NA ESTRUTURA**
- **OS MACROPROCESSOS BÁSICOS DA APS**
- **OS MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS**



# AS INTERVENÇÕES NA ESTRUTURA

- RECURSOS HUMANOS
- RECURSOS FÍSICOS
- RECURSOS MATERIAIS
- RECURSOS FINANCEIROS



# ATIVIDADES NO ESPAÇO SAÚDE – SMS DE CURITIBA



Fonte: Moysés ST et al. Implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do Laboratório de Inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2013

# **INTERVENÇÕES NA ESTRUTURA DA APS EM FORTALEZA**

- **REFORMAS OU AMPLIAÇÕES DE UAPSs**
- **CONSTRUÇÃO DE NOVAS UAPSs**
- **INCORPORAÇÃO DE NOVOS PROFISSIONAIS**
- **AMPLIAÇÃO DO HORÁRIO DE ATENDIMENTO NAS UAPSs**
- **ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO COM COLETA DIÁRIA DE MATERIAL NAS UAPSs**
- **ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COM OFERTA DE LISTA PADRONIZADA DE MEDICAMENTOS**
- **IMPLANTAÇÃO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO FAMILIAR**
- **IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE VIDEOMONITORAMENTO E SEGURANÇA 24 HORAS NAS UAPSs**

# **AS ESTRATÉGIAS PARA AS INTERVENÇÕES NOS PROCESSOS**

- **O GERENCIAMENTO DE PROCESSOS**  
**MAPEAMENTO DOS PROCESSOS**  
**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS**  
**PADRÃO (POPs)**
- **OFICINAS TUTORIAIS**
- **CURSOS CURTOS**
- **AUDITORIA DOS PRODUTOS**

# AS OFICINAS TUTORIAIS

- **OFICINAS REALIZADAS EM UNIDADES PILOTO EM MOMENTOS DE CONCENTRAÇÃO ENVOLVENDO FACILITADORES-CONSULTORES E TUTORES**
- **IMPLANTAÇÃO DO PRODUTO NAS UNIDADES DE APS, EM PERÍODO DE DISPERSÃO, PELOS TUTORES**
- **AVALIAÇÃO DOS PRODUTOS EM MOMENTOS DE CONCENTRAÇÃO**

# **AUDITORIA DOS PRODUTOS**

- **DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE AUDITORIA DOS PRODUTOS**
- **APLICAÇÃO DO SISTEMA DE AUDITORIA NAS UNIDADES DE APS PELOS TUTORES DE FORMA CRUZADA**
- **AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE APS EM FUNÇÃO DO SISTEMA DE AUDITORIA**

# **OS MACROPROCESSOS BÁSICOS DA APS**

**TERRITORIALIZAÇÃO**

**CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS FAMILIARES**

**DIAGNÓSTICO LOCAL**

**PLANEJAMENTO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA**

**PLANEJAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

**ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO AOS EVENTOS AGUDOS**

**PROGRAMAÇÃO E MONITORAMENTO**

**AGENDA**

**CONTRATUALIZAÇÃO**

# **OS MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS**

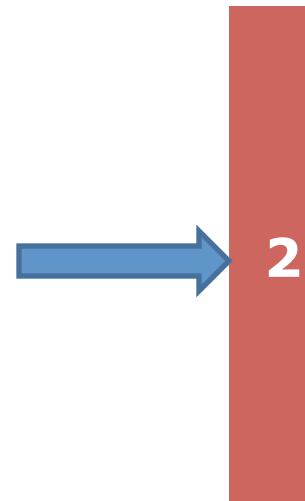
- **RECEPÇÃO, ACOLHIMENTO E PREPARO**
- **VACINAÇÃO**
- **CURATIVO**
- **FARMÁCIA**
- **COLETA DE EXAME**
- **PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS**
- **HIGIENIZAÇÃO E ESTERILIZAÇÃO**
- **GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS**

# **A IMPLANTAÇÃO DOS MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS**

- **ELABORAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POPs)**
- **VALIDAÇÃO INTERNA DOS POPs**
- **CAPACITAÇÃO DAS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA IMPLANTAÇÃO DOS POPs**
- **IMPLANTAÇÃO DOS POPs**
- **DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA DE AUDITORIA DOS MICROPROCESSOS IMPLANTADOS**
- **AVALIAÇÃO DA UNIDADE DE APS EM FUNÇÃO DO SISTEMA DE AUDITORIA**

# OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

- A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS
- A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS

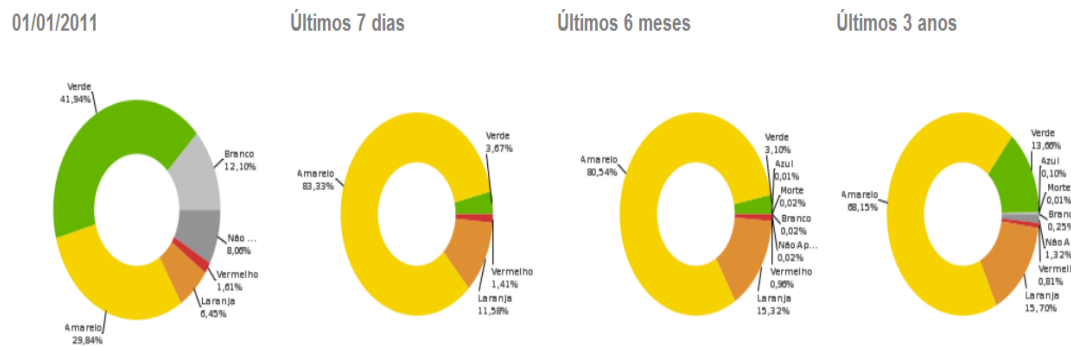


# MODELO DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS



# A IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS NA APS

- O ACOLHIMENTO
- A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- O ATENDIMENTO AOS EVENTOS AGUDOS AZUL E VERDE
- O PRIMEIRO ATENDIMENTO E O REFERENCIAMENTO DAS PESSOAS COM EVENTOS AMARELO, LARANJA E VERMELHO



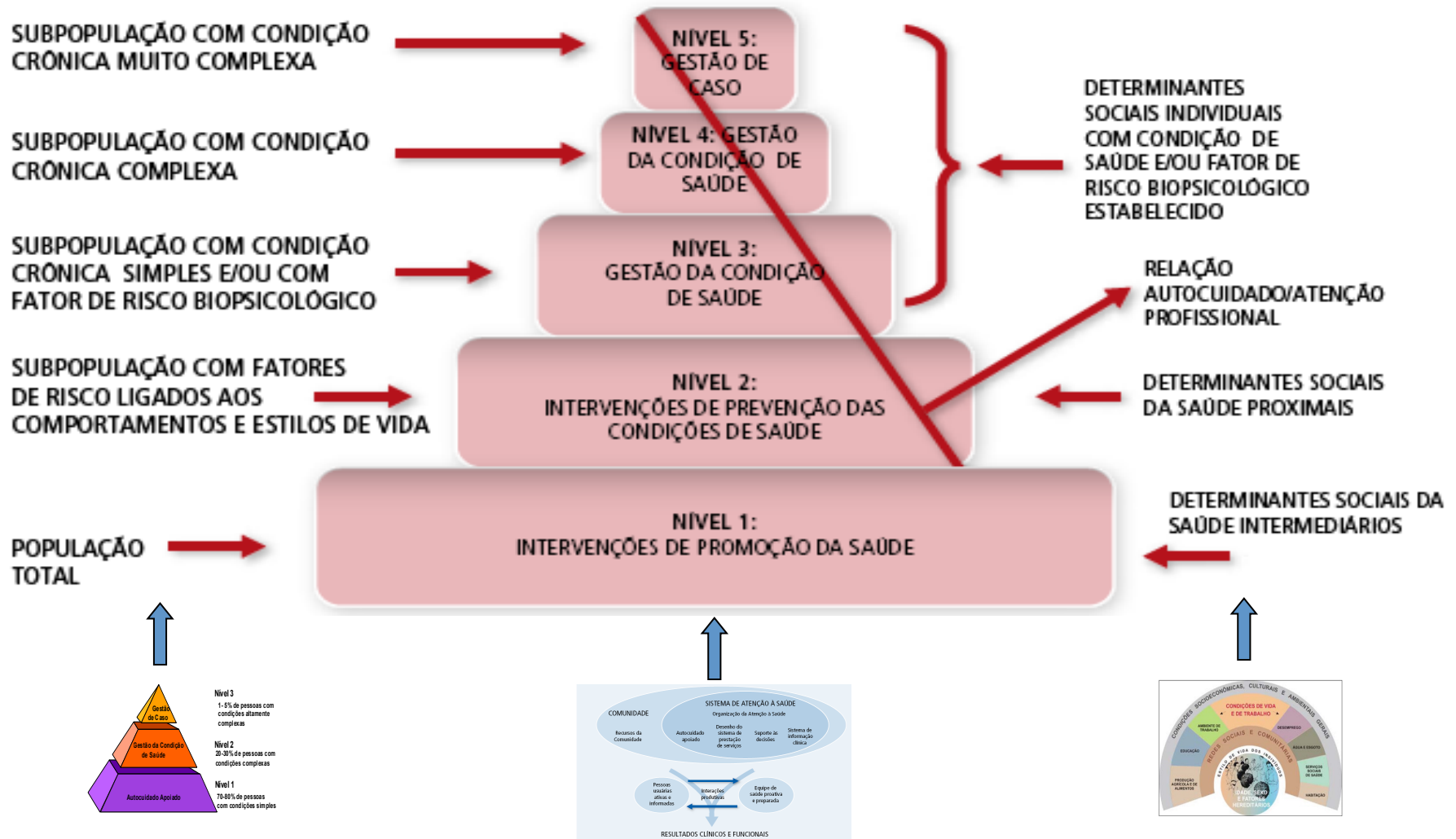
# OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS
- A ATENÇÃO ÀS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS
- A ATENÇÃO ÀS ENFERMIDADES



Fonte: Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde.  
Belo Horizonte, mimeo, 2014.

# O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)



FONTE: 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

# **OS MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

- **A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS**
- **A ELABORAÇÃO E O MONITORAMENTO DOS PLANOS DE CUIDADO**
- **A GESTÃO DE RISCOS DE ATENÇÃO COM FOCO NA SEGURANÇA DAS PESSOAS**
- **A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
- **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: OS GRUPOS OPERATIVOS E A EDUCAÇÃO POPULAR**
- **A GESTÃO DE CASO**
- **O MAPA DE RECURSOS COMUNITÁRIOS**
- **OS NOVOS FORMATOS DA CLÍNICA:**
  - A ATENÇÃO CONTÍNUA**
  - A ATENÇÃO COMPARTILHADA A GRUPO**
  - A ATENÇÃO POR PARES**
  - O MATRICIAMENTO ENTRE ESPECIALISTAS E GENERALISTAS**
  - A ATENÇÃO À DISTÂNCIA**

# OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PREVENTIVA

**OS MACROPROCESSOS RELATIVOS AOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PROXIMAIS E AOS FATORES INDIVIDUAIS BIOPSICOLÓGICOS:**

**TABAGISMO**

**ALIMENTAÇÃO INADEQUADA**

**INATIVIDADE FÍSICA**

**USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**RASTREAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**

**A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA**



**4**

Fonte: Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Belo Horizonte, mimeo, 2014.

# **A IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PREVENTIVA**

- **OS MACROPROCESSOS RELATIVOS ÀS TECNOLOGIAS DE SUPORTE ÀS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO**
  - O MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA
  - A ENTREVISTA MOTIVACIONAL
  - O GRUPO OPERATIVO
  - A TÉCNICA DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS
- **OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PREVENTIVA**
  - O PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA
  - PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR
  - O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO
  - PROGRAMA DE CONTROLE DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
  - OS PROGRAMAS DE RASTREAMENTO
  - O PROGRAMA DE PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

O

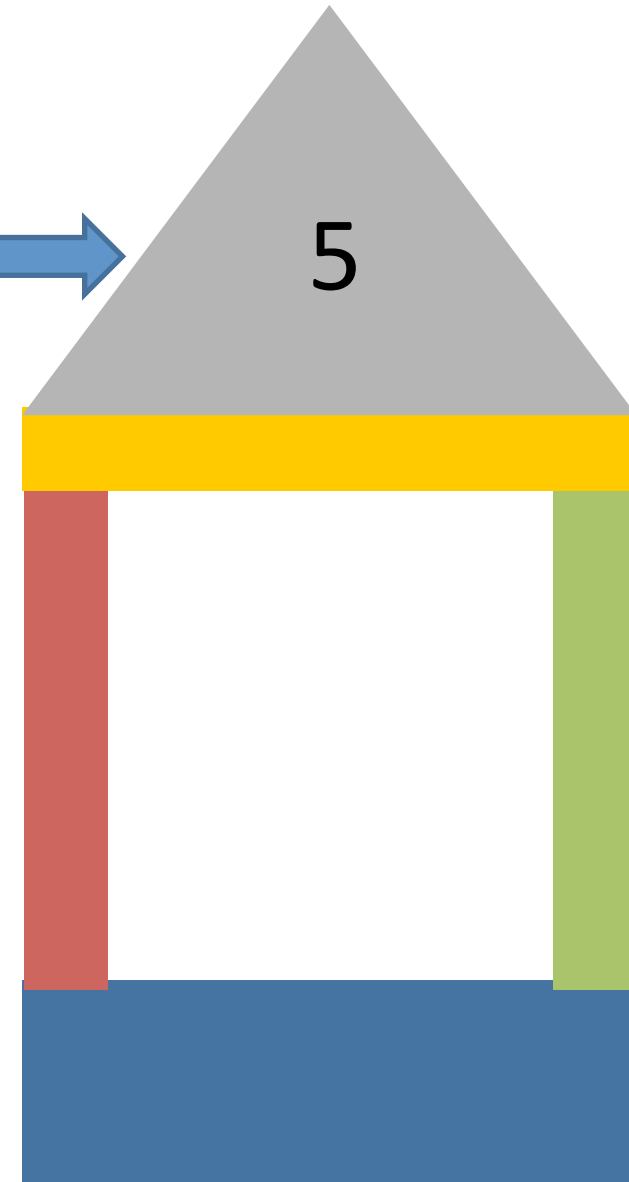
O

# **OS MACROPROCESSOS DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS**

- **O MAPEAMENTO DOS PROCESSOS DE:  
PEDIDOS DE ATESTADO  
ENTREGAS E ANÁLISES DE EXAMES  
RENOVAÇÕES DE RECEITAS**
- **A CONSTRUÇÃO DOS POPs**
- **A IMPLANTAÇÃO DOS POPs**
- **A AUDITORIA DOS MACROPROCESSOS IMPLANTADOS**

# OS MACROPROCESSOS DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS

- ATESTADOS MÉDICOS
- RENOVAÇÃO DE RECEITAS
- ANÁLISE DE RESULTADOS DE EXAMES



# **A IMPLANTAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS**

- **ELABORAÇÃO DOS POPs RELATIVOS ÀS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS**
- **IMPLANTAÇÃO DOS POPs**

# **UMA NOVA CLÍNICA PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF**

- **DA CURA PARA O CUIDADO**
- **DA QUEIXA-PROBLEMA PARA O PLANO DE CUIDADO**
- **DA ATENÇÃO PRESCRITIVA E CENTRADA NA DOENÇA PARA A ATENÇÃO COLABORATIVA E CENTRADA NA PESSOA**
- **DA ATENÇÃO CENTRADA NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROGRAMADA E A ATENÇÃO NÃO PROGRAMADA**
- **DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR**
- **A INTRODUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO PROFISSIONAL**
- **O ESTABELECIMENTO DE NOVAS FORMAS DE RELAÇÃO ENTRE A ESF E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A NÃO PRESENCIAL**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROFISSIONAL E A ATENÇÃO POR PARES**
- **O FORTALECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO**

# PRÓXIMOS CAPÍTULOS....

- **OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR**
- **OS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO PALIATIVA**

# **O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**

O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA  
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eugênio Vilaça Mendes



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**  
Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde



**CONASS**  
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Disponível para download gratuito em:  
<http://www.conass.org.br>