

A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde PDAPS – Juiz de Fora

Prefeitura de Juiz de Fora
Secretaria de Saúde
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde PDAPS – Juiz de Fora

Este documento foi elaborado, a partir do PDAPS/SES-MG, ESP-MG (2008), pela Secretaria de Saúde (SS/PJF) por intermédio da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SSAPS) com o objetivo de introduzir o Projeto de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde, no município de Juiz de Fora, MG (PDAPS-JF).

Março, 2014

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou fim comercial.

Fonte do Recurso: Fundo Municipal de Saúde

Tiragem: 2.500 exemplares

Organização: Thiago Augusto Campos Horta | Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães | Cláudia Rocha Franco | Ana Paula Brandão Costa

Elaboração: Adaptado do PDAPS, desenvolvido pela SES-MG, 2008.

Revisão e Sistematização: Thiago Augusto Campos Horta | Cláudia Rocha Franco | Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães

Juiz de Fora - Prefeitura. Secretaria de Saúde

Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães ... *et al.* – Juiz de Fora (MG), 2014. 133 p.

1. Políticas Públicas de Saúde – Juiz de Fora (MG)
2. Atenção Primária em Saúde – Juiz de Fora (MG).

I. Horta, Thiago Campos. II. Guimarães, Maria Aparecida Martins Baêta. III. Título.

Bruno Siqueira
Prefeito

José Laerte da Silva Barbosa
Secretário de Saúde

Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães
Secretária Adjunta de Saúde

Ana Paula Brandão Costa
Assessora

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária em Saúde

Cláudia Rocha Franco
Chefe do Departamento de Desenvolvimento da APS

Lista de Siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária em Saúde

CLS: Conselho Local de Saúde

CMS: Conselho Municipal de Saúde

DAB: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DCNT: Doença Crônica Não Transmissível

DDAPS: Departamento de Atenção Primária em Saúde

ESF: Estratégia da Saúde da Família

MS: Ministério da Saúde

PDAPS: Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

RAS: Rede de Atenção à Saúde

SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SS: Secretaria Municipal de Saúde

SSAPS: Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UAPS: Unidade de Atenção Primária em Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição espacial das UAPS em JF, 2013	52
Figura 2: Esquema da estratégia de implantação do PDAPS-JF	69
Figura 3: Mapa conceitual do PDAPS	73
Figura 4: Esquema da Operacionalização do PDAPS-JF	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise de cobertura da APS em JF, 2013	50
Tabela 2: Distribuição das UAPS por região administrativa em JF, 2013.	53
Tabela 3: principais indicadores epidemiológicos, DATASUS, 2013.	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: População coberta por região administrativa em Juiz de Fora.	54
Gráfico 2: Comparativo de População coberta e quantidade de UAPS por região administrativa em Juiz de Fora, 2013	43
Gráfico 3: Morbidade - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas – CID10	57
Gráfico 4 – Mortalidade proporcional por grupos de causas (CID 10) – Juiz de Fora – 2012.	58
Gráfico 5: Taxa bruta de mortalidade (por 10.000 hab) por grupo de causas e gênero Juiz de Fora 2012	59

Sumário

Descrição Geral do PDAPS-JF	13
Palavras do Prefeito	19
Prefácio	21
1 Apresentação	25
2 Introdução	29
3 A Implantação do PDAPS-JF e a Reorganização das Ações e Serviços nas UAPS.	35
4 A Situação da APS em Juiz de Fora	45
4.1 Aspectos físicos e estruturais	45
4.2 Aspecto sócio epidemiológico	55
5 Estratégia de Superação: A implantação do PDAPS	69
5.1 O macroprocesso como estratégia de normatização.	74
5.2 Os instrumentos e as oficinas de implantação do PDAPS	76
5.3 Resultados Esperados: Perspectivas de mudança e melhoria na qualidade da APS	88
6 Operacionalização	119
6.1 Das responsabilidades	119
6.2 Do método de execução	123
6.3 Da disponibilidade	125
6.4 Do cronograma	126

6.5 Da distribuição das Turmas 128

Referencias 131

Descrição Geral do Projeto

TÍTULO DO PROJETO	PERÍODO DE EXECUÇÃO	
Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) no Município de Juiz de Fora.	Início Out 2013	Término Dez 2014

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

Normalização da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Juiz de Fora, MG através da implantação dos instrumentos de Gestão do Cuidado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) constitui-se na principal diretriz para a estruturação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), no âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, cujo desenvolvimento prevê a melhoria dos processos da Atenção Primária à Saúde (APS). O PDAPS deverá, ao final de sua implantação, normatizar a APS à luz da

gestão do cuidado e qualificar os profissionais de todas as UAPS do município. Frente à atual realidade, o PDAPS conta com o expressivo potencial normalizador da atenção à saúde, reorganizando o sistema e tornando a saúde mais acessível e equitativa aos seus cidadãos. Neste sentido, propõe-se a oferta das ações / processos do PDAPS.

OBJETIVOS

- 1) Normalizar a APS, por meio dos Instrumentos de Gestão do Cuidado a serem implementados nas UAPS;
- 2) Favorecer a reorganização do sistema municipal de saúde com vistas à consolidação do sistema integrado de serviços de saúde, através do fortalecimento da APS;
- 3) Ampliar a qualidade da atenção primária à Saúde e reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial;
- 4) Fortalecer a participação e envolvimento do Controle Social através da validação dos instrumentos / processos do PDAPS-JF.

ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO

A implantação do PDAPS-JF dar-se-á por meio de reuniões e oficinas sistematizadas para a implementação dos Instrumentos de Gestão do Cuidado, que deverão instituir processos que favoreçam a organização das ações e serviços prestados nas UAPS.

Para tal, os instrumentos a serem normalizados serão: Território; Diagnóstico local; Regulação do Acesso às Consultas Médicas; Processos básicos de Enfermagem; Conduta de Manejo das Condições Agudas; Classificação de Risco; Conduta de Manejo das Condições Crônicas (programação local e municipal, Prontuário de Saúde da Família) e, por fim, o monitoramento e Contrato de gestão com as equipes das UAPS (Premio de Produtividade).

ETAPAS DE EXECUÇÃO:

1º Momento: Macroprocesso básico

- 1.1 Territorialização
- 1.2 Cadastro e estratificação da família
- 1.3 Processos básicos: curativo, esterilização, vacinação.
- 1.4 Manual de Regulação do acesso às Consultas

2º Momento: Macroprocesso para atenção à condição crônica

- 2.1 Implantação da Programação Local e Linha de Cuidado
- 2.2 Implantação da Agenda programada
- 2.3 Definição de critérios e parâmetros para organização de Grupos Operativos e Educativos
- 2.4 Prontuário da Família

3º Momento: Macroprocesso para organização da agenda espontânea:

- 3.1 Organização da agenda para episódios agudos (procedimentos para eventos mais comuns)
- 3.2 Classificação de Risco e 1º atendimento à U/E (manejo ao caso de urgente)

4º Momento

Finalização do Plano Diretor da APS e Apresentação do Contrato de Gestão / Normatização para o repasse de valor pecuniário à título de cumprimento de metas pre definidas nos instrumentos de planejamento e gestão da SS.

Adaptado da proposta em revisão do PDAPS pela SES-MG. 2013

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Etapas	Ano 2014											
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Macroprocesso Básico	1.1 Territorialização (*)	Período de Sistematização da Oficina			Período de Edição do Livro							
	1.2 Cadastro e estratificação da família (*)	Recenseamento de 100% da pop, coberta pela ESF										
	1.3 Processos básicos – curativo, esterilização, vacinação, etc											
	1.4 Implantação da Regulação do acesso Especialidades Médicas (***)	Em desenvolvimento conjuntamente com a SSRG e SSTI										
Macroprocesso Condição Crônica	2.1 Programação Local / Linha de Cuidado											
	2.2 Agenda programada											
	2.3 GO-GE											
Macroprocesso Condição Aguda	3.1 Organização da agenda para episódios agudos (procedimentos para eventos mais comuns)											
	3.2 Classificação de Risco e 1º atendimento à U/E (manejo ao caso de urgente)											

Observações sobre o cronograma:

(*) Oficina iniciada em junho (pré-oficinas) e validada em novembro de 2013 (seminário). Em fase de desenvolvimento, com previsão de término para abril de 2014 com a delimitação dos territórios das UAPS, a partir do georreferenciamento (*software* ArcGis), assim como a produção do Livro: Cartografia da APS – Uma análise Sócio Demográfica do Território da APS em Juiz de Fora.

(**) O cadastro será conduzido pelo Núcleo de Gestão da Informação/DDAPS/SSAPS, perfazendo as seguintes ações: Produção das Fichas Individuais e domiciliares do MS; Implantação e treinamento no sistema e-SUS AB (MS) na SSAPS; Treinamento dos ACS para o uso das fichas; Digitação no sistema e-SUS AB; migração da base de dados do SIAB para o SISAB.

(***) A implantação da Regulação do Acesso às Especialidades Médicas contará com a publicação do Manual específico, visando subsidiar a instrumentalização das UAPS no momento da execução desta oficina.

OBS: O cronograma apresentado poderá sofrer alterações visando atender às necessidades administrativas da Secretaria de Saúde.

Palavra do Prefeito

Entre todas as prioridades da administração pública, a saúde deve ser assumida como a maior delas. Cuidar da saúde da população é um trabalho que vai muito além de compromissos políticos ou ações meramente administrativas. É um dever. É uma obrigação. É um gesto responsabilmente humano, incontestavelmente solidário, dignamente social. A partir deste contexto, estamos iniciando o desenvolvimento do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, que, apesar de todo seu aspecto técnico e profissional, deve trazer em si, também, e principalmente, toda essa premissa humanitária.

Através deste Plano, vamos consolidar a Estratégia da Saúde da Família em Juiz de Fora, bem como qualificar o processo de trabalho de toda a rede de Atenção Primária. Seremos mais de mil trabalhadores diretamente envolvidos em oficinas e capacitações, desenvolvendo a implantação de instrumentos de diagnósticos da situação e da gestão da saúde, que propiciarão o encontro, o debate e a construção coletiva de nossa atuação como agentes transformadores desta realidade.

Em suma, nosso grande desafio consiste na melhoria da qualidade dos serviços, com o objetivo de consolidarmos a mudança do modelo de atenção à saúde no nosso município.

Com atitude social e atuação humana.

Bruno Siqueira
Prefeito de Juiz de Fora

Prefácio

Este documento – *Projeto para a Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde em Juiz de Fora* - representa a continuidade do processo de aprimoramento da relação entre o poder público municipal, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde o início da atual administração, vimos reafirmando a priorização da Atenção Primária como estratégia de superação dos gargalos na política pública de saúde no município de Juiz de Fora.

Por essa razão, ao apresentar as estratégias de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, materializadas neste documento, objetiva-se afirmar a convicção que temos da necessidade premente em constituirmos processos de trabalho nas Unidades de Atenção Primária (UAPS) capazes de enfrentar a atual situação de saúde, marcada pela prevalência das condições crônicas, acelerada pelo envelhecimento de nossa população.

Além desta importante ação, também estamos atentos às fragilidades de estrutura, seja física ou da força de trabalho.

Portanto, integram o PDAPS-JF outras ações, tais como:

O fortalecimento gerencial das UAPS	Lei que cria os cargos gratificados da função gerencial das UAPS
A melhoria da infraestrutura das UAPS	15 Reformas de UAPS em andamento e a celebração já efetivada de 3 convênios para construção de UAPS
Melhoria nas Relações de trabalho	Realização de concurso público, já pactuado com a SARH, contratação de 138 ACS e implantação do Contrato de Gestão ¹ com pagamento de incentivos financeiros aos trabalhadores das UAPS pelo cumprimento de metas de qualidade.

¹ O Contrato de Gestão será implantado a partir de Lei específica que viabiliza o pagamento de incentivos financeiros às equipes das UAPS a partir do cumprimento de metas e indicadores definidos pelo PMAQ e Saúde em Casa.

Tenho certeza de que esse documento servirá de bússola para um melhor entendimento da prática do SUS e permitirá o permanente aperfeiçoamento da Atenção Primária em Saúde em nosso município.

José Laerte Barbosa
Secretário de Saúde

1 | Apresentação

Apresento o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS-JF) como marco inicial de um movimento de mudança na Atenção Primária em Saúde (APS) do nosso município.

O anseio pela melhoria da qualidade na prestação dos serviços de saúde percorre a agenda política nos últimos anos, não somente em Juiz de Fora, mas também em todo o Brasil. Reconhecemos que é necessário mudar a forma de se planejar e executar as ações na Atenção Primária, que deverá percorrer um processo de amadurecimento e institucionalização.

As características da nossa população mudaram muito nas últimas décadas. Hoje estamos vivendo mais e, em decorrência disso, a parcela da população idosa em Juiz de Fora é bastante significativa, superando a de Minas Gerais e a do Brasil. Soma-se a isto, o momento da transição epidemiológica, onde há a predominância das

condições crônicas de saúde. Porém, a forma de se planejar e executar as políticas de APS no município manteve-se inalterada frente a essas mudanças demográficas e epidemiológicas.

A ruptura do atual modelo, focado nas condições agudas, não ocorrerá de maneira espontânea, instantânea ou mágica.

A história das mudanças de paradigmas sociais comprova-nos que a transformação é tarefa robusta, gradual e processual.

Porém, é nesse processo paradigmático que se constrói a vida política e social. E ao construí-la, tornamo-nos militantes na afirmação de um SUS que garanta, de maneira inequívoca, a universalização do acesso e integralidade do cuidado em saúde.

Faz-se necessário, portanto, a implantação do PDAPS-JF sustentado em instrumentos de gestão indutores de políticas planejadas, orientadas para resultados claros e objetivos, criando uma capacidade geradora de conhecimentos pelos diversos atores sociais, favorecendo tal processo de mudança.

Ao propor o Plano Diretor, objeto deste documento, temos a intenção de tornar realidade os anseios de uma APS favorecedora da ação de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, assim como de uma prática de gestão embasada no planejamento como organizador das ações nas UAPS.

Encorajo e todos a participarem desse processo de mudança, pois é nele que afirmaremos o SUS em nosso município.

Um abraço fraterno a todos!

Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães
Secretária Adjunta de Saúde

2 | Introdução

*“O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas”.*

Carlos Drummond de Andrade

Este documento, intitulado de *Projeto para Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS)*, procura introduzir as premissas metodológicas para a implantação dos instrumentos de gestão do cuidado² que deverão, obrigatoriamente, instituir normas (decretos, portarias e/ou resoluções) que favoreçam a organização das ações e serviços prestados nas UAPS.

Portanto, o PDAPS constitui-se na principal diretriz para a o fortalecimento e estruturação da Estratégia da Saúde da

² A Gestão do Cuidado tem como objetivo assegurar padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade das práticas clínicas (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998). A utilização crescente da gestão do cuidado em vários países decorre da constatação do ganho de eficácia e eficiência nos sistemas de serviços de saúde, quando comparada à clássica gestão de meios, centrada apenas em recursos humanos, materiais e financeiros. A Gestão do cuidado fundamenta-se no Sistema Integrado de Serviços de Saúde e tem como arsenal tecnológico os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde – **as linhas-guias e os protocolos clínicos** – a gestão de patologias, a gestão de casos, a auditoria clínica, os sistemas de informação gerencial, dentre outros.

Família (ESF), bem como da prática em toda a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, cujo desenvolvimento prevê a sistematização e reconhecimento dos processos de trabalho na Atenção Primária em Saúde.

O PDAPS deverá, ao final de sua implantação, normatizar a APS à luz da gestão do cuidado e qualificar os profissionais de todas as UAPS do município. Frente à atual realidade, o PDAPS conta com o expressivo potencial normalizador da atenção à saúde, para reorganizar o sistema e tornar a saúde mais acessível e equitativa aos cidadãos. Neste sentido, propõe-se a oferta das ações / Macroprocessos do PDAPS.

Os instrumentos a serem normalizados serão: Território; Diagnóstico local e municipal; Regulação do Acesso às Consultas de Especialidades Médicas; Processos básicos de Enfermagem; Conduta de Manejo das Condições Agudas; Classificação de Risco; Conduta de Manejo da Condição Crônica (programação local e municipal, Prontuário de Saúde da Família) e, por fim, o monitoramento e Contrato de gestão (pagamento pecuniário a título de Prêmio de Produtividade).

Ressalte-se que a implantação deste PDAPS é uma importante oportunidade para o alcance das metas e indicadores pactuados e instituídos nos instrumentos de planejamento, em especial o PPA, LDO e LOA³.

Da mesma forma, o PDAPS apresenta-se com forte potencial para a implantação definitiva do modelo de atenção à condição crônica no município, considerando seu conjunto de ações estratégicas para a implantação de tal modelo de atenção, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 252/2013⁴.

A proposta de introduzir um conjunto de ações, sistematizadas em reuniões e oficinas de maneira organizada e planejada, visa constituir um cenário capaz de induzir o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora. Ao considerar a situação atual da APS⁵, torna-se inequívoco constituir políticas públicas, materializadas no PDAPS, que induzam uma nova agenda para a APS que esteja centrada na superação

³ PPA: Plano Plurianual; LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias; LOA: Lei Orçamentária Anual.

⁴ PORTARIA Nº 252, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2013 que Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

⁵ Carência de médicos, associada à concepção ideológica da APS, à infraestrutura inadequada, ao modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, à ausência de equipe multiprofissional, à relativa fragilização das relações de trabalho, à fragilidade gerencial das unidades, à ausência de sistemas de informações clínicas potentes *etc.*

dos problemas que limitam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e toda a rede de APS, propondo sua atuação para além da oferta de consultas médicas.

Portanto, o conjunto de ações, ora destacado no PDAPS, configuraria uma agenda ampla em prol de um novo ciclo evolutivo, o ciclo da atenção primária à saúde, considerando que a atuação pontual focada sobre um, ou sobre alguns poucos desses problemas, não permitirá estruturar uma ESF efetiva, eficiente e de qualidade.

A concepção da APS como estratégia de reordenamento do SUS e como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde⁶ (RAS) é fundamental para que os demais problemas sejam superados, porque permitirá dar prioridade à APS no SUS (MENDES, 2012).

Por essa razão, apresentamos o **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**, sustentado na visão estratégica, valorizando as enormes virtudes da APS do

⁶ O ciclo da atenção primária à saúde que expande o entendimento da APS tem a sustentação em um mandamento legal, contido no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, que faz uma clara opção por uma APS como estratégia de reordenamento do SUS (243). Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), diz que a APS é uma porta de entrada da RAS (Art. 9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11). (MENDES, 2009)

nosso município, reconhecendo suas limitações e tendo claro aonde se quer chegar.

A consolidação do PDAPS só ocorrerá se houver um entendimento amplo de que Juiz de Fora necessita ousar mais na estruturação de uma APS forte, sustentada, na medida do possível, no modelo da Estratégia da Saúde da Família (ESF), já que ela é um poderoso instrumento de inclusão social de cidadãos portadores de direitos universais à saúde.

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

3 | A Implantação do PDAPS-JF e a Reorganização das Ações e Serviços nas UAPS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de ações e serviços de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidos através do exercício de práticas gerenciais, democráticas, participativas e sanitárias.

Práticas estas, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios (território-processo) bem delimitados, dos quais assumem responsabilidades, utilizando tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde da população (os de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (PNAB, 2011).

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS), a Saúde da Família é a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tendo provocado importante movimento com intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.

Esta estratégia, busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produz resultados positivos nos principais indicadores das populações assistidas pelas equipes de Saúde da Família.

Segundo Starfield (2002), todo sistema de saúde possui duas metas nucleares: a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre as causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (2007) a renovação da Atenção Primária de Saúde (APS) deve se constituir em parte integrante do desenvolvimento dos

sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS consiste na melhor abordagem para produzir melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.

Sistemas de saúde orientados para a APS constituem uma tendência ao redor de todo o mundo, como o atesta a existência em países da Europa e das Américas, bem como em países isolados como é o caso da Austrália e Nova Zelândia.

A APS, também denominada cuidados primários/atenção básica foi definida pela Organização Mundial de Saúde como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos

indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (Organização Mundial da Saúde, 1978).

Existe consenso na literatura de que sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária em Saúde:

alcançam melhores indicadores de saúde;

apresentam maior satisfação por parte dos usuários;

possibilitam maior equidade; e,

implicam em menores custos.

Estes resultados encontram sustentação nos princípios organizadores da atenção primária que se expressam pela continuidade, coordenação e integralidade do cuidado, pelo enfoque sobre a comunidade e a família e, no caso da realidade brasileira, reforçado pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na perspectiva organizacional, há evidências que suportam a tese de que a APS se configura como a referência de contato, dentro da rede de atenção à saúde, colocando-se como o centro de uma rede poliárquica dentro do sistema de atenção em saúde, em torno do qual se organizam e se estruturam os demais pontos de atenção do sistema.

O papel da APS e sua centralidade no contexto do sistema de atenção à saúde tornam-se mais evidente na medida em que:

se constata que cerca de 50% dos diagnósticos realizados no âmbito dos serviços de saúde correspondem a problemas comuns, sendo que a APS, por excelência, trabalha com problemas comuns;

evidencia-se que em torno de 80% das consultas com os médicos de APS são devidas a doenças crônicas e pacientes com doenças crônicas ou suas complicações respondem por 60% do uso de dias de hospitalização; e,

demonstra-se que dois terços dos pacientes admitidos em urgências médicas apresentam, na verdade, exacerbações de suas doenças crônicas.

Para o enfrentamento desta realidade, a APS carrega a potencialidade de trabalhar com equipe de profissionais qualificados a resolverem 85% dos problemas da população sob sua responsabilidade, de forma humanizada, qualificada e orientada a partir da realidade local.

Frente ao desafio de reorganizar o sistema de serviços de saúde, o Ministério da Saúde, a partir da implantação, em 1994, do Programa de Saúde da Família⁷, buscou situá-lo como eixo estratégico na organização do sistema, tomando como eixo central a Atenção Primária em Saúde.

Desde então, o grande desafio colocado para o sistema público de saúde tem se consistido na expansão da oferta da Estratégia da Saúde da Família e, ao mesmo tempo, na qualificação dos profissionais que integram as equipes de saúde da família.

Por essa razão, faz-se necessário o enfrentamento de problemas como: a determinação da atenção à saúde pelo modelo hierárquico e fragmentado, com diferentes níveis de complexidades não integrados e sem referências e contrarreferências definidas e organizadas;

⁷ Atualmente a terminologia empregada é Estratégia da Saúde da Família (ESF)

privilegiamento das condições agudas (urgências e emergências) num contexto em que as condições crônicas são responsáveis pela maioria das internações e óbitos; a inexistência ou incipiência de diretrizes clínicas; unidades de saúde inadequadas tanto em equipamentos quanto em estrutura física e quanto às relações de trabalho, em que há ainda vínculos precários, necessitando revisão da carreira e salários dos profissionais, sendo essa uma das maiores dificuldades do município.

Tal enfrentamento, complexo, porém candente, ganha contornos claros a partir da delimitação de estratégias bem definidas e factíveis a serem aplicadas em um cenário, em que o modelo de atenção foca-se nas condições agudas, associado à fragilidade estrutural e à ausência de tecnologias de cuidado na APS.

O Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde, com o propósito de reorganizar e normalizar a APS traduz a intenção da atual gestão de superar os diversos problemas vivenciados no cotidiano das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) do município.

Portanto, a proposta, aqui apresentada, de introduzir um conjunto de ações, de maneira organizada e planejada,

visa constituir um cenário capaz de induzir o desenvolvimento da APS em Juiz de Fora, considerando o levantamento realizado da situação atual da SSAPS⁸ e, fundamentalmente, sustentado na APS como uma estratégia de organização do Sistema e como centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde⁹.

Tal conjunto de ações implicará uma nova agenda para a APS que estará centrada na superação dos problemas que determinaram as atuais limitações para além da atuação centrada na oferta de consultas médicas.

O conjunto de ações, ora destacado, configuraria em uma agenda ampla em prol de um novo ciclo, considerando que a atuação pontual focada sobre um, ou sobre alguns poucos desses problemas, não permitirá estruturar uma ESF efetiva, eficiente e de qualidade. A concepção da ESF como a estratégia de reordenamento do SUS e como

⁸ Carência de médicos, associados como a concepção ideológica da APS, a infraestrutura inadequada, o modelo de atenção centrado na condição e nos eventos agudos, a ausência de sistemas de informações clínicas potentes etc.

⁹ O ciclo da atenção primária à saúde que expande o entendimento da APS, tem a sustentá-lo um mandamento legal, contido no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS, que faz uma clara opção por uma APS como estratégica de reordenamento do SUS (243). Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), diz que a APS é uma porta de entrada da RAS (Art. 9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11). (MENDES, 2012)

centro de comunicação das Redes é fundamental para que os demais problemas sejam superados porque permitirá dar prioridade à APS no SUS (MENDES 2012).

Por essa razão, apresentamos o PDAPS, sustentado na visão estratégica, valorizando as enormes virtudes da APS, reconhecendo suas limitações e tendo claro aonde se quer chegar.

A consolidação do Plano só ocorrerá se houver um entendimento amplo de que Juiz de Fora é um município de grande porte, pólo da região ampliada de saúde da região sudeste de Minas Gerais e que por isso, necessita ousar mais no seu sistema público de atenção à saúde, construindo instituições modernas e coerentes com o seu desenvolvimento econômico e social. E ousar mais ainda na estruturação de uma ESF forte. Mesmo porque a ESF é um poderoso instrumento de inclusão social de cidadãos portadores de direitos universais à saúde.

4 | A Situação da APS em Juiz de Fora

4.1 | Aspectos físicos e estruturais

A política da atenção primária à saúde em Juiz de Fora vem sendo repensada através do PDAPS. A análise inicial da situação da APS no município nos revela graves problemas. A concepção vigente de um sistema piramidal com níveis de complexidade que vão da atenção básica à média e alta complexidade é, teoricamente, insustentável, porque parte de uma premissa equivocada: a de que a atenção primária à saúde é menos complexa que os níveis de atenção de média e alta complexidade.

As tecnologias mais complexas estão na atenção primária à saúde; elas são menos densas e menos caras, mas são as mais complexas num sistema de saúde. A visão hierárquica, além de conceitualmente equivocada, determina, no campo operacional, resultados desastrosos, expressos na banalização da atenção primária à saúde, aproximando-a de uma atenção primitiva que pode ser feita com poucos recursos e ofertada, especialmente, a regiões e populações mais pobres (Mendes, 2010).

Um segundo problema reside na forma em que o sistema de saúde é operacionalizado, como um sistema fragmentado, em que cada parte não se comunica adequadamente com as outras e onde a atenção primária à saúde não pode desempenhar seu papel fundamental de coordenar, como centro de comunicação, as referências e contrarreferências ao longo do contínuo de atenção (Mendes, 2010).

Um terceiro problema, estreitamente articulado com a fragmentação, reside no privilegiamento das condições agudas em relação às condições crônicas. Esse modelo de atenção à saúde, numa situação de dupla carga das doenças, tem resultados muito desfavoráveis porque as condições crônicas, que são responsáveis por 2/3 da carga das doenças, não respondem bem a ele. Por isso, o SUS em Juiz de Fora vem apresentando baixos níveis de resolutividade, apesar de gastos crescentes.

É preciso reverter esse modelo e instituir outro, voltado para a atenção às condições crônicas e, concomitantemente, às agudas, cuja organização da rede (pelos fluxos de referência e contrarreferência) esteja sob a coordenação da atenção primária.

Um quarto problema importante é a inexistência de gestão do cuidado¹⁰ sistematizada nos processos de trabalho das UAPS. A ausência dessa gestão fragiliza ou inviabiliza o manejo adequado das condições crônicas pela APS.

Em recente levantamento constatou-se que poucas UAPS utilizam, de maneira sistemática, os *guidelines*¹¹ em seu processo de trabalho, revelando a ausência do planejamento/programação local como instrumento de gestão de cuidado junto à população adscrita às unidades, privilegiando as demandas espontâneas.

Assim, o modelo praticado, atualmente, na APS em Juiz de Fora é o “agudocentrico”. Sem o cuidado longitudinal às condições crônicas, majoritárias enquanto carga de doença, as UAPS defrontam-se com a seguinte realidade: atendimento às condições agudas ou agudizações da

¹⁰ A **Gestão do Cuidado** tem como objetivo assegurar padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade das práticas clínicas (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998). A utilização crescente da gestão do cuidado em vários países decorre da constatação do ganho de eficácia e eficiência nos sistemas de saúde, quando comparada à clássica gestão de meios, centrada apenas em recursos humanos, materiais e financeiros. A Gestão do cuidado fundamenta-se nos instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde – as linhas-guias e os protocolos clínicos, a gestão de casos, os sistemas de informação gerencial, dentre outros.

¹¹ As linhas-guias e os protocolos clínicos são os principais instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde. As linhas-guias normalizam todo o processo de atenção, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde. Os protocolos/linhas-guias devem conter as Planilhas de Programação Local, que discriminam os resultados esperados, os principais indicadores com as atividades e os parâmetros preconizados (MENDES, 2002).

condição crônica, que aparecem nas filas matinais nas portas das UAPS. Esse modelo, notadamente, eleva os custos de saúde, aumenta as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e, conseqüentemente, reduz a resolutividade desse nível de atenção, além de gerar percepção negativa pela população dos serviços prestados.

Um quinto problema, demonstrado pelo diagnóstico realizado em 2013 pela SSAPS/SS, está na relativa precariedade da infraestrutura física de algumas unidades.

Um sexto problema, está no sério problema das relações de trabalho e no emprego dos profissionais, expresso na fragilidade dos vínculos, com alto percentual de *turnover*.

A Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora convive, ainda, com um modelo misto de atenção à saúde: a Estratégia de Saúde da Família - considerada uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência - e as equipes tradicionais.

Em Juiz de Fora a Estratégia de Saúde de Família (ESF), implantada em 1995, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação desta estratégia necessita, entretanto, ser sustentada por um

processo de substituição gradativa da rede básica de serviços tradicionais e pela utilização de indicadores específicos que permitam monitorar e avaliar os resultados que impactam na melhoria da qualidade de vida da população. Os resultados poderão indicar a necessidade de expandir o modelo.

A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora está constituída por 63 (sessenta e três) UAPS distribuídas nas 7 (sete) regiões administrativas e em 12 (doze) regiões sanitárias.

Nestas UAPS, existem 89 (oitenta e nove) equipes da ESF, alocadas em 39 (trinta e nove) UAPS. Atuando no modelo Tradicional de Assistência estão 24 equipes, sendo 12 na área urbana e 4 na área rural. Em uma dessas UAPS convivem o Modelo Tradicional e a ESF em outra, o Modelo Tradicional e o PACS.

A cobertura total dos serviços e ações na APS (ESF somada às Tradicionais) corresponde a, aproximadamente, 81%, estando cerca de 19% da população em área descoberta de serviços e ações da atenção primária.

A cobertura pela ESF corresponde a 51%, perfazendo 49% da população descoberta por ações e serviços dessa

Estratégia. Ressalta-se que o cálculo dessa cobertura toma por base dados populacionais da abrangência destas unidades; porém, a população descoberta da atenção primária pode ser maior, quando se considera a cobertura calculada com base nas equipes consistidas no sistema de informação do Ministério da Saúde.

Tabela 1: Análise de cobertura da APS em JF, 2013¹²

TIPOLOGIA	QTDE. UAPS	População		EQUIPE SF
		Nº	%	
ESF	39	268.287	51%	89
TRADICIONAL (*)	22	129.101	25%	-
MISTA/PACS	2	31.045	6%	-
TOTAL	63	428.433	81%	89

População IBGE (2010) 526.709 100%

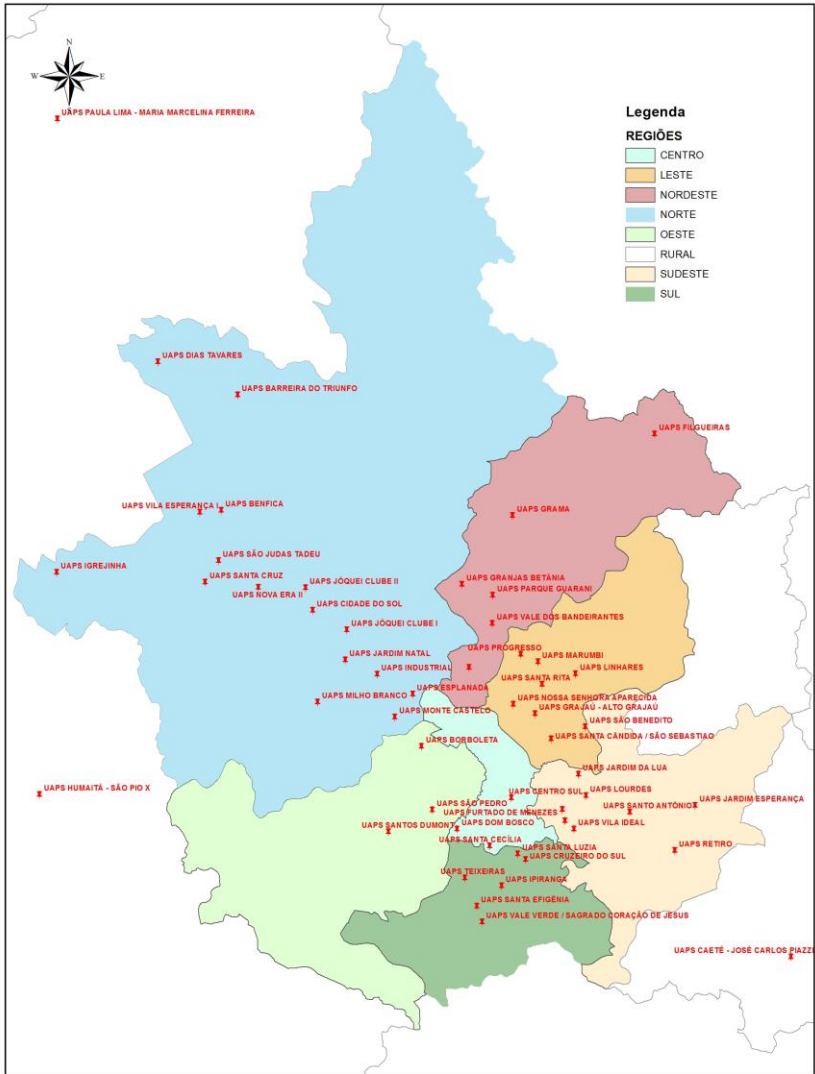
População Descoberta 98.276 19%

(*) *População Estimada*

A distribuição espacial das UAPS pelo município pode ser observada na FIG. 1 e a distribuição das UAPS por região administrativa, no ano de 2013, é mostrada na TAB. 2.

¹² Encontra-se em andamento, até a data de publicação deste documento, a sistematização das oficinas de territorialização, realizada nos períodos de junho a novembro de 2013, sendo portanto, preliminares os dados populacionais aqui apresentados.

Distribuição das UAPS por Região Administrativa de Juiz de Fora



1 centímetro = 1.377 metros
0 1.200 400 4.800 7.200 Metros

Fonte: Base Cartográfica da Prefeitura de Juiz de Fora.
Autoria: ALMEIDA, William. Sala de Situação / Secretaria de Saúde

Distribuição das UAPS por Região Administrativa de Juiz de Fora

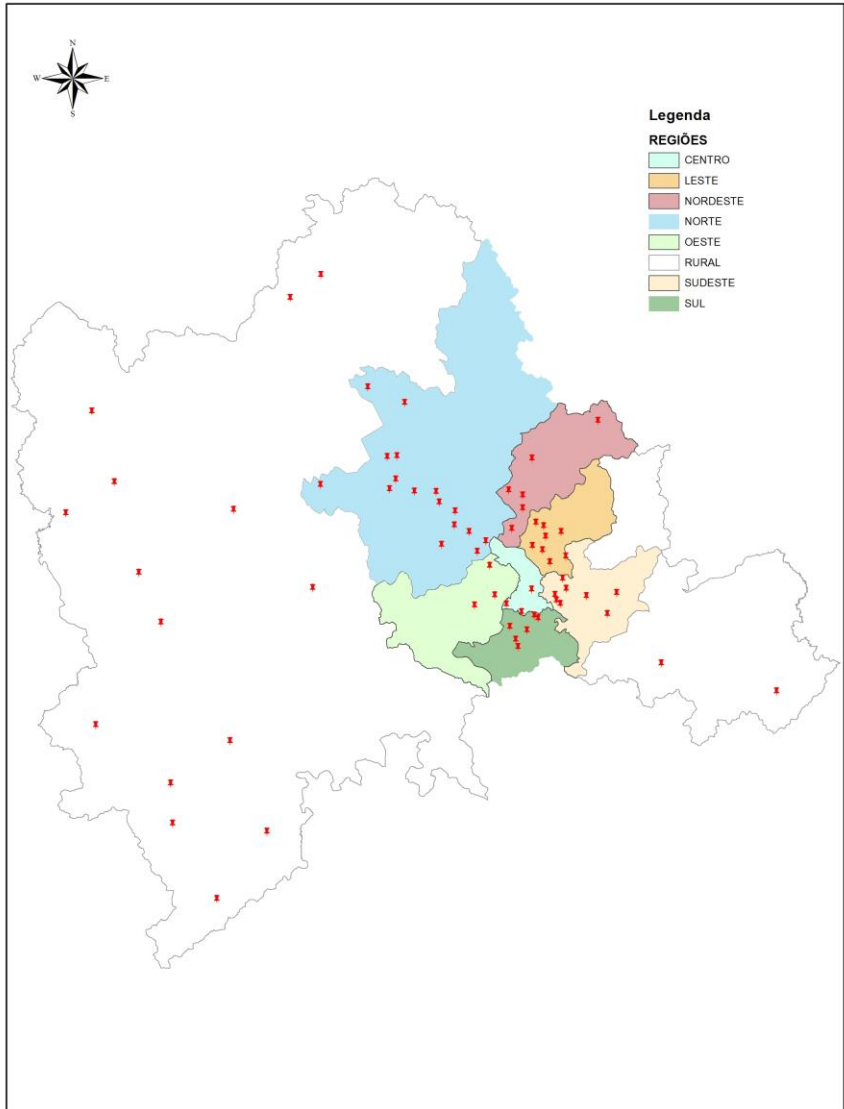


Figura 1: Distribuição espacial das UAPS em JF, 2013.

Tabela 2: Distribuição das UAPS e cobertura de APS por região administrativa em JF, 2013

Região	Tipologia das UAPS			Total de UAPS	População Atendida (Valor absoluto)	População Atendida (%)
	ESF	Trad.	Mista/PACS			
Norte	11	3	0	14	110.851	21%
Nordeste	4	2	0	6	45.895	9%
Leste	8	0	0	8	67.351	13%
Centro	1	2	0	3	45.639	9%
Oeste	0	1	2	3	37.614	7%
Sul	4	2	0	6	57.383	11%
Sudeste	7	1	0	8	47.480	9%
Rural	4	11	0	15	16.220	3%
TOTAL	39	22	2	63	428.433	81%

Observa-se, no GRAF. 1, que, dentre a população coberta, o maior percentual encontra-se na Região Norte.

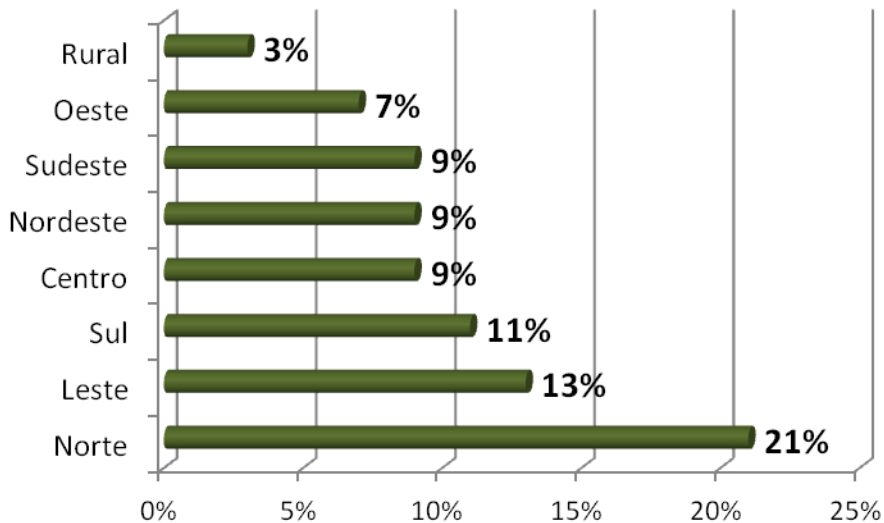


Gráfico 1: População coberta por região administrativa em Juiz de Fora.

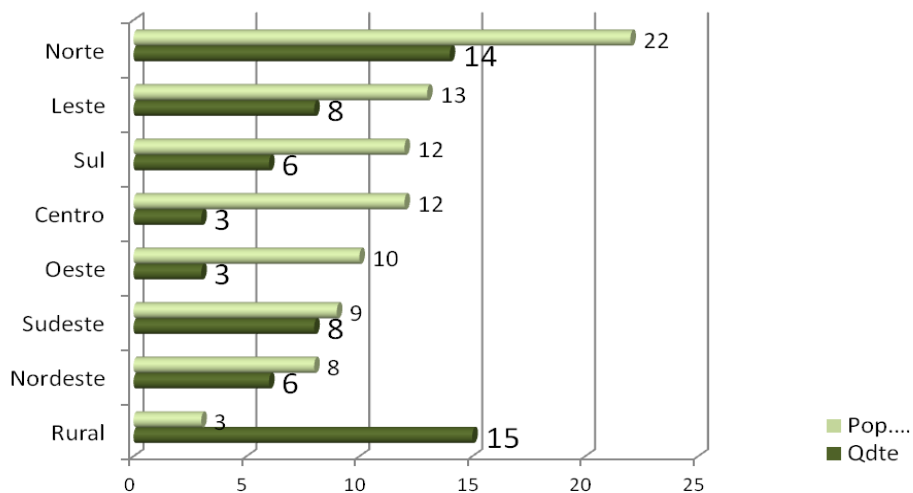


Gráfico 2

4.2 | Aspectos socioepidemiológicos

Os indicadores de mortalidade e de morbidades mostram uma concentração nas condições crônicas. De acordo com as informações sobre internações hospitalares disponibilizadas pelo DATASUS (2013), do Ministério da Saúde, assim como no Plano Municipal de Saúde/SS/PJF (2014-2017), a prevalência da morbi-mortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e de agudização de condições crônicas é elevada e encontra-se em tendência crescente, havendo maior prevalência das doenças do aparelho circulatório, respiratório e de transtornos mentais.

Isso significa que o perfil epidemiológico de Juiz de Fora reflete as mudanças que vêm ocorrendo na situação de saúde da população em geral, com altos índices de doenças crônicas, manutenção e modificação do quadro de doenças infecciosas (condições agudas) e aumento das causas externas, o que implica na necessidade de mudanças nos serviços de atenção à saúde, além de abordagem integral, de equipes multiprofissionais, tecnologias de conhecimento, promoção e prevenção, diagnóstico e tratamentos mais rápidos, evitando maiores custos e sobrecarga dos serviços de alta tecnologia.

Somando-se a isto, os hábitos como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e a manutenção de índices elevados de hipertensão arterial são causas de agravamento de doenças, internações de urgência e emergência e de mortes prematuras.

Portanto, o forte predomínio de condições crônicas, não pode ser respondido, de forma resolutiva, por sistemas de saúde organizados de forma fragmentada e voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas.

O município de Juiz de Fora apresenta dupla carga de doenças (ou tripla carga, considerando-se as causas externas) ocorrendo, de maneira inequívoca, a prevalência nas condições crônicas.

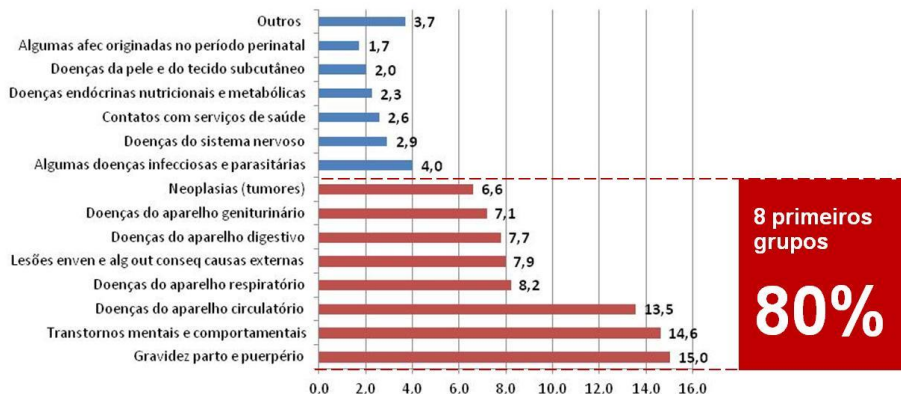
“Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona (...) Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas”.
(MENDES, 2002).

Contudo, o modelo de atenção à saúde praticado pela APS em Juiz de Fora tem aspectos claros de focalização na assistência às condições agudas, agindo, sobremaneira, nas agudizações das condições crônicas.

Esse aspecto representa um alto custo em saúde, considerando que reduz a capacidade da APS no enfrentamento às condições sensíveis à atenção ambulatorial e, conseqüentemente, reduzindo a resolutividade deste nível de atenção.

Para o enfrentamento deste quadro epidemiológico, faz-se necessário a adoção de medidas de promoção à saúde, organização dos serviços para atendimento às condições crônicas, ações de vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários e a melhoria na qualidade dos serviços prestados à gestante durante o pré-natal, parto e pós parto e ao recém-nascido. Entende-se que o atual modelo de atenção na APS em Juiz de Fora não dará conta dessas ações.

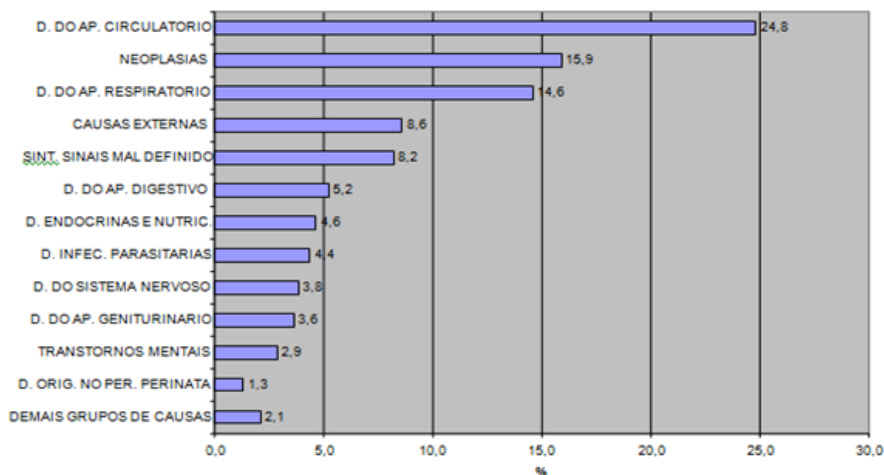
A distribuição das principais causas de internação, segundo grandes grupos de causas da CID 10, pode ser visualizada no GRAF. 3.



Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

Gráfico 3: Morbidade - Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas – CID 10.

Dentre as principais causas de internações, segundo grandes grupos de causas da CID 10, conforme pode ser visualizado no Gráfico 4, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, com 24,2% de participação, as neoplasias com 15,9%, doenças do aparelho respiratório com 14,6% e as causas externas contribuindo com 8,6%.



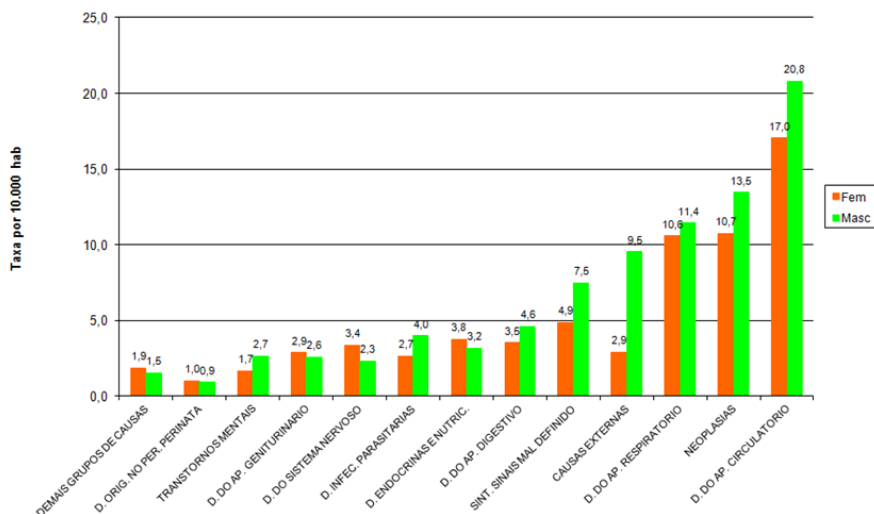
Fonte: SIH/SUS, base de dados coletados em maio de 2013.

Gráfico 4 – Mortalidade proporcional por grupos de causas (CID 10) – Juiz de Fora – 2012.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) respondem por 70% das causas de morte no Brasil (Brasil, 2011) e pela maior parte das despesas na assistência ambulatorial e hospitalar. Além disso, impacta negativamente na economia brasileira, pelo crescimento

da epidemia das mesmas, que altera a produtividade e a renda familiar (PMS, 2014-2017, p. 21).

Há que ressaltar o aumento de óbitos por agressão, alcoolismo e câncer de próstata, o que indica a necessidade de medidas preventivas que possam resultar na melhoria desses indicadores (PMS, 2014-2017, p. 22).



Fonte: SIH/SUS, maio de 2013.

Gráfico 5: Taxa bruta de mortalidade (por 10.000 hab.) por grupo de causas e gênero, Juiz de Fora, 2012

Ao analisar alguns principais indicadores da Saúde da Mulher, observam-se no município de Juiz de Fora, segundo o DATASUS, a falta da busca ativa das

gestantes em área descoberta gerando falta de acesso as ações de pré-natal e continuidade do cuidado ao recém-nascido e à puérpera etc. Somando-se a isto, segundo dados empíricos da SSAPS/SS, verifica-se disponibilidade insuficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento ao pré-natal (DATASUS, coletado e tabulado em julho de 2013).

Ao analisar alguns principais indicadores da Saúde da Criança, observa-se em Juiz de Fora, segundo o DATASUS (base de referencia de junho de 2013) que as condições são inadequadas para realização dessas ações pelas equipes, tais como equipamentos, vacinas, insumos e medicamentos e suplementos essenciais à sua execução de forma resolutiva. Ainda, a existência de área descoberta gera dificuldade para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura.

Ao analisar alguns dos principais indicadores do Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica, observam-se em Juiz de Fora, segundo o DATASUS (base de referencia de junho de 2013) que a presença significativa de área descoberta, especificamente de unidades que não possuem a Estratégia de Saúde da Família (ESF)

favorece a ausência de busca ativa e de identificação de pessoas com hipertensão e/ou com exposição a fatores de risco para essa doença na comunidade, assim como ausência de orientação para o autocuidado.

Outro aspecto que reduz o desempenho proficiente neste aspecto epidemiológico é a ausência do uso sistemático das linhas-guias de cuidado, conforme levantamento realizado pela Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde (SSAPS), em instrumento de diagnóstico aplicado em março de 2014, junto às UAPS.

Ao analisar alguns principais indicadores da Produção Geral dos dados da assistência em saúde, observam-se em Juiz de Fora, segundo o DATASUS (base de referência de junho de 2013) a insuficiência do acesso à demanda programada, assim como da continuidade do cuidado nas ações assistenciais das UAPS, gerando forte desequilíbrio na integralidade do cuidado. Considerando a prevalência de demandas espontâneas nas agendas das unidades, isso, conseqüentemente, induz ao comprometimento da resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população, que apresenta maior prevalência de condições crônicas.

Nesta perspectiva, a existência majoritária de atendimento à demanda espontânea com baixas coberturas das ações programáticas (agenda programada) sugere um modelo de “pronto-atendimento”, centrado na doença e no modelo médico centrado, favorecendo a cultura da “fila”. Ou seja, o número excessivo de atendimentos imediatos pode estar relacionado a baixas coberturas de ações programáticas.

Ainda, observa-se a insuficiência de condições adequadas para o atendimento às urgências nas UAPS evidenciando a necessidade de fortalecer o caráter de porta de entrada da APS para o primeiro atendimento de urgência, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Não restam dúvidas que o PDAPS avoca a capacidade, enquanto política pública, da garantia do direito à saúde, pois se alinha com os atuais ordenamentos jurídicos no campo da saúde. Podemos demarcar duas normas disciplinares afetas ao modelo de atenção à condição crônica, sendo a primeira, a Portaria MS/GM nº 2.488/2011 e a Decreto GM/MS nº 252/2013, que instituem, respectivamente, a Política Nacional da Atenção Básica no âmbito do SUS e que regulamenta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) identificando a Atenção Primária como centro organizador da rede de cuidado.

Para a proposição desta política pública, tomou-se como referência as obras de Eugenio Vilaça Mendes, sustentadas por extensa revisão bibliográfica que nos aponta para uma necessidade de “superar a fragmentação existente nos sistemas de saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida” (MENDES, 2010).

Conceitualmente, as redes de atenção à saúde são:

“(…) organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Desta definição emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras,

reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis.” (MENDES, 2010).

Portanto, cabe-nos apresentar alternativas para a efetividade da norma sanitária, compreendendo a complexidade que configura o campo da implantação de políticas públicas de saúde em Juiz de Fora e também no Brasil. A gestão da Secretaria de Saúde, por intermédio da Subsecretaria de Atenção Primária (SSAPS), propõe formular e planejar um conjunto de ações (PDAPS) que busquem solucionar, ou ao menos, mitigar os diversos problemas apontados pelos dados socioepidemiológicos do município.

Listamos mais adiante os indicadores, alguns deles, afetos à APS e ao Modelo de Atenção a Condição Crônica, inscritas no Pacto pela Saúde de Transição 2013-2015, pactuado entre a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e o Ministério da Saúde, através das instâncias intergestores (CIB / CIT)¹³.

¹³ A pactuação realizada entre os três entes federados, com interveniência da SES/MG, considerando o Decreto nº 7.508/11, a Resolução nº 4 da CIT/2012,

Diagnóstico: Ausência de Modelo de Atenção à Saúde voltada para as Condições Agudas e para as Condições Crônicas

Diretrizes: Implantar Modelos de Atenção à Saúde para as Condições Agudas e para as Condições Crônicas

Estratégias

Na perspectiva da condição aguda:

Implantar e implementar um modelo de atenção às condições agudas, o que convoca algum tipo de classificação de risco na APS (Protocolo de Manchester): organizar o sistema de atenção às urgências e às emergências na perspectiva de RASs e da valorização da ESF como um ponto de atenção dessa rede – o que inclui classificar risco nas unidades de cuidados primários e adensá-las para atender às urgências menores e para fazer o primeiro atendimento das urgências maiores. Impõe-se para dar eficácia ao atendimento das condições e eventos agudos

Implantar e implementar o Protocolo de Manchester nas UAPS

que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca da responsabilidade sanitária para fins de transição dos processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do novo contrato a ser implementado; e a Resolução nº 5 da CIB/2013, que busca fortalecer o Planejamento do SUS e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP e que dispõe sobre as regras do processo de pactuação, diretrizes, objetivos, metas e indicadores para os anos de 2013 a 2015, devendo os mesmos constarem harmonicamente nos documentos de gestão para o monitoramento realizado pelos três entes federativos.

Capacitar os profissionais enfermeiros e médicos das UAPS para a classificação de risco (Protocolo Manchester)

Instalar os TRIUS para a classificação de risco (Protocolo Manchester) nas UAPS

Na perspectiva da condição crônica:

Implantar e implementar o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS) viabilizando a implantação de mecanismos gerenciais e de gestão do cuidado, tais como: Gestão territorial; Gestão do Cadastro da população adscrita (diagnosticar as necessidades de saúde da população, segundo riscos); Programação Local baseada nas necessidades da população (deve mudar de uma programação de oferta, centrada em parâmetros construídos por séries históricas, para uma programação de base populacional, derivada de parâmetros epidemiológicos definidos a partir de evidências e incorporados como parte integrante das diretrizes clínicas); Gestão da clínica e Gestão de Monitoramento e Avaliação

Reduzir o percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), considerando a predominância das condições crônicas como carga de doença na população de JF (Indicador atual: 11,34; Meta para 2014: 10,34; para 2015: 9,34).

Reduzir o índice de mortalidade prematura (<70 anos) de 30 a 69 anos, pelo conjunto das 4 principais DCNT: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Indicador atual: 331,7; Meta para 2014: 325,6; para 2015: 318,56.

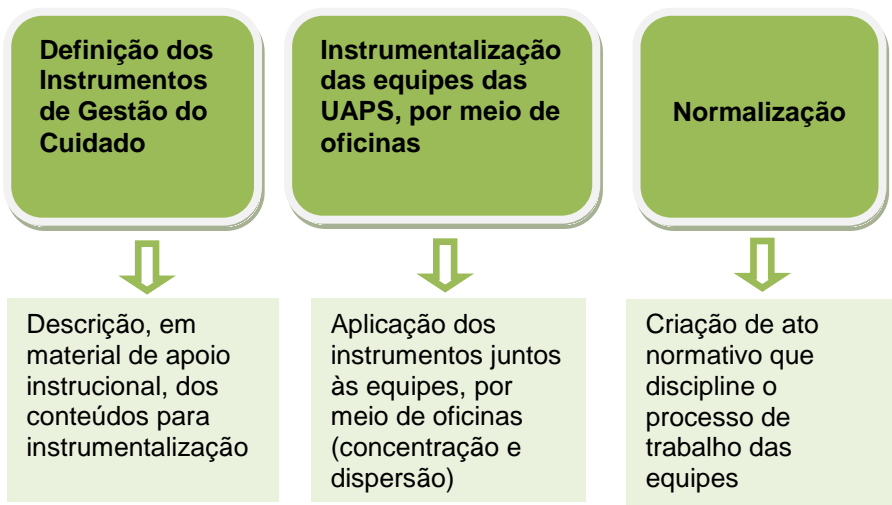
Fonte: Indicadores de transição entre o Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) 2013-2015.

Diante deste cenário, composto pelos dados socioepidemiológicos e estruturais da APS e pela ausência de um modelo de atenção voltado à condição crônica, atinente as atuais necessidades da população juizforana, faz-se urgente a utilização de estratégias que alterem esta realidade. Neste momento, portanto, como proposta de enfrentamento a estes problemas, propõe-se a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária (PDAPS-JF) no município de Juiz e Fora.

5 | Estratégia de Superação: a implantação do PDAPS

Para a efetiva implantação do PDAPS em Juiz de Fora, visando superar o quadro socioepidemiológico apresentado nas seções anteriores, foi adotada a seguinte estratégia de implantação:

Figura 2: Esquema da estratégia de implantação do PDAPS-JF



As normatizações, os instrumentos e as oficinas, constituem-se como estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS). Compreende-se que para a definição de novos processos

de trabalho, é necessária a formulação de atos administrativos disciplinadores dos processos de trabalho, que constituir-se-ão como ordenamento jurídico garantidor dos preceitos constitucionais. Ou seja, propõe-se implantação dos instrumentos de Gestão do Cuidado nas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) e a normalização da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Juiz de Fora, por meio de decreto, portarias e resoluções.

Os instrumentos, por sua vez, são os elementos balizadores para a modelagem dos processos de trabalho atinentes ao modelo da ESF e, com adaptações, ao modelo tradicional. Ou seja, os instrumentos constituem-se em conteúdos imprescindíveis para a gestão do cuidado nas UAPS.

Já as oficinas de instrumentalização das equipes, configuram-se como etapas (momentos) de incorporação dos novos processos de trabalho no interior das UAPS. Notadamente, esta etapa tem alto grau de complexidade, pois exige mudança de comportamento ensejadora de novas competências (conhecimento, habilidades e atitudes).

Para tal, o PDAPS não propõe mudanças repentinas e em curto prazo, mas sim um projeto com característica

processual, cíclico e dependente de políticas de educação permanente capazes de reconhecer o processo de trabalho como *locus* da aprendizagem dos trabalhadores ali inseridos. Para tal, os instrumentos e as oficinas são favorecedores e norteadores do desenvolvimento do PDAPS.

Almeja-se, portanto, instrumentalizar a APS para a construção de resultados que traduzam uma prática efetiva de cuidado, assim como estimular a descentralização gerencial atribuindo mais responsabilidades aos gerentes locais (supervisores), viabilizando um melhor controle sobre o desempenho das Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS).

Somando-se a isto, busca-se incentivar a utilização das informações gerenciais para otimizar o desempenho dos profissionais de saúde e tornar as UAPS mais permeáveis ao controle social¹⁴

O que se busca neste PDAPS, em última análise, é constituir uma matriz de intenções capaz de proporcionar mudanças na dimensão política e institucional para o

¹⁴ Ao definir metas claras e objetivas e os instrumentos de indicadores, favorece a participação no monitoramento dos órgãos de controle social por meio dos Conselhos Locais de Saúde.

desenvolvimento, fortalecimento e consolidação da Atenção Primária em Saúde no nosso município.

De modo claro, o Plano atende a necessidade candente de melhoria e fortalecimento gerencial das unidades e a implantação de modelos de atenção à saúde para as condições agudas e para as condições crônicas.

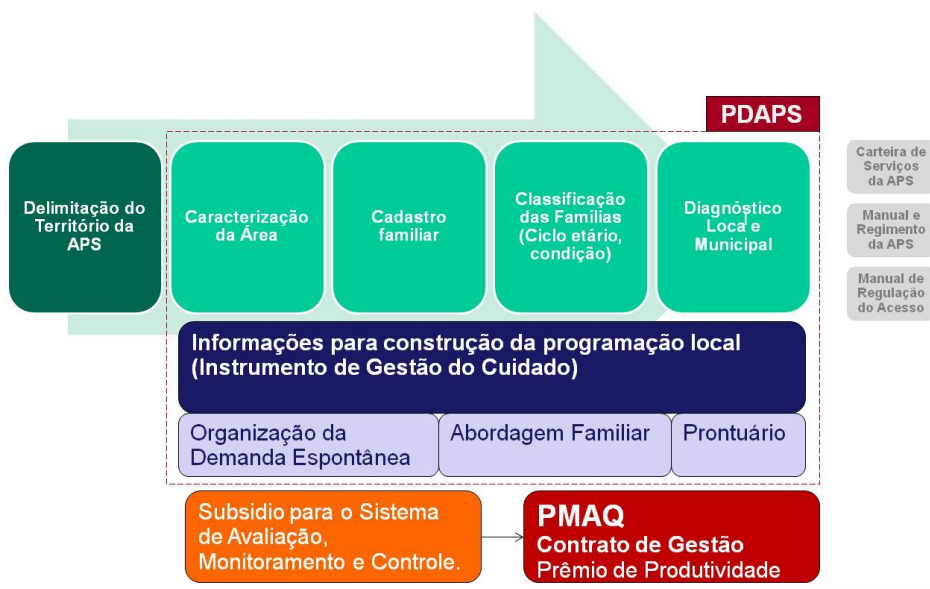
Por fim, é oportuno ressaltar que o PDAPS, de forma direta, favorece fortalecimento do controle social na APS do município, especialmente no âmbito local, já que cada instrumento implantado localmente deverá ser apreciado pelo Conselho Local de Saúde e deliberado pelo Conselho Municipal de Saúde, o que possibilitará a elaboração de Resoluções favorecedoras para o exercício do controle social. Portanto, o Conselho Local de Saúde deverá controlar, efetivamente, as ações de saúde das equipes das UAPS, participando da programação, do monitoramento e da avaliação da APS naquele espaço social.

O PDAPS deverá, ao final de sua implantação, normatizar a APS à luz da gestão do cuidado e qualificar os profissionais de todas as UAPS do município. Portanto, ele é a principal diretriz para a estruturação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e de toda a rede de APS, no

âmbito da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, cujo desenvolvimento prevê a melhoria dos processos da Atenção Primária à Saúde.

Abaixo, apresentamos o mapa conceitual¹⁵ do PDAPS e suas interfaces com outras ações de fortalecimento da APS em Juiz de Fora.

Figura 3: Mapa conceitual do PDAPS



¹⁵ O mapa conceitual representa graficamente as ações, etapas e os produtos, sugerindo os instrumentos de planejamento para a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde (PDAPS). Para tal, os instrumentos são favorecedores e norteadores do desenvolvimento do PDAPS.

5.1 | O macroprocesso como estratégia de normatização

Macroprocesso geralmente envolve mais de uma função da organização, cuja operação tem impacto significativo nas demais funções da UAPS. Dependendo da complexidade do processo, este é dividido em subprocessos com objetivos específicos, organizado seguindo linhas funcionais. Estes podem ser divididos nas diversas atividades que os compõem, e em um nível mais detalhado, em tarefas.

Os macroprocessos representam um conjunto de operações sucessivas e/ou paralelas que proporcionam um resultado bem definido. Geralmente como parte de um ciclo global de produção de um produto ou serviço (IQG, 2008).

O fluxo dos processos fornece parâmetros para relatar e manusear dados relativos aos mesmos. É uma forma de acompanhar a execução de tarefas constatando as necessidades de evolução e melhoria, gerando uma cadeia de valores (IQG, 2008).

Portanto, como descrito na estratégia de implantação do PDAPS, cada momento de **instrumentalização** dos

processos de trabalho deverão gerar um “**macroprocesso**”, objeto de **normatização** do PD. Trataremos, portanto, de sistematizar em **Procedimento Operacional Padrão – POP** todos os três momentos propostos no PDAPS.

O objetivo é estabelecer e fixar as condições para a execução de quaisquer operações de conteúdo técnico ou administrativo, fundamental para o gerenciamento dos processos, seja no nível local, seja no municipal, pois evidencia as atividades críticas que têm que ser realizadas para que a tarefa tenha bom resultado.

Um POP explicita ao executor a sequencia das atividades críticas e define as condições necessárias para sua execução, tais como equipamentos, materiais, local, momento de realização e responsável.

O bom desempenho dos trabalhadores no nível das tarefas e procedimentos é responsável pela qualidade dos processos nas UAPS. À SSAPS, caberá responsabilidade de coordenação da implantação do processo e efetuar a qualificação do pessoal com base no POP.

Além disso, o POP possibilita analisar os principais processos e seus resultados, gerando informações

necessárias para a avaliação e a melhoria do desempenho. A premissa é: o que é medido permite ser avaliado.

Um sistema de indicadores será vinculado aos processos, favorecendo, ao final, alinhar todas as atividades com as metas da SS (Saúde em Casa, Pacto pela Saúde, Plano Municipal de Saúde *etc*).

É com este propósito que surgem os indicadores de desempenho, como uma relação matemática que mensura atributos de um processo ou de seus resultados com o objetivo de comparar esta métrica advinda de eventos reais com metas e padrões preestabelecidos, permitindo a construção futura (e já pactuada no Plano Municipal de Saúde 2014-2017) do pagamento de prêmio de produtividade aos trabalhadores das UAPS.

5.2 | Os instrumentos e as oficinas de implantação do PDAPS

A metodologia de implantação prevê a instrumentalização dos processos de gestão do cuidado por meio de oficinas e reuniões sistematizadas junto às equipes das UAPS.

Esse processo partirá da formação de agentes multiplicadores e da atuação direta dos Supervisores das Unidades e terminará na realização dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e/ou normativas disciplinando a aplicação dos instrumentos trabalhados nas oficinas em cada uma das Unidades.

As intervenções das oficinas envolverão ações integradas nas seguintes áreas:

1. Diagnóstico local da atenção primária à saúde: processos de territorialização, cadastramento das famílias por riscos socio sanitários e definição da situação local;
2. Organização dos processos de trabalho, o que envolve os processos de humanização e acolhimento dos usuários, a organização da atenção programada por ciclos de vida e com base em riscos e a organização da atenção às urgências por graus de risco;
3. Implantação do prontuário familiar;

4. Implantação do sistema de regulação do acesso às especialidades médicas;

5. Implantação da gestão da clínica, por meio da implantação das linhas-guia com a utilização da tecnologia de gestão de patologia - o que implica a programação local e a gestão do monitoramento das produções assistenciais.

As oficinas:

Serão realizadas oficinas para alinhamento conceitual e desenvolvimento de habilidades para a construção dos instrumentos. As oficinas serão dirigidas aos Supervisores e Facilitador que serão replicadores nas oficinas locais para capacitação dos profissionais das Unidades (oficinas de replicação).

A condução das oficinas locais será de responsabilidade do facilitador e do Supervisor de cada Unidade. As oficinas deverão ser realizadas em local e horário adequado e, quando necessário, no próprio processo de trabalho. O material necessário para as oficinas será fornecido pela SSAPS/SS.

Serão utilizados textos de apoio e guias específicos para cada momento / oficina. O guia ou texto de apoio, além do conteúdo, apresentará orientações sobre as várias atividades das oficinas, comentários, referências bibliográficas e dicas para o facilitador e Supervisores das UAPS. A SSAPS/SS será responsável pela elaboração e impressão dos guias e textos de apoio.

Cada oficina/reunião será seguida por um período de dispersão onde os facilitadores, Supervisor e os trabalhadores cumprirão as tarefas específicas de cada etapa. No período de dispersão das oficinas locais, os trabalhadores deverão realizar as tarefas específicas de cada oficina que dizem respeito à implantação dos instrumentos de gestão da APS. No primeiro dia de cada oficina serão apresentados os resultados do período de dispersão.

Após esse processo, a UAPS deverá apresentar ao Conselho Local de Saúde, o instrumento de gestão da APS desenvolvido.

Ações estratégicas e instrumentos

As ações e instrumentos apresentados abaixo, serão organizados em quatro momentos (pormenorizados na próxima seção) que serão agendados em cronograma a ser divulgado junto aos atores envolvidos no PDAPS-JF. Ressalta-se que os instrumentos tomaram por base os Guias do PDAPS produzidos pela SES-MG/ESP-MG, 2008, e adaptados ao município de Juiz de Fora.

AÇÕES	INSTRUMENTOS
<p>Realizar o diagnóstico local:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ territorialização; ▪ cadastramento dos usuários/família; ▪ classificação das famílias por grau de risco; ▪ identificação dos problemas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ArcGis ▪ Guia metodológico de territorialização (Guia das Oficinas de Territorialização) ▪ Fichas SISAB/MS ▪ Manual SISAB
<p>Realizar programação local e pactuação de metas com as equipes de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planilha de programação local e Agenda Programada ▪ Linhas-guias
<p>Organizar o acesso à UAPS: demanda espontânea e demanda programada por ciclo de vida e por condições crônicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia PDAPS-JF ▪ Linhas-guias
<p>Normalizar os processos de trabalho das equipes de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia PDAPS-JF ▪ Linhas-guias ▪ Prontuário de SF
<p>Implantar o Manual do Prontuário de Saúde da Família e os instrumentos de abordagem familiar sistêmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prontuário de SF ▪ Manual APS
<p>Implementar a regulação do Acesso às Especialidades Médicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual de Regulação

AÇÕES	INSTRUMENTOS
Fortalecer a participação da comunidade e do controle social	<ul style="list-style-type: none">▪ Linhas-guias▪ Mobilização social▪ Deliberação do CMS e CLS dos instrumentos
Realizar o monitoramento local	<ul style="list-style-type: none">▪ Prontuário▪ Planilhas de monitoramento local
Implementar ações para o aperfeiçoamento do corpo técnico e gerencial	<ul style="list-style-type: none">▪ Oficinas▪ Curso básico▪ Educação permanente

Etapas de execução

As etapas de execução possibilitarão o planejamento das ações que, em seu conjunto, formam o PDAPS-JF. Para tal, foi pensado 4 (quatro) momentos de execução Plano, sendo:

1º Momento: Macroprocesso básico

1.1 Territorialização

1.2 Cadastro e estratificação da família

1.3 Processos básicos – curativo, esterilização, vacinação.

1.4 Manual de Regulação do acesso às Consultas de Especialidades Médicas

2º Momento: Macroprocesso para atenção à condição crônica

- 2.1 Implantação da Programação Local / Linha de Cuidado
- 2.2 Implantação da Agenda programada
- 2.3 Definição de critérios e parâmetros para organização de Grupos Operativos e Educativos
- 2.4 Prontuário da Família

3º Momento: Macroprocesso para organização da agenda espontânea:

- 3.1 Organização da agenda para episódios agudos (procedimentos para eventos mais comuns)
- 3.2 Classificação de Risco e 1º atendimento à U/E (manejo ao caso de urgente)

4º Momento

- 4.1 Finalização do Plano Diretor da APS e Apresentação do Contrato de Gestão / Normatização para o repasse de valor pecuniário à título de cumprimento de metas pre definidas nos instrumentos de planejamento e gestão da SS.

Adaptado da proposta em revisão do PDAPS pela SES-MG. 2013

Detalhamento dos Momentos do PDAPS-JF

1º Momento – Macroprocessos Básicos

1.1 – Territorialização

Objetivo	Realizar o levantamento de dados e elaboração do diagnóstico situacional da APS nas áreas de abrangência das equipes de saúde; elaborar plano de ação para fortalecimento da APS
Público	Profissionais das equipes de saúde, técnicos do nível central e Conselheiros de Saúde
Responsáveis	SSAPS e Sala de Situação
Produto final	a) Delimitação dos Territórios sistematizados b) Produção do Livro: A cartografia da APS - Uma análise sociodemográfica
Normatização	a) Portaria disciplinadora dos territórios de adscrição das UAPS b) Resolução do CMS

1º Momento – Macroprocessos Básicos

1.2 - / Cadastro e estratificação da família

Objetivo	Realizar o cadastramento das famílias e estratificação de risco nas áreas de abrangência das equipes de saúde
Público	Profissionais das equipes de saúde, em especial os ACSs, técnicos do nível central e Conselheiros de Saúde
Responsáveis	SSAPS
Produto final	a) ACSs capacitados para uso das Fichas SISAB b) (re) cadastro de 100% das famílias adscritas às Unidades de ESF
Normatização	Sem normatização interna. Conforme normativa MS

1º Momento – Macroprocessos Básicos

1.3 | Processos básicos: curativo, esterilização, vacinação

Objetivo	Instruir os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para processos básicos de cuidados primários: Curativo; Esterilização e Vacinação nas UAPS nas áreas de abrangência das equipes de saúde
Público	Profissionais das equipes de saúde, técnicos do nível central e Conselheiros de Saúde
Responsáveis	SSAPS e Sala de Situação
Produto final	c) POP por procedimento básico d) Gestão à vista nas UAPS nos locais de realização dos procedimentos
Normatização	c) Portaria disciplinadora dos POPs d) Resolução do CMS

1º Momento – Macroprocessos Básicos

1.4 | Manual de Regulação do acesso às Consultas

Objetivo	Implantação do Manual de Regulação do Acesso às Especialidades médicas; acesso regulado por meio da cotização das vagas de especialidades com base na população e nas prioridades de encaminhamento, utilizando o Sistema SIGA Saúde, mas, inicialmente por meio da CMC
Público	Profissionais das equipes de saúde, Profissionais do nível secundário e prestadores de serviço, técnicos do nível central e Conselheiros de Saúde
Responsáveis	SSAPS/SSRG/SSR/SSTI
Produto final	a) Guia / Manual de Regulação às Especialidades médicas b) Protocolos de Acesso por especialidades c) Customização SIGA para a regulação das vagas (Cotização da oferta e priorização da demanda) d) <i>Call Center</i>
Normatização	Portaria disciplinando o fluxo de regulação. Resolução do CMS

1º Momento – Macroprocessos Básicos

1.5 | Prontuário da Família

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Implantar os formulários do Prontuário da Família – abordagem familiar, formulários clínicos de primeira consulta e consultas subsequentes por ciclo de vida, condição ou patologia e instrumentos para avaliação e acompanhamento clínico individual; b) Implantar a utilização das Linhas-guias de atenção à saúde no atendimento aos usuários e famílias, segundo o roteiro do prontuário; c) Aplicar os princípios de manuseio e arquivamento dos prontuários na UAPS
Público	Profissionais das equipes de saúde, Profissionais do nível secundário e prestadores de serviço, técnicos do nível central e Conselheiros de Saúde
Responsáveis	SSAPS/SSRG/SSR/SSTI
Produto final	<ul style="list-style-type: none"> a) Manual do Prontuário da Saúde da Família b) Formulários do Prontuário de Saúde da Família e Linhas-guias de Atenção à Saúde
Normatização	Portaria disciplinando o Prontuário da Família Resolução do CMS

2º Momento – Macroprocesso para a Condição Crônica

2.1 | Implantação da Programação Local e Linha de Cuidado / 2.2 | Implantação da Agenda programada

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Aplicar os instrumentos de programação local (planilhas para programação de ações de saúde na atenção aos usuários por ciclo de vida condição e/ou patologia); b) Definir os princípios, critérios, periodicidade e responsabilidades na construção das agendas das UAPS; c) Elaborar a programação local das UAPS
Público	Profissionais das equipes de saúde, Profissionais do nível secundário e prestadores de serviço, técnicos do nível central e Conselheiros de Saúde
Responsáveis	SSAPS
Produto final	<ul style="list-style-type: none"> a) Programação Local b) Agenda Programada
Normatização	Portaria disciplinando a Programação Local Resolução do CMS

3º Momento – Organização da agenda espontânea

3.1 | Organização da agenda para episódios agudos 3.2 | Classificação de Risco e 1º atendimento à U/E

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Organização da demanda espontânea através da identificação e padronização dos procedimentos para episódios agudos mais comuns b) Implantar o acolhimento com classificação de risco dos usuários da livre demanda
Público	Profissionais das equipes de saúde, Profissionais do nível secundário
Responsáveis	SSAPS/SSRG/SSR/SSTI
Produto final	<ul style="list-style-type: none"> a) procedimentos para episódios agudos mais comuns, por meio de POPs b) Protocolo de Manchester
Normatização	Portaria disciplinando o Prontuário. Resolução do CMS

4º Momento – Macroprocesso para a Condição Crônica

Finalização do Plano Diretor da APS e Apresentação do Contrato de Gestão

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> a) Normatização do PDAPS para fortalecer e consolidar a APS no município b) Implantar o contrato de gestão junto às equipes/trabalhadores para o repasse de valor pecuniário referente ao cumprimento de metas predefinidas nos instrumentos de planejamento e gestão da SS c) aplicar os instrumentos e ações de monitoramento nas UAPS; d) implantar o Sistema de Monitoramento Local
Público	Profissionais das equipes de saúde, Profissionais do nível secundário e prestadores de serviço, técnicos do nível central e Conselheiros de Saúde
Responsáveis	SSAPS
Produto final	<ul style="list-style-type: none"> a) Contrato de Gestão com as Equipes b) Monitoramento da Programação Local realizado pelas equipes
Normatização	Portaria disciplinando a Programação Local Resolução do CMS

5.3 | Os Resultados Esperados: Perspectivas de mudança e melhoria da qualidade dos serviços na APS em Juiz de Fora

Como resultado esperado com a realização das oficinas para a implantação dos instrumentos do PDAPS, elencado na seção anterior, busca-se constituir em Juiz de Fora perspectivas de mudança e melhoria da qualidade dos serviços na APS em Juiz de Fora.

Para tal, será apresentado abaixo detalhamento do potencial proposto para cada instrumento e suas perspectivas de mudança no cotidiano das UAPS.

O CADASTRO FAMILIAR¹⁶

O cadastro familiar é o primeiro passo para o conhecimento das famílias residentes na área de responsabilidade da UAPS. Este conhecimento será complementado pelo levantamento de problemas familiares, através das fichas de alimentação do Sistema

¹⁶ Ver Manual do Prontuário da Família, SES/MG. Texto adaptado do Guia do PDAPS (SES-MG/ESP-MG, 2008)

de Informação da Atenção Básica (disponibilizadas pelo Ministério da Saúde), preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos domicílios dos usuários adscritos pelas UAPS's.

É um momento importante para estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família, a partir do qual se dará o acompanhamento das várias situações apresentadas.

O resultado esperado do cadastramento é conhecer as famílias residentes nas áreas de responsabilidade das equipes de saúde, relacionando os seus integrantes, a situação de moradia e outras informações necessárias para o planejamento e programação das ações de saúde pelas equipes das UAPS. Para tal, é fundamental que a SSAPS/SS invista na identificação e cadastro de 100% das famílias residentes na área de responsabilidade das UAPS.

O DIAGNÓSTICO LOCAL¹⁷

O Diagnóstico Local reúne todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob a sua responsabilidade. Para que haja, de maneira efetiva, o processo de mudança em prol da qualidade dos serviços da APS em Juiz de Fora, faz-se fundamental termos as informações da situação de saúde da nossa população.

Esse atributo é determinante na mudança do conceito atualmente vigente, que é atender os usuários em sua condição de agudização. Ou seja, a atuação de pronto atendimento praticado nas nossas UAPS não gera resultados positivos no cuidado e atenção à população residente e de responsabilidade das UAPS.

Portanto, é de fundamental importância para que a equipe possa programar as ações de saúde e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação de saúde. O conjunto de informações das várias áreas do município, somadas a informações coletadas pelas UAPS, permite o

¹⁷ Ver *Manual da APS*. SES de Minas Gerais, 2007. Texto adaptado do Guia do PDAPS (SES-MG/ESP-MG, 2008).

conhecimento da situação de saúde, ou seja, o Diagnóstico Local e Municipal de Saúde.

Como resultado esperado, vislumbra-se conhecer o perfil epidemiológico da população e os fatores socioeconômicos que influenciam a saúde dos indivíduos e da comunidade.

Para tal, segue abaixo a matriz para traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população residente na área de responsabilidade da equipe de saúde, por ciclo de vida. Tais informações serão fundamentais para a realização da programação local nas UAPS.

CRIANÇAS

Nº de crianças nascidas com baixo peso, no último ano, por área.

Nº de crianças nascidas com prematuridade, no último ano, por área.

Nº de mortes de crianças menores de 1 ano, nos últimos 5 anos, por área – evento sentinela.

ADOLESCENTES

Nº de adolescentes grávidas identificadas, no último ano, por área

Nº de adolescentes 15 a 19 anos HIV positivos identificados no último ano, por área

ADULTOS

Nº de adultos com hipertensão arterial identificados, por área

Nº de adultos com diabetes identificados, por área

Nº de adultos com tuberculose identificados no último ano, por área

Nº de adultos com hanseníase identificados no último ano, por área

Nº de adultos HIV positivos identificados no último ano, por área

GESTANTE

Nº de gestantes identificadas, no último ano, por área

Nº de gestantes de risco habitual identificadas, no último ano, por área

Nº de gestantes de alto risco identificadas, no último ano, por área

Nº de mortes maternas ocorridos nos últimos 5 anos, por área – evento sentinela

IDOSO

Nº de idosos, por área

Porcentagem da população idosa em relação à população total

A partir do diagnóstico local, buscar-se-á organizar as ações e serviços na APS, utilizando da Planilha de Programação Local (explicação detalhada na seção seguinte), conforme demonstrado abaixo:

SERVIÇOS A SEREM PROGRAMADOS

CRIANÇA

Nº de crianças menores de 1 ano inscritas na puericultura	Cartão Espelho da sala de vacina e outros sistemas de registro da UAPS
Nº de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia	
Nº de crianças menores de 5 anos com desnutrição moderada ou grave inscritas no acompanhamento	
Nº de crianças menores de 5 anos com doenças respiratórias moderadas ou graves inscritas no acompanhamento	

ADOLESCENTE

Nº de adolescentes de 10 a 14 anos inscritos no programa de acompanhamento	Outros sistemas de registro da UAPS
Nº de adolescentes grávidas acompanhadas no último ano	
Nº de adolescentes 15 a 19 anos soropositivos inscritos no acompanhamento	

ADULTO (> 20 anos)

HIPERTENSÃO (inclui adulto e idoso)	
Nº de adultos hipertensos cadastrados	Outros sistemas de registro da UAPS
Nº de adultos hipertensos de baixo risco cadastrados	
Nº de adultos hipertensos de médio risco cadastrados	
Nº de adultos hipertensos de alto e muito alto risco cadastrados	
DIABETES (inclui adulto e idoso)	
Nº de adultos diabéticos cadastrados	SIAB e outros sistemas de registro da UAPS
Nº de adultos com diabetes sem tratamento medicamentoso cadastrados	
Nº total de diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão cadastrados	
Nº de adultos diabéticos não usuário de insulina com hipertensão cadastrados	
Nº de adultos diabéticos usuários de insulina cadastrados	
TUBERCULOSE	
Nº de adultos com tuberculose pulmonar bacilífera acompanhados no último ano	Livro Preto
HANSENÍASE	
Nº de adultos com hanseníase acompanhados no último ano	Livro Preto
HIV/AIDS	
Nº de adultos soropositivos inscritos no acompanhamento	Sistemas de registro da UAPS
SAÚDE MENTAL	
Nº de adultos com transtornos mentais inscritos no acompanhamento	Sistemas de registro da UAPS
CÂNCER DA MULHER	
Nº de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram coleta de exame papanicolau no último ano	Sistemas de registro da UAPS
Nº de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia no último ano	
GESTANTE	
Nº de gestantes inscritas no pré-natal	SINASC, SIAB

Nº de gestantes risco habitual acompanhadas, com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	e outros sistemas de registro da UAPS
Nº de gestantes de alto risco acompanhadas, com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	
IDOSO	
Nº de idosos ≥ 80 anos inscritos no acompanhamento	SIAB e outros sistemas de registro da UAPS
Nº de idosos de 60 a 79 anos de alto risco (polipatologias, polifarmácia, imobilidade, incontinência, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, história de internação frequente, dependência para AVD, insuficiência familiar) inscritos no acompanhamento	

Fonte: Guia do PDAPS, Oficina IV. SES-MG, 2008

A PROGRAMAÇÃO LOCAL¹⁸

A organização das formas de acesso do usuário às UAPS em Juiz de Fora deverá ter como marco o reconhecimento das pessoas/famílias adscritas às Unidades, num processo de territorialização, identificando os problemas de saúde (Diagnóstico Local). A partir das diretrizes estabelecidas nas linhas-guias, propõe-se o dimensionamento dos serviços e a organização dos processos de trabalho na UAPS, critério fundamental para o planejamento das ações de saúde junto à população com alguma condição crônica.

¹⁸ Adaptação do texto elaborado por Maria Emi Shimazaki e Adriana de Azevedo Mafra. In: Oficina IV do PDAPS. SES-MG, 2008.

Com o objetivo de organizar as formas de acesso do usuário na UAPS, propõe-se a organização do processo de trabalho em:

- Atenção à demanda espontânea - urgência e emergência;
- Atenção programada.

Em qualquer horário, todos os usuários em situação de urgência ou emergência deverão ser atendidos de imediato pela equipe de saúde. A equipe deverá realizar os primeiros cuidados necessários, providenciar o suporte adequado e transferir de forma segura para o ponto de atenção competente, pactuado e com capacidade resolutive.

Na atenção à demanda espontânea, as situações que não se caracterizam como urgência ou emergência deverão ter a situação/queixa avaliada pelo profissional que poderá, dependendo da sua necessidade e também da disponibilidade do serviço:

- Atendê-lo de imediato,
- Agendar uma consulta,
- Encaminhá-lo para outro ponto de atenção.

Na atenção programada, procurar-se-á respeitar o critério de adscrição da clientela em relação à equipe da Saúde da Família, ou seja, o usuário deverá, preferencialmente, ser identificado pelo agente comunitário de saúde e atendido pelo médico, enfermeiro ou outro profissional de sua área de residência.

O objetivo é respeitar os princípios do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade do cuidado e viabilizar o vínculo com a equipe de saúde.

Procura-se organizar o serviço, pautando-se não mais pelos eventos agudos, mas pela abordagem dos problemas crônicos e/ou condições crônicas.

A Atenção Programada abrange todos os ciclos de vida dos indivíduos/famílias - desde o nascimento à velhice – estruturados a partir das Linhas-guias e operacionalizados por redes integradas de atenção, com o objetivo de promover a saúde, identificar precocemente e controlar as patologias de relevância, prestar assistência de forma integrada e resolutiva.

Para a Atenção Programada serão destinados atendimentos e consultas agendadas, em cada turno de atendimento, estabelecendo-se o limite máximo de

consultas por turno, conforme critério estabelecido pela SSAPS/SS, de comum acordo com as equipes de saúde e Conselho Local de Saúde¹⁹.

Os quantitativos de consultas e atendimentos programados deverão ser calculados a partir dos parâmetros estabelecidos na Planilha de Programação Local, que utilizou para o manejo do cuidado, os das Linhas-guias disponibilizadas pela SES-MG e, com base nos dados do Prontuário de Saúde da Família - diagnóstico e cadastramento das famílias residentes no território.

Os atendimentos programados são agendados previamente e consensuados com os usuários. Deve-se, evitar o acúmulo das pessoas nos mesmos horários e os longos períodos de espera.

A organização do atendimento dar-se-á de acordo com os ciclos de vida ²⁰ - SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA GESTANTE, DO ADULTO E DO IDOSO – ou por patologias de maior relevância -

¹⁹ Normatização da padronização do número de atendimento pelas UAPS (Saúde da Família) encontra-se em processo de discussão e pactuação junto aos trabalhadores e Conselho Municipal de Saúde.

²⁰ Contidos nas Diretrizes clínicas (Linhas-Guias) oferecidas pela SES-MG.

HIPERTENSÃO, DIABETES, TUBERCULOSE, HANSENÍASE, TRANSTORNOS MENTAIS, DST/Aids, entre outras.

Para tal, a Programação Local²¹ tem por objetivo:

- Melhoria do atendimento prestado à população de um determinado território, focando a pessoa do usuário, a sua família e a sua comunidade.
- Definição de um conjunto de ações de saúde necessárias para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e resolução de problemas de saúde identificados em um determinado território.
- Deve ser precedida por um diagnóstico local e operacionalizada através da organização dos serviços prestados pela equipe de saúde.

O PDAPS, portanto, visa criar um ambiente favorável, através de oficinas e encontros, que oportunizem discussões com toda a equipe sobre o diagnóstico da área de responsabilidade e encontros de toda a equipe para apropriação e organização dos passos para programação local.

²¹ Texto de apoio extraído do *Manual da Atenção Primária à Saúde – SES/MG*. In: Oficina IV do PDAPS. SES-MG, 2008.

A programação deverá ser feita para a área de responsabilidade de cada equipe de saúde da família e para a sua população adstrita para o período de 1 ano a partir da situação de saúde diagnosticada previamente.

O instrumento de programação é a Planilha de Programação Local, a ser disponibilizada pela SSAPS/SS, que é organizada por ciclo de vida, patologia ou condição e estratificação por grau de risco e estabelece:

- os dados de cadastro da população, por faixa etária e sexo;
- a situação de saúde da população cadastrada, com dados epidemiológicos e assistenciais;
- os resultados esperados para a resolução de problemas de saúde e melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população;
- as atividades mínimas a serem executadas para alcançar estes resultados;
- os parâmetros para realização das atividades, visando a garantia da qualidade das ações de saúde;
- as responsabilidades dos componentes das equipes na realização destas atividades, possibilitando a organização do serviço da UAPS;

- o público alvo a ser beneficiado, identificado por ciclo de vida, patologia ou condição e grau de risco;
- o quantitativo de atividades a serem executadas;
- as metas progressivas a serem alcançadas até a cobertura total da população;
- o prazo para cumprimento destas metas.

A Planilha da Programação Local fornecerá, após o lançamento dos dados relativos à população cadastrada, por faixa etária e sexo, as seguintes informações:

- A planilha da **Situação de Saúde** que analisa alguns dados epidemiológicos e assistenciais.
- Na primeira coluna identifica a população alvo, com suas condições e patologias.
- Na segunda coluna indica os parâmetros de incidência ou prevalência destas condições e patologias. A aplicação destes parâmetros, o valor em porcentagem, calcula a **População Alvo Estimada**;
- A equipe deve lançar na **População Alvo Atendida**, o número de usuários identificados ou cadastrados no acompanhamento da unidade de saúde.
- Com este dado, será calculada, automaticamente, a **Cobertura de Atendimento**, indicando o vazio

de assistência (diferença entre o percentual de cobertura encontrado com o ideal de 100% de cobertura) que deve ser superado com a programação de ações.

Da mesma forma, a Planilha de Programação Local, fornecerá as seguintes informações:

- Ações de atenção e cuidado para CRIANÇA, ADOLESCENTE, ADULTO, GESTANTE, IDOSO e OUTRAS AÇÕES com as principais atividades a serem programadas para acompanhamento da população alvo.
- Em cada uma das planilhas, as atividades são descritas, com parâmetros mínimos para a sua realização, assim como o responsável pela sua execução.
- A equipe deve definir a META PROGRAMADA, indicando a porcentagem de cobertura (%) que deseja alcançar para cada uma das atividades.
- A meta é sempre numérica e pode ser progressiva desde a atual porcentagem de cobertura até a cobertura total da população (100%).
- A planilha calculará o número correspondente de usuários beneficiados na atividade, assim como o

quantitativo destas atividades para o prazo de um ano.

Ao final da Planilha de Programação, cada UAPS (SF) terá o CONSOLIDADO das ações a serem programadas por ciclo de vida, condição ou patologia com o somatório de todos os procedimentos realizados no atendimento aos usuários dos vários ciclos de vida e com as várias condições e patologias e permite a análise do atendimento com relação ao tempo reservado para a atenção programada, para a atenção à demanda espontânea, para as atividades de educação permanente e para as atividades administrativas.

Para que a Agenda Programada tenha aplicação, é necessária a padronização do atendimento²², definindo uma unidade de programação – o atendimento – por categoria profissional, que poderá corresponder ao atendimento mais frequente da categoria, como consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento técnico de enfermagem e visita domiciliar.

²²

Normatização da padronização do número de atendimento pelas UAPS (Saúde da Família) encontra-se em processo de discussão e pactuação junto aos trabalhadores e Conselho Municipal de Saúde.

Com estes dados, a planilha fará o cálculo da CAPACIDADE POTENCIAL DE ATENDIMENTO, por dia, semana, mês e ano, para cada uma das categorias profissionais.

Como parâmetro de equilíbrio para a agenda dos profissionais, deve-se garantir que 50 a 60% do tempo seja dedicado à atenção programada e 40 a 50% ao atendimento da demanda espontânea, à educação permanente e às atividades administrativas²³. Essa premissa configurará como um importante passo para a garantia da atenção aos usuários crônicos, tirando-os da “fila” e consolidando o modelo preconizado pela Saúde da Família, qual seja: promoção e prevenção através do manejo adequado aos usuários crônicos do território de responsabilidade da UAPS.

Como resultado esperado, espera-se realizar a organização da agenda da equipe de saúde no tocante a atenção à demanda espontânea e programada.

A elaboração da agenda da equipe da UAPS visa identificar as atividades programadas para os usuários de cada ciclo de vida ou patologia, por profissional da equipe,

23

Caso não seja alcançado este equilíbrio, deve-se retornar às planilhas de programação, definir as prioridades do atendimento e rever as metas progressivas definidas na programação das atividades em cada ciclo de vida.

o tempo a ser dedicado à educação permanente e às atividades administrativas e o tempo definido para a demanda espontânea.

É importante frisar que a implantação da agenda programada, além de possibilitar a adequada atenção e cuidado aos usuários crônicos, visa constituir critério de monitoramento e avaliação da UAPS e possibilitar a apresentação para os usuários e para o Conselho Local de Saúde como forma de controle social para a garantia da qualidade dos serviços prestados.

A elaboração da Programação Local da atenção primária à saúde

A programação local faz-se em cada UAPS, onde se presta a atenção primária à saúde. A unidade mínima de programação será a equipe de saúde da família. A programação será feita para o território de responsabilidade de cada equipe de saúde da família e para a sua população adscrita. Em unidades onde não se implantou a Saúde da Família a programação será feita para o território de responsabilidade da Unidade - a área de abrangência - e para a sua população adscrita.

Como se viu anteriormente, a programação local será feita utilizando-se a planilha de programação que é parte integrante das linhas-guia, referentes à atenção primária à saúde nas condições e patologias prioritárias. Essa planilha contém os parâmetros de atenção à saúde que devem orientar a programação.

Por exemplo, a linha-guia de atenção ao pré-natal da SES-MG (2003) contém, dentre outros, os seguintes parâmetros em sua planilha de programação: inscrever, no mínimo, 70% das gestantes residentes na área de abrangência até o 4º mês de gestação; prover, no mínimo, 6 consultas para cada gestante; realizar os exames previstos nos protocolos em 100% das gestantes; imunizar 100% das gestantes inscritas; realizar exames para HIV, sífilis e toxoplasmose em 100% das gestantes; notificar 100% dos casos positivos de HIV, toxoplasmose e sífilis; tratar 100% das gestantes positivas para HIV, toxoplasmose e sífilis; identificar as patologias que possam resultar em trabalho de parto prematuro em 100% das gestantes inscritas; detectar e encaminhar 100% das gestantes de risco para o serviço de referência; e realizar o monitoramento de 100% das gestantes conforme a linha-guia.

A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que a irá executar. Há que se estabelecer objetivos realísticos, em termos de resultados esperados, para o processo de gestão da condição de saúde. Indicadores de resultados bem específicos são definidos e validados pelos profissionais de saúde.

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ATRAVÉS DA PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL²⁴

A gestão da condição da saúde tem como premissa a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a rede de assistência. Visa a os resultados econômicos, clínicos e humanísticos no cuidado da saúde.

Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação, englobando o conjunto de pontos de atenção à saúde de uma rede assistencial, com o objetivo de alcançar bons resultados

²⁴ Oficina IV do PDAPS. SES-MG, 2008.

clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica.

A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica: é a mudança de um modelo médico individual, a um doente, por meios de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce com vistas a melhores resultados e menores custos.

A gestão da condição de saúde é uma tecnologia especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção à saúde.

A ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DA EQUIPE DA APS PARA A ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA²⁵

Quando se propõe implantar a Programação Local, viabilizando o cuidado adequado e de qualidade aos

²⁵ Texto de apoio extraído do *Manual da Atenção Primária à Saúde – SES/MG*.

usuários crônicos, deve-se também compreender que ainda temos que programar na agenda o cuidado aos usuários agudos, que buscam a UAPS. Para tal, a livre demanda deve ser trabalhada evitando que esta esgarece a possibilidade de uma agenda programada na UAPS, especialmente pela cultura que temos de buscar a UAPS somente nos momentos de agravamento da situação de saúde.

Neste sentido, a programação do cuidado aos usuários das UAPS deve estar voltada para o acolhimento desta demanda de forma responsável e organizada visando evitarmos as filas, que desumanizam o atendimento e ferem, frontalmente, os princípios ordenadores do SUS.

Talvez, as filas sejam um dos maiores problemas que temos hoje na APS do município, gerando alto nível de estresse dos trabalhadores, indignação dos usuários e inefetividade do serviço. Geralmente, as filas expressam a lógica atual de um modelo agudocêntrico, que centraliza o cuidado na figura do profissional médico e gera um elevado número de encaminhamentos aos níveis subsequentes de atenção (secundário e terciário), especialmente no encaminhamento de marcações de consultas de especialidades médicas e de exames / apoio diagnóstico.

Lamentavelmente, as filas são cenas comuns em nosso cotidiano. E as histórias se repetem. Pessoas exaltadas reclamando pelos longos períodos de espera e as UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) com um número elevado de casos que deveriam ser atendidos nas UAPS, pois não se caracterizam como emergência.

Ao ouvir os supervisores e profissionais das UAPS têm-se como discurso recorrente, a escassez e a inadequação dos recursos (humanos, materiais, insumos e administrativos) para atender a livre demanda. Ao analisar mais atentamente o atendimento nas UAPS, também se observam os cartazes nas portas das unidades, informando o número limitado de consultas médicas, a distribuição de senhas, por ordem de chegada, sem ofertar alternativa, sem avaliar a gravidade e o risco, as agendas restritivas e as respostas lacônicas: “não tem consulta”, “não tem agenda”, “o doutor não pode atender”, enfim, a cultura do “não”.

Neste cenário, cabe à gestão regular e organizar o serviço de Atenção Primária no município, por meio de políticas públicas capazes de superar o cotidiano narrado acima. É por essa razão, que propõe-se o PDAPS, para normalizar a APS de acordo com os princípios de uma Estratégia de

Saúde da Família de qualidade e resolutiva. Acredita-se que desta forma, também, será possível superar o ciclo vicioso, nocivo de *culpabilização* dos trabalhadores e dos usuários do sistema.

Para os usuários, as consequências são perversas: imensas filas, salas e corredores abarrotados, longos períodos de espera, por vezes sem resposta. Entretanto, constatar o problema não é suficiente para imprimir as mudanças necessárias. É preciso empenhar-se na construção de estratégias que promovam as mudanças no cotidiano dos serviços.

Faz-se necessário, portanto, a adoção de novas práticas, com o desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências gerenciais, técnicas e de relacionamento, exigindo ampla mobilização dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade civil para viabilizar o acesso, com equidade e solidariedade, através do Acolhimento dos cidadãos.

O ACOLHIMENTO²⁶

O Acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da UAPS, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.

Tem como objetivo receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos. A prática do Acolhimento fundamenta-se no trabalho integrado, no comprometimento de toda a equipe de saúde, e não apenas de um grupo de profissionais, devendo ser inserida no processo de trabalho.

O Acolhimento não deve ser entendido como um procedimento isolado realizado pela enfermagem ou por parte da equipe, como um mecanismo de triagem, ou como um trabalho na sala de espera da unidade básica de saúde. O Acolhimento modifica a lógica do atendimento, por ordem de chegada, na fila de espera da unidade de saúde, por um processo de identificação da clientela em situação de emergência ou de urgência,

²⁶

Oficina IV do PDAPS, SES/MG, 2008

priorizando-a para atendimento imediato, procurando, assim, diminuir a possibilidade de agravamento.

Viabiliza também o atendimento das demais pessoas de forma organizada e racional, através da atenção agendada e programada.

Acolher não é tarefa fácil, pois implica na mudança da cultura organizacional, resultando na quebra das barreiras ao acesso, na agilização do atendimento e na responsabilização por parte das equipes, pela atenção primária da população adscrita às UAPS. Mas, para que a equipe de saúde possa reorganizar a sua prática assistencial e estabelecer um novo processo de trabalho, faz-se necessário a incorporação de novas tecnologias em saúde.

Dentre elas, encontram-se as tecnologias da gestão da clínica - as linhas-guias, os protocolos clínicos, o prontuário da família e o sistema de informação gerencial. Estas tecnologias visam instrumentalizar os profissionais para que estabeleçam um conjunto de atividades, desempenhos e fluxos, para a reorganização dos processos de trabalho nas unidades de saúde.

No entanto, para a efetivação da mudança da prática assistencial, faz-se necessário o comprometimento da equipe de saúde, o planejamento integrado das ações e o compartilhamento com a comunidade local, através dos Conselhos Locais de Saúde.

Para tanto, propõe-se uma ampla mobilização e o estabelecimento de um pacto em prol do Acolhimento entre as equipes de saúde, gestor e o Conselho Local de Saúde, além de outras representações da sociedade civil, com vistas à consolidação de um serviço que prime pelos princípios de solidariedade, equidade e ética social.

O Acolhimento inicia-se com o reconhecimento das pessoas/famílias adscritas à UAPS, num processo de territorialização, identificando os problemas de saúde. A partir das diretrizes estabelecidas nas Linhas-guias, propõe-se o dimensionamento dos serviços e a organização dos processos de trabalho na UAPS.

Objetivando organizar as formas de acesso do usuário nas UAPS, é importante destacar duas estratégias de organização do processo de trabalho: a atenção a demanda aguda e a atenção programada.

Para tal, propõe-se que todos os usuários em situação de urgência ou emergência deverão ser atendidos pelas equipes de saúde. A equipe deverá realizar os primeiros cuidados necessários, providenciar o suporte adequado e transferir de forma segura para o ponto de atenção competente para resolver o caso.

Na atenção à demanda espontânea, as situações que não se caracterizam como emergência ou urgência deverão ter a queixa avaliada pelo profissional da UAPS que poderá atendê-lo de imediato ou agendar uma consulta (agendamento programado), ou encaminhá-lo para outro ponto de atenção, dependendo da sua necessidade e também da disponibilidade do serviço.

Sempre que possível, salvo os casos de urgência/emergência, deve-se priorizar inicialmente as gestantes, as crianças, os portadores de deficiências e os idosos.

Os usuários que têm retornos de consultas/atendimentos agendados, vacinas, curativos, exames, entre outros, devem ser encaminhados para as atividades correspondentes.

Para os usuários que procuram a UAPS, motivados por um problema, ou uma queixa, ou um evento agudo, propõe-se a CLASSIFICAÇÃO DE RISCO que é uma atividade realizada por profissionais da equipe de saúde – enfermeiros e médicos, devidamente capacitados para proceder a uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade.²⁷

Com o Acolhimento, procura-se organizar o serviço através da demanda programada, pautando-se não mais apenas pelos eventos agudos, mas pela abordagem dos problemas crônicos e/ou condições crônicas.

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO²⁸

São objetivos da CLASSIFICAÇÃO DE RISCO a busca em humanizar e personalizar o atendimento, avaliar o usuário logo na sua chegada para identificar a gravidade do caso, estabelecer a prioridade de atendimento do usuário de acordo com a gravidade do caso, determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado de acordo

²⁷ Iniciamos a implantação do Protocolo de Manchester e a Classificação de Risco nas UAPS, através da capacitação dos enfermeiros e da instalação dos TRIUS nas UAPS. O processo encontra-se em andamento.

²⁸ Oficina IV do PDAPS, SES/MG, 2008

com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso e prestar informações adequadas ao usuário/familiares.

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico.

Assim, os usuários que buscam a UAPS, por situação de urgência e emergência ou por demanda espontânea, devem ser abordados por um profissional para a CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Portanto, a presença de um ou mais sinal de risco aponta para a necessidade de atendimento imediato. Para o atendimento inicial dos casos de urgência ou de emergência, faz-se necessário que a equipe tenha o suporte para transferência segura – SAMU para um ponto de atenção secundário ou terciário.

Na ausência de sinais de risco, o profissional deve analisar a necessidade do usuário e oferecer um atendimento ou consulta agendada, compatibilizando a disponibilidade do usuário e do serviço.

É importante destacar que a classificação de risco é apenas uma ferramenta de trabalho na organização da atenção a demanda aguda. Para tal, deve-se utilizar outras ferramentas de cuidado, como por exemplo o acolhimento e a escuta qualificada, visando não gerar uma barreira de acesso do usuário aos cuidados da equipe da UAPS.

O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NA APS

O fortalecimento do controle social, no âmbito local, é fundamental para a consolidação da APS. Esse território social de abrangência das equipes das Unidades de Atenção Primária constitui o espaço social de forte privilegiamento das ações dos cuidados primários.

Portanto, o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde deverão constituir, em cada área de abrangência das Unidades, uma agenda de participação social para o efetivo controle social, participando da programação local, do monitoramento e da avaliação da UAPS naquele espaço social.

Nessa perspectiva, a atuação do controle social, através dos Conselhos Locais de Saúde, na participação da elaboração da programação local da APS e monitoramento de sua implantação, constituirá uma agenda favorável para o fortalecimento do Conselho de Saúde.

6 | Operacionalização

O maior desafio para a efetiva implantação do PDAPS em Juiz de Fora, será a operacionalização do Plano. Notadamente, o número de unidades (63 ao todo) somando ao quantitativo de trabalhadores (em torno de 1200) que operam a Atenção Primária em Saúde na linha de frente nas UAPS, resulta numa complexa operação para instrumentalizar todos os agentes envolvidos.

Por essa razão, serão adotados três níveis de atuação, como se apresenta a seguir.

6.1 | Das responsabilidades

Visando interiorizar as ações propostas no PDAPS-JF, serão necessários três níveis de atuação, sendo eles:

1º Nível: Grupo de Condução

O grupo de condução (GC) será composto por servidores da Secretaria de Saúde, com o objetivo de facilitar o processo de execução institucional do PDAPS.

O GC deve:

- coordenar o processo de planejamento, implantação, execução e monitoramento;

- coordenar o processo de comunicação do projeto;
- planejar e coordenar os encontros periódicos da equipe;
- apoiar as ações relativas à logística, à produção dos guias instrucionais e de textos de apoio;
- informar a SSAPS sobre o desenvolvimento das oficinas e das atividades de implantação;
- elaborar os atos normativos, inclusive acompanhar seus trâmites internos na PJF;
- articular com a gestão municipal a aprovação e assinatura dos termos de compromisso, normalizações e/ou outros encaminhamentos resultantes das reuniões/ oficinas.
- zelar para que a metodologia definida seja aplicada.

O GC deverá elaborar relatório consolidado de avaliação para cada UAPS, considerando as peculiaridades de cada uma, fazendo monitoramento em encontros regulares com os supervisores e equipe da SS.

A composição deverá ser de 5 a 8 membros.

2º Nível: Grupo de tutores

Os tutores serão qualificados para conduzir as oficinas/reuniões de instrumentalização dos profissionais

das equipes de saúde.

O Tutor deve:

- ser capaz de conduzir oficinas de trabalho e supervisionar as atividades do período de dispersão;
- ser capaz de trabalhar em equipe;
- participar integralmente das oficinas de instrumentalização dos facilitadores;
- planejar as atividades de reprodução e submeter à apreciação do SSAPS;
- responsabilizar-se por um mesmo grupo de profissionais durante todo o percurso do PDAPS-JF;
- supervisionar as atividades do período de dispersão e de implantação dos instrumentos da APS;
- identificar eventuais problemas durante o processo de implantação e buscar soluções adequadas.

A composição deverá ser de 10 a 12 membros.

3º Nível: Grupo de Facilitadores

Os facilitadores serão qualificados para conduzir as oficinas/reuniões de instrumentalização dos profissionais das equipes de saúde.

O Facilitador deve:

- ser profissional com atuação direta na UAPS;
- ser capaz de conduzir oficinas de trabalho e supervisionar as atividades do período de dispersão;
- ser capaz de trabalhar em equipe;
- participar integralmente das oficinas de capacitação dos facilitadores;
- planejar as atividades de reprodução e submeter à apreciação do SSAPS;
- executar as atividades do período de dispersão e de implantação dos instrumentos da APS;
- identificar eventuais problemas durante o processo de implantação e buscar soluções adequadas.

A composição deverá ser de aproximadamente 144 membros.

Poderão participar das oficinas/reuniões todos os trabalhadores das UAPS's. Os participantes deverão:

- participar integralmente de todas as atividades de instrumentalização;

- se responsabilizar pela implantação, nos períodos de dispersão, dos instrumentos da APS, conforme as orientações específicas de cada oficina.

6.2 | Do método de execução

Os facilitadores serão, preferencialmente, o supervisor e um profissional da equipe da UAPS.

Cada dupla de tutores se responsabilizará por uma turma com, aproximadamente, 20 facilitadores.

As Oficinas com Tutores (OT) / *Concentração*, serão realizadas na Escola de Governo da PJJF.

Os facilitadores qualificados nas OT realizarão as oficinas de replicação nas UAPS de origem.

As Oficinas com Tutores (concentração) ocorrerão em 3 etapas: apresentação do momento de dispersão (oficina anterior); alinhamento conceitual do tema da oficina e exercício prático dos instrumentos utilizando situações exemplificativas.

As Oficinas nas UAPS (dispersão) ocorrerão em 2 momentos: alinhamento conceitual e exercício prático utilizando os instrumentos a partir da realidade local

O momento de concentração (OT) terá 12 horas distribuídas em 2 dias

O momento de dispersão terá 2h (preferencialmente às quintas-feiras) de alinhamento conceitual (pelos facilitadores), perfazendo 60 horas distribuídas ao longo dos 30 dias de dispersão (destinados à produção dos instrumentos)

O intervalo entre as oficinas dos Tutores (OT) serão de 30 dias

Cada oficina e/ou reunião, a partir da segunda, será aberta com a apresentação dos produtos produzidos pelas UAPS (apresentados pelos facilitadores)

Figura 4: Esquema da Operacionalização do PDAPS-JF

	Mês 1	Mês 2	Mês ...	
Alinhamento e Planejamento da SSAPS com Tutores	OP-1	OP-2	OP-3	
Oficina Tutores para Facilitadores	OT-1	OT-2	OT-3	
Oficina na UAPS Dispersão		OD-1	OD-2	OD-3

Legenda

- OP: Oficina Planejamento
- OT: Oficina Tutores (Concentração)
- OD: Oficina de Dispersão

6.3 | Da disponibilidade

Ocupação dos TUTORES a cada 1 mês

8 horas presenciais para alinhamento e planejamento com a SSAPS (1 encontro por mês com a SSAPS)

12 horas presenciais para capacitação dos facilitadores (OT)

16 horas de supervisão

Total: 36hs

Ocupação dos FACILITADORES a cada 1 mês

12 horas presenciais para capacitação junto aos Tutores (OT)

2 horas de alinhamento conceitual com a equipe (nas UAPS; preferencialmente às 5ª feiras)

18 horas de supervisão assistida na dispersão (para elaboração dos instrumentos)

Total: 32hs

6.4 | Do cronograma

		CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO												
		Etapas	Ano 2014											
			Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Macroprocesso Básico	1.1 Territorialização (*)	Período de Sistematização da Oficina				Período de Edição do Livro								
	1.2 Cadastro e estratificação da família (*)	Recenseamento de 100% da pop, coberta pela ESF												
	1.3 Processos básicos – curativo, esterilização, vacinação, etc													
	1.4 Implantação da Regulação do acesso Especialidades Médicas (***)	Em desenvolvimento conjuntamente com a SSRG e SSTI												
Macroprocesso Condição Crônica	2.1 Programação Local / Linha de Cuidado													
	2.2 Agenda programada													
	2.3 GO-GE													
Macroprocesso Condição Aguda	3.1 Organização da agenda para episódios agudos (procedimentos para eventos mais comuns)													
	3.2 Classificação de Risco e 1º atendimento à U/E (manejo ao caso de urgente)													

Observações sobre o cronograma:

(*) Oficina iniciada em junho (pré-oficinas) e validada em novembro (seminário). Em fase de desenvolvimento, com previsão de término para abril de 2014 com a delimitação dos territórios das UAPS, a partir do georreferenciamento (*software ArcGis*), assim como a produção do livro: Cartografia da APS – Uma Análise Sociodemográfica do Território da APS em Juiz de Fora.

(**) O cadastro será conduzido pelo Núcleo de Gestão da Informação/DDAPS/SSAPS, perfazendo as seguintes ações: Produção das Fichas Individuais e domiciliares do MS; Implantação e treinamento no sistema e-SUS AB (MS) na SSAPS; Treinamento dos ACS para o uso das fichas; Digitação no sistema e-SUS AB; migração da base de dados do SIAB para o SISAB.

(***) A implantação da Regulação do Acesso às Especialidades médicas contará com a publicação do Manual específico, visando subsidiar a instrumentalização das UAPS no momento da execução desta oficina.

OBS: O cronograma apresentado poderá sofrer alterações visando atender às necessidades administrativas da Secretaria de Saúde.

6.5 | Da distribuição das Turmas

RS	UAPS	Nº EQUIPES	Nº FACILITADORES	Nº TURMAS	Nº TUTORES
Região 7	Esplanada (T)	1	2	1	2
	Monte Castelo	3	3		
	Industrial (T)	1	2		
	Jardim Natal	2	2		
	Milho Branco	3	3		
	Joquei I	2	2		
	Joquei II	2	2		
	Cidade do Sol	2	2		
TOTAL	8	16	18		
Região 8	Nova Era	3	3	1	2
	São Judas Tadeu	2	2		
	Santa Cruz	4	4		
	Benfica(T)	1	2		
	Vila Esperança	3	3		
	Barreira do Triunfo	1	2		
TOTAL	6	14	16		
Região 5	Nossa Senhora das Graças (T)	1	2		
	Bandeirantes	3	3		
TOTAL	2	4	5		
Região 6	Parque Guarani	1	2	1	2
	Filgueiras	2	2		
	Granjas Bethânia	1	2		
	Gramma (T)	1	2		
TOTAL	4	5	8		
Região 3	Linhares	5	5		
	São Sebastião	3	3		
	São Benedito	3	3		
TOTAL	3	11	11		
Região 4	Santa Rita	2	2	1	2
	Marumbi	3	3		
	Progresso	3	3		
	Nossa Senhora Aparecida	2	2		
	Alto Grajaú	2	2		
TOTAL	5	12	12		

RS	UAPS	Nº EQUIPES	Nº FACILITADORES	Nº TURMAS	Nº TUTORES
Região - Centro	Centro Sul (T)	1	2		
	Dom Bosco (T)	1	2		
	Santa Cecília	3	3		
TOTAL	3	5	7		
Região 9	Santos Dumont (M)	1	2		
	São Pedro (PACS)	1	2		
	Borboleta (T)	1	2		
TOTAL	3	3	6		
Região 11	Cruzeiro do Sul (T)	1	2	1	2
	Santa Luzia	4	4		
	Santa Efigênia	2	2		
	Vale Verde	3	3		
	Ipiranga (T)	1	2		
	Teixeiras	3	3		
TOTAL	6	14	16		
Região	Retiro	2	2		
	Jardim Esperança	2	2		
TOTAL	2	4	4		
Região 2	Santo Antonio	3	3	1	2
	Bairro de Lourdes (T)	1	2		
	Jardim da Lua	1	2		
TOTAL	3	5	7		
Região 12	Vila Ideal	2	2		
	Vila Olavo Costa	1	2		
	Furtado de Menezes	2	2		
TOTAL	3	5	6		
Zona Rural	Paula Lima (T)	1	2	1	2
	Chapéu D'Uvas(T)	1	2		
	Dias Tavares(T)	1	2		
	Igrejinha	1	2		
	Humaitá	1	2		
	Penido (T)	1	2		
	Valadares (T)	1	2		
	Rosário de Minas (T)	1	2		
Toledos (T)	1	2			

RS	UAPS	Nº EQUIPES	Nº FACILITADORES	Nº TURMAS	Nº TUTORES
	Torreões (T)	1	2		
	Pirapitinga	1	2		
	Sarandira (T)	1	2		
	Caeté (T)	1	2		
	Jacutinga (Volante)	1	2		
TOTAL	14	14	28		

Consolidado das Turmas

Nº Região Sanitária	Nº UAPS	Nº EQUIPES	Nº FACILITADORES	Nº TURMAS	Nº TUTORES
12	62	112	144	7	14

Referências

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata:URSS, setembro, 1978.

MENDES, E.V. et al. Território: conceitos-chave. In. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MENDES. E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP-MG), 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: oficinas 1 e 2 (Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde) – Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna. Brasília; mimeo, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional da Atenção Básica. Brasília, 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Competência para o Trabalho em Uma Unidade Básica de Saúde Sob a Estratégia de Saúde da Família – Médico e Enfermeiro. Brasília, novembro, 2000.

OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

PREFEITURA. Juiz de Fora: Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Juiz de Fora, 2014

SHIMAZAKI, ME. Protocolos clínicos nas unidades básicas de saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2006.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível no <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/textoue000039.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2012.