

Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde



Oficina 2

Análise da Atenção Primária à Saúde

Guia do Tutor/Facilitador

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Av. Augusto de Lima, 2.061 - Barro Preto - BH - MG
CEP: 30190-002 - www.esp.mg.gov.br

Tammy Angelina Mendonça Claret Monteiro

Diretora Geral da Escola de Saúde Pública
do Estado de Minas Gerais

Thiago Augusto Campos Horta

Superintendente de Educação da ESP-MG

Onofre Ricardo de Almeida Marques

Superintendente de Pesquisa ESP-MG

Adilson Meireles Pacheco

Superintendente de Planejamento,
Gestão e Finanças ESP-MG

Geraldo Ernesto Fisher

Coordenador de Educação Profissional - SEDU/ESP-MG

Luiz Carlos Brant

Coordenador de Educação Superior - SEDU/ESP-MG

Michael Andrade Molinari

Coordenador de Educação Continuada - SEDU/ESP-MG

Patrícia da Conceição Parreiras

Coordenadora do Núcleo de Gestão Pedagógica - SEDU/ESP-MG
Coordenadora do Núcleo de Planejamento em Educação para
Saúde - SEDU/ESP-MG

Revisão Técnico-Pedagógica:

Agda Soares Martins
Conceição Aparecida Gonçalves
Helenice O. D. Bispo
Patrícia da Conceição Parreiras
Thiago Augusto Campos Horta
Wagner Fulgêncio Elias

Editora Responsável: **Adriana Santos**

Projeto Gráfico e Diagramação: **Fred Lima**

Impressão: Gráfica Expressa

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rua Sapucaí, 429 - CEP: 30150-050 - Belo Horizonte-MG
www.saude.mg.gov.br

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto de Estado de Saúde de Minas Gerais

Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Marco Antônio Bragança de Matos

Superintendente de Atenção à Saúde

**ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE:****Eugênio Vilaça Mendes**

Consultor da Secretaria de Estado de Saúde

Maria Emi Shimazaki

Consultora Técnica

Fernando Antônio Gomes Leles

Empreendedor Público
Gerente Adjunto do Projeto Estruturador Saúde em Casa

Wagner Fulgêncio Elias

Assessor de Normalização

Luciana Maria de Moraes

Técnica da Assessoria de Normalização

Marli Nacif

Técnica da Gerência de Atenção Primária à Saúde

COLABORAÇÃO:**Denise Figueiredo Medrado**

Técnica da Gerência de Atenção Primária à Saúde

Ignez Helena Oliva Perpétuo

Profa. Associada UFMG – CEDEPLAR
Departamento de Demografia

Laura Lídia Rodrigues Wong

Profa. Associada UFMG – CEDEPLAR
Departamento de Demografia

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

134 IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, 2008.

Conteúdo: Oficina 2 - Análise da Atenção Primária à Saúde
Guia do Tutor/Facilitador

1.Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde - Análise 2.Atenção Primária à Saúde
I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

WA 540

SUMÁRIO

1. COMPETÊNCIAS	5
2. OBJETIVOS.....	5
3. ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES.....	5
4. ESTRUTURA GERAL E PROGRAMAÇÃO.....	6
1º Dia	8
Atividade I	8
Atividade II	8
Atividade III	9
Atividade IV	10
Atividade V	17
2º Dia	35
Atividade VI	35
Atividade VII	39
Atividade VIII	51
Atividade IX	52
Atividade X	56

1 – COMPETÊNCIAS

Ao final desta oficina espera-se que os participantes tenham desenvolvido sua capacidade para:

- Realização do alinhamento conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde.
- Realização da análise sobre a situação da Atenção Primária à Saúde (APS) no município.
- Realização do Plano de Fortalecimento da APS no Município
- Compreensão dos princípios que devem nortear o planejamento da infra-estrutura física da Atenção Primária à Saúde
- Análise da infra-estrutura física das Unidades de Atenção Primária à Saúde
- Realização do Plano de Investimento em Estrutura Física da APS no Município, como parte do Plano de Fortalecimento da APS.

2 – OBJETIVOS

Este módulo está estruturado para alcançar os seguintes objetivos:

- Relatar as atividades realizadas no período de dispersão relacionadas à oficina As Redes de Atenção à Saúde.
- Realizar alinhamento conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde.
- Realizar a análise sobre a situação da Atenção Primária à Saúde – APS no município.
- Realizar o Plano de Fortalecimento da APS no Município
- Compreender os princípios que devem nortear o planejamento da infra-estrutura física da Atenção Primária à Saúde
- Análisar a Estrutura Física das Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS
- Realizar o Plano de Investimento em Estrutura Física da APS no Município, como parte do Plano de Fortalecimento da APS.

3 – ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES

Esta oficina propõe uma nova proposta de trabalho e traz abordagens que propiciem o engajamento dos participantes no processo de aquisição dos novos conhecimentos que favoreçam a reflexão sobre seu contexto e o processo a ser desenvolvido nas suas atividades.

As estratégias educacionais a serem desenvolvidas têm por objetivo subsidiar os profissionais nas atividades a serem realizadas nos períodos de dispersão do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e durante o exercício de sua prática na gestão municipal.

As atividades do módulo estão articuladas em suas unidades de forma a auxiliar os participantes no aprimoramento da prática profissional, que consistem em exercícios, trabalhos de grupo, mini-exposições, estudo dirigido, estudo de caso e trabalhos de campo.

Discussões estruturadas facilitarão a troca de experiências, e a construção de estratégias.

Os trabalhos de campo, realizados no período de dispersão, serão apresentados e avaliados no momento presencial no próximo módulo.

Este módulo tem uma carga horária total de 16 horas, distribuídas em dois dias de atividades.

4 – ESTRUTURA GERAL E PROGRAMAÇÃO

Este Módulo tem uma carga horária de 16 horas, distribuídas em: atividades de grupo, discussões em plenária, exposições e orientações para o período de dispersão.

PROGRAMAÇÃO – OFICINA II

PRIMEIRO DIA			
TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO DEFINIDO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
30 min		Introdução, dinâmica inicial e apresentação da programação da Oficina 2	Dinâmica e exposição
1h30 min		Análise do Período de Dispersão	Relato no grande grupo
15 min		Intervalo	
1h45 min		Fundamentação sobre a Atenção Primária à Saúde.	Exposição dialogada Trabalho no grande grupo
ALMOÇO			
1h30 min		A APS no município de São Lucas: a análise da cobertura de atendimento e a análise sobre a verificação dos princípios da APS	Trabalho em grupos/Estudo de caso:

30 min		A APS no município de São Lucas	Relato no grande grupo
15 min		Intervalo	
1h		O Plano de Fortalecimento da APS no município de São Lucas	Trabalho em grupos
45 min		O Plano de Fortalecimento da APS no município de São Lucas	Relato no grande grupo

SEGUNDO DIA			
TEMPO ESTIMADO	HORÁRIO DEFINIDO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
1h30 min		O Planejamento da Infra-estrutura física da APS	Estudo dirigido
30 min		O Planejamento da Infra-estrutura física da APS	Relato no grande grupo.
15 min		Intervalo	
1h		Análise e planejamento da infra-estrutura física da APS	Estudo de caso
ALMOÇO			
1h		O período de dispersão	Exposição dialogada
1h		Elaboração do plano de trabalho de dispersão	Trabalho em grupo Relato das propostas e discussão em plenária
30 min		O plano de trabalho para o período de dispersão	
15 min		Intervalo	
30 min		Avaliação da oficina Encerramento	

*Atividade Inicial:
Preparar o grupo para
um relacionamento vivo,
mais favorável à aprendizagem
e participação*

1º DIA



ATIVIDADE I - BOM-DIA!

Tempo estimado: 10 a 15 minutos

Objetivos:

- Integrar os participantes
- Aquecer e reenergizar
- Estabelecer comunicação e parceria
- Propiciar o desenvolvimento da iniciativa e criatividade

Desenvolvimento:

- Todos os participantes são convidados a permanecer em pé, formando um grande círculo. O facilitador solicita que, um por vez, cada participante entre no centro do círculo e cumprimente os demais colegas, colocando um desejo para o dia. Por exemplo: “Bom-dia, colegas, é um prazer estar aqui com vocês hoje! Que hoje tudo corra bem!” Cada participante deverá criar sua forma inédita, única de se apresentar.
- Informar que a partir do momento em que um colega se manifesta, tudo o que ele fizer será, posteriormente, imitado pelo demais. Por exemplo, se alguém suspira “Ai, meu Deus!” antes de iniciar sua apresentação, tal fala será incorporada na repetição.
- Analisar a atividade a partir dos questionamentos abaixo. Discutir com o grupo a questão da criatividade e iniciativa:
 - O que sentiram com a vivência?
 - Como estão as iniciativas em nosso dia-a-dia?

Dica:

*A dinâmica “Bom Dia”
é uma sugestão, podendo
ser substituída por outra
escolhida pelo facilitador.*



ATIVIDADE II - APRESENTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO – OFICINA II

Tempo estimado: 15 minutos

Objetivo:

Conhecer os objetivos e a programação da Oficina II.

Desenvolvimento:

Leitura e discussão da Programação da Oficina apresentada nas páginas 6 e 7.



ATIVIDADE III - ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO, RELACIONADAS A OFICINA I: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivo:

Analisar e socializar as atividades do período de dispersão da oficina I

Desenvolvimento:

Formar grupos, nomear um coordenador e um relator;

Analisar as atividades realizadas durante o período de dispersão pelos TUTORES, levando em consideração os seguintes itens:

- A interação entre o tutor universitário e o técnico da GRS na condução da implantação do PD/APS na microrregião.
- A interação entre o tutor universitário e o técnico da GRS e os facilitadores nas oficinas microrregionais.
- A elaboração do cronograma para as oficinas microrregionais.
- A realização da primeira oficina microrregional: avaliação de pontos fortes e pontos fracos e proposições de encaminhamentos.

Analisar as atividades realizadas durante o período de dispersão pelos FACILITADORES, levando em consideração os seguintes itens:

- A interação entre o facilitador e os participantes nas oficinas municipais.
- A elaboração do cronograma para as oficinas municipais.
- A divulgação do PD/APS no município.
- A institucionalização do processo de implantação do PD/APS no município.
- A realização da primeira oficina municipal: avaliação de pontos fortes e pontos fracos e proposições de encaminhamentos.
- A aplicação dos instrumentos relacionados às redes de atenção à saúde da mulher e da criança e atenção em urgência e emergência.
- A aplicação do questionário de avaliação do estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde.

Analisar as atividades realizadas durante o período de dispersão pelos PARTICIPANTES, levando em consideração os seguintes itens:

Papel do Coordenador do grupo
O Coordenador deve estar atento para que todos possam se manifestar e a palavra não seja monopolizada por um ou alguns membros do grupo. Ele deve administrar o tempo dado para evitar que este se esgote e o grupo não chegue ao objetivo esperado. Quando necessário, o coordenador deve cortar a palavra de um, estimular outro a participar, e evitar repetições. Deve responder às questões ou dar as respostas esperadas, embora possa e deva participar também como outro membro qualquer do grupo. (MASETTO, 2003)

- A divulgação do PD/APS no município.
- A institucionalização do processo de implantação do PD/APS no município.
- A realização da primeira oficina municipal: avaliação de pontos fortes e pontos fracos e proposições de encaminhamentos.
- A aplicação dos instrumentos relacionados às redes de atenção à saúde da mulher e da criança e atenção em urgência e emergência.
- A aplicação do questionário de avaliação do estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde.

Cada relator terá aproximadamente 10 minutos para a apresentação.



ATIVIDADE IV - A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo:

Compreender os Fundamentos da Atenção Primária à Saúde.

Desenvolvimento:

- Leitura e discussão do texto de apoio A Atenção Primária à Saúde.
- Cada participante fará a leitura de um parágrafo a ser comentado pelo tutor/facilitador.



TEXTO DE APOIO

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

O CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p.7) define:

“... a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada comple-

¹Organização Maria Emi Shimazaki

O tutor-facilitador terá uma atuação bastante diversificada, onde algumas vezes funcionará como professor e muitas outras como assessor, orientador e animador, visto que, o processo da construção de conhecimento, requer mediação sistemática para que este processo se produza.

xidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.”

Para Starfield (2002, p.28),

“A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.”

II. AS FUNÇÕES

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):

- Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- Organização: visa organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

III. OS PRINCÍPIOS

A Atenção Primária à Saúde – APS deve ser orientada pelos seguintes princípios (STARFIELD, 2002): primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário.

O PRIMEIRO CONTATO:

Para Starfield (2002), a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

O acesso foi definido por Millman (1993) como o uso oportuno de serviços de saúde visando o alcance dos melhores resultados possíveis em saúde.

A acessibilidade possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços, ou seja, é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Portanto, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível para não postergar e afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema de saúde.

Para Donabedian (1973), o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional e geográfico. O primeiro diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento. O segundo envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços.

A acessibilidade pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

- A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.
- A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.
- A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e a aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

O acesso à atenção é importante na redução da morbidade e mortalidade. Evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos.

A LONGITUDINALIDADE:

A longitudinalidade deriva da palavra longitudinal e é definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos os grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002).

É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema.

Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças preveníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos.

Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica – diretrizes clínicas e gestão de patologias.

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO:

A integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.

A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. Para tanto, faz-se necessário:

- O diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita;
- O atendimento pela Unidade de Atenção Primária à Saúde – prevenção de doenças e agravos, restauração e manutenção da saúde – para dar conta dos problemas mais comuns ou de maior relevância;
- A organização das redes de atenção à saúde, para prestar atendimento às demais necessidades: a identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio – diagnóstico e terapêutico, o sistema logístico – transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, etc.

A COORDENAÇÃO:

Coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum” (STARFIELD, 2002, p.365).

É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, há dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado.

A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

A CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA

Remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde.

Na história da humanidade as organizações familiares vêm se diferenciando através dos tempos – dependendo do contexto sócio-econômico, dos valores, dos aspectos culturais e religiosos da sociedade em que de encontram inseridas - fazendo com que haja mudanças no conceito, na estrutura e na composição das famílias.

No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente

pai e/ou mãe e filhos consangüíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

Para o Ministério da Saúde: “A família é o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionista e agregados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.11).

No Brasil, a centralização na família é implementada a partir da estratégia de Saúde da Família, desde 1994. Esta estratégia é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, como por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A associação da equipe com o usuário e sua família é um requisito básico para a abordagem familiar e fundamenta-se no respeito à realidade e às crenças da família, por parte da equipe de saúde.

A ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

A APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida.

Para tanto, faz-se necessário:

- Definir e caracterizar a comunidade;
- Identificar os problemas de saúde da comunidade;
- Modificar programas para abordar estes problemas;
- Monitorar a efetividade das modificações do programa.

No Brasil, os agentes comunitários de saúde reforçam a orientação comunitária e possibilitam maior vínculo entre as equipes de saúde e as

respectivas comunidades.

A orientação comunitária diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção. No país, este princípio tem se viabilizado através do controle social, com a instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde.

IV. AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas - através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo.

Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

V. OS PARÂMETROS

Existem alguns parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde que podem subsidiar o dimensionamento dos serviços e atendimentos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A Portaria 648, de 2006, estabelece que, para os grandes centros urbanos, o parâmetro para dimensionamento de Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS deveria respeitar a proporção de 1 UAPS com Saúde da Família para até 12.000 habitantes e 1 UAPS sem Saúde da Família para até 30.000 habitantes.

Para a estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde propõe uma equipe de saúde da família para, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas (Portaria 648, 2006).

Não existem parâmetros de cobertura populacional para as equipes de saúde bucal das UAPS. Na estratégia do PSF, vem sendo usado o parâmetro de 1 equipe de saúde bucal, com CD, THD e ACD, para cada 1 a 2 equipes médicas/enfermagem.

O Ministério da Saúde preconiza 1 ACS para no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas e cobertura de 100% da população da área de responsabilidade da equipe.

O número de consultas/habitante/ano faz parte dos indicadores do Pacto da Atenção Básica. O Ministério da Saúde não padroniza um parâmetro para as consultas básicas, mas propõe que este indicador seja monitorado, como forma de analisar o acesso às UAPS.

A Portaria Ministerial 1101, de 2002, estabelece 2 a 3 consultas/habitante/ano, das quais 63% podem ser consultas médicas básicas.

A mesma portaria estabelece o parâmetro para a duração do atendimento:

- Médico: 15 minutos;
- Enfermeiro: 20 minutos;
- Dentista: 20 minutos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1101** de 12 de junho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648** de 28 de março de 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 493/GM** de 13 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 698/GM** de 20 de março de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006. www.saude.gov.br/dab.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários. **Atenção Primária**, seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 2004.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**: specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington, DC: National Academy press, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.



ATIVIDADE V - A ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tempo Estimado: 3 horas

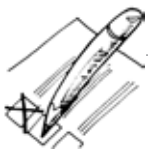
Objetivo:

Analisar, interpretar e socializar os dados relativos à Atenção Primária a partir do Estudo de Caso do Município de São Lucas.

Desenvolvimento:

- Formar grupos, nomear um coordenador e um relator;
- Ler o texto de apoio “O Sistema de Saúde no Município de São Lucas”;
- A seguir, realizar a “Análise da APS no município de São Lucas”, conforme as orientações fornecidas após o texto: (A) análise de cobertura do atendimento médico e de enfermagem da população na APS; (B) análise de cobertura do atendimento da população em Saúde Bucal; (C) análise qualitativa da APS no município, segundo os princípios da APS;

Cada relator terá aproximadamente 10 minutos para a apresentação.



Estudo de caso

O SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUCAS

DADOS DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS:

O município de São Lucas está localizado no estado de Santo Pedro (um dos mais desenvolvidos do país), próximo da capital do estado, na região metropolitana, numa das regiões mais industrializadas do estado. É um município exclusivamente urbano, ou seja, sem população rural. A economia é predominantemente conferida pela indústria automobilística.

O município tem uma população de 788.560 habitantes, sendo que 30% da população é usuária de planos de saúde. Da população, 52% é feminina e 48% masculina.

A população do município é constituída predominantemente por adultos, ou seja, 57% da população tem entre 20 a 59 anos, seguida de 19% dos adolescentes (10 a 19 anos), 17% de crianças (0 a 9 anos) e, por fim, 7% os idosos (> 60 anos).

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

O município conta com 30 Unidades Básicas de Saúde - UBS, das quais, 27 são unidades convencionais (contam com clínicos, pediatras e gineco-obstetras) e 3 são exclusivamente do Programa de Saúde da Família - PSF.

Papel do Relator do grupo

O Relator deve anotar as manifestações dos participantes, alertar quando as repetições se fizerem presentes, organizar as idéias e as primeiras conclusões de tal forma que facilite a elaboração de um relatório final. (MASETTO, 2003)

O atendimento odontológico é realizado em 5 UBS de referência, com 2 CD e 2 ACD em cada uma dessas UBS, cumprindo um atendimento de 40 hs/semana, e que atendem preferencialmente crianças e adolescentes.

O Programa Saúde da Família tem 16 equipes de saúde da família. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 5 ACS. As equipes não têm profissionais de saúde bucal. No entanto, a distribuição não é uniforme e, metade das equipes, ou seja, 8 equipes concentram-se em uma única UBS – a UBS Vila São Jorge. Esta UBS tem uma população adscrita de cerca de 50.000 habitantes, perfazendo cerca de 6.250 pessoas, de população usuária do SUS, para cada equipe de saúde. As 2 outras UBS com PSF, comportam 4 equipes de saúde da família por UBS. Cada equipe é responsável por 4.000 a 5.000 pessoas. Estas equipes têm muita dificuldade em viabilizar o acesso, a continuidade do cuidado e o vínculo com as famílias residentes em suas áreas de responsabilidade.

A população coberta com PSF totaliza cerca de 86.000 pessoas. Cada UBS convencional é responsável por cerca de 26.000 pessoas.

Das 30 UAPS, 15 estão localizadas em regiões de difícil acesso, ou distante de pontos de ônibus, ou em locais de alta periculosidade. Estas 15 UAPS estão locadas em prédios antigos, a maioria com cerca de 200 m² com manutenção predial precária.

As demais 15 UBS são mais recentes, contam com cerca de 400 m² de construção, mas também estão localizadas em regiões, consideradas pelos usuários como distantes dos terminais de ônibus.

O município conta com um total de 368 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para viabilizar a cobertura de 255.679 pessoas.

Nas UBS convencionais, o cadastro é individual e nas UBS com PSF o cadastro é familiar. As equipes não trabalham com estratificação de risco familiar ou individual.

As UBS realizam cerca de 914.855 consultas/ano, ou seja, 1,16 consultas básicas/habitante/ano.

O agendamento de consultas básicas nas UBS é realizado apenas em alguns dias da semana, geralmente em 2 dias, no início dos turnos de atendimento. O agendamento é realizado por ordem de chegada na fila e não existe um processo padronizado de identificação do problema apresentado pelo usuário e a avaliação da gravidade do caso.

As equipes de saúde não realizam ações para o acolhimento dos usuários nas UBS. As UBS com Saúde da Família atendem das 7 às 17:00 hs e as UBS convencionais, das 7 às 19:00 hs. Há uma pressão da população, em especial dos trabalhadores formais, para que as UBS funcionem até as 22:00 hs.

O atendimento nas UBS é focado prioritariamente na população materna e infantil. As UBS realizam ações de pré-natal e de puericultura. As ações de prevenção são voltadas para as mulheres (prevenção de câncer de colo uterino e mama) e crianças (vacinação). Os adultos e idosos com patologias crônicas têm dificuldade de acesso e de continuidade do cuidado nas UBS. Estas dificuldades podem ser evidenciadas pelas baixas coberturas de

hipertensos e diabéticos acompanhados nas UBS. Além dos atendimentos aos usuários portadores de patologias como tuberculose, hanseníase, HIV/aids prestados exclusivamente pelo centro de especialidade sem a participação das UBS.

Todas as UBS dispõem de prontuários em papel para o registro das informações pertinentes aos pacientes, pelas equipes multiprofissionais, mas os profissionais não preenchem o prontuário adequadamente. Não existe uma padronização para o arquivamento dos prontuários, nem tábua de temporalidade para a guarda dos mesmos. Os espaços destinados para arquivamento dos prontuários nas UBS estão repletos e alguns com dificuldade de acondicionamento, localização dos mesmos e disponibilização para o usuário quando solicitado. A SMS não conta com comissão de revisão de prontuário.

Das informações para o usuário, a SMS padronizou o passaporte da criança com as informações referentes ao pré-natal, nascimento, vacinação, desenvolvimento pondero-estatural. Também padronizou o cartão da gestante, com as informações referentes ao pré-natal. No entanto, o passaporte da criança e o cartão da gestante não são preenchidos adequadamente pelos profissionais.

Os profissionais das UBS enviam os dados para o nível central da SMS para digitação e para alimentar os bancos de dados do Ministério da Saúde. Por problema na digitação dos dados, os sistemas de informação encontram-se defasados. Os relatórios do Siab, Sispré-natal, Sishiperdia, entre outros, não retornam para os profissionais das UBS.

Os profissionais não dispõem de protocolos clínicos padronizados para atendimento aos usuários e também não dispõem de um processo de educação permanente. Ocorrem treinamentos fragmentados, de acordo com o interesse ou a necessidade identificada pelas coordenações centrais.

As equipes não contam com um sistema de apoio logístico (central de agendamento, sistema de informação, transporte sanitário) que viabilize a integração das UBS com a atenção especializada e, portanto, não conseguem viabilizar a integralidade do cuidado aos usuários e coordenar os fluxos e a atenção prestada em outros pontos de atenção.

As equipes do PSF não foram capacitadas para a adoção de instrumentos para a abordagem familiar (Genograma, FIRO, PRACTICE....) e, portanto, o atendimento ainda é focado no atendimento individual. Não existem critérios padronizados para a classificação por grau de risco dos indivíduos com patologia. Nos territórios das UBS com PACS, as visitas são realizadas exclusivamente pelos Agentes Comunitários de Saúde, mas sem critério de priorização sistematizada de acordo com as necessidades das famílias.

As UBS contam com Conselhos Locais de Saúde, mas estes não participam do planejamento e do monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde. A atuação dos conselheiros é de reivindicação e de reclamação quanto ao atendimento. Os conselheiros não são identificados pela comunidade como seus legítimos representantes. As equipes de saúde não dispõem de materiais educativos e também não desenvolvem ações de educação em saúde voltada para a mesma.

As equipes de saúde não identificam de forma sistematizada as necessidades de saúde da comunidade residente no território e, portanto, não realizam a programação de atendimento, de acordo com a necessidade da população adscrita. Exceto as equipes do PSF, as UBS não trabalham com número de famílias ou pessoas vinculadas por equipe ou profissional de saúde. A SMS não realiza contratos de gestão com as equipes de saúde.

A ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

Nas UBS, os agendamentos para consultas especializadas ocorrem através de cotas pré-estabelecidas por UBS ou por procura direta dos usuários aos Centros de Especialidades. O agendamento é feito por ordem de chegada do usuário, sem critério de classificação de risco ou priorização de atendimento. Quase todas as especialidades têm demanda reprimida. O tempo médio de espera entre a solicitação e a realização da consulta especializada é de 45 dias (de 15 dias a um tempo superior a 3 meses). A taxa de absenteísmo é de 35% em consultas especializadas.

Embora exista uma ficha de referência e contra-referência, esta, via de regra não é utilizada pelos profissionais nem das UBS, nem dos centros de referência.

APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO:

A SMS conta com 1 laboratório de patologia clínica e de citopatologia próprio do município e 1 laboratório de patologia clínica contratado.

O Laboratório Municipal realiza 4.600 exames/mês e o laboratório contratado, 6.901 exames/mês. Ambos totalizam 138.012 exames laboratoriais/ano.

Os exames podem ser coletados nas UBS, no Laboratório Municipal, nos pronto-socorros e nos centros de especialidades.

O tempo médio de espera entre a solicitação e o resultado de exame laboratorial nas UBS é em média 15 dias, mas pode chegar a 50 dias. Os profissionais médicos das UBS consideram que o tempo adequado de exames, como hemograma, parcial de urina, entre outros, deveria ser de no máximo 2 dias e os exames como cultura, de no máximo 7 dias.

O absenteísmo dos pacientes para retornar para avaliar os resultados dos exames é de 25 a 30 %, não existem dados disponíveis sobre absenteísmo para coletar os exames.

Não existe critério padronizado para solicitação de exames.

A SMS não dispõe de uma relação padronizada de medicamentos municipais e não consegue viabilizar os medicamentos de uso contínuo para os portadores de patologias crônicas.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

O município conta ainda com 5 Prontos Socorros - PS: 1 central e 4 localizados em bairros periféricos.

A soma das consultas realizadas nos P.S, no município, totalizou 937.620 consultas/ano, perfazendo 1,18 consultas/habitante/ano.

Vale destacar que o quantitativo de consultas/habitante/ano realizadas nos P.S (1,18 consultas/habitante/ano) foi maior que as consultas realizadas nas UBS (1,16 consultas/hab/ano), no município,

Nos Prontos Socorros, não é realizada a classificação de risco dos pacientes e o atendimento é feito por ordem de chegada. Não existe protocolo clínico padronizado para o atendimento dos casos de urgência e emergência.

O município não dispõe de um sistema de atendimento móvel de urgência – SAMU, mas conta com uma frota de ambulâncias própria, com 10 veículos.

ATENÇÃO HOSPITALAR:

A SMS não dispõe de uma central de leitos e os internamentos ocorrem com o acesso direto do usuário ao hospital ou encaminhado pelas UBS e PS.

A SMS conta com 3 hospitais municipais, que totalizam 394 leitos disponíveis para o SUS. O Sistema Municipal de Saúde conta com mais 2 hospitais privados no município, totalizando 5 hospitais, com 722 leitos disponíveis para o SUS. Além dos 722 leitos no Município, a SMS contratou 887 leitos privados ou públicos fora do município, totalizando 1609 leitos para o SUS.

A SMS contratou além dos 28.362 internamentos no município, mais 32.493 internamentos em hospitais fora do município, totalizando 60.855 internamentos/ano, perfazendo, 7,7% de internamentos, considerando toda a população e, 11% de internamentos, considerando somente a população usuária do SUS.

O parâmetro proposto pela Portaria Ministerial 1101, de 2002 é de 8% de internamentos por 100 habitantes/ano. Portanto, o percentual de internamentos ocorridos no município para os usuários residentes no município esteve um pouco abaixo do parâmetro ministerial, se considerar toda a população (7,9%) e acima se considerar a população usuária do SUS (11,4%).

Não existe mecanismo para o retorno do paciente internado para a UBS, com garantia de continuidade do cuidado, quando necessário.

OS INDICADORES DE SAÚDE:

Com relação aos indicadores de saúde da criança, tem se observado, nos últimos anos:

- O incremento de RN prematuros (de 7,0 para 9,1%), de RN com baixo peso ao nascer (de 7,1 para 9,3%) e de casos de sífilis congênita (10 para 14 casos/ano).
- Tem se observado a cobertura vacinal em menores de 1 ano em queda (de 95 para 93,77%).

- Aumento dos internamentos por pneumonia e desidratação na infância.
- O coeficiente de mortalidade infantil - 12,01 óbitos infantis/1000NV – vem se mantendo estável.

Os indicadores de saúde da mulher:

- Cobertura de pré-natal de 92% nas UBS, com captação no primeiro trimestre de 78% e a cobertura de consultas - 82% das gestantes realizaram no mínimo 6 consultas de pré-natal nas UBS.
- Quanto ao parto, no município, 55%, são partos cesareanos.
- No puerpério, apenas 20% de gestantes que fizeram o pré-natal, realizaram no mínimo 1 consulta puerperal nas UBS.
- O coeficiente de mortalidade – 19,43 óbitos maternos/100.000 NV – vem se mantendo estável.

Os indicadores de saúde do adulto:

- A cobertura de hipertensos, 18,93%, e diabéticos, 16,56%, cadastrados nas UBS.

Os indicadores de morbidade hospitalar:

- Evidenciou os problemas relacionados a medidas de prevenção primária e secundária insatisfatória, identificação tardia e baixo controle das doenças crônicas pelas UBS. Como exemplo, o diabetes e a hipertensão, que contribuíram para o aumento do número de internamentos por infarto agudo do miocárdio, do acidente vascular encefálico, da insuficiência cardíaca congestiva, entre outras.
- A morbidade hospitalar também evidenciou a baixa capacidade de resolução de patologias sensíveis à atenção ambulatorial. Cerca de 30% dos internamentos foram por condições sensíveis a atenção ambulatorial.

Os indicadores de mortalidade geral, no município:

- Tiveram como principais causas: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas.
- Ao analisar as doenças como causa da mortalidade, constatou-se como principal causa o infarto agudo do miocárdio, como segunda causa, as doenças cerebrovasculares e a terceira, o diabetes.

Assim como na morbidade hospitalar, na mortalidade, evidenciaram-se problemas relacionados às doenças crônicas e apontaram a necessidade de que Atenção Primária esteja voltada para a realização de medidas de prevenção primária, de identificação precoce e de controle das doenças crônicas pelas equipes de saúde.

QUESTÕES PARA ANÁLISE

ANÁLISE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUCAS

A) Para a análise de cobertura do atendimento da população na APS (utilizar a matriz 1):

- Calcular a cobertura de PSF no município, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura PSF} = \frac{\text{População cadastrada no SIAB} \times 100}{\text{População total}}$$

A população cadastrada no SIAB pode ser calculada somando-se o número total de usuários cadastrados por cada equipe de PSF do município.

O resultado encontrado – **Cobertura PSF** – é um valor percentual que não deve ser avaliado isoladamente. A população cadastrada no SIAB muitas vezes é superior à capacidade da equipe.

Assim, o número total da população cadastrada no SIAB, no município deve ser comparado com a capacidade total das equipes médicas / enfermagem de PSF do município. Para tanto, pode ser utilizado o seguinte cálculo:

- 1 equipe deve se responsabilizar, em média, por 3.000 pessoas;
- multiplicando-se o número total de equipes por 3.000, chega-se à capacidade média total de todas as equipes;
- comparar a população cadastrada no SIAB em todo o município com esta capacidade potencial das equipes e analisar se a cobertura esta acima, abaixo ou dentro dos parâmetros propostos.

- Se no município existir o PACS, calcular a sua cobertura, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura PACS} = \frac{\text{População cadastrada nas UAPS com PACS} \times 100}{\text{População total}}$$

A população cadastrada nas UAPS com PACS pode ser calculada somando-se o número total de usuários cadastrados por cada UAPS com PACS do município.

O resultado encontrado – **Cobertura PACS** – é um valor percentual que não deve ser avaliado isoladamente, porque a população cadastrada pode ser superior à capacidade dos ACS lotados nas UAPS.

Assim, o número total da população cadastrada nas UAPS com PACS, no município deve ser comparado com a capacidade total dos ACS lotados nestas unidades. Para tanto, pode ser utilizado o seguinte cálculo:

- 1 ACS deve se responsabilizar, em média, por 600 pessoas (média do

parâmetro de ACS que vai de 400 a 750 pessoas por ACS);

- multiplicando-se o número total de ACS por 600, chega-se à capacidade média total de todos os ACS;

- comparar a população cadastrada nas UAPS com PACS em todo o município com esta capacidade potencial dos ACS e analisar se a cobertura esta acima, abaixo ou dentro dos parâmetros propostos.

• Se no município existirem UAPS convencionais, sem PACS, calcular a cobertura da população, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura UAPS} = \frac{\text{População cadastrada nas UBS sem PACS} \times 100}{\text{População total}}$$

A população de referência das UAPS sem PACS pode ser calculada subtraindo-se da população total as populações cobertas pelo PSF e pelo PACS.

O resultado encontrado – Cobertura UAPS convencionais – é um valor percentual que deve ser avaliado considerando os seguintes aspectos:

- o parâmetro proposto pelo MS de 30.000 pessoas por UAPS;

- o número de profissionais médicos e enfermeiros que compõe a equipe desta UAPS;

- considerando que o parâmetro do PSF considera a proporção de 1 médico e 1 enfermeiro para cada 3.000 pessoas em média, uma UAPS responsável por 30.000 pessoas deveria ter uma equipe com pelo menos 10 médicos e enfermeiros.

Esta análise vale também para as UAPS com PACS, quando se analisa a cobertura da atuação médica e de enfermagem.

• Calcular a cobertura total da APS no município, seguindo os seguintes passos:

- identificar a população cadastrada no PSF;

- identificar a população cadastrada pelas UAPS tradicionais, com PACS;

- identificar a população atendida pelas UAPS tradicionais, sem PACS;

- somar a população total cadastrada e aplicar a fórmula abaixo:

$$\text{Cobertura Total} = \frac{\text{População total cadastrada} \times 100}{\text{População total}}$$

A Cobertura Total da APS no município deve ser considerada juntamente com as análises anteriores.

Além disso, devem ser considerados outros aspectos:

- equipes completas ou não;
- população urbana ou rural;
- condições de acesso.

B) Análise de cobertura do atendimento da população em Saúde Bucal (utilizar a matriz 2):

- Calcular a cobertura de PSF/SB no município, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura PSF/SB} = \frac{\text{População cadastrada nas equipes PSF/SB} \times 100}{\text{População total}}$$

É o mesmo cálculo realizado anteriormente para a cobertura de PSF relativo às equipes médicas e de enfermagem. Somente que será considerada a população sob a responsabilidade de equipes de saúde bucal.

Como não existem parâmetros para SB, poderá ser usado o mesmo parâmetro médio utilizado para a equipe médica e de enfermagem: 3.000 pessoas por equipe de PSF/SB.

O resultado encontrado não deverá ser avaliado isoladamente, pelo mesmo motivo.

Assim, o número total da população cadastrada no SIAB, no município deve ser comparado com a capacidade total das equipes de PSF/SB do município. Para tanto, pode ser utilizado o seguinte cálculo:

- 1 equipe deve se responsabilizar, em média, por 3.000 pessoas;
- multiplicando-se o número total de equipes por 3.000, chega-se à capacidade média total de todas as equipes;
- comparar a população cadastrada no SIAB em todo o município com esta capacidade potencial das equipes e analisar se a cobertura esta acima, abaixo ou dentro dos parâmetros propostos.

- Se no município existirem UAPS tradicionais, com ou sem PACS, calcular a cobertura da população, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura UAPS} = \frac{\text{População de referência das UAPS com equipes SB} \times 100}{\text{População total}}$$

São consideradas neste cálculo as UAPS com e sem PACS.

Da mesma maneira, como não existem parâmetros para SB, pode ser mantido o mesmo parâmetro médio utilizado para a equipe de PSF, 3.000 pessoas por equipe de PSF/SB.

- Calcular a cobertura total da APS em Saúde Bucal no município, seguindo os seguintes passos:
- Identificar a população cadastrada no PSF;
- Identificar a população atendida pelas UAPS tradicionais;
- Somar a população total cadastrada e aplicar a fórmula abaixo:

$$\text{Cobertura Total} = \frac{\text{População total cadastrada} \times 100}{\text{População total}}$$

- Analisar as taxas de cobertura calculadas diante da proposta ideal para a atenção primária à saúde bucal da população, considerando, entre outros fatores, o fato de a equipe estar completa ou não, e fazendo uma justificativa.

C) Para a análise qualitativa da APS no município, serão utilizadas as matrizes de verificação dos princípios da APS apresentadas a seguir (utilizar as matrizes 3 a 9):

- Este instrumento tem o objetivo de orientar quanto ao método, que consiste em refletir, discutir e responder aos itens de verificação propostos.
- Os itens de verificação são frases afirmativas relacionadas aos princípios da APS, que constam no texto de apoio.
- Após a reflexão e discussão sobre os itens de verificação, o grupo deve responder e pontuar:
 - Se considerar que “atende com excelência” deverá pontuar 4 pontos.
 - Se considerar que “atende” deverá pontuar 3 pontos.
 - Se “atende parcialmente” deverá pontuar 2 pontos.
 - Se “atende de forma incipiente” deverá pontuar 1 ponto.
 - se “não atende” deverá pontuar 0.
- Para cada item de verificação deve-se conferir a pontuação e justificar. Após a pontuação de todos os itens, o grupo deve somar todos os pontos dados e estabelecer o percentual alcançado em relação à pontuação máxima estabelecida.

MATRIZ 1

COBERTURA EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM
COBERTURA PSF
COBERTURA PACS
COBERTURA UBS (sem PACS)
COBERTURA TOTAL
ANÁLISE E JUSTIFICATIVA

A vertical grey bar on the right side of the page, intended for additional notes or data. It contains 25 horizontal lines for writing, starting from the top of the page and extending down to the bottom. The lines are evenly spaced and span the full height of the grey bar.

MATRIZ 2

COBERTURA EQUIPES SAÚDE BUCAL
COBERTURA PSF
COBERTURA UBS (com ou sem PACS)
COBERTURA TOTAL
ANÁLISE E JUSTIFICATIVA

MATRIZ 3

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
1° Contato	1. As UBS são a porta de entrada dos usuários para o sistema de serviços de saúde.		
	2. As UBS são de fácil acesso para os usuários residentes no território.		
	3. As UBS atendem em horário adequado às necessidades dos usuários.		
	4. As UBS estão dimensionadas para garantir a cobertura da população residente no município.		
	5. As equipes de saúde da família estão dimensionadas conforme os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.		
	6. Na área coberta pelo PACS, os agentes comunitários de saúde estão dimensionados para viabilizar a cobertura da população, conforme os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.		
	7. Existe um processo de avaliação inicial das necessidades dos usuários que acessam a UBS para a detecção dos casos de risco e priorização do atendimento.		
	8. Existem critérios padronizados de priorização de atendimento para os casos de urgência emergência.		
	9. Existem critérios padronizados de captação precoce de usuários para atenção programada (atenção às condições crônicas. Ex: hipertensos, gestantes).		
	10. O agendamento na UBS é realizado de modo a garantir o atendimento necessário a cada usuário.		
	TOTAL		

MATRIZ 4

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
Longitudinalidade	1. As UBS estão estruturadas para atender os usuários em todos os ciclos de vida da família: infância, adolescência, vida adulta e velhice.		
	2. As UBS estão organizadas para viabilizar a continuidade do cuidado aos usuários com patologias e/ou condições crônicas: <ul style="list-style-type: none"> • gestantes, • hipertensos, • diabéticos, • tuberculose, • hanseníase, • transtorno mental, • HIV/aids, • Cárie, • doença periodontal. 		
	3. As equipes das UBS acompanham a evolução clínica dos usuários portadores de patologias/condições crônicas (ex: hipertensos, diabéticos).		
	4. As UBS contam com protocolos clínicos para o atendimento dos ciclos de vida – criança, adolescentes, adultos e idosos – e das principais patologias crônicas – hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, DST, HIV, Aids, cárie, doença periodontal, etc - e condições crônicas – gestantes.		
	5. Os protocolos clínicos são utilizados rotineiramente pelos profissionais das UBS.		
	6. Os profissionais das UBS contam com um processo de educação permanente.		
	7. Cada equipe de saúde é responsável por um número de usuários/famílias residentes no território.		
	8. Existe vínculo entre a equipe da UBS e os usuários/famílias residentes no território de sua responsabilidade.		
	TOTAL		

MATRIZ 5

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
Integralidade	1. A UBS viabiliza aos usuários os exames laboratoriais quando necessário, no tempo adequado.		
	2. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de exames de apoio diagnóstico.		
	3. Os profissionais da UBS têm o retorno do resultado dos exames laboratoriais no tempo adequado.		
	4. A UBS viabiliza aos usuários consultas especializadas quando necessário, no tempo adequado.		
	5. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de consultas especializadas.		
	6. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações da consulta especializada de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.		
	7. A UBS viabiliza aos usuários internamentos quando necessário, no tempo adequado.		
	8. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a solicitação de internamentos hospitalares.		
	9. Os profissionais da UBS têm o retorno das informações referentes ao internamento, de forma adequada, para viabilizar a continuidade do cuidado ao usuário.		
	10. Os profissionais da UBS dispõem de critérios definidos para a prescrição de medicamentos de uso contínuo, para usuários portadores de patologias crônicas (ex: medicamentos para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtorno mental, entre outras).		
	11. A UBS viabiliza o acesso dos usuários portadores de patologias crônicas aos medicamentos de uso contínuo, para contribuir com a continuidade do cuidado (ex: medicamentos para hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtorno mental, entre outras).		
TOTAL			

MATRIZ 6

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
Coordenação	1. A UBS tem prontuário para registro das informações do atendimento prestado pela equipe multiprofissional ao usuário.		
	2. Os profissionais da UBS preenchem o prontuário adequadamente.		
	3. O prontuário é arquivado de forma adequada para garantir segurança e sigilo das informações nele contida.		
	4. A SMS conta com comissão de revisão de prontuário.		
	5. Os profissionais da UBS preenchem adequadamente os instrumentos destinados aos usuários, como por exemplo, o cartão da gestante, a cartilha da criança, entre outros.		
	6. A UBS conta com um sistema de informação adequado às necessidades da equipe de saúde, capaz de disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais no tempo adequado.		
	7. Os profissionais das UBS alimentam os sistemas de informação do Ministério da Saúde de forma adequada e nos prazos estabelecidos. Ex: SIAB, SIASUS, SISpré-natal, SISHiperdia, SINAM, entre outros.		
	8. Os profissionais das UBS acessam os relatórios dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Ex: SIAB, SIASUS, SISpré-natal, SISHiperdia, SINAM, entre outros.		
	9. A SMS dispõe de mecanismos para que as equipes de saúde realizem a programação local adequada à população adscrita e recursos disponíveis na UBS.		
	10. A SMS dispõe de um mecanismo de contratualização com as equipes de saúde da UBS, mediante metas pactuadas resultantes da programação local.		
	11. A SMS realiza o monitoramento das metas pactuadas na programação local.		
TOTAL			

MATRIZ 8

PRINCÍPIO	ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
Orientação Comunitária	1. A equipe de saúde identifica de forma sistematizada e periódica as necessidades de saúde da comunidade.		
	2. A equipe de saúde desenvolve ações de educação em saúde para a comunidade.		
	3. A equipe de saúde desenvolve ações de prevenção de doença/agravos para a comunidade.		
	4. A UBS conta com conselho local de saúde atuante.		
	5. O conselho local de saúde participa do planejamento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde.		
	6. O conselho local de saúde participa do monitoramento das ações realizadas pela equipe de saúde.		
	TOTAL		

MATRIZ 9

PRINCÍPIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	% ALCANÇADO
PRIMEIRO CONTATO	40		
LONGITUDINALIDADE	32		
INTEGRALIDADE	44		
COORDENAÇÃO	44		
CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA	32		
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	24		
TOTAL	216		

2º DIA



ATIVIDADE VI - ELABORAÇÃO DE PLANO PARA O FORTALECIMENTO DA APS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUCAS

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo:

Construir e socializar o Plano de Ação para o Fortalecimento da APS no Município São Lucas

Desenvolvimento:

- Dividir em grupos, nomear um coordenador e um relator;
- Elaborar o Plano Para o Fortalecimento da APS no Município São Lucas:
 - Após a análise da APS no município de São Lucas, realizada no estudo anterior, o grupo deverá eleger os itens considerados críticos, ou seja, aqueles que devam ser priorizados para enfrentamento, pois têm maior impacto no sistema municipal de saúde;
 - Para a priorização dos itens críticos, propõe-se a análise quanto: à gravidade, magnitude do problema e à viabilidade para o enfrentamento (técnica, política, administrativa e tempo);
 - Após a priorização dos itens críticos, o grupo deverá realizar um plano de trabalho;
 - Para tanto, propõe-se a utilização da Matriz Simplificada para o Plano de Ação para o Fortalecimento da APS no Município de São Lucas, que deve conter:
 - Os itens críticos;
 - Os objetivos a serem alcançadas;
 - As ações a serem implementadas para o alcance dos objetivos;
 - Os responsáveis pelas ações;
 - O cronograma para a realização das ações.

Apresentar o Plano para o grande grupo. Cada relator terá aproximadamente 10 minutos para a apresentação.

O Plano de Ação demanda planejamento, isto é, a organização ou a sistematização das ações a serem implementadas visando a consecução dos objetivos propostos.

MATRIZ SIMPLIFICADA PARA O PLANO DE AÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA APS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUCAS				
PRINCÍPIO: PRIMEIRO CONTATO				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	TEMPO
PRINCÍPIO: LONGITUDINALIDADE				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	TEMPO

MATRIZ SIMPLIFICADA PARA O PLANO DE AÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA APS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUCAS				
PRINCÍPIO: INTEGRALIDADE				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	TEMPO
PRINCÍPIO: COORDENAÇÃO				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	TEMPO

MATRIZ SIMPLIFICADA PARA O PLANO DE AÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA APS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUCAS				
PRINCÍPIO: CENTRALIZAÇÃO NA FAMÍLIA				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	TEMPO
PRINCÍPIO: ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA				
ITEM CRÍTICO	OBJETIVO	AÇÃO	RESPONSÁVEL	TEMPO



ATIVIDADE VII - PLANEJAMENTO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA DA APS EM MINAS GERAIS

Tempo estimado: 1 hora e 15 minutos

Objetivo:

Compreender os princípios que devem nortear o planejamento da infraestrutura física da APS em Minas Gerais.

Instruções:

- Dividir em grupos, escolher um coordenador e um relator.
- Cada grupo deverá, então, ler e discutir o texto de apoio “O Planejamento da Infra-Estrutura Física da Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais” e, em seguida, responder as seguintes questões:
 - Quais princípios devem ser considerados no processo de construção das redes de atenção à saúde?
 - Em caso de conflito, qual fator prevalece? Por quê?
 - Qual a regra decisória para a escolha do módulo de UAPS a ser implantado?
 - Que variáveis condicionam o acesso aos serviços de saúde, de maneira singular à APS? Que outros fatores interferem?
 - Qual a estrutura mínima de um Plano Municipal de Investimento na APS?
- A seguir, o grupo deverá fazer uma discussão com relação à pergunta:
 - Quais os princípios que atualmente são usados para o dimensionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde?

Cada relator terá 10 minutos para apresentar o relatório do grupo.



TEXTO DE APOIO

O PLANEJAMENTO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS²

Nos primeiros cinco anos do Governo Aécio Neves elaborou-se e executou-se o mais amplo programa de financiamento de infra-estrutura física na atenção primária à saúde que se tem notícia no Brasil. Por meio desse programa, sustentado pelo governo de Minas Gerais, com recursos

² Texto adaptado por Fernando Antônio Gomes Leles, a partir de Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Comitê de Assuntos Estratégicos, Nota Técnica nº 01/2008.

Ler e mais do que decodificar palavras, é atribuir significado ao conhecimento socialmente produzido, compartilhando-o.

exclusivos do Tesouro do estado, foram contemplados com investimentos em Unidades de Atenção Primária à Saúde, 812 municípios, especialmente aqueles com menos de 10 mil habitantes que são 509 municípios e correspondem a 60,2% do total, conforme se vê na Tabela 1 abaixo.

PORTE DO MUNICÍPIO	Nº DE MUNICÍPIOS	Nº DE MUNICÍPIOS NÃO CONTEMPLADOS
Até 5.000 habitantes	240	7
5.001 a 10.000 habitantes	269	3
10.001 a 30.000 habitantes	234	13
30.001 a 50.000 habitantes	43	1
50.001 a 100.000 habitantes	40	0
Acima de 100.000 habitantes	27	17
Total	853	41

Fonte: GAPS/SAS/SAPS/SESMG (2008)

Tabela 1 – Municípios mineiros, por porte populacional, contemplados com investimentos do Saúde em Casa

Pelos dados da Tabela 1 verifica-se que apenas 7 municípios dos 240 de até 5.000 habitantes (3,0%) e apenas 3 municípios dos de 5.001 a 10.000 habitantes (1,1%) não foram contemplados pelos investimentos de Saúde em Casa, ainda que esses municípios possam, teoricamente, receber mais de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Pode-se verificar que os investimentos em Unidades de Atenção Primária à Saúde, nas áreas urbanas dos municípios de até 5.000 habitantes, está, praticamente concluído, já que eles, em geral, não comportam mais de uma Unidade. Portanto, os próximos passos deverão ser dados no sentido de completar os investimentos nos municípios de mais de 5.000 habitantes.

As ações de melhoria da infra-estrutura da atenção primária à saúde do Saúde em Casa, desenvolveram-se, portanto, de forma agressiva, mas, também republicana, vez que a escolha dos municípios foi feita com transparência e baseada em critérios técnicos publicados com bastante antecedência em Resolução do Secretário de Estado de Saúde e amplamente divulgados.

Para subsidiar esse agressivo investimento, o primeiro passo foi a normatização do que se espera em termos de estrutura física de uma unidade que preste atenção primária com qualidade. Isto se deu através da compilação de legislação específica sobre o assunto, federal e estadual, e pela absorção de boas práticas. Assim, foi publicada a Resolução SES/MG nº. 604, de 19 de novembro de 2004.

Considerando o constante avanço dos serviços de saúde e as crescentes necessidades, houve uma atualização desta norma com a publicação da

Resolução SES/MG nº. 1186, em 18 de maio de 2007, em vigor. Esta nova resolução trás consigo não só o acoplamento do escovário, mas, também, a criação de uma Unidade Básica de Saúde Rural – UAPS-R.

Contudo, uma nova etapa do financiamento da infra-estrutura da atenção primária à saúde no estado se impõe porque ela deverá voltar-se, principalmente, para os municípios de mais de dez mil habitantes e porque deverá expressar, no plano da infra-estrutura física, a mudança paradigmática da atenção primária à saúde, perseguida pelo Saúde em Casa.

Desta forma, o que se propõe é o alinhamento do planejamento físico com a concepção da atenção primária à saúde como estratégia de organização do SUS, estimulando, para tal, a mudança quantitativa (garantindo o acesso) e qualitativa da APS, em especial por meio da estratégia Saúde da Família. Isso significará, no campo operacional, modificações profundas no desenvolvimento e na implantação do planejamento da infra-estrutura física da atenção primária à saúde no estado.

I - O OBJETIVO DO PROJETO SAÚDE EM CASA: A TRANSIÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um exame da proposta de atenção básica à saúde, a partir de sua concepção, mostra uma visão prevalecte de uma mistura de atenção a pobres e a regiões pobres com busca da melhoria da resolubilidade do nível primário de atenção à saúde pelo PSF. Isso ocorreu ainda que o discurso oficial falasse, e continua falando, de uma estratégia de saúde familiar de reordenamento do sistema.

O modelo da atenção básica à saúde se evidencia, claramente, em vários aspectos: na carteira de serviços limitada que levou, inclusive, na normativa do SUS, à estranha proposta da atenção básica ampliada; na baixa densidade tecnológica praticada; na limitação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos; na oferta de uma relação de medicamentos tímida; na ausência de diretrizes clínicas; na fragilidade gerencial das unidades; no processo de educação permanente fragmentado; na carência de controle social efetivo; e último, mas não menos importante, na concepção restrita de infra-estrutura física que leva, muitas vezes, à instalação de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em casas alugadas ou em prédios com área física insuficiente ou inadequada e sem equipamentos e materiais permanentes que garantam uma atenção de qualidade.

Foi com base nesse diagnóstico de situação da atenção primária à saúde no estado que se desenvolveu o projeto estruturador Saúde em Casa. Esse projeto tem como objetivo fundamental apoiar os municípios mineiros, numa mudança profunda: a transição do paradigma da atenção básica à saúde para o da atenção primária à saúde. Essa mudança inaugura um novo ciclo no estado, o ciclo da atenção primária à saúde.

Desta forma, buscando atingir o objetivo proposto pelo Saúde em Casa, também o planejamento da infra-estrutura deve se alinhar à concepção de estratégia da atenção primária à saúde, o que significará superar o modelo de estrutura física pobre e de baixa densidade tecnológica, característica da atenção básica à saúde.

II - O PARADIGMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SIMBOLISMO DA INFRA-ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As mudanças sociais não se perpetram, apenas, no campo material. Elas se expressam, ademais, no plano simbólico. Por isso, duas mudanças são imprescindíveis na consolidação do paradigma da atenção primária à saúde: a mudança da denominação das unidades e a mudança da concepção da infra-estrutura física.

Mudar o nome de Unidade Básica de Saúde (UBS) para Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) implica a resignificação de uma prática de atenção à saúde que se quer mudar e alargar.

Por outro lado, exercitar a atenção básica à saúde em casas alugadas, adaptadas amadoramente para se transformarem em Unidades Básicas de Saúde improvisadas, feias, algumas vezes sujas, com uma ambiência agressiva à população usuária e desmotivadora para a equipe de saúde, com parca densidade tecnológica e baixa resolubilidade, é bem a manifestação clara de uma atenção pobre para pobres.

Uma mudança radical na concepção da infra-estrutura física - tal como é o escopo dos arrojados investimentos do projeto Saúde em Casa - constitui, talvez, o ponto de maior visibilidade, no domínio simbólico, para a consolidação do paradigma da atenção primária à saúde. Isso significará para os políticos, para os gestores, para os profissionais de saúde e para a população usuária, o fim da atenção básica à saúde e o início da atenção primária à saúde.

Esse movimento estará marcado pela substituição das Unidades Básicas de Saúde, inadequadas, pequenas, muitas vezes desenvolvidas em casas alugadas, por Unidades de Atenção Primária à Saúde, propositadamente reformadas ou construídas, com tamanho suficiente para abrigar uma atenção humanizada, provida por equipes multiprofissionais, tecnologicamente adensada e com alta resolubilidade.

III – OS PRINCÍPIOS PARA O PLANEJAMENTO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS CONSEQÜÊNCIAS METODOLÓGICAS

No processo de construção das redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, deve-se considerar a combinação da concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc, tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000).

Assim, ao se planejar a infra-estrutura física da atenção primária à saúde, é necessária que se tenha em mente a relação entre economia de escala, qualidade e o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, conforme se vê na Figura 1 ao lado.

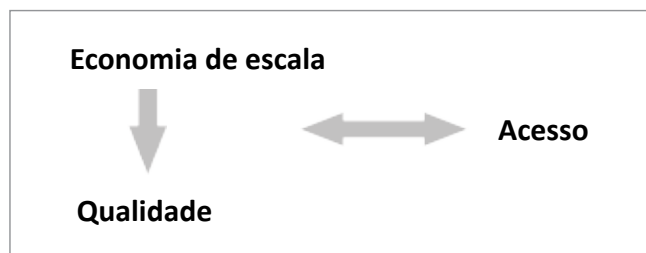


Figura 1 - Os princípios do planejamento da infraestrutura física da atenção primária à saúde

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos das economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam mais de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (Mendes, 2002).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem. Isto é, à medida em que o volume das atividades aumenta, os custos fixos vão se diluindo por um maior número dessas atividades. Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala são encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos. Por outro lado, esses mesmos estudos apontam que em hospitais de mais de 650 leitos, ao contrário de economias de escala, haveria uma deseconomia (Aletas, Jones e Sheldon, 1997; Andrade et al., 2007). Tais estudos demonstram a necessidade de dimensionamento ótimo dos equipamentos de saúde.

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários; fazem-se de forma humanizada; são efetivos, eficientes e equitativos; e satisfazem às expectativas dos usuários (Institute of Medicine, 2001; Dlugacz, Restifo & Greenwood, 2004).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que costuma haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Acredita-se que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade. Dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde (Bunker, Luft e Enthoven, 1982).

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências (Carr-Hill, Place e Posnett, 1997): a utilização da atenção primária à saúde é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos. Por outro

lado, há evidência de que a distância não é fator impeditivo para serviços de urgência e emergência, para utilização de serviços de radioterapia e de monitoramento do câncer de mama, assim como não há associação entre distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

Portanto, o desenho de redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e a qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela existência, ao mesmo tempo, de economias de escala e serviços de saúde de qualidade, acessíveis prontamente e de forma humanizada, aos cidadãos. Quando se der – como em regiões de baixa densidade demográfica – o conflito entre escala e acesso, prevalece o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações subótimas; da mesma forma, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

Ao se construir as redes de atenção à saúde há que se combinar os territórios sanitários com a distribuição espacial adequada dos serviços de saúde. Para isso e a fim de se operar com escalas populacionais ótimas, é fundamental criarem-se esses territórios de responsabilidade da atenção primária à saúde, o que é feito pelo processo de territorialização e de cadastramento das famílias.

Há dois territórios sanitários fundamentais na atenção primária à saúde: o território micro-área, espaço de vida de mais ou menos 100 famílias, adscritas e colocadas sob a responsabilidade de um agente comunitário de saúde, e o território área de abrangência, espaço de vida de mais ou menos 1.000 famílias, adscritas e colocadas sob a responsabilidade da equipe do PSF, conforme se vê na Figura 2 abaixo.

TERRITÓRIO SANITÁRIO	RESPONSABILIDADE	POPULAÇÃO ADSCRITA
Área de abrangência	Equipe do PSF	3.500
Micro-área	Agente Comunitário de Saúde	350

Figura 2 - Os territórios sanitários da atenção primária à saúde

A população adscrita é a população cadastrada pela atenção primária. O parâmetro mínimo para a população adscrita é a população SUS dependente. Isso implica a necessidade de que a equipe de saúde conheça bem a sua população.

Ainda que a atenção primária à saúde deva ser operada de forma descentralizada, os princípios da economia de escala e da qualidade devem ser obedecidos pelo planejamento da sua infra-estrutura física.

Há evidências, tanto na literatura internacional, quanto na prática nacional, de que a atenção primária se beneficia de economias de escala. Por exemplo, um estudo feito pela Secretaria Municipal de Saúde de Brasília de Minas

(2007) mostra que a utilização de uma UAPS para duas equipes de PSF, em relação a uma UAPS para uma equipe de PSF, define uma economia de 35% nos investimentos e de R\$ 171.468,00 no custeio de pessoal, por ano. Se se somarem, aos custos de pessoal outros custos de manutenção, estima-se uma economia de custeio superior a R\$ 200.000,00 por ano. Os dados trabalhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Janaúba apontam na mesma direção. Assim, também, a utilização de uma UAPS para três equipes de PSF determinará ganhos de escala em relação a uma UAPS para duas equipes e, muito mais ainda, em relação a uma UAPS para uma equipe de PSF.

Portanto, em termos do planejamento da infra-estrutura física das UAPS nos municípios deveriam ser considerados quatro módulos:

- Módulo da UAPS Tipo 3: UAPS para três equipes de PSF;
- Módulo da UAPS Tipo 2, UAPS para duas equipes de PSF;
- Módulo da UAPS Tipo 1, UAPS para uma equipe de PSF;
- Módulo da UAPS Rural, uma estrutura funcionalmente articulada com uma UAPS dos tipos 1, 2 ou 3.

A escolha do módulo se fará segundo a seguinte regra decisória, criada com base no critério da economia de escala:

- Uma UAPS Tipo 3 é preferível a uma UAPS Tipo 2 mais uma UAPS Tipo 1 ou a três UAPS Tipo 1;
- Uma UAPS Tipo 2 é preferível a duas UAPS Tipo 1.

Essa regra decisória só será transgredida pela imposição do critério do acesso sobre a economicidade do sistema, o que, certamente, poderá se dar em certas circunstâncias.

A modulação das UAPS's, ao fazer-se por número de equipes de PSF, já estabelece a população adscrita, tendo como parâmetro 1 equipe de PSF para 1.000 famílias ou para 3.500 pessoas. Daí que a UAPS Tipo 2 seria destinada a uma população adscrita de 7.000 habitantes e a UAPS Tipo 3 a 10.500 habitantes. Para a UAPS Rural se poderia trabalhar com um critério de um núcleo rural relevante que seria discutido caso a caso, mas que poderia ter um valor mínimo de 500 pessoas adscritas.

Ao estabelecer os módulos das diferentes UAPS's está-se trabalhando com o critério de população adscrita que se define operacionalmente como aquela que vive no território/área de abrangência de uma UAPS/equipe do PSF, que está efetivamente cadastrada na atenção primária à saúde, segundo a metodologia do Plano Diretor. Assim, o desenvolvimento do planejamento da infra-estrutura física da atenção primária à saúde deverá ser precedido da territorialização e do cadastramento da população adscrita.

Além disso, do ponto de vista metodológico, o mapa geral do município, com a localização espacial dos grupos populacionais, ainda que seja um elemento de referência importante para a elaboração do planejamento da infra-estrutura da atenção primária à saúde, não deve sobrepor-se aos mapas reais das populações adscritas, construídos a partir dos grupos

populacionais territorializados e cadastrados durante o processo do Plano Diretor.

Contudo, como se advertiu anteriormente e se mostra na Figura 1, a distribuição espacial ótima das UAPS Tipos 3, 2 e 1, no município, se fará pela regra decisória do maior número de equipes de PSF por UAPS, porém, como já se mencionou, constrangida pelo critério do acesso – pronto, confortável e com baixos custos econômicos e sociais, dos cidadãos aos serviços.

Uma revisão da literatura internacional mostra que o acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis:

- o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde;
- a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços;
- a efetividade esperada dos serviços de saúde e
- a distância dos serviços de saúde.

Além disso, as barreiras econômicas, culturais e físico-geográficas constituem elementos importantes no acesso, bem como a densidade populacional.

Considerando a natureza dos serviços prestados pela atenção primária à saúde (ações promocionais, preventivas, de acompanhamento dos ciclos de vida, cuidados das condições de saúde estabelecidas mais simples, que não manifestam sintomas ou sinais exuberantes), o custo de oportunidade para os usuários costuma ser considerado alto. Isso significa que essas pessoas podem, facilmente, optar por outras atividades de seu dia-a-dia, consideradas mais importantes, em detrimento das ações da APS, o que tende a restringir o acesso.

Mais, em relação à atenção primária à saúde a severidade percebida é, em geral, baixa, o que tende, também, a auto-limitar o acesso das pessoas a esses serviços.

Por outro lado, a visão de atenção primária à saúde como programa para pobres em regiões pobres, ao constranger a densidade tecnológica e, conseqüentemente, a resolubilidade desse nível de atenção, transmite, para a população, uma sensação de pouca efetividade dessas unidades de saúde. É comum a população, cansada com a pouca efetividade da atenção primária à saúde e com a idéia vigente do posto ou do postinho de saúde, buscar o cuidado, em momentos de desconforto ou sofrimento, nas unidades de pronto-atendimento ambulatoriais ou hospitalares, auto-limitando seu acesso a esse nível de atenção.

Dos três fatores de acesso mencionados, dois são de difícil controle: o custo de oportunidade e a severidade percebida da condição de saúde. O terceiro, a efetividade percebida da atenção primária à saúde, deve ser manejado de diferentes formas, mas o adensamento tecnológico das UAPSs, que depende da concepção da infra-estrutura física, constitui o fator fundamental.

Por isso, impõe-se, com muita força, o quarto fator de acesso que é a

distância. Esse fator é o que, isoladamente, está mais ligado ao planejamento da infra-estrutura física da atenção primária à saúde.

Ele se manifesta, na prática social, na distância entre a UAPS e as residências dos usuários. Estudos mostram que há uma correlação inversa entre o acesso à atenção primária à saúde e a distância entre a UAPS e a residência do usuário; quanto maior for essa distância, menor será o acesso, especialmente para as ações promocionais, preventivas e de atenção às condições de saúde mais simples. Portanto, o critério locacional das UAPS's consiste em incrustá-las no meio de sua população adscrita, de modo a minimizar a sua distância dos locais em que as famílias adscritas vivem.

Existem poucas referências sobre uma distância ótima que facilite o acesso à atenção primária à saúde. Há, contudo, critérios locacionais quantitativos, qualitativos e mistos. Do ponto de vista quantitativo, costuma-se propor um raio máximo de 2,5 a 3,0 quilômetros em torno da UAPS, no suposto de que essa distância permitiria que as pessoas acessassem essa Unidade andando a pé e de modo confortável. Do ponto de vista qualitativo, deve-se buscar uma localização ótima a partir da consideração das diversas barreiras geográficas e culturais impostas à população. Idealmente, deve-se utilizar um critério misto com a observação de ambos aspectos, o que exige, como pressupostos, os processos de territorialização e de cadastramento das famílias.

Deve-se compreender que o ajuste do critério da distância será, sempre, o fator mais controlável e eficaz na regulação do acesso à atenção primária à saúde e a ele deve-se somar as características da distribuição e densidade populacional como critério de ajuste na escolha entre as UAPS's de Tipos 3, 2 e 1. De tal forma que as populações que vivem em territórios de alta densidade demográfica, como é comum ocorrer nas cidades médias e grandes, terão condições mais favoráveis de utilizarem as UAPS's de Tipo 3 e 2; ao contrário, as populações que vivem em áreas de menor densidade populacional, como áreas urbanas dispersas, tenderão a utilizar as UAPS's de Tipo 1 e, em casos de municípios com populações rurais relevantes, as UAPS's de Tipo Rural.

Há outros fatores que interferem no acesso à atenção primária à saúde, sob a forma de barreiras econômicas, culturais e físico-geográficas.

As barreiras econômicas, em termos de custos diretos, são minimizadas em sistemas públicos gratuitos como o SUS. Mas elas podem aparecer sob a forma de custos indiretos, especialmente os custos de transporte. Deste fato deduz-se mais uma razão para otimizar a distância, o que permitiria evitar esses custos. Contudo, em cidades maiores, poderá ser impossível prescindir totalmente do transporte público, de forma que, ao planejar a alocação de UAPS's, deva-se considerar as rotas dos ônibus do sistema público de transporte convencional.

As barreiras culturais devem ser consideradas e conotam situações de especificidades étnicas, lingüísticas e/ou sócio-econômicas. Aqui devem ser consideradas, principalmente, algumas populações em situação de exclusão social, como as populações indígenas e quilombolas e os grupos populacionais que vivem em assentamentos rurais.

As barreiras físico-geográficas também dificultam ou impossibilitam o acesso. Elas podem ser: um córrego ou rio, um morro muito íngreme, uma rodovia de muito tráfego sem passarela etc. A consideração dessas barreiras no planejamento da infra-estrutura física da atenção primária à saúde é fundamental.

Todos esses princípios aqui discutidos e suas inter-relações deverão ser considerados no planejamento da infra-estrutura da atenção primária.

IV – O PROGRAMA ARQUITETÔNICO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (UAPS's)

Uma referência fundamental para a elaboração do planejamento da infra-estrutura física da atenção primária à saúde é o projeto arquitetônico.

A infra-estrutura física e de equipamentos das UAPS's deve refletir a mudança de paradigma que se propõe à atenção primária à saúde, sendo coerente com a carteira de serviços a ser oferecida, garantir uma ambiência humanizada, acolhedora, que possibilite a necessária privacidade, e que seja, ao mesmo tempo, resolutiva.

Assim, são importantes elementos que garantam o conforto aos trabalhadores e aos usuários, como cor, cheiro, iluminação e climatização, sempre em consonância com as normas de vigilância sanitária e ambiental e de segurança do trabalho.

A partir da concepção de rede de atenção, a APS deve exercer três funções: resolutiva (resolver mais de 85% dos problemas), centro de comunicação da rede e responsabilização pela saúde das populações adscritas. O desempenho eficaz dessas funções depende de uma infra-estrutura que deve garantir, em cada UAPS, o funcionamento adequado de um prontuário eletrônico e de outras soluções de tecnologia de informação, incluindo a conectividade por meio de infovias.

As preocupações com a sustentabilidade ambiental também devem se expressar no programa arquitetônico. Há que se preocupar com a coleta dos resíduos de saúde, em conformidade com o plano de gestão de resíduos sólidos, e em articulação com o módulo de transporte em saúde de resíduos de saúde. Além disso, o programa arquitetônico deve prever a reciclagem da água utilizada nas UAPS's, garantir a geração de parte da energia por meio de aquecimento solar e, quando utilizada a climatização, reaproveitar o calor gerado pelos aparelhos de ar condicionado.

O modelo de atenção à saúde, proposto em Minas Gerais, está focado nas ações de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de autocuidado apoiado. Além disso, a tecnologia de gestão das condições de saúde - a base do cuidado aos portadores de condições de saúde estabelecidas - assenta-se, fortemente, em processos educacionais, dirigidos aos profissionais de saúde e aos usuários da atenção primária à saúde. Assim, é necessário que as UAPS's disponham não apenas de uma sala de reuniões, mas de um espaço para educação permanente para os profissionais, educação em saúde e atividades em grupo com os usuários. Tais espaços precisam contar com os equipamentos necessários e poderiam, até mesmo, servir,

nos momentos em que não estejam sendo utilizados nas ações de APS, para acolher o Conselho Local de Saúde e outras organizações comunitárias.

O projeto Farmácia de Minas estará financiando investimentos para a instalação de uma infra-estrutura física para a assistência farmacêutica na atenção primária à saúde. Por isso, é fundamental que essa estrutura esteja compatibilizada com os programas arquitetônicos da atenção primária à saúde, conforme o módulo.

V - O PLANO MUNICIPAL DE INVESTIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (PMIAPS)

Compreendendo que a primeira, e necessária, fase de financiamento de obras em UAPS's (incentivo financeiro a partir do porte populacional dos municípios) já atingiu os objetivos inicialmente propostos, e focando ainda mais esforços na busca pelo objetivo de melhorar a qualidade da atenção primária prestada à saúde dos mineiros, o Projeto Estruturador Saúde em Casa também passará a vincular os futuros investimentos às diretrizes aqui apresentadas.

A pré-condição para que qualquer município se habilite a receber financiamento para investimentos na atenção primária à saúde será a apresentação do Plano Municipal de Investimentos na Atenção Primária à Saúde – PMIAPS. Este plano deverá conter uma proposta de localização espacial com adscrição da população de responsabilidade do conjunto de UAPS's, definidas por tipos, no município.

Ainda que o município se apresente para financiar uma única UAPS, ele deverá apresentar o plano do conjunto de unidades de atenção primária à saúde que o município necessita. Isso é fundamental para resgatar a racionalidade do processo e para superar a ausência de uma visão sistêmica do planejamento da infra-estrutura municipal na atenção primária à saúde.

Assim, devido à obrigatoriedade do PMIAPS nas próximas etapas de financiamento do Saúde em Casa, ele é um dos produtos do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e deverá ser construído logo após o processo de territorialização e de cadastramento da população.

Esse plano deverá, no mínimo:

1. Apresentar um diagnóstico da situação atual da infra-estrutura física da atenção primária à saúde no município;
2. Elaborar uma proposta de situação desejada da infra-estrutura física da atenção primária à saúde no município, com base, no programa arquitetônico da Secretaria de Estado de Saúde, em outras orientações contidas neste texto;
3. Estabelecer as necessidades de investimentos para passar da situação atual à situação desejada. Estes investimentos podem ser disponibilizados pelo Saúde em Casa e/ou por investimentos próprios do município;
4. Com base na identificação das necessidades de investimentos, o PMIAPS deverá conter, de forma clara e objetiva, pelo menos: investimentos em

reforma de UAPS's existentes; investimentos em construção de novas UAPS's; investimentos em equipamentos e materiais permanentes; e investimentos em tecnologia de informação.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALETRAS,V., JONES, A & SHELDON, T.A - Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. (Editors) - Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

ANDRADE, M.V. et al. - Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 2007.

BUNKER, J.P., LUFT, H.S. & ENTHOVEN, A - Should surgery be regionalised? Surgical Clinics of North America, 62: 657-668, 1982.

CARR-HILL, R., PLACE, M. & POSNETT, J. - Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. (Editors) - Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.

DLUGACZ, Y.D., RESTIFO, A. & GREENWOOD, A. -The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington, The National Academy Press, 2001.

MENDES, E.V. - Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - Construindo ou reformando as Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte, DAB/SAS, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - Atenção e gestão humanizada do SUS: proposta de trabalho. Belo Horizonte, Assessoria de Política de Humanização, mimeo, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRASÍLIA DE MINAS - Projeto de Unidade Básica de Saúde dupla. Brasília de Minas, mimeo, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, WHO, 2000.



ATIVIDADE VIII - PLANEJAMENTO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA DA APS

TEMPO ESTIMADO: 45 minutos

Ojetivo:

Analisar e socializar um Planejamento de Infra-estrutura Física da APS em Minas Gerais

Desenvolvimento:

- Dividir em grupos, escolher um coordenador e um relator.
- Após a leitura do caso procurem responder à seguinte questão:

Considerando os princípios para o planejamento da infra-estrutura das UAPS e as informações abaixo, como será a melhor distribuição dos módulos de UAPS em cada uma das áreas citadas?

Cada relator terá dez minutos para apresentar o relatório do grupo.



A socialização é uma prática que transforma as pessoas, tornando-as cada vez mais críticas e reflexivas sobre a sua realidade tal como a constroem e reconstroem.

A imagem acima representa uma determinada extensão de um município de Minas Gerais no qual foram demarcadas algumas áreas onde será realizado um estudo de dimensionamento para UAPS, visando melhor acesso da população, ganho de escala, escopo e qualidade da atenção. Cada área retangular representa um bloco com vários quarteirões, cuja extensão maior é de cerca de 2 km.

A Área 1 (A1) tem cerca de 10.700 habitantes e uma alta densidade demográfica. Localiza-se próxima ao centro da cidade e possui fácil acesso a qualquer ponto, além de meios de transporte eficientes.

A área 2 (A2) possui aproximadamente de 7.200 habitantes e é uma área residencial, de densidade demográfica baixa, composta sobretudo de casas. É separada do centro da cidade por uma extensa avenida e pela área de uma antiga indústria de cimentos abandonada (Ind.).

A área 3 (A3) possui uma urbanização irregular e cerca de 3500 habitantes. Esta área possui uma UAPS com uma equipe de PSF. Entretanto, há um ano a área foi dividida em duas (a e b com 2.000 e 1.500 habitantes respectivamente) por uma linha férrea. A UAPS localiza-se na subárea “a” e o acesso dos moradores da área “b” foi reduzido a dois cruzamentos, localizados nas extremidades da mesma.

A área 4 (A4) também é área residencial e se caracteriza por ser um conjunto habitacional popular, com aproximadamente 10.500 habitantes. Fica distante do centro da cidade, separado do mesmo por uma extensa área verde de preservação urbana (P). Aproximadamente 70% da população dessa área vivem na extremidade próxima à área de preservação.

PLANEJAMENTO: planejamento envolve escolhas, decisões e intencionalidade. Isto significa comprometimento social e pessoal com a construção do novo e com a produção deste conhecimento.

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: É um construir e reconstruir de nossas estruturas conceituais, nossas habilidades, atitudes e competências prévias, a medida que acomodamos novos elementos da realidade (Magda Chamom, 2006)



ATIVIDADE IX - ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo:

Planejar as atividades do Período de Dispersão para desenvolvimento dos seguintes produtos:

- Repasse do conteúdo da Oficina 2 para todos os profissionais da Equipe de Saúde que não participaram da mesma.
- Análise da APS nos municípios da microrregião, com as equipes de saúde, coordenações e gerentes de nível central da SMS.
- Plano de Fortalecimento da APS no município.
- Plano de Investimento em Estrutura Física da APS, como parte do Plano de Fortalecimento da APS.
- Análise da APS na microrregião.

Desenvolvimento:

- Dividir em grupos, nomear um coordenador e um relator.
- Cada grupo, considerando os objetivos e produtos definidos acima, deverá elaborar a programação para o período de dispersão, definindo para cada um dos produtos as atividades a serem realizadas e os responsáveis, prazos e recursos necessários para a sua realização.
- Cada relator terá aproximadamente 10 minutos para a apresentação

REPASSE DO CONTEÚDO DA OFICINA NOS MUNICÍPIOS E NA GRS

- Esta atividade deverá ser realizada pelos facilitadores do curso.
- Repassar o conteúdo da Oficina para todos os profissionais das Equipes de Saúde do município.
- Divulgar o conteúdo da Oficina para o Secretário e demais profissionais da SMS, para o Prefeito e gabinete, demais secretarias e para o Conselho Municipal de Saúde.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA APS NA UAPS

- Deverá ser realizada pela equipe de profissionais da UAPS.
- Realizar a análise da cobertura de atendimento da UAPS com relação à sua área de abrangência, considerando: a população adscrita, a tipologia (PSF ou convencional), número de equipes ou profissionais, área de atuação (rural ou urbana). Fazer esta análise tanto para o atendimento médico e de enfermagem, quanto para o atendimento em saúde bucal.
- Realizar a análise da APS utilizando as matrizes de itens de verificação dos princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização familiar e orientação comunitária para definir a pontuação e a justificativa.
- Analisar a pontuação alcançada em relação à pontuação máxima para cada princípio.
- Repassar o resultado destas análises para o coordenador municipal, com vistas à elaboração do consolidado do município.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO

- Deverá ser realizada pelos facilitadores, gerentes e coordenadores do nível central da SMS.
- Levantar o número de UAPS do PSF e aquelas convencionais, com o respectivo número de equipes e profissionais, identificando as equipes médicas/enfermagem e de saúde bucal.
- Levantar a população do município, fazendo um consolidado das populações da área urbana e das áreas rurais atendidas pelas UAPS.
- Fazer o cálculo da cobertura de PSF, cobertura de UAPS convencionais,

com e sem PACS, e cobertura total APS, para o atendimento médico/enfermagem e de saúde bucal.

- Identificar possíveis áreas e populações descobertas de atendimento.
- Fazer a análise da APS do município a partir da análise realizada por cada UAPS, fazendo uma média da pontuação dada a cada item de verificação e da pontuação total dada a cada princípio.
- Após a discussão e apresentação desta análise na próxima oficina, deverá ser formatado um documento para registro do trabalho desenvolvido e para avaliação comparativa a ser realizada posteriormente.
- Enviar as matrizes devidamente preenchidas e analisadas para a GRS.

PLANO DE AÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA APS NO MUNICÍPIO

- Deverá ser realizada pelos facilitadores, gerentes e coordenadores do nível central da SMS.
- Considerando a situação de saúde da APS de cada UAPS e de todo o município, identificar os itens críticos relativos a cada princípio da atenção primária, ou seja, os itens que devem ser priorizados para enfrentamento, devido à gravidade, magnitude do problema e viabilidade do enfrentamento.
- Elaborar o “Plano de Ação para o fortalecimento da APS no Município”, definindo para cada item crítico identificado o objetivo a ser alcançado, as ações que devem ser realizadas para alcançá-los, os responsáveis e prazos de cada ação.
- Uma vez definido, o plano de ação deverá ser operacionalizado pelas equipes de saúde, gerentes e coordenações da SMS.
- Enviar as matrizes devidamente preenchidas e analisadas para a GRS.

PLANO MUNICIPAL DE INVESTIMENTO EM ESTRUTURA FÍSICA DA APS (PMIAPS)

“O PMIAPS deve abranger uma proposta de localização espacial com adscrição da população de responsabilidade do conjunto de UAPS’s, definidas por tipos, no município. A razão, já mencionada, é que vai se trabalhar com a população adscrita e, não, com a população total do município.

Ainda que o município se apresente para financiar uma única UAPS, ele deverá apresentar o plano do conjunto de unidades de atenção primária à saúde. Isso é fundamental para resgatar a racionalidade do processo e para superar os problemas vigentes de financiamento inadequado, pela ausência de uma visão sistêmica do planejamento da infra-estrutura municipal na atenção primária à saúde.”

- Esta atividade deverá ser realizada pela Equipe de Condução Municipal.
- O Plano de Investimento em Estrutura Física da APS deve ser parte do

Plano de Fortalecimento da APS

- Identificar no mapa municipal a localização de cada UAPS;
- Recolher os dados de todas as UAPS municipais, conforme as planilhas;
- Aplicar os parâmetros e considerar os critérios de decisão para a distribuição espacial ótima das UAPS;
- Elaborar uma proposta de situação desejada da infra-estrutura física da atenção primária à saúde no município, com base, no programa arquitetônico da Secretaria de Estado de Saúde, em outras orientações contidas no texto da Atividade VII;
- Estabelecer a lacuna existente entre a situação atual e a situação desejada; que deveria ser preenchida pelos investimentos do Saúde em Casa e/ou por investimentos próprios de contra-partida;
- Com base na identificação das lacunas, propor o PMIAPS que contenha, pelo menos: investimentos em reforma de UAPS existentes; investimentos em construção de novas UAPS investimentos em equipamentos e materiais permanentes; e investimentos em tecnologia de informação;
- O PMIAPS deverá ser enviado à GRS.

CONSOLIDADO MICRORREGIONAL

- Esta atividade deverá ser realizada pelos técnicos da GRS.
- Recolher os resultados da análise da APS realizada por todos os municípios e fazer o consolidado e a análise microrregional.
- Analisar os Planos de Fortalecimento da APS, com os respectivos Planos Municipais de Investimento na APS, realizados pelos municípios, identificando os itens que devem ser apresentados e discutidos na CIB microrregional.
- Apresentar este resultado na próxima oficina.

PRAZOS

Data da Oficina III – Diagnóstico Local e Municipal:

_____ a _____ / _____ / 2008.



ATIVIDADE X - AVALIAÇÃO DA OFICINA

Tempo Estimado: 10 minutos

Objetivo:

Aplicar o instrumento de avaliação da Oficina II

Desenvolvimento:

- Preencher a ficha de avaliação da Oficina
- Receber a avaliação, tabular e entregar os dados consolidados para o coordenador da Universidade
- O Coordenador Universitário deverá enviar os dados tabulados (conforme cronograma pré-estabelecido), à ESP - MG através do email: **npes@esp.mg.gov.br**.
- Caberá à ESP-MG consolidar os dados das ações educacionais e enviar o consolidado da avaliação para a Superintendência de Atenção à Saúde / SES.
- Comentários finais
- Data e Local da Próxima Oficina
- Encerramento da oficina.