

**ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEU PAPEL NAS REDES DE ATENÇÃO À  
SAÚDE**

**FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, 5 DE AGOSTO DE 2014**

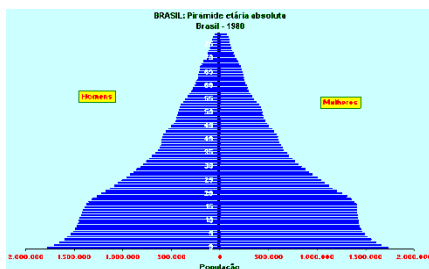
**A APS NAS REDES DE ATENÇÃO À  
SAÚDE**

**EUGENIO VILAÇA MENDES**

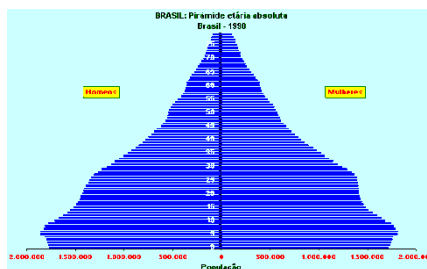
# **A SITUAÇÃO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS**

- **A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA**
- **A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

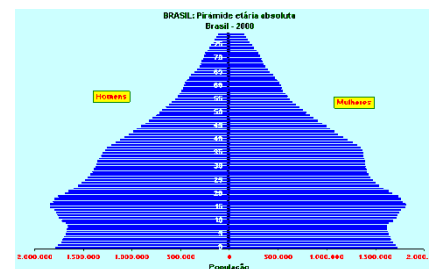
# A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA EM MINAS GERAIS



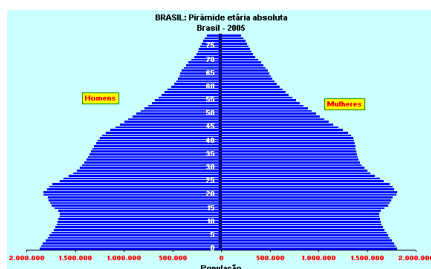
1980



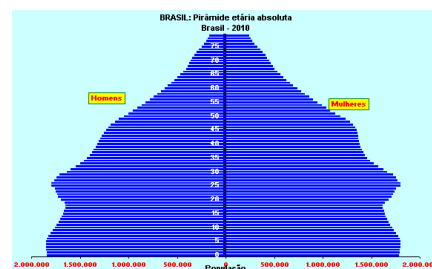
1990



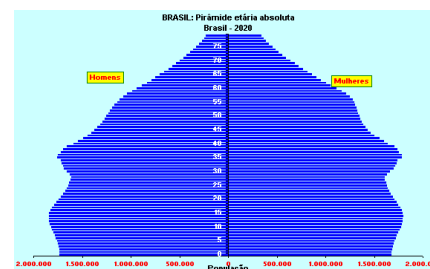
2000



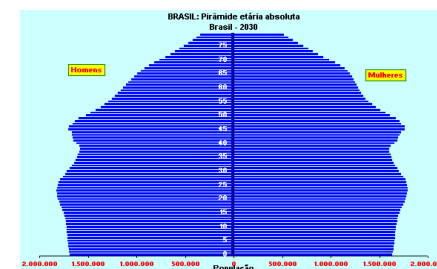
2005



2010



2020



2030

9% da população idosa

1,7 milhões de pessoas

**MG**

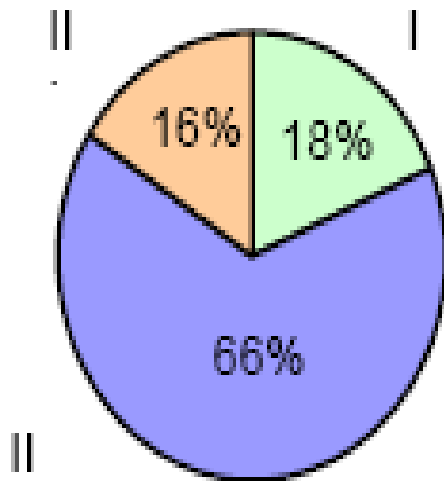
2005 a 2030

15% da população idosa

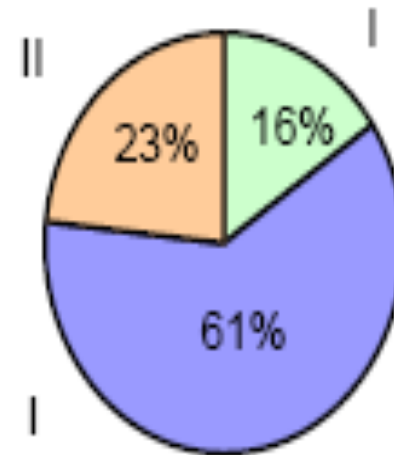
> 4 milhões de pessoas

# PROPORÇÃO DE ANOS DE VIDA PERDIDOS POR MORTE PRECOCE (YLL) MINAS GERAIS E MACRORREGIÃO CENTRO 2006

Minas Gerais



Centro



# **A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM MINAS GERAIS: A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS**

- **UMA AGENDA NÃO CONCLUÍDA DE INFECÇÕES, DESNUTRIÇÃO E PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA**
- **O CRESCIMENTO DAS CAUSAS EXTERNAS**
- **A FORTE PREDOMINÂNCIA RELATIVA DAS DOENÇAS CRÔNICAS E DE SEUS FATORES DE RISCOS, COMO TABAGISMO, INATIVIDADE FÍSICA, USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E ALIMENTAÇÃO INADEQUADA**

# O PROBLEMA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

**A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE COMBINA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSIÇÃO NUTRICIONAL ACELERADAS E TRIPLA CARGA DE DOENÇA, COM FORTE PREDOMINÂNCIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA EPISÓDICA E REATIVA E QUE É VOLTADO PRINCIPALMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E ÀS AGUDIZAÇÕES DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

# **OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

- **OS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **OS SISTEMAS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE:  
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

# **O POSTULADO DA COERÊNCIA ENTRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE E O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

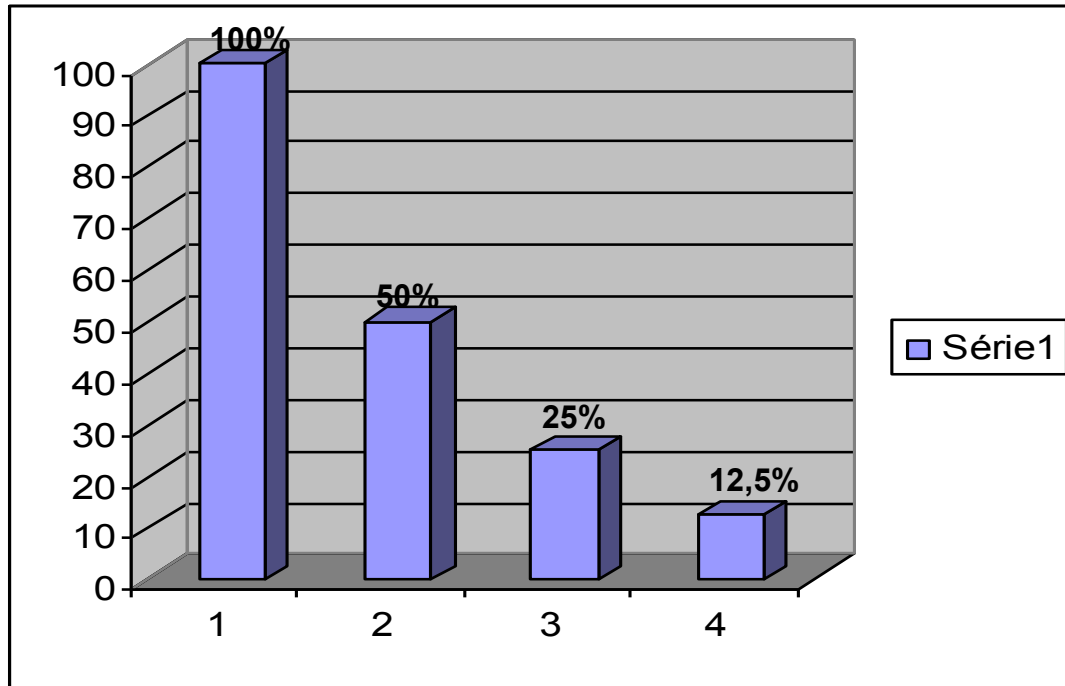
- **OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO RESPOSTAS SOCIAIS DELIBERADAS EFETIVAS, EFICIENTES, DE QUALIDADE E EQUITATIVAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**
- **LOGO DEVE HAVER UMA COERÊNCIA ENTRE AS NECESSIDADES DE SAÚDE EXPRESSAS NA SITUAÇÃO DE SAÚDE E O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE QUE SE PRÁTICA SOCIALMENTE**



# **AS CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

- **ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS**
- **ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS**
- **ORIENTADO PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E AOS EVENTOS AGUDOS DECORRENTES DE AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **VOLTADO PARA INDIVÍDUOS**
- **O SUJEITO É PACIENTE**
- **O SISTEMA É REATIVO**
- **ÊNFASE EM AÇÕES CURATIVAS E REABILITADORAS**
- **ÊNFASE NO CUIDADO PROFISSIONAL DO MÉDICO**
- **GESTÃO DA OFERTA**
- **PAGAMENTO POR PROCEDIMENTOS**

# A REGRA DA METADE NA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

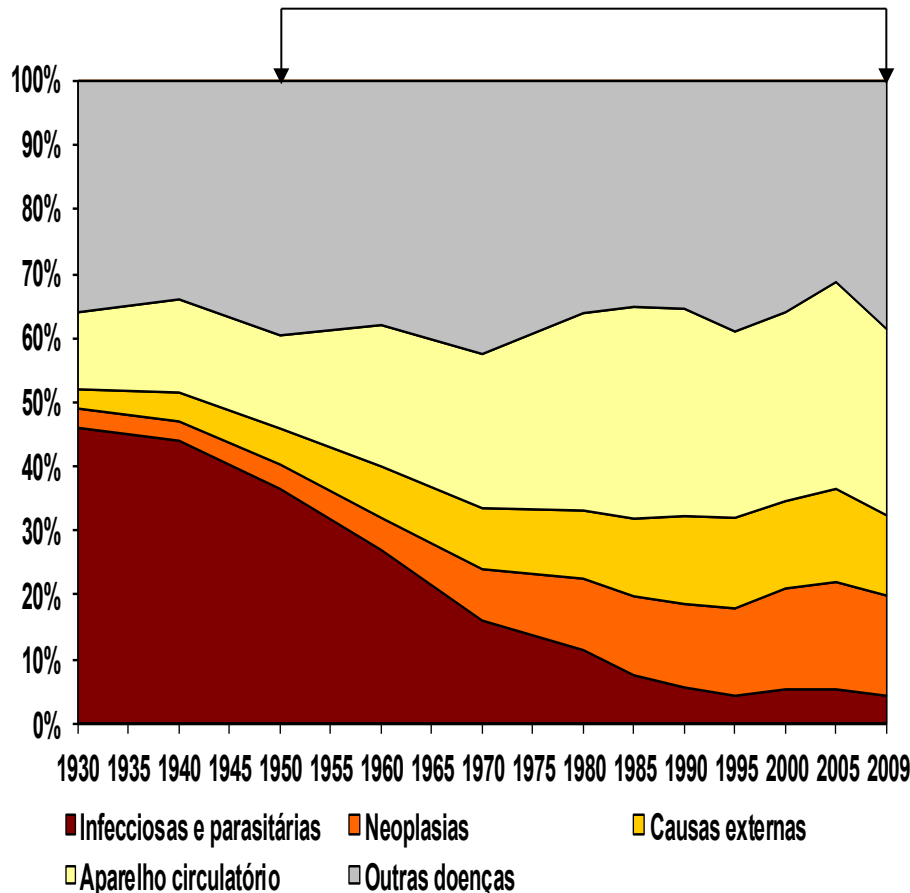


- CASOS TOTAIS
- CASOS DIAGNOSTICADOS
- CASOS CONTROLADOS
- CASOS COM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Fonte: Hart JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. British Medical Journal. 42: 116-119, 1992.

# A EXPLICAÇÃO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

BRECHA



UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SÉCULO XXI, COM PREDOMINÂNCIA RELATIVA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS, SENDO RESPONDIDA SOCIALMENTE POR UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDO NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX QUANDO PREDOMINAVAM AS CONDIÇÕES AGUDAS

POR QUÊ?

O DESCOMPASSO ENTRE OS FATORES CONTINGENCIAIS QUE EVOLUEM RAPIDAMENTE (TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA, NUTRICIONAL, TECNOLÓGICA E EPIDEMIOLÓGICA) E OS FATORES INTERNOS (CULTURA ORGANIZACIONAL, RECURSOS, SISTEMAS DE INCENTIVOS, ESTILOS DE LIDERANÇA, MODELOS DE ATENÇÃO E ARRANJOS ORGANIZATIVOS)

# **A SOLUÇÃO DO PROBLEMA**

**A SITUAÇÃO DE TRIPLA CARGA DE DOENÇA COM PREDOMÍNIO RELATIVO FORTE DE CONDIÇÕES CRÔNICAS EXIGE UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA CONTÍNUA E PROATIVA E VOLTADO EQUILIBRADAMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS:  
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

# AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

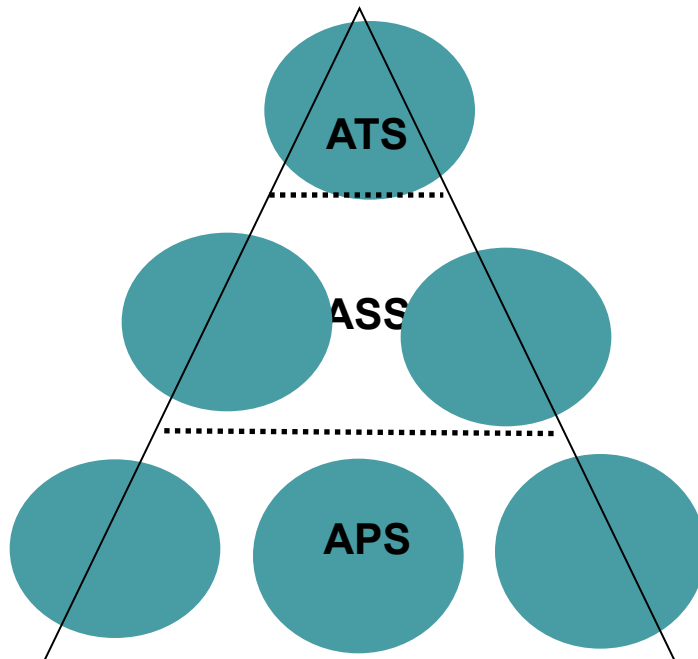
SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ VOLTADO PARA INDIVÍDUOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O SUJEITO É O PACIENTE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ O SUJEITO É AGENTE DE SAÚDE</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ REATIVO</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ PROATIVO</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ATENÇÃO INTEGRAL</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ CUIDADO PROFISSIONAL</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ CUIDADO MULTIPROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ GESTÃO DA OFERTA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ GESTÃO DE BASE POPULACIONAL</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO OU POR UM CICLO COMPLETO DE ATENDIMENTO A UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE</li></ul>

# O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

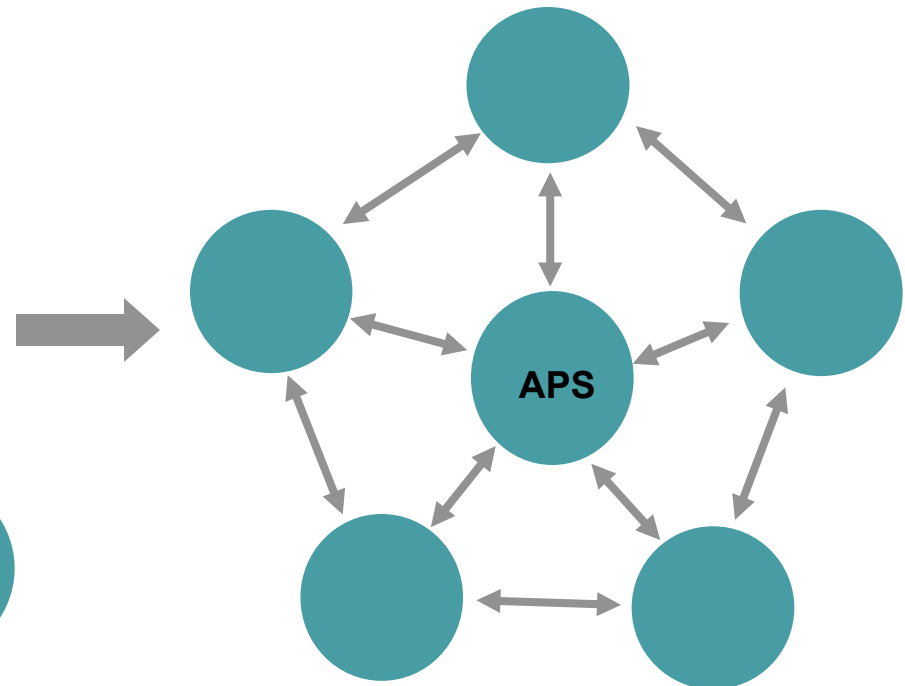
**AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO ORGANIZAÇÕES POLIÁRQUICAS DE CONJUNTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, VINCULADOS ENTRE SI POR UMA MISSÃO ÚNICA, POR OBJETIVOS COMUNS E POR UMA AÇÃO COOPERATIVA E INTERDEPENDENTE, QUE PERMITEM OFERTAR UMA ATENÇÃO CONTÍNUA E INTEGRAL A DETERMINADA POPULAÇÃO, COORDENADA PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - PRESTADA NO TEMPO CERTO, NO LUGAR CERTO, COM O CUSTO CERTO, COM A QUALIDADE CERTA E DE FORMA HUMANIZADA - E COM RESPONSABILIDADES SANITÁRIA E ECONÔMICA POR ESTA POPULAÇÃO**

# DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

**SISTEMA FRAGMENTADO E HIERARQUIZADO**



**REDES POLIÁRQUICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**



# **OS ELEMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

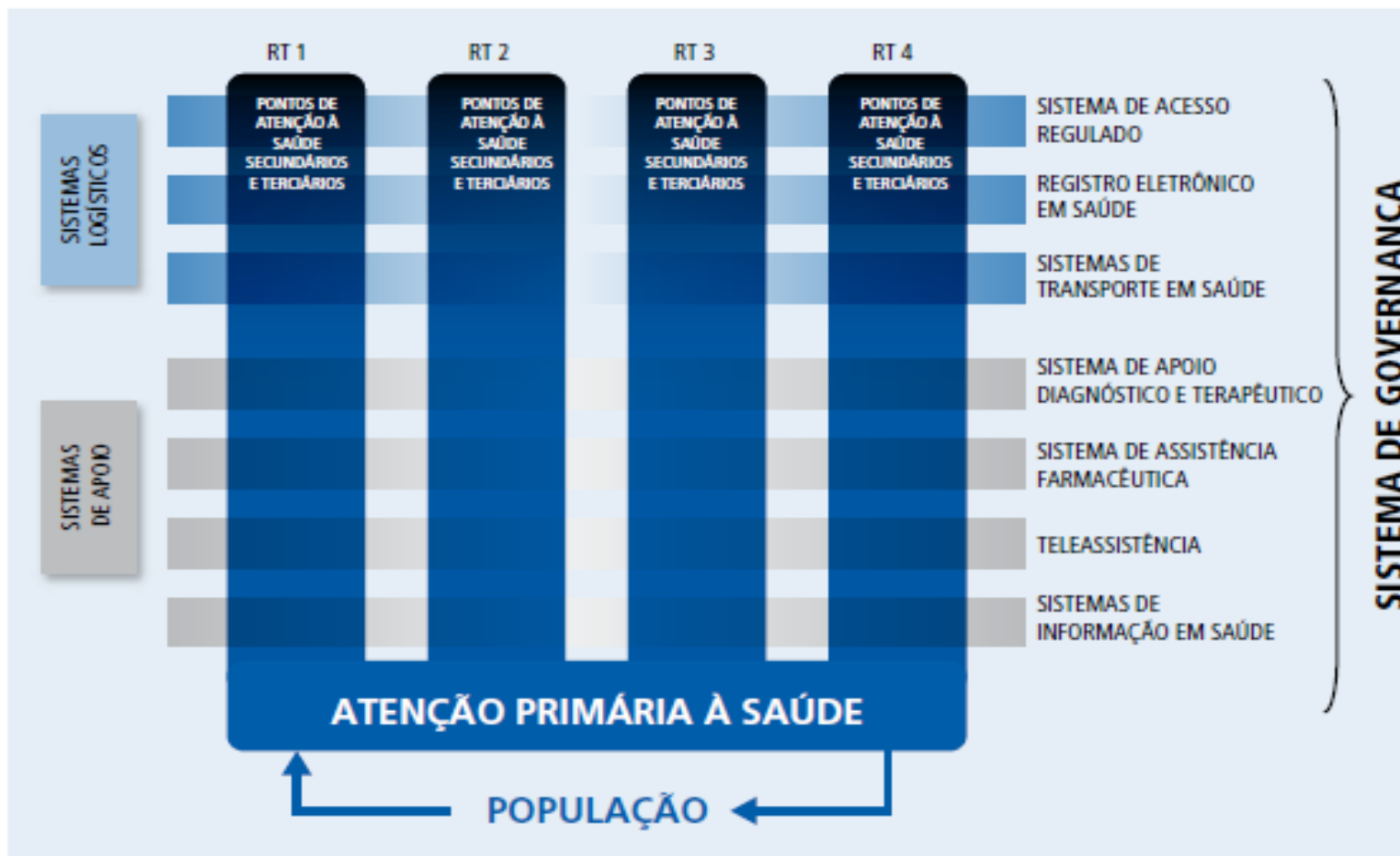
- **A POPULAÇÃO E AS REGIÕES DE SAÚDE**
- **A ESTRUTURA OPERACIONAL**
- **OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**



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

- **NÃO É A POPULAÇÃO IBGE**
- **É A POPULAÇÃO CADASTRADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

# A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



RT: Rede Temática 1,2,3...n

# **OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

- **OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS**
- **OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

# **A APS NUMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA DEFINIÇÃO OPERACIONAL**

- **OS ATRIBUTOS DA APS**
- **AO PAPÉIS DA APS**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

# OS ATRIBUTOS DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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



# OS PAPÉIS DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **A RESPONSABILIZAÇÃO**
- **A RESOLUTIVIDADE**
- **A COORDENAÇÃO**

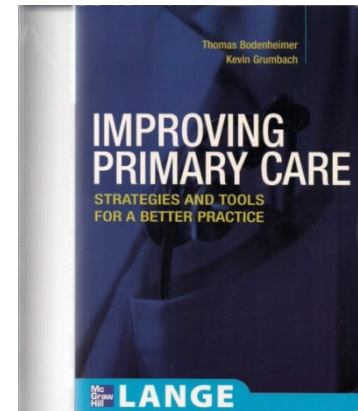
# O PAPEL DA RESPONSABILIZAÇÃO DA APS

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

O

# A CRISE UNIVERSAL DA APS NO PLANO MICRO DA CLÍNICA

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



Fontes:

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

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

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

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



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

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

Fontes:

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

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

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

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

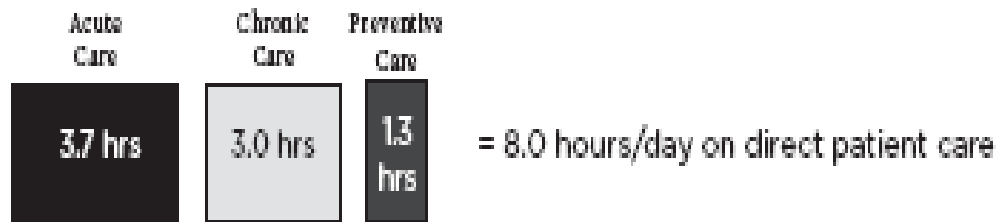
Bodenheimer T & Grumbach K. *Improving primary care: strategies and tools for a better practice.* New York, Lange Medical Books, 2007

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

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

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

The average family physician spends...



Following guidelines would require that physician to spend...



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

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

Fontes:

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

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

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

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

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

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

# A RESOLUTIVIDADE DA APS

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

Fontes:

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

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

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

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

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

Fontes:

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

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

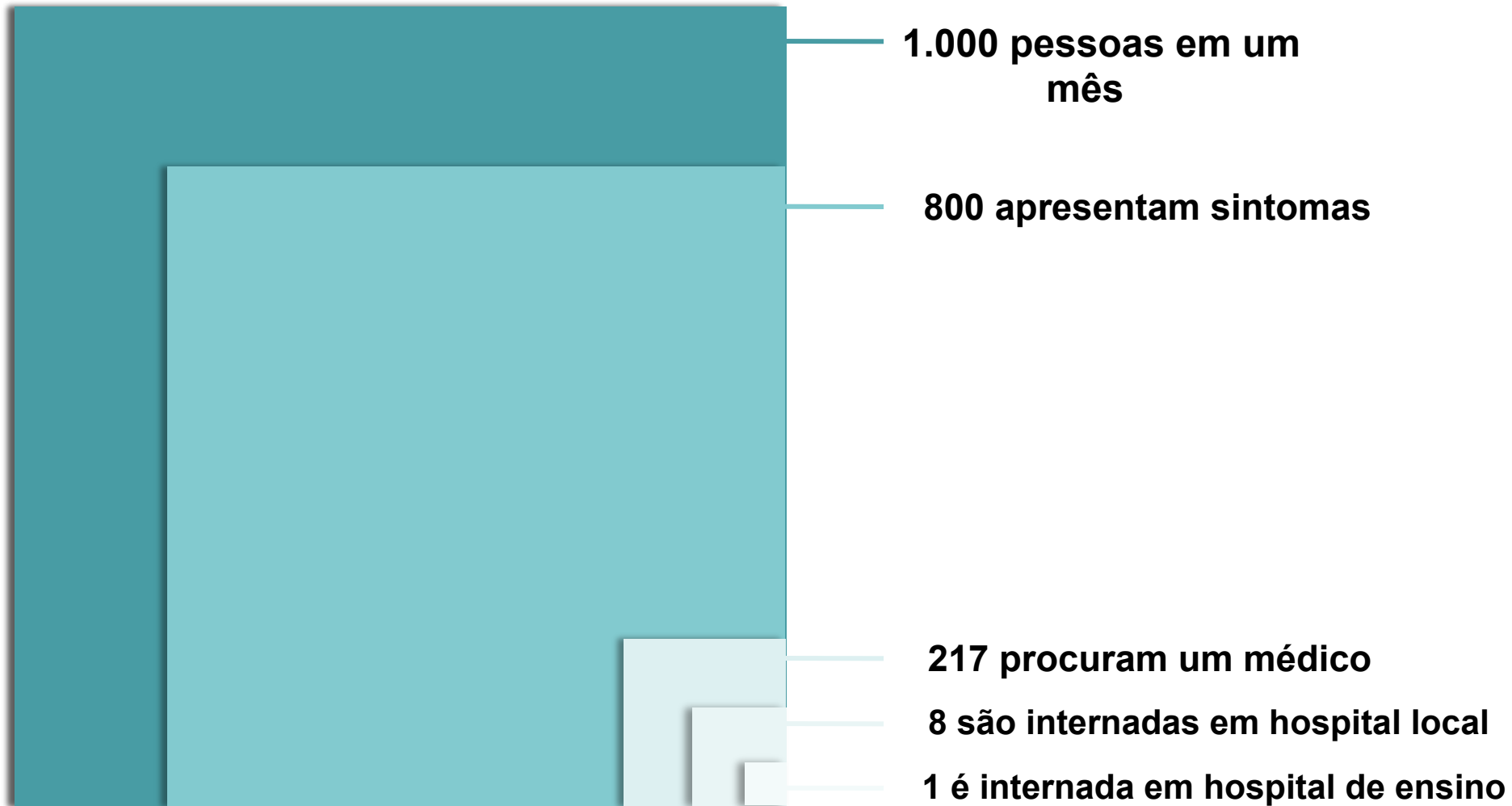
Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

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

- **É UMA DEMANDA ESTABELECIDA NA ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA QUE ENVOLVE UM AMPLO ESPECTRO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM POUCAS CONDIÇÕES DE SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA RELATIVAMENTE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **É UMA DEMANDA QUE SE DISTRIBUI PROXIMAMENTE ENTRE ATENÇÃO PROGRAMADA E NÃO PROGRAMADA**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA NAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM ENFERMIDADES**
- **É UMA DEMANDA QUE APRESENTA VARIAÇÕES TEMPORAIS**
- **É UMA DEMANDA QUE TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE DEMANDA ADMINISTRATIVA**
- **É UMA DEMANDA QUE TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE CUIDADOS PREVENTIVOS**
- **É UMA DEMANDA QUE TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**
- **É UMA DEMANDA QUE TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE AUTOCUIDADO APOIADO**



# A ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE



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

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

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

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

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

Fontes:

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

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

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

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

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

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

# **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS FREQUENTES NA DEMANDA DA APS**

- **28 CONDIÇÕES DE SAÚDE RESPONDEM POR 50,4% DA DEMANDA**
- **AS 28 CONDIÇÕES DE SAÚDE DISTRIBUEM-SE POR 13 CAPÍTULOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**
- **5 CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS FREQUENTES RESPONDEM POR 25,6% DA DEMANDA TOTAL**
- **CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS FREQUENTES NÃO SIGNIFICAM PROBLEMAS SIMPLES OU DE BAIXA COMPLEXIDADE**

Fontes:

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

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

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

**EM FLORIANÓPOLIS VERIFICOU-SE QUE 20,2% DOS  
ATENDIMENTOS NA APS SÃO POR CONDIÇÕES AGUDAS E  
79,8% POR CONDIÇÕES CRÔNICAS**

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

# A DEMANDA NA APS DISTRIBUI-SE NUMA RELAÇÃO PRÓXIMA ENTRE CUIDADOS PROGRAMADOS E NÃO PROGRAMADOS

<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b>	<b>PORCENTAG EM</b>	<b>PORCENTAGE M ACUMULADA</b>
Consulta do mesmo dia/Urgência	38,6%	38,6%
Agendada por outro motivo	25,5%	64,1%
Hipertenso/Diabético	11,6%	75,7%
Retorno por outros motivos	8,7%	84,4%
Puericultura	8,2%	92,6%
Gestantes	5,6%	98,3%
Visita domiciliar	1,7%	100,0%

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

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

- **10% DAS PESSOAS USUÁRIAS DA APS NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, EM PORTO ALEGRE, CONCENTRARAM 34% DA DEMANDA TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS**
  - **HÁ UMA GRANDE CONCENTRAÇÃO DE ATENDIMENTOS DA APS EM PESSOAS HIPERUTILIZADORAS**
  - **UMA PESQUISA FEITA NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, EM PORTO ALEGRE, MOSTROU OS SEGUINTE RESULTADOS:  
44% DE PESSOAS HIPERUTILIZADORAS RESPONDERAM POR 78,7% DAS CONSULTAS**
- A MÉDIA DE CONSULTAS DAS PESSOAS HIPERUTILIZADORAS FOI 4 VEZES MAIOR QUE DOS UTILIZADORES NORMAIS (12 E 3 CONSULTAS POR ANO)**

Fontes:

Takeda S. Acesso e utilização nas unidades do GHC. Porto Alegre, mimeo, 2013.

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



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

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

Fontes:

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

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

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

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

# A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM ENFERMIDADES

- **HÁ UMA DIFERENÇA CLÍNICA ENTRE DOENÇA (*DISEASE*) E ENFERMIDADE (*ILLNESS*)**
- **INTERNACIONALMENTE, METADE DOS CASOS NOVOS ATENDIDOS NA APS SÃO POR SINTOMAS FÍSICOS MEDICAMENTE NÃO EXPLICÁVEIS (MUPS)**
- **NO BRASIL, METADE DAS PESSOAS ATENDIDAS NA APS APRESENTAM ENFERMIDADES**

Fontes:

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

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

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

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

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

Fontes:

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

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

# **AS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS NA APS**

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

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

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

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

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

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

Fontes:

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

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

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

- **O AUTOUIDADO APOIADO CONSTITUI O EMPODERAMENTO DAS PESSOAS PARA ASSUMIREM RESPONSABILIDADES POR SUA SAÚDE E A PRESTAÇÃO SISTEMÁTICA DE SERVIÇOS EDUCACIONAIS E DE INTERVENÇÕES DE APOIO PARA AUMENTAR A CONFIANÇA E AS HABILIDADES DESSAS PESSOAS EM GERENCIAR SEUS PROBLEMAS, O QUE INCLUI O MONITORAMENTO REGULAR DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, O ESTABELECIMENTO DE METAS A SEREM ALCANÇADAS E O SUPORTE PARA A SOLUÇÃO DESSES PROBLEMAS**
- **O AUTOUIDADO APOIADO IMPLICA O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR DE UMA EQUIPE NA APS DANDO SUPORTE ÀS PESSOAS E FAMÍLIAS A ELA ADSCRITA**
- **NÃO HÁ DADOS SOBRE A DEMANDA POR AUTOUIDADO NO BRASIL**

# O AUTOCUIDADO APOIADO

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

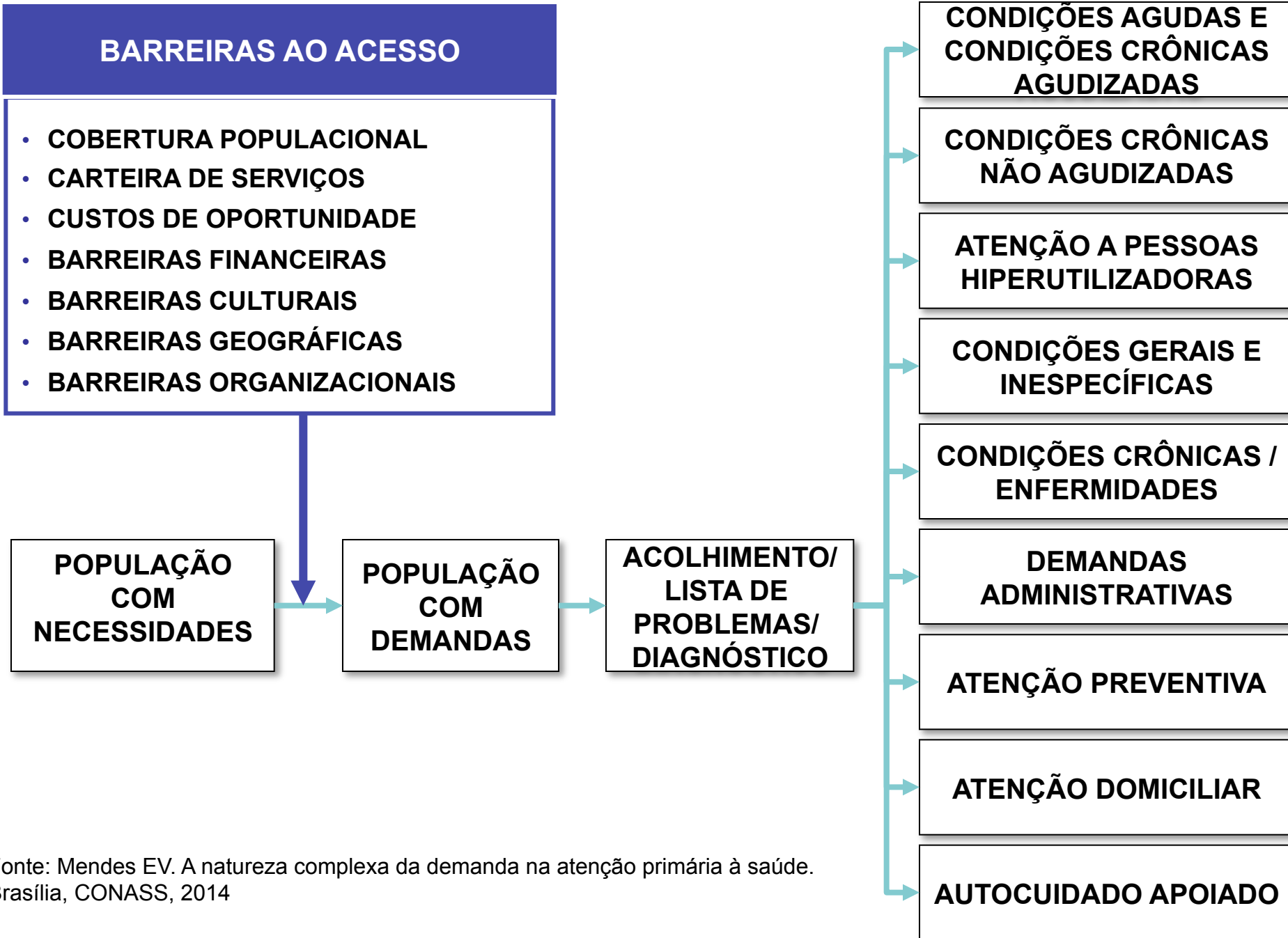
**Ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde;**

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

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



# A ESTRUTURA AMPLIADA DA DEMANDA NA APS



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

## • ESTRUTURA DA DEMANDA

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

## • ESTRUTURA DA OFERTA

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

Fontes:

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

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

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

## • ESTRUTURA DA DEMANDA

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

Fontes:

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

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

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

## • ESTRUTURA DA OFERTA

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

# AS DIFERENÇAS ENTRE A CLÍNICA NA APS E NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Fontes:

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

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

# UMA NOVA CLÍNICA PARA A APS

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

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

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

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

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

Fontes:

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

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

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

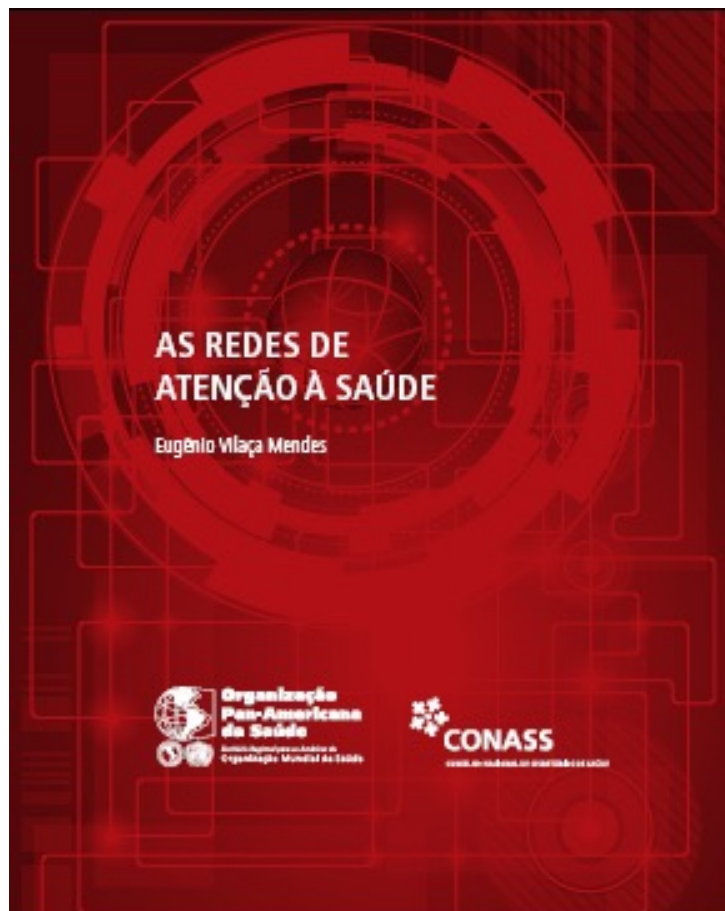
- **SUPERVISÃO DIRETA  
SUPERVISÃO ASSISTENCIAL**
- **COMUNICAÇÃO INFORMAL  
CORREIO ELETRÔNICO  
TELEFONE  
INTERNET**
- **DISPOSITIVOS DE ENLAÇAMENTO  
GRUPOS DE TRABALHOS INTERDISCIPLINARES  
GESTOR DE CASO  
GRUPOS DE MATRICIAMENTO  
PLANOS DE CUIDADOS COMPARTILHADOS E INTEGRADOS**
- **SISTEMA DE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

Fontes:

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

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





**LIVROS DISPONÍVEIS PARA ACESSO GRATUITO EM:  
[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)**