

PlanificaSUS

## ***WORKSHOP 3***

O Acesso à Rede de  
Atenção à Saúde



VERSÃO PRELIMINAR  
2ª EDIÇÃO



PlanificaSUS

## **WORKSHOP 3**

O Acesso à Rede de  
Atenção à Saúde

© 2022 Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 2ª edição - 2022

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
Ed. Sede MS - 7º andar  
CEP: 70.058-900 - Brasília DF  
Fone: (61) 3315-9031  
Site: [aps.saude.gov.br](http://aps.saude.gov.br)

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA  
ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 - 3º andar  
CEP: 01451-001 - São Paulo - SP  
Fone: (11) 2151-4573  
Site: [www.einstein.br](http://www.einstein.br)

**Coordenação:**

Ana Alice Freire de Sousa  
Larissa Karollyne de Oliveira Santos  
Marcio Anderson Cardozo Paresque

**Elaboração:**

Ana Karina de Sousa Gadelha  
Isadora Siqueira de Souza  
Joana Moscoso Teixeira de Mendonca  
Marco Antônio Bragança de Matos  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Rubia Pereira Barra

**Projeto gráfico e diagramação:**

Rudolf Serviços Gráficos

**Edição de texto:**

Kátia Amorim

**Crédito de Imagens:**

Banco de imagens Einstein

**Colaboração:**

Ana Alice Freire  
Ana Karina de Sousa Gadelha  
Elaine Cristina de Melo Faria  
Emelise Rodrigues Gobbi  
Isadora Siqueira de Souza  
Joana Moscoso Teixeira de Mendonca  
Larissa Karollyne de Oliveira Santos  
Leticia Alves Tadeu Santiago  
Marcio Anderson Cardozo Paresque  
Marco Antônio Bragança de Matos  
Michelle Leite da Silva  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Rodrigo Silva Amaral  
Rubia Pereira Barra

## VERSÃO PRELIMINAR

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS nº 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381).

Ficha Catalográfica

**Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein**

PLANIFICASUS: Workshop 3 - O acesso à Rede de Atenção à Saúde. / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022.

35 p.: il.

1. Acesso aos Serviços de Saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - SBIBAE.

# APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta quatro pilares principais que orientam o trabalho: Assistência à Saúde, Ensino e Educação, Pesquisa e Inovação e Responsabilidade Social.

O Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein desenvolve há mais de 20 anos várias atividades relacionadas à gestão de serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS), além de projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Entre eles, está o projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde, conhecido como PlanificaSUS e executado pela área de Projetos e Novos Serviços da Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais.

O PlanificaSUS tem como objetivo dar continuidade à implantação da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), em regiões de saúde das Unidades Federativas que finalizaram a Fase 1 do PlanificaSUS (triênio 2018-2020) e que aderiram a Fase 2 (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

O PlanificaSUS é executado pela SBIBAE, sendo um projeto proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que apresenta, como área técnica responsável, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde e, como área de atuação, a de Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e a Coordenação Geral de Garantia de Atributos de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Saúde da Família.

A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da AAE. Ela permite desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada Rede de Atenção.

O PlanificaSUS Fase 2 pretende fortalecer macroprocessos organizados na primeira fase, além de implantar novos macroprocessos, que serão trabalhados tanto na APS quanto na AAE. Além disso, serão disparadas atividades de planejamento, monitoramento e dispersão em cada etapa apresentada no decorrer do triênio.

Ao longo do triênio, materiais como este Guia do *Workshop*, Guias da Etapa e Notas Técnicas serão disponibilizados com o objetivo de nortear você, profissional de saúde, na execução dos processos de trabalho acompanhados pelo PlanificaSUS.

Como Guia, tenho o objetivo de, por meio deste material, instrumentalizar você, que faz parte da Equipe PlanificaSUS na execução do **Workshop 3**.

## BOAS-VINDAS!

Sejam bem-vindos à Etapa 3 do PlanificaSUS! Nessa etapa, vamos conhecer sobre acesso aos serviços de saúde para pensar melhores formas de atender as necessidades de saúde da população. Nessa jornada vamos pensar estratégias de organização das Redes de Atenção à Saúde para qualificar o acesso aos serviços de saúde. Vamos lá?

Este é um momento de aproximação da equipe de saúde local com a base teórica do PlanificaSUS. Esse espaço é muito valioso por ser o momento de trabalho em grupo com diversas possibilidades de aprendizado. O *Workshop* é direcionado a 100% dos profissionais das unidades de saúde da APS e da AAE, a gestores, coordenadores e outros atores estratégicos que o município ou a região de saúde considerarem pertinentes.

Você e sua equipe podem utilizar de estratégias como estudo dirigido, estudo de caso, dramatização, leitura de texto de apoio, debates, discussão em plenária e o que mais a criatividade e potencialidade local permitir.

Os temas estudados terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais. E são nessas oficinas que vamos juntar o que foi captado aqui com as mudanças e aperfeiçoamento da prática. Mas voltaremos a falar sobre isso mais ao final deste encontro.

Pois bem, temos então como objetivos para o *Workshop*:

- Realizar um alinhamento teórico-conceitual dos profissionais de saúde para os temas centrais da etapa operacional correspondente.
- Sensibilizar para a mudança dos processos de trabalho.

Ou seja...



O PlanificaSUS reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias de aprendizagem ativa, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais.

Baseando-se no princípio da **andragogia\***, são utilizadas práticas de problematização que proporcionam a ação reflexiva dos participantes.

\*A andragogia é a arte de ensinar adultos, criada pelo educador Malcom Knowles (1913 - 1997). O termo tem origem na língua grega e literalmente significa "ensinar para adultos". Por trás do nome um pouco estranho está uma ciência voltada para adultos que desejam aprender. Diferente das crianças, os adultos já possuem experiência de vida e, portanto, procuram adquirir conhecimentos que possam contribuir positivamente em suas vidas; que realmente fará a diferença no cotidiano, que tenha aplicabilidade no seu dia a dia, incluindo seus processos de trabalho (DEAQUINO, 2007).

Com o PlanificaSUS, a Região de Saúde poderá apresentar unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados, permitindo uma melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da oportunidade de realização da expansão da metodologia para as demais regiões de saúde dos estados.

## SE LIGA AQUI...

Em poucas palavras, metodologias ativas são estratégias de ensino que colocam o participante no protagonismo do processo, e não o professor/tutor. Têm como premissa estimular que o participante estude, pesquise, reflita e tome decisões com autonomia para solucionar desafios e atingir um objetivo da vida real.

Te desejo um excelente *Workshop*!

# SUMÁRIO

▪ APRESENTAÇÃO	3
▪ BOAS-VINDAS!	5
▪ ATIVIDADES DO <i>WORKSHOP 3</i>	9
▪ ROTEIRO DE ATIVIDADES	12
▪ BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO	12
ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO DO <i>WORKSHOP</i>	12
ATIVIDADE 2 - AONDE QUEREMOS CHEGAR?	12
ATIVIDADE 3 - CONTRATO DE APRENDIZAGEM	13
▪ BLOCO 1	15
ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O ESTUDO DIRIGIDO	15
ATIVIDADE 2 - ESTUDO DIRIGIDO E DÚVIDAS COM O TUTOR	15
TEXTOS PARA ALINHAMENTO TEÓRICO	16
TEXTO A - O ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
VÍDEO 1 - RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA APS	21
TEXTO B - O ACESSO À ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	21
▪ BLOCO 2	26
ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS	26

ATIVIDADE 2 - VEJA, SE PERGUNTE E CONECTE	27
ATIVIDADE 3 - CONHECENDO OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS	28
▪ BLOCO 3	32
ATIVIDADE 1 - ALINHANDO NOSSOS PRÓXIMOS PASSOS	32
ATIVIDADE 2 - RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO (DESEMBARQUE)	32
▪ REFERÊNCIAS GERAIS	34
▪ REFERÊNCIAS TEXTO A	34
▪ REFERÊNCIAS TEXTO B	34
▪ RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS	34

## ATIVIDADES DO *WORKSHOP 3*

Vamos começar compreendendo a dinâmica proposta para este *Workshop*. Colocar esse momento em prática junto às equipes deve ser bem simples e prazeroso e o mais importante: a **produção de sentido** para vocês.

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante estimular a flexibilidade e **verificar com os participantes** alguns aspectos, como:

- **Programação do *Workshop*:** Vocês poderão realizar todas as atividades em um único turno, bem como poderão dividir as atividades em momentos distintos. Isso é uma escolha pactuada com a equipe.
- **Operacionalização:** A programação está dividida em blocos que, de acordo com a escolha da equipe podem acontecer de forma unificada (no mesmo turno) ou dividida, em dias separados, obedecendo a ordem dos blocos.
- **Horário protegido:** Não se esqueça da importância da organização do horário protegido da equipe para realização do *Workshop* de acordo com a configuração pactuada.
- **Recursos necessários:** Verifique a estrutura necessária para realização do *Workshop* (salas físicas, recursos audiovisuais e conexão). Também é necessário considerar que materiais poderão ser utilizados.
- **Formato do encontro:** Você pode estar se perguntando se existe a possibilidade de realização do *Workshop* de maneira virtual. A resposta é sim, mas... Considerando que o PlanificaSUS utiliza uma metodologia de encontro e que as equipes já estarão nas unidades, nada melhor do que um olho no olho, não é? Ainda assim, se a equipe optar pelo formato virtual, a sugestão é que a dinâmica de execução em blocos seja considerada.

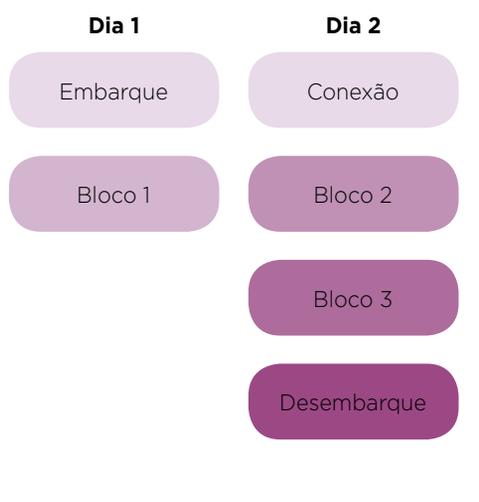
Combine o que for necessário para garantir um ambiente confortável e o melhor aproveitamento do *Workshop 3*. A seguir, te trago o quadro de atividades e as propostas sugeridas para operacionalização dos blocos.

Bloco	Ordem da atividade	Título da atividade sugerida	Tempo médio (minutos)
<b>Embarque/ Conexão</b>	1	Acolhimento e abertura do <i>Workshop</i> (embarque)	15'
	2	Aonde queremos chegar?	5'
	3	Contrato de aprendizagem	5'
<b>1</b>	1	Orientações para o estudo dirigido	5'
	2	Estudo dirigido e dúvidas com o tutor	65'
<b>2</b>	1	Orientações para o trabalho em grupo	5'
	2	Veja, se pergunte e conecte	60'
	3	Conhecendo os microssistemas clínicos	60'
<b>3</b>	1	Alinhando nossos próximos passos	10'
	2	Relembrando e avaliando o encontro (desembarque)	10'
Tempo total sugerido para o Workshop			240' = 4 horas

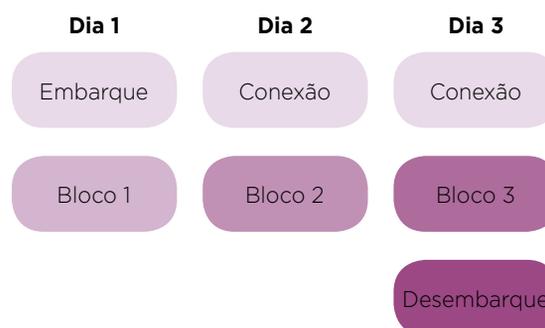
**Proposta 1:**  
Em momento único



**Proposta 2:**  
Em dois momentos



**Proposta 3:**  
Em três momentos





# BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO

# ROTEIRO DE ATIVIDADES

Iniciando as atividades, te apresento o bloco embarque, responsável pelos aspectos iniciais de nossa programação. Caso a equipe opte pela realização do *Workshop* em um único dia, seria interessante utilizar o bloco embarque uma única vez, no início da programação. Mas se a equipe optar pela realização dos blocos em momentos distintos, poderá utilizar o bloco embarque no início das programações como uma forma de conexão desta jornada.

## BLOCO EMBARQUE/CONEXÃO

### ATIVIDADE 1 - ACOLHIMENTO DO *WORKSHOP*

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo sugerido para a atividade:** 15 minutos.

Para trazer o foco do encontro para o aqui e agora, propomos um momento de interação inicial entre os participantes.

A seguir estão algumas sugestões de atividade para aplicar, a depender da sua realidade e se fizer sentido:

- Em duplas ou trios, pergunte “Qual o maior desafio que você encara nos primeiros 30 minutos do seu dia?”
- Em duplas ou trios, pergunte “Que tipo de barreira você venceu para estar aqui hoje?”
- Em duplas ou trios, pergunte “O que eu espero do *Workshop 3*?”.

### ATIVIDADE 2 - AONDE QUEREMOS CHEGAR?

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo sugerido para a atividade:** 5 minutos.

*“O olho vê, a lembrança revê e a imaginação transvê. É preciso transver o mundo.”*

A partir desse pensamento do poeta Manoel de Barros, te convido a ver, rever e transver as questões sobre o acesso das pessoas aos serviços de saúde. O objetivo geral deste *Workshop* é discutir o acesso na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para atendimento das demandas de saúde da população. Além disso, você poderá:

- Compreender o conceito de acesso aos serviços e à RAS.
- Identificar os tipos de perfis de demandas por acesso e ofertas de acesso aos serviços e cuidados.
- Descrever as possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde.
- Compreender o conceito de Microsistema Clínico como lógica para organização e garantia do acesso.
- Conhecer o acesso à AAE regulado pela APS.

### ATIVIDADE 3 – CONTRATO DE APRENDIZAGEM

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo sugerido da atividade:** 5 minutos.

*Como diz João Cabral de Melo Neto: “Um galo sozinho não tece uma manhã”.*

As atividades em grupo são mais produtivas a partir do momento que estabelecemos boas relações. Para isso, te convido a construir coletivamente o Contrato de Aprendizagem. Consiste em alguns acordos estabelecidos entre os participantes sobre o que se espera de ATITUDE de cada um.

É importante fazer o registro do Contrato de Aprendizagem, apresentar todos os itens e, se for preciso, realizar uma pequena votação para garantir que a maioria está de acordo. A ideia é que todos respeitem os combinados. Por exemplo: tempo de intervalo, celular no silencioso, misturar membros das equipes, etc.

E então, podemos seguir com a programação do *Workshop 3*?

A partir daqui você dará início ao bloco 1: um momento importante para conhecimento e revisão de conceitos relacionados à temática central da etapa. Neste bloco, você terá acesso aos elementos de alinhamentos conceituais e deve registrar suas impressões.



BLOCO 1

# BLOCO 1

## ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O ESTUDO DIRIGIDO

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo sugerido da atividade:** 5 minutos.

O estudo dirigido é um formato de atividade que apoia a sua autonomia na programação do *Workshop*.

Para o *Workshop 3* temos dois textos e um vídeo para alinhamento teórico conceitual, que servirão de base para as discussões. Para conseguir participar ativamente das próximas atividades é muito importante o estudo prévio desse material. Vamos lá?

<b>Texto A. O Acesso à Atenção Primária à Saúde</b>	(página 16)
<b>Vídeo 1. Relato da Experiência de Organização do Acesso na APS</b>	(página 21)
<b>Texto B. O Acesso à Atenção Ambulatorial Especializada</b>	(página 21)

## ATIVIDADE 2 - ESTUDO DIRIGIDO E DÚVIDAS COM O TUTOR

**Responsáveis pela atividade:** Participantes sob orientação do tutor.

**Tempo sugerido da atividade:** 65 minutos.

O primeiro momento do estudo dirigido deve ocorrer de forma Individual. Após a ler os textos e assistir o vídeo propostos selecione:

- **Palavra** que chamou sua atenção ou lhe pareceu poderosa.
- **Frase** que comoveu, engajou ou provocou você.
- **Trecho** que foi significativo, que você sentiu que capta a ideia central do material.

No segundo momento, coletivo, discuta os textos e vídeo a partir dos seus registros. Comece compartilhando suas palavras, frases e trechos. Explique por que você fez essas seleções. Olhando para as escolhas coletivas de palavras, frases e trechos reflita sobre a conversa identificando:

- Que temas mais chamam a atenção?
- Que implicações ou desdobramentos podem ser refletidos?

Anote, grave, fotografe se quiser, para trazer elementos para nossa discussão em seguida, ok?

## Textos para alinhamento teórico

### Texto A – O Acesso à Atenção Primária à Saúde

Rúbia Pereira Barra  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Marco Antônio Bragança Matos

O acesso é definido como a oportunidade de buscar e obter serviços de saúde apropriados em situações de necessidades percebidas como cuidado, com a interface entre as características das pessoas, das famílias, dos ambientes físicos e sociais e as características do sistema de atenção à saúde, das organizações que o compõem e dos prestadores de serviços. Quando falamos sobre acesso, precisamos considerar a crescente prevalência das condições crônicas na situação de saúde e a constatação de que os usuários devem envolver-se no próprio cuidado indicando a necessidade de um novo acesso aos serviços, de forma que a atenção à saúde seja centrada na pessoa, na gestão populacional e nos novos modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2019).

Para a Organização Mundial da Saúde (2001), o acesso está relacionado à cobertura efetiva, ou seja, a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente. Para Donabedian (1973), acesso é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população e para o Institute of Medicine (LITVAC, 2015), o acesso tem a ver com a questão “como podemos ajudá-lo hoje?”.

Para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, é necessário trabalhar com o modelo da gestão da saúde da população, que se baseia nas necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde, onde esta população tem uma relação de vínculo permanente e personalizado com a equipe de saúde e que está estratificada segundo critérios de risco e de acesso.

O acesso à APS está relacionado ao conhecimento da população adstrita a uma equipe de cuidados primários (número de pessoas cadastradas e vinculadas) e da identificação e dimensionamento das necessidades de saúde dessa população, indo além das demandas de pessoas que buscam espontaneamente os serviços de uma determinada unidade de saúde. Envolve não só as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou por diagnósticos de profissionais de saúde, como também outras necessidades que muitas vezes não são totalmente conhecidas pela equipe de saúde. Portanto, é fundamental identificar as subpopulações com necessidades e alcançar os recursos de atenção à saúde para oferecer serviços apropriados para as necessidades de cuidados, de forma a atendê-los em sua integralidade.

## Perfil de demanda e oferta na atenção primária à saúde

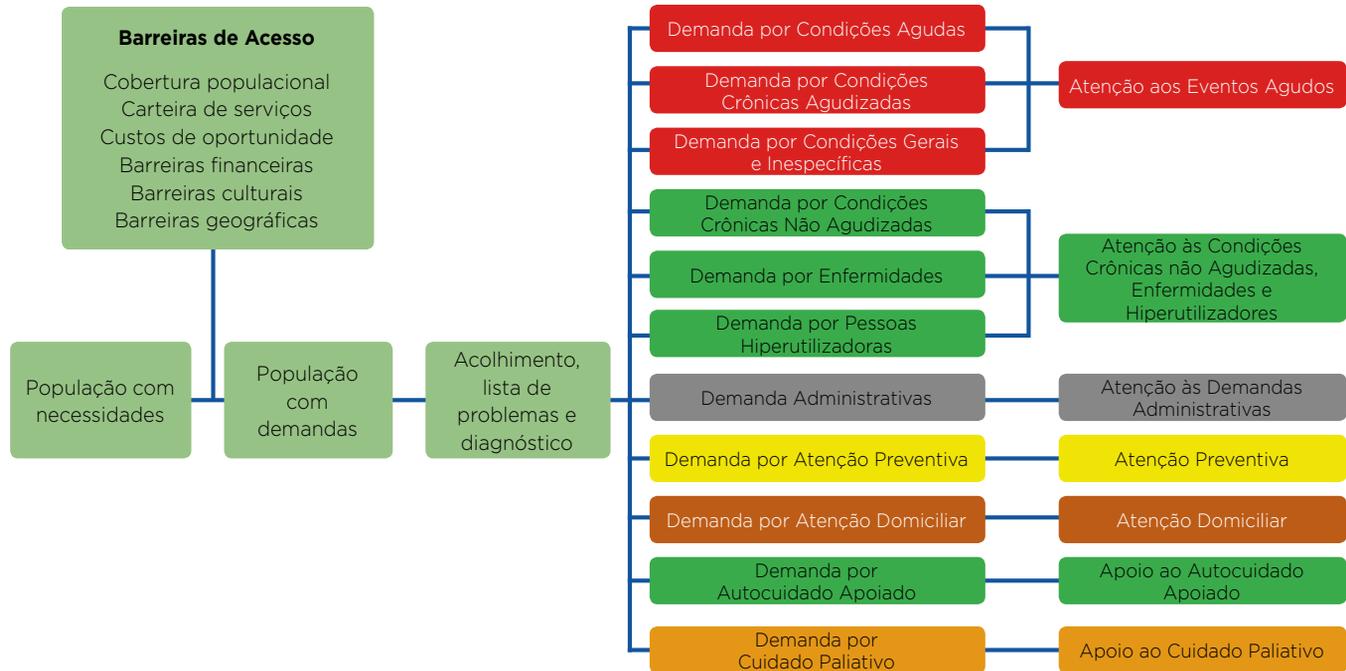
O acesso aos serviços de saúde resulta do balanceamento entre as estruturas de oferta e demanda e sua melhoria consiste em equilibrar a oferta e a demanda de acordo com a necessidade da população. A oferta é definida como o número de atendimentos disponíveis em um dado período de tempo, e se concretiza em uma agenda elaborada pelas unidades de saúde envolvendo todos seus profissionais em diferentes formas de encontros clínicos, como consultas individuais presenciais, atendimentos contínuos, atendimentos compartilhados em grupos, grupos operativos, grupos de pares, atendimentos à distância e outros. A demanda refere-se ao total das pessoas que buscam atendimento em um período determinado de tempo por telefone, por e-mail, aplicativos de mensagens e presencialmente nas unidades de saúde (demanda externa), somado ao número de atendimentos de retorno gerados pelos profissionais de saúde (demanda interna).

Sabe-se que a demanda na APS é complexa, por suas dimensões quantitativa, qualitativa e sua diversidade e distribuem-se em uma relação próxima entre a demanda espontânea e a demanda programada. Os diferentes perfis de demanda podem ser agrupados em onze grupos que foram estruturados em sete perfis de oferta de serviços: atenção aos eventos agudos; atenção às condições crônicas, enfermidades e hiperutilizadores; atenção às demandas administrativas; atenção preventiva; atenção domiciliar; atenção para o autocuidado apoiado e atenção paliativa (MENDES, *et al*, 2019).

As necessidades de saúde da população vinculada à APS, superadas as barreiras de acesso – baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais – transformam-se em demandas efetivas que levam, na APS, ao acolhimento e à elaboração de listas de problemas e/ou de diagnósticos (Figura 1).

As equipes da APS devem identificar os diferentes perfis de demanda das pessoas usuárias e organizar o acesso segundo os perfis de oferta, adequado às suas necessidades.

**Figura 1:** Os diferentes perfis de demanda e oferta da APS



**Fonte:** Adaptado de MENDES *et al*, 2019.

Algumas ações são importantes para realizar a racionalização da demanda: o ajuste do tamanho do painel de pessoas, a elaboração e implantação de diretrizes clínicas baseadas em evidência, a classificação de risco das pessoas com eventos agudos, a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas não agudizadas, a implantação da prevenção quaternária, a identificação e manejo adequado das pessoas hiperutilizadoras e a redução do absentismo (MENDES, 2019).

## Os diferentes enfoques para a organização do acesso à atenção primária à saúde

Para a organização do acesso à APS, existem diferentes estratégias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2015), a saber:

- Enfoque de alisamento dos fluxos de agendamento.
- Enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes.
- Enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencia.
- Enfoque do acesso avançado.

## **Enfoque do alisamento dos fluxos de agendamento**

Neste enfoque é identificado e quantificado os vários tipos de variedade no fluxo de pessoas usuárias (demanda) e os recursos disponíveis para diferentes grupos de pessoas usuárias (oferta), com o objetivo de reduzir os tempos de espera. Baseia-se em separar pessoas usuárias em grupos semelhantes, como pessoas que querem acesso no mesmo dia, demandas de eventos agudos, os que podem ser programados, como pessoas com condições crônicas não agudizadas para retorno, hiperutilizadoras e outras demandas.

Avalia-se os fluxos atuais identificando os gargalos que restringem o fluxo das pessoas usuárias, como: espaço físico disponível, velocidade do trabalho, falta de competência específica do profissional e os passos intermediários que não geram valor para as pessoas e devem ser eliminados. Faz-se o redesenho eliminando os gargalos, os passos intermediários e realiza-se o monitoramento do desempenho do fluxo de pessoas usuárias. Os sistemas de agendamento são definidos para minimizar os tipos de agendamentos, de modo a racionalizar os atendimentos (LITVAK; FINEBERG, 2013). Determina-se o número de faixas horárias (blocos de horas) necessárias para pessoas que querem ser atendidas no mesmo dia e para as demandas programadas.

## **O enfoque da otimização da força de trabalho organizada em equipes multiprofissionais interdisciplinares**

Para controlar as condições crônicas, ofertar serviços preventivos efetivos e apoiar o autocuidado é necessário além do médico, que tem papel essencial em quase todos os perfis de oferta e demanda, uma equipe multiprofissional interdisciplinar. Para manejar adequadamente, na APS, as condições crônicas é fundamental o enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico clínico, profissional de educação física, fisioterapeuta e o assistente social. O perfil de oferta da APS, por meio da alta complexidade da demanda, deve ser respondido com o trabalho multiprofissional interdisciplinar.

## **O enfoque de alternativas tecnológicas ao atendimento presencial**

Atualmente, a atenção à saúde é caracterizada por uma centralidade na atenção presencial, face a face. Sabe-se que em muitos casos os atendimentos à distância podem ser complementares aos atendimentos presenciais. Trabalhos realizados em diferentes lugares mostraram que os atendimentos à distância podem apresentar, em certas situações, resultados tão bons quanto os dos atendimentos presenciais face a face. Isso convoca o aumento relativo dos atendimentos à distância que não substituem, mas complementam os atendimentos presenciais. Boa parte das demandas pode ser atendida à distância, por telefone ou internet, ainda que sejam alternativas complementares aos atendimentos presenciais nas unidades de APS.

## O enfoque do acesso avançado

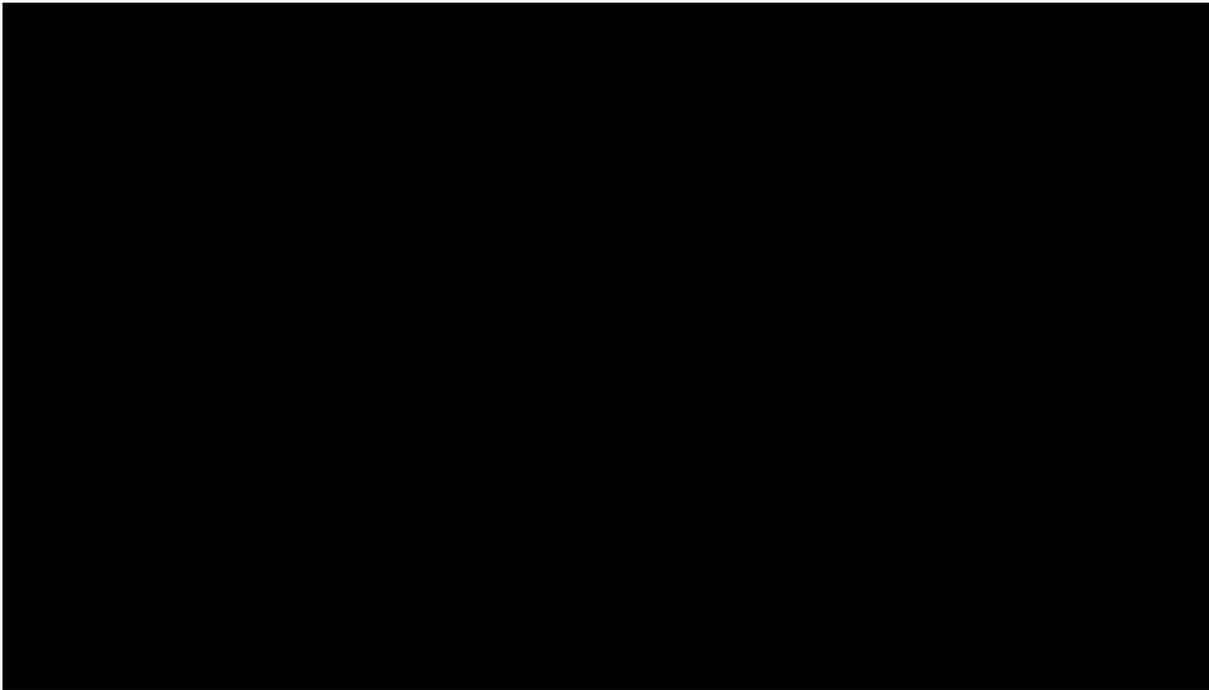
Esse enfoque tem sido, também, denominado de acesso aberto ou agendamento no mesmo dia (MURRAY; TANTAU, 2000). Tem como base “faça hoje o trabalho de hoje”. Foi desenvolvido como alternativa ao sistema tradicional, a partir dos estudos que demonstraram que a demanda na APS é previsível. Não se trata de um novo modelo de organização da APS, mas sim de um processo de trabalho e apresenta-se sob a forma de sistemas de primeira e segunda geração. A primeira geração equilibra a oferta jogando para o futuro boa parte da demanda de hoje e o trabalho se acumula, e a segunda geração equilibra a oferta, atendendo toda demanda de hoje, significando que boa parte da agenda é aberta todos os dias (MURRAY; BERWICK, 2003).

Podemos concluir que os enfoques para a organização do acesso à atenção primária à saúde apresentam compatibilidades e sinergias entre si e, por essa razão, deve-se utilizar elementos provindos desses quatro enfoques, combinando-os de forma adequada para melhorar o acesso.

## Os princípios para a organização do acesso na APS (MENDES, 2019):

- **Primeiro princípio:** Implica uma avaliação quantitativa, formal e contínua, balanceando a oferta e a demanda, para a provisão do acesso oportuno.
- **Segundo princípio:** O atendimento imediato das pessoas usuárias e suas famílias, questionando sobre qual é o problema e o que o serviço de saúde poderia ajudar naquele momento (Como podemos ajudá-lo hoje?). A meta é o atendimento no mesmo dia ou em dois dias no máximo, a menos que a pessoa deseje ser atendida em outro momento ou nos atendimentos programados pela equipe.
- **Terceiro princípio:** Atender as preferências das pessoas usuárias, que são estimuladas a expressar suas preferências durante o cuidado interativo. Qual o melhor dia e horário para serem atendidas?
- **Quarto princípio:** A utilização de uma atenção definida, sob medida, pelas necessidades das pessoas usuárias. As opções de atendimentos no mesmo dia deveriam incluir atendimentos alternativos aos encontros clínicos individuais face a face como atendimentos à distância ou virtuais e os atendimentos por profissionais não médicos.
- **Quinto Princípio:** A utilização de planos de contingência para responder aos desequilíbrios, previstos e imprevistos, entre oferta e demanda.
- **Sexto princípio:** Os indicadores de acesso devem ser definidos para avaliar continuamente as atividades diárias, monitorando os agendamentos em períodos de tempo específicos e de espera.

**Vídeo 1:** Relato da experiência de organização do acesso na APS ✖



Se houver problema com o modo de exibição deste vídeo, clique aqui para exibi-lo em um navegador da Web. [Clique aqui](#) ✖

## **Texto B - O Acesso à Atenção Ambulatorial Especializada**

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Marco Antônio Bragança Matos  
Rúbia Pereira Barra

Avançando no percurso para a implantação do modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), trataremos sobre as questões relacionadas ao acesso a este ponto de atenção, o que está fortemente apoiado no pilar da coordenação do cuidado entre AAE e APS (MENDES, 2019).

É importante destacar que a APS é a porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre os seus atributos está a coordenação do cuidado, o que significa que compete à APS identificar as necessidades e/ou problemas de saúde agudos ou crônicos das pessoas usuárias residentes no seu território de abrangência e decidir se há necessidade de compartilhar o cuidado dessas pessoas com outros pontos de atenção da rede.

O **compartilhamento do cuidado** é o ato ou efeito de compartilhar o cuidado de um mesmo usuário entre duas ou mais equipes, necessárias para o processo do cuidado integral, podendo ou não ser, de diferentes pontos de atenção da RAS, demandando comprometimento e corresponsabilização de todos os envolvidos e permanecendo o cuidado sob a coordenação da APS. É substitutivo do encaminhamento, referência/contrarreferência, que remete à ideia de passar para frente, relatar, o caso formal ou informalmente de um nível menor para o de maior complexidade.

A coordenação do cuidado não se resume ao ato decisório de compartilhar o cuidado, mas desencadeia uma série de processos que precisam ser desenvolvidos e monitorados atentamente pela APS: identificar o percurso assistencial mais adequado às necessidades das pessoas usuárias a partir dos pontos de atenção mapeados no território regional e macrorregional de saúde e pactuados pelo núcleo de governança da RAS; identificar possíveis barreiras de acesso aos fluxos assistenciais internos e externos e articular com os outros pontos de atenção a superação dessas barreiras; monitorar se o usuário está cumprindo o percurso assistencial e os tempos de resposta dos serviços demandados; verificar se as intervenções propostas estão coerentes com as necessidades do usuário; articular propostas terapêuticas definidas por diferentes equipes especializadas, consolidando-as em um único plano de cuidados e garantindo a continuidade do cuidado.

O acesso à AAE depende, de um lado e antes de tudo, da organização dos macroprocessos básicos da APS, principalmente dos processos de territorialização, cadastramento das pessoas e famílias e sua vinculação às equipes de APS, mapeamento das situações de vulnerabilidade e estratificação de risco familiar, identificação das subpopulações com fatores de risco e condições crônicas e sua estratificação por risco e a identificação e dimensionamento do grupo de pessoas usuárias com critérios para compartilhamento do cuidado na rede de atenção (MENDES, 2015).

Por outro lado, depende também da organização dos macroprocessos da unidade ambulatorial especializada que, nos seus componentes assistencial, educacional, supervisional e de pesquisa, garantam a integração com as equipes da APS e a continuidade do cuidado em tempo oportuno.

Como primeiro passo, isto requer a superação de uma primeira barreira do acesso: o desequilíbrio entre a oferta e a demanda, normalmente relacionado ao rateio de cotas de atendimentos nas unidades prestadoras e longas filas de espera e ainda muito predominante no SUS. Existe uma falsa compreensão nesse modelo de centros de especialidades médicas isolados dos outros pontos de atenção (Modelo Silos) de que o desequilíbrio entre oferta e demanda seja ocasionado pela imprevisibilidade da demanda. Contrapondo-se a isso, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) propõe a gestão de base populacional, que torna previsível e gerenciável a demanda para o ambulatório (MENDES, 2012).

Para alcançar o equilíbrio entre a oferta e a demanda é necessário que a oferta de serviços da unidade ambulatorial seja dimensionada a partir da base populacional, inicialmente estimada e progressivamente programada pelas equipes da APS, a partir do cadastro das pessoas residentes, identificação daquelas com condições crônicas, estratificação por risco e dimensionamento do grupo de usuários de alto risco, o que caracteriza a demanda para a atenção especializada. Essa programação deve ser ascendente (cada equipe de APS identifica e dimensiona a demanda de usuários de alto risco para as várias condições crônicas; o município consolida e ajusta a sua demanda total; e o ambulatório de atenção especializada consolida e ajusta a demanda total da região de saúde) e utiliza parâmetros baseados em evidências científicas e apresentados nas diretrizes clínicas e normativas pactuadas. Tudo isso permite que o ambulatório tenha suficiência operacional para atender toda demanda das subpopulações-alvo do território de abrangência, sem a instalação de filas de esperas não gerenciáveis (MENDES, 2019).

De acordo com o sanitarista Eugênio Vilaça Mendes (2012), outras duas intervenções são importantes para o alcance do equilíbrio oferta-demanda: a superação do efeito velcro, pelo qual as pessoas usuárias mantêm-se vinculadas indefinidamente e ocupando a agenda da equipe especializada, mesmo após o alcance da estabilidade clínica, ao invés de fazer a transição do cuidado para a APS e manter o compartilhamento do cuidado por meio do apoio matricial; e o enfrentamento dos índices elevados de absenteísmo que ocasionam desperdício de recurso e comprometem a agenda de atendimentos.

A garantia do acesso também depende do processo de territorialização da AAE, no qual é importante a definição do território regional ou macrorregional, a localização do ambulatório, distâncias e tempos de deslocamento; modo de transporte (terrestre, aquático ou aéreo) e a disponibilidade de sistemas de transporte sanitário municipal e/ou regional institucionalizado. É fundamental o mapeamento das unidades de APS dos vários municípios e a vinculação entre as duas equipes, o que possibilita que o mesmo usuário seja vinculado e acompanhado sempre pela mesma equipe de APS e, para aqueles de alto risco, seja vinculado e acompanhado sempre pela mesma equipe especializada. Esses elementos fortalecem a integração operacional entre as duas equipes, facilitando o desenho da agenda do ambulatório, a definição da periodicidade dos atendimentos e a modalidade presencial ou teleassistência.

A unidade ambulatorial deve dispor de uma carteira de serviços definida e pactuada por linha de cuidados priorizada e de acordo com a tipologia escolhida – carteira básica, ampliada ou avançada –, incluindo atendimentos por equipe multiprofissional, exames e procedimentos ofertados no formato de atenção contínua interprofissional, que resulta na elaboração de um plano de cuidados que é compartilhado com a APS. Essa modalidade possibilita que as pessoas usuárias tenham acesso completo aos serviços da carteira, diminuindo o custo de oportunidade e beneficiando-as com ganho de tempo, conforto pela redução do número de deslocamentos e maior resolutividade das intervenções (MENDES, 2019).

Ainda que a demanda de atendimentos seja bem dimensionada pelas equipes da APS e haja correspondência de oferta pela unidade ambulatorial, resta ainda um elemento importante para o acesso: o processo de regulação assistencial. No Modelo Silos citado anteriormente, o acesso das pessoas com condições crônicas não agudizadas é determinado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador, sem comunicação com as equipes da APS, num sistema aberto que utiliza critérios próprios não baseados na estratificação de risco e fortemente centrado no atendimento médico prescritivo (MENDES, 2011). Existem muitas evidências de que esse modelo de organização da AAE no SUS se esgotou, por não agregar valor nem à pessoa usuária, nem ao serviço e ao sistema de saúde, apesar de ser ainda vigente na prática assistencial. Em contraposição, no Modelo PASA, sempre em coerência com o MACC, o acesso das pessoas com condições crônicas não agudizadas deve ser regulado diretamente pelas equipes de APS em estrita vinculação e comunicação com a equipe especializada por meio, entre outras modalidades, da infovia das centrais de regulação. Como critério geral para a regulação, a estratificação de risco definida nas diretrizes clínicas permite a identificação das pessoas usuárias com condições crônicas de baixo e médio risco, que não necessitam da atenção especializada e podem ser acompanhadas na APS, e as subpopulações de alto e/ou muito alto risco, que devem ter o cuidado compartilhado com a AAE (MENDES, 2019).

É recomendável que as equipes gestoras e de profissionais da APS e AAE, de maneira conjunta e considerando o contexto de seus territórios, elaborem e pactuem as diretrizes para organização do acesso à atenção especializada, contendo questões que nortearão as equipes, como: diretrizes clínicas adotadas para a linha de cuidado priorizada; distribuição de atendimentos, conforme a programação integrada; previsão anual de atendimentos no ambulatório; critérios para compartilhamento do cuidado; apoio diagnóstico preconizado e indispensável para o atendimento na atenção ambulatorial; *checklist* para a realização do agendamento; processos de agendamento na APS e AAE; sistemas de transporte sanitário; compartilhamento das informações (sistemas eletrônicos integrados de agendamento e prontuário clínico ou formulários em papel com fluxos padronizados); canais de comunicação entre as equipes; estratégias para redução do absenteísmo; cronograma anual para capacitação dos profissionais para estratificação de risco e compartilhamento do cuidado.

Aqui, finalizamos o bloco 1. Vamos ao trabalho em grupo? No próximo bloco, temos orientações para o trabalho em grupos com a temática Acesso às Redes de Atenção à Saúde. Fique agora com as atividades do **bloco 2**.

↳ Espaço reservado para intervalo ↳  
(em caso de programação contínua)





BLOCO 2

## BLOCO 2

### ATIVIDADE 1 - ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo sugerido da atividade:** 5 minutos.

Preparados para começarmos a trabalhar em pequenos grupos?

Nesse momento, é importante estimular a reflexão entre você e seus colegas sobre as realidades de seus serviços, levando à **articulação entre teoria e prática**.

Relembrar o conteúdo teórico que já foi estudado será valioso para esse momento. A partir da página xx, você tem acesso a textos do referencial teórico para consultar sempre que achar necessário.

Nos *Workshops* do PlanificaSUS, é esperada a participação de profissionais de saúde de diferentes formações e cargos, o que pode acarretar variados pontos de vista sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde.

**Intenção: Ouvir diferentes opiniões é crucial, buscando o ponto em comum entre as falas**, para que seja possível visualizar a importância da articulação da RAS. Quando trabalhamos em **grupos**, é comum observarmos **posturas diferentes de participação**. Alguns falam mais, outros ficam mais calados. Por isso, vamos estimular o que cada um está pensando usando Rotinas de Pensamento.

A Rotina de Pensamento é um conjunto de perguntas ou uma breve sequência de etapas usadas para sustentar e apoiar o pensamento de um aprendiz. Pode ser definido como uma abordagem flexível e sistemática baseada em pesquisa para integrar o desenvolvimento do pensamento do aprendiz com o aprendizado de conteúdo em um assunto específico.

O protagonismo é do aprendiz e grupo, e o tutor não sabe que soluções serão encontradas para os problemas colocados. A tutoria atua com uma **facilitação leve** a serviço do grupo, para que todos participem e troquem aprendizados e percepções entre si.

A cada atividade, você terá o passo a passo para desenvolver a metodologia. Vamos lá?

## ATIVIDADE 2 – VEJA, SE PERGUNTE E CONECTE

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo sugerido para a atividade:** 60 minutos.

Após a leitura dos textos **Texto A – O Acesso à Atenção Primária à Saúde, Vídeo 1 – Relato de Experiência da Organização do Acesso na APS e Texto B – O Acesso à Atenção Ambulatorial Especializada**, que se encontram nas páginas 16 e 21, vamos iniciar um diálogo acerca da temática que os textos abordam.

A Rotina de Pensamento escolhida para a aplicação da atividade chama-se **Veja, se pergunte e conecte**. É bem simples.

Essa rotina tem uma duração média de 20 a 24 minutos, e seu objetivo é ajudar os participantes a conectar os conhecimentos à prática.

Os passos são:

1. Primeiro vamos dividir a plenária em 7 grupos. A divisão pode ser distribuindo um número de 1 a 7 para cada participante, em sequência. Cada pessoa deve memorizar seu número e depois se agrupar com outras pessoas que receberam a mesma numeração.
2. O tutor deve entregar para cada grupo um tema escrito em uma tarjeta de papel. Os temas serão os seguintes:
  1. Barreiras de acesso
  2. Equilíbrio entre demanda e oferta na atenção aos eventos agudos
  3. Equilíbrio entre demanda e oferta na atenção às condições crônicas não agudizadas, às enfermidades e às pessoas hiperutilizadoras
  4. Equilíbrio entre demanda e oferta na atenção às demandas administrativas
  5. Equilíbrio entre demanda e oferta na atenção preventiva e na atenção domiciliar
  6. Equilíbrio entre demanda e oferta na atenção para o autocuidado apoiado e na atenção ao cuidado paliativo
  7. Regulação do acesso APS para AAE
3. O tutor lança as seguintes questões para discussão em grupo:

**Veja:** *O que você vê quando olha para esse tema?*

**Se pergunte:** *Depois de observar esse tema que perguntas você se faz?*

**Conecte:** *Como esse tema se conecta com a sua prática?*

Sugiro que você tenha no ambiente papel, caneta, lápis, bloco de papel autoadesivo e outros materiais, caso necessite.

4. [10 minutos] Construção coletiva de uma síntese do grupo. Atentem-se para o tempo da discussão e construção da síntese.
5. [14 minutos] Agora, a proposta é formar novos grupos com pelo menos um integrante de cada um dos 7 grupos iniciais. Esse integrante será o porta-voz do seu grupo de origem e deverá partilhar a síntese construída anteriormente com o novo grupo. Cada integrante terá até 2 minutos de fala.
6. O grupo retorna à grande roda. O tutor deve fazer uma fala final com a definição de cada tema e interagir com os participantes, pedindo que eles falem onde aquele tema se conecta com as suas práticas. Neste momento podem contar com o auxílio de papel ou de uma lousa para escrever.

Possibilidades de Customização: No passo 4, ao invés de uma síntese em formato de texto, você pode desafiar o grupo a fazer uma síntese em formato de desenho, um corte e cola com imagens de jornal/revistas ou uma escultura com massa de modelar. Note que se você utilizar essa estratégia, o tempo para esse passo passará a ser de 20 minutos.

↳ Espaço vip reservado para um café ↳  
(em caso de programação contínua)



## ATIVIDADE 3 – CONHECENDO OS MICROSSISTEMAS CLÍNICOS

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo da atividade:** 60 minutos.

Os textos trabalhados no *Workshop 3* nos apresentaram os principais conceitos para compreender o acesso às Redes de Atenção à Saúde. A seguir, vamos conhecer um outro conceito fundamental para a discussão de acesso na APS e AAE: os microssistemas clínicos.

Godfrey (2004) apresenta o conceito de pequenas unidades replicáveis para o campo das organizações de saúde – os microssistemas de atenção à saúde – que se caracterizam por terem uma população de pessoas usuárias, os prestadores de serviços, os processos finalísticos e de apoio, e a tecnologia de informação articulados por um propósito comum.

Trata-se de sistemas clínicos que oferecem um referencial para organizar, medir e melhorar a oferta dos cuidados de saúde. É um lugar em que um pequeno grupo de pessoas trabalham juntas e de forma regular, encontram pessoas usuárias e famílias que habitam um determinado território e prestam a elas cuidados de saúde (MENDES, 2019).

Agora que entramos em contato com algumas definições, que tal uma movimentação? Te convido a construir painéis que vão ajudar a entender cada componente desse tal Microssistema Clínico. Vamos nessa?

### Proposta:

- i. Na parede ou no chão da sala deve haver cinco grandes painéis com o título de cada “P” do Microssistema Clínico a ser trabalhado aqui:



- ii. O tutor deve espalhar aleatoriamente pela sala algumas frases relacionadas aos componentes do Microssistema Clínico. As frases consistem em questionamentos relacionados a cada “P” listado nos painéis.

**Tabela 1:** Os 5 “P” do Microssistema Clínico

Propósito	Pessoas	Profissionais	Processos	Padrões
Qual o propósito (objetivo principal) das equipes de APS e AAE?	Quem é a população da APS e da AAE?	Quem é a equipe de referência da unidade de APS e AAE?	Como os usuários são acolhidos nas unidades de APS e AAE?	A equipe se reúne frequentemente?
Há um propósito em comum entre APS e AAE?	Quais os principais problemas de saúde encontrados na população adscrita?	Quais as competências de cada profissional na unidade de APS e AAE?	Como estão organizados os fluxos dos serviços?	Os processos e resultados alcançados são monitorados?
O propósito gera valor efetivo à população?	As necessidades de saúde da população são atendidas em tempo oportuno?	Qual a capacidade de oferta de cada profissional?	Quais as diretrizes clínicas adotadas?	As mudanças propostas são eficientes ao sistema de saúde?

Fonte: GODFREY (2004).

- iii. O tutor orienta os participantes a caminharem pela sala e escolherem uma frase que chamou atenção. Logo após esse movimento, os participantes devem se direcionar ao painel que identificarem como correspondente à frase escolhida.
- iv. Agora o tutor convida os participantes que trouxeram frases para o mesmo painel a discutirem se aquelas informações fazem sentido e correspondem àquele painel. É o momento também de compartilhar nos grupos as impressões provocadas pelas frases correspondentes ao seu painel.
- v. Nesse momento, o grupo deve definir um relator que irá apresentar para a plenária a síntese das impressões discutidas na atividade.

Para ajudar a sistematização das discussões sugiro utilizar a Rotina de pensamento “**Tome Nota**”. Essa rotina é usada para melhorar a memória e o envolvimento dos participantes com as ideias discutidas, concentrando-se na captura da essência da discussão e destilando as questões chave levantadas do assunto.

Após a atividade, oriente os participantes a tomarem nota a partir das seguintes perguntas:

- Qual foi o ponto mais importante da discussão? Por quê?
- Qual pergunta o grupo mais gostou na discussão? Por quê?
- Conte uma coisa que o grupo achou interessante.

— Espaço reservado para um intervalo —

(em caso de programação contínua)



Chegamos ao **último bloco do Workshop 3!** A proposta do **bloco 3** é construir o alinhamento dos próximos passos. Além disso, teremos a oportunidade de avaliar as atividades realizadas nesse *Workshop*. Avante!



BLOCO 3

## BLOCO 3

### ATIVIDADE 1 - ALINHANDO NOSSOS PRÓXIMOS PASSOS

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo da atividade:** 10 minutos.

Os temas estudados hoje terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais da Etapa 3 do PlanificaSUS. Nestas oficinas, as equipes de APS e AAE irão somar os conhecimentos disparados aqui no *Workshop 3* ao processo de melhoria contínua dos serviços. Lembrando que *Workshop* e oficinas tutoriais são espaços de operacionalização da tutoria.

### ATIVIDADE 2 - RELEMBRANDO E AVALIANDO O ENCONTRO (DESEMBARQUE)

**Responsável pela atividade:** tutor.

**Tempo da atividade:** 10 minutos.

Aqui, vamos lembrar rapidamente aonde queríamos chegar:

- Compreender o conceito de acesso aos serviços e à Rede de Atenção à Saúde.
- Identificar os tipos de perfis de demandas por acesso e ofertas de acesso aos serviços e cuidados.
- Descrever as possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde.
- Compreender o conceito de Microsistema Clínico como lógica para organização e garantia do acesso.
- Conhecer o acesso à AAE regulado pela APS.

Depois de participar deste *Workshop* e construir novos conhecimentos, te convido a sintetizar esse encontro por meio da Rotina de pensamento **Manchetes**:



**Extra! Extra! Não fique de fora dessa!** A ideia aqui é construir, individualmente, uma manchete que expresse para você o aspecto mais importante relacionado aos temas trabalhados neste *Workshop*.

Em seguida, reflita sobre a seguinte questão: como esse título/manchete difere do que você teria dito ontem?

Leia sua manchete, como um vendedor de jornal, com uma ou mais pessoas e perceba a diversidade de olhares e a riqueza de conhecimentos construídos nesse encontro.

Chegamos ao final das atividades propostas para o *Workshop 3*. Espero que as trocas e aprendizados disparados aqui possam te apoiar nas mudanças e aperfeiçoamentos necessários à sua prática. Lembrando que você é um agente multiplicador dos conhecimentos compartilhados nesse *Workshop*.  
Espero que a experiência tenha sido bastante significativa para você!

**Espalhe essas boas notícias por todo serviço! Até Breve!**

## REFERÊNCIAS GERAIS

- DEAQUINO, T. E. **Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- GODFREY, M. M. **Clinical microsystem action guide**. Hanover: Trustees of Dartmouth College; 2004.
- PROJECT ZERO. Harvard. **See, Think, Wonder. A thinking routine from project zero**. Disponível em: < [http://www.pz.harvard.edu/sites/default/files/See%20Think%20Wonder\\_2.pdf](http://www.pz.harvard.edu/sites/default/files/See%20Think%20Wonder_2.pdf) >. Acesso em: 31 jan. 2022.
- PROJECT ZERO. Harvard. **Take Note. A thinking routine from project zero**. Disponível em: < [http://pz.harvard.edu/sites/default/files/Take%20Note\\_0.pdf](http://pz.harvard.edu/sites/default/files/Take%20Note_0.pdf) >. Acesso em: 31 jan. 2022.
- PROJECT ZERO. Harvard. **Headlines. A thinking routine from project zero**. Disponível em: < [http://www.pz.harvard.edu/sites/default/files/Headlines\\_2.pdf](http://www.pz.harvard.edu/sites/default/files/Headlines_2.pdf) >. Acesso em: 31 jan. 2022.

## REFERÊNCIAS TEXTO A

- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Transforming health care scheduling and access: getting to now**. Washington: The National Academies Press; 2015.
- LITVAK, E. **Reengineering flow through the primary care office**. In: INSTITUTE OF MEDICINE. Transforming health care scheduling and access: getting to now. Washington, The National Academies Press, 2015.
- LITVAK, E.; FINEBERG, H. V. **Smoothing the way to high quality, safety, and economy**. N Engl J Med. 2013;369(17):1581-3.
- MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. 192p. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/> >. Acesso em: 31 jan. 2022.
- MURRAY, M.; BERWICK, D. M. **Advanced access**. JAMA. 2003;289(8):1035-40.
- MURRAY, M.; TANTAU, C. **Same-day appointments: exploding the access paradigm**. Fam Pract Manag. 20007(8):45-50.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems**. Geneva: World Health Organization; 2001.

## REFERÊNCIAS TEXTO B

- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. P.549. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf) >. Acesso em: 19 jan. 2022.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012. p.385. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) >. Acesso em: 20 jan. 2022.
- MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. p.193. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> >. Acesso em: 22 jan. 2022.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019. p.868. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/> >. Acesso em: 20 jan. 2022.

## RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

Acese aqui algumas leituras complementares:

## REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jul 19]. Available from: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) >. Acesso em: 31 jan. 2022.

## PUBLICAÇÕES MINISTÉRIO DA SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da

Saúde; 2017 [cited 2019 Jul 19]. Available from: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) >. Acesso em: 31 jan. 2022.

## LIVROS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate. **Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada** [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2016. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf> >. Acesso em: 31 jan. 2022.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2015 [cited 2019 Jul 19]. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdfMendes> >. Acesso em: 31 jan. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde** [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf> >. Acesso em: 31 jan. 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde** [Internet]. - 2ed. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2019. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/> >. Acesso em: 31 jan. 2022.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS** [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus> >. Acesso em: 31 jan. 2022.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

