

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Acesso e comunicação



Núcleo de  
Desenvolvimento  
Social



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Acesso e comunicação



Brasília/DF, abril de 2019.



Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Todavia, a reprodução não autorizada para fins comerciais desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios – CNM podem ser acessadas, na íntegra, na biblioteca *on-line* do Portal CNM: [www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br).

**Autores:**

Carla Albert  
Akeni Lobo  
Moisés Martins Tosta Storti

**Supervisão Técnica:**

Denilson Ferreira de Magalhães

**Diretoria-Executiva:**

Gustavo de Lima Cezário

**Revisão de textos:**

Keila Mariana de A. O. Pacheco

**Diagramação:**

Themaz Comunicação

**Ficha catalográfica:**

Confederação Nacional de Municípios – CNM. Atenção Primária à Saúde: acesso e comunicação. – Brasília: CNM, 2019.

44 páginas.  
ISBN 978-85-8418-112-4

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção básica. 3. Atenção primária à saúde.  
4. Gestão do SUS.



# Diretoria CNM GESTÃO 2018-2021

## Conselho Diretor

---

<b>PRESIDENTE</b>	<b>Glademir Aroldi</b>
<b>1º VICE-PRESIDENTE</b>	<b>Julvan Rezende Araújo Lacerda</b>
<b>2º VICE-PRESIDENTE</b>	<b>Eures Ribeiro Pereira</b>
<b>3º VICE-PRESIDENTE</b>	<b>Jairo Soares Mariano</b>
<b>4º VICE-PRESIDENTE</b>	<b>Haroldo Naves Soares</b>
<b>1º SECRETÁRIO</b>	<b>Hudson Pereira de Brito</b>
<b>2º SECRETÁRIO</b>	<b>Eduardo Gonçalves Tabosa Júnior</b>
<b>1º TESOUREIRO</b>	<b>Jair Aguiar Souto</b>
<b>2º TESOUREIRO</b>	<b>João Gonçalves Júnior</b>

## Conselho Fiscal

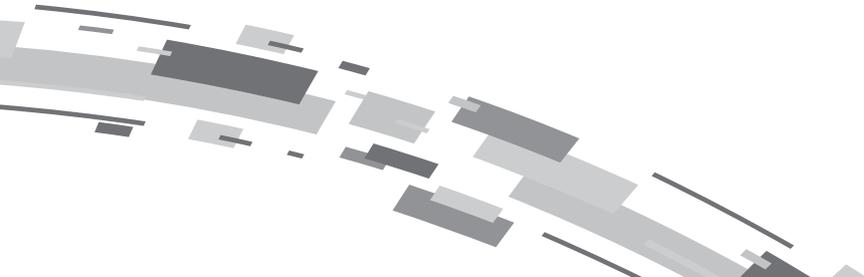
---

<b>TITULAR</b>	<b>Jonas Moura de Araújo</b>
<b>TITULAR</b>	<b>Exedito José do Nascimento</b>
<b>TITULAR</b>	<b>Christiano Rogério Rego Cavalcante</b>
<b>SUPLENTE</b>	<b>Pedro Henrique Wanderley Machado</b>
<b>SUPLENTE</b>	<b>Marilete Vitorino de Siqueira</b>
<b>SUPLENTE</b>	<b>Cleomar Tema Carvalho Cunha</b>

## Representantes Regionais

---

<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>Francisco Nelio Aguiar da Silva</b>
<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>Wagne Costa Machado</b>
<b>REGIÃO SUL</b>	<b>Alcides Mantovani</b>
<b>REGIÃO SUDESTE</b>	<b>Daniela de Cássia Santos Brito</b>
<b>REGIÃO SUDESTE</b>	<b>Luciano Miranda Salgado</b>
<b>REGIÃO NORDESTE</b>	<b>Rosiana Lima Beltrão Siqueira</b>
<b>REGIÃO NORDESTE</b>	<b>Roberto Bandeira de Melo Barbosa</b>
<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>	<b>Rafael Machado</b>
<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>	<b>Pedro Arlei Caravina</b>



# Carta do Presidente

**Prezada (o) municipalista,**

A amplitude da área da Saúde, associada aos inúmeros fatores que influenciam na construção de uma boa gestão – recursos financeiros, obras, habilitação e manutenção de programas federais –, também abarca a questão do modelo de acesso que o Município decide implementar na sua Rede de Atenção à Saúde.

Nesse sentido, com o intuito de orientar gestoras e gestores, a área técnica da Saúde da CNM elaborou a presente cartilha como parte de uma série de informações claras e objetivas sobre o Sistema de Saúde brasileiro com enfoque na gestão municipal da atenção primária à saúde; entretanto, inúmeras opções poderão surgir, cabendo a você conhecer e identificar qual o melhor caminho a seguir para obter sucesso em sua gestão.

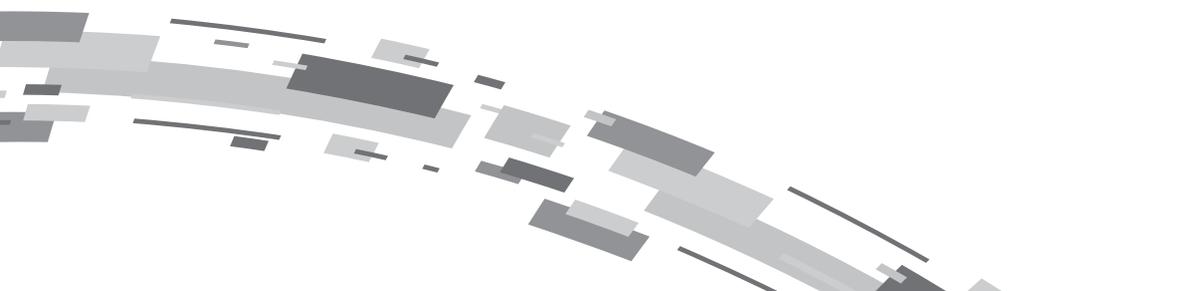
Avaliar o modelo de acesso à Saúde é de vital importância. A falta de planejamento e avaliação a partir da realidade de cada território pode significar ineficiência (custos) e ineficácia (resultados), situações que afetam tanto a condição de saúde das pessoas, como a rede municipal de atenção à saúde.

A construção e a consolidação do SUS como uma política federativa estão nas suas mãos, prefeitos(as) e secretários(as) municipais. Façam este compromisso e qualifiquem as ações de atenção à saúde da população do seu Município e do Brasil.

Boa leitura!



**Glademir Aroldi**  
Presidente da CNM



# Olá, municipalista!

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, foi regulamentado pelas Leis federais 8.080/1990 e 8.142/1990 e tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinante de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”.

Segundo a Lei, o Sistema de Saúde ofertará ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O SUS organiza-se de maneira regionalizada e hierarquizada, compreendendo um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da saúde, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A Atenção Básica compõe a RAS como porta de entrada e têm entre suas funções previstas a resolutividade, a coordenação do cuidado e a ordenação das redes de atendimento, além da identificação de riscos, necessidades e demandas de saúde, a utilização de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, objetivando a ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e de grupos sociais.



Um dos grandes desafios do Sistema de Saúde é qualificar a Atenção Básica para exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades.

# Atenção Primária à Saúde

## Conceitos

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS (FIOCRUZ, 2009).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a *I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde* em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países-membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada: cuidados primários de saúde (FIOCRUZ, 2009).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comuni-

dade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (FIOCRUZ, 2009).

## A Atenção Primária possui atributos

Há necessidade da busca pelo equilíbrio entre demanda e oferta de serviço, regulando o tempo de espera de forma a reduzir o absenteísmo das usuárias e dos usuários, a aumentar a resolutividade e a proporcionar a longitudinalidade e, consequentemente, a organização da demanda.

Assim, o modelo de acesso à Atenção Primária deve estar pautado pelo contexto epidemiológico e determinantes de saúde da população, tendo minimamente em conta a diversidade dos territórios e a composição das equipes.



LEMBRE-SE

Ao falar de acesso na APS, deve-se ter estabelecidos os conceitos e as práticas inerentes a: acolhimento, demanda espontânea, classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade e escuta qualificada.

O **primeiro contato** caracteriza-se pelo acesso e uso dos serviços de saúde a cada novo problema ou episódio de um mes-

mo problema. É definido como porta de entrada dos serviços, ou seja, quando a população identifica aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (STARFIELD, 2002).

A **longitudinalidade** implica a existência de uma fonte regular de atenção e uso ao longo do tempo, independente da emergência de problemas específicos, e a qualidade do vínculo entre profissionais e usuários. Essa relação de longa duração tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e diminuição de gastos (STARFIELD, 2002).

A **integralidade** é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde coletiva e individual, de abordagem ao indivíduo e à família no cuidado e atenção à saúde. A integralidade é relacionada a um valor de totalidade a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde e nos modelos de gestão. Exercer a integralidade passa por refletir e transformar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial para atender à complexidade das necessidades de saúde dos indivíduos e da população (STARFIELD, 2002).

A **coordenação** entre níveis assistenciais é a articulação entre os equipamentos e ações de saúde sincronizados, para ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de forma integrada. É necessária porque é cada vez maior o número de pessoas que precisam de cuidados de saúde por diferentes especialidades e pontos de atenção. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamento e medicalização desnecessários, duplicidade de ações e aumento de custos (STARFIELD, 2002).

Para o sucesso na implantação, manutenção e longevidade das boas práticas na Atenção Primária, os gestores devem seguir algumas premissas para sua real e efetiva atuação, para isso, o acesso e a acessibilidade devem estar em sincronia com os processos organizativos, de modo a promoverem um serviço universal, igualitário e equânime a todos os que procuram ou não a assistência. Os gestores municipais devem estabelecer alguns parâmetros fundamentais, dentre eles, qual o (s) **modelo (s) de acesso à saúde** mais apropriado perante as condições da população e da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A operacionalização das redes de atenção em saúde dá-se pela interação de três elementos constitutivos: **população adstrita** a determinada região de saúde, **estrutura operacional**, que inclui pontos de atenção e ligações entre os pontos de atenção e um **modelo de atenção à saúde**.

Pontos de atenção em saúde compreendem as unidades de APS, sejam unidades de Atenção Primária à Saúde ou unidade da ESF, com a função de atuar como centros de comunicação com os serviços de atenção secundária e terciária e os de apoio diagnóstico e terapêutico. A conexão entre os diversos pontos de atenção é feita por sistemas logísticos e de governança, com definições e pactuações em comissões intergestoras.

A integração das unidades de saúde da família à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas (OLIVEIRA&PEREIRA, 2013).

No caso brasileiro, a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde. Foi adotada a designação Atenção Básica,

para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais.

A designação Atenção Básica objetiva, portanto, contrapor-se à proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA&PEREIRA, 2013).

## **Determinantes de saúde**

O conceito ampliado ultrapassa o conceito de determinismo biológico de saúde como ausência de doenças, considera o estilo de vida dos sujeitos e as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. Então, temos determinantes (condições de vida) e condicionantes (estilo de vida) que influenciam na saúde (GARCIA et al, 2015).

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (BATISTELLA, 2007; COHEN et al 2010).

Para Carvalho e Buss (2008), as relações entre os determinantes da saúde-doença caracterizam o perfil sanitário de uma população e, conseqüentemente, auxilia na implementação de políticas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Dessa forma, a abordagem dos determinantes sociais reflete o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

### Determinantes sociais



Fonte: BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007.

O modelo de Dahlgren e Whitehead na figura 1 (*apud* BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007) demonstra vários aspectos que determinam a saúde; ele também inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes. Esse modelo destaca a importância dos fatores não clínicos sobre a situação da saúde dos indivíduos e das populações, que vai desde a dimensão coletiva e social até a política, cultural e econômica.



**SAIBA  
MAIS**

A CNM publicou informativo sobre mudanças na Política Nacional de Atenção Básica por meio da publicação da Portaria 2.436/2017, incorporada na Portaria de Consolidação 2/2017, na forma do Anexo XXII.

# Acesso e acessibilidade

Gestor municipal, entender a importância do acesso à saúde é fundamental para você organizar e melhorar o sistema de saúde no seu Município e região. O acesso é o que define a possibilidade das pessoas chegarem ao serviço de saúde e o utilizarem de modo mais adequado às suas necessidades e, por fim, obterem os melhores resultados. A atenção Primária, por ser porta de entrada do sistema, tem estreita relação com a capacidade de acesso e pode ser a chave para o êxito do seu Sistema de Saúde.

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, permanecendo a existência de barreiras aos usuários, como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação. Garantir-lo em tempo oportuno é uma das características de sistemas de saúde de alta qualidade, mas alcançá-la é um problema em muitos países (SALISBURY et al., 2007).

Considerando que o nível global de gastos em saúde não obedece a uma correlação positiva com melhores resultados, qualquer efeito dos serviços de saúde deve originar-se em características próprias desses serviços. Assim sendo, para alcançar a efetividade e a equidade, é provável que haja a necessidade de fortalecer a orientação em Atenção Primária do sistema (STARFIELD, 2002).



LEMBRE-SE

De acordo com o art. 196º da CF: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igua-**

**litário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Investigar o acesso ao sistema de saúde é uma importante função do gestor municipal, que pode solicitar apoio, também, aos outros níveis de gestão (estadual, federal) e à sociedade (conselhos, universidades).

Há uma multiplicidade de formas de análise do acesso que se acumularam em décadas de estudos nacionais e internacionais. Nesta cartilha, são apresentadas algumas que se relacionam com o atributo da porta de entrada da Atenção Básica.

É possível definir algumas dimensões de acesso a partir de características estruturais ou comportamentais:

- » dimensão geográfica: distância, transporte e tempo necessários para chegar ao serviço e obter o cuidado;
- » dimensão sócio-organizacional: aspectos do serviço que podem facilitar ou atrapalhar a chegada do usuário;
- » dimensão comportamental: determinantes sociais e individuais que influenciam a liberdade do usuário em usar o serviço disponível.

Starfield (2002) afirma que “os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua.” Embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos, eles têm significados diferentes, ainda que complementares.

**Acessibilidade:** elemento estrutural necessário para um primeiro contato, deve ser fácil e disponível. A correta acessibilidade possibilita o atendimento a todos os que procuram atendimento nos serviços de saúde – universalidade. A atenção

Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada no sistema de serviços de saúde, logo, deve ser acessível, de forma oportuna e com capacidade de ofertar serviços, responder às demandas, necessidades de saúde da população tendo capacidade de ofertar ao usuário cuidados de saúde sempre que necessitar de maneira fácil e conveniente.

**Acesso:** na saúde, é a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde ofertado e como este chega até eles.

A partir das definições acima é preciso que o gestor focalize sua atenção para que os serviços não se constituam, na prática, seletivos, focalizados e excludentes.

Apesar de avanços após a implementação do SUS no que se refere ao acesso universal, o sistema apresenta limites associados, principalmente, a fatores socioeconômicos, organizacionais ou pelas barreiras geográficas em Municípios, em áreas remotas ou de vulnerabilidade. Porquanto, ainda, persistem significativas diferenças entre regiões e Municípios brasileiros, relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde.



LEMBRE-SE

A importância do acesso está mais relacionada à oferta e à efetividade dos serviços em relação às necessidades de saúde da população do que apenas à disponibilidade de recursos no Município.

## Exemplos de questões para compreensão do acesso na Atenção Básica

<b>Dimensão geográfica</b>	O território possui barreiras geográficas naturais ou artificiais (pontes, rodovias, inclinações)?
	A unidade de saúde está em local de fácil acesso tanto para pedestres quanto para usuários de transporte público?
	O usuário necessita de recursos financeiros para transporte?
	O serviço mantém proximidade com a residência ou o trabalho dos usuários?
<b>Dimensão sócio-organizacional</b>	O serviço tem acessibilidade adequada para pessoas com deficiência ou dificuldade de locomoção?
	As informações disponíveis estão de fácil compreensão e em linguagem adequada?
	O serviço utiliza meios diversos para facilitar a comunicação?
	Há disponibilidade de informação sobre os serviços a serem utilizados enquanto a unidade de saúde não está funcionando?
	O horário de funcionamento do serviço é compatível com o horário de trabalho ou outra especificidade da população?
	A organização da agenda possibilita horários para consultas agendadas, consultas não agendadas, consultas de urgência e emergência e atividades de promoção e prevenção em saúde?
	O usuário consegue atendimento em tempo, de acordo com sua necessidade?
	Qual o tempo de espera para marcar uma consulta e para realização de exames?
	Há critérios de avaliação da situação de saúde e risco para encaminhamentos para os especialistas?
Qual o tempo de espera entre o horário marcado e o início do atendimento?	

	Há disponibilidade de equipe multiprofissional e facilidade para contato em tempo adequado?
	Há disponibilidade para atendimento domiciliar?
	Há busca ativa ou oferta de cuidados para grupos que evadem ou não procuram espontaneamente o serviço?
	O serviço possui adaptabilidade para atendimento a pessoas ou grupos vulneráveis ao preconceito social por raça, idade, gênero, classe social, origem, orientação sexual ou outra?
	O serviço possui acomodação e ambiente agradável?
<b>Dimensão Comportamental</b>	O usuário possui conhecimento sobre suas necessidades de saúde e qual serviço procurar para atendê-las?
	O usuário possui crenças que afastam do atendimento no serviço de saúde?
	Como são as experiências e os indicadores da passagem do indivíduo pelo sistema?
	O usuário reconhece a qualidade do atendimento e possui vínculo com algum integrante da equipe?

Fonte: Área Técnica de Saúde/ CNM



**DICA CNM**

A participação social por meio dos Conselhos de Saúde é uma importante maneira de obter informações a respeito do acesso em saúde. Perguntar diretamente aos indivíduos ou, ainda, analisar dados de sistemas de informação em saúde também podem apresentar informações relevantes para estudos de avaliação e análise do acesso.

As equipes de saúde devem buscar formas que garantam acessibilidade e maior utilização da APS como primeiro contato com o sistema.

Uma das principais estratégias utilizadas é o acolhimento. Segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento é uma proposta de organização do atendimento da demanda espontânea nos serviços de saúde, de forma que todas as pessoas que procurarem os serviços tenham suas demandas ouvidas e encaminhadas a alternativas de solução de forma humanizada.

O acolhimento pode contribuir com a organização de ações que possam dar respostas às necessidades de saúde de acordo com a situação de saúde local. Para ter sucesso, é importante que o acolhimento esteja vinculado às práticas de planejamento, educação permanente e avaliação contínuos.

O **planejamento** aponta para realização da análise de situação de saúde do território, com diagnóstico das principais queixas e problemas, recursos e potencialidades existentes. O planejamento deve orientar-se para mudanças efetivas quanto ao número de consultas agendadas e não programadas, organização de agendas dos profissionais e procedimentos da Unidade.

A **educação permanente** visa criar espaços de reflexão e transformação das práticas assistenciais voltadas para o dia a dia das ações de saúde, proporcionando aos profissionais maior autonomia e capacidade de intervenção mais efetivas.

A **avaliação** deve envolver estratégias participativas e sucessiva, englobando tanto dados e informações epidemiológicos e institucionais quanto a percepção dos gestores, profissionais e usuários da saúde, criando bases para a melhoria do serviço à medida em que novos problemas surgem.



**SAIBA  
MAIS**

O Ministério da Saúde publicou dois Cadernos da Atenção Básica acerca do acolhimento à demanda espontânea. A proposta inclui dispositivos como o acolhimento com avaliação de risco, gestão das agendas, vínculo entre profissionais e usuários da saúde, entre outros. “O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde”.

### **Estratégias para ampliação do acesso na APS (Tesser, 2018)**

- » Ampliar a cobertura por meio do aumento do número de equipes da ESF e conversão da Estratégia da Atenção Básica (EAB).
- » Adequar o número de usuários vinculados em cada equipe.
- » Parceria com instituições formadoras para qualificação e provimento de profissionais.
- » Priorizar áreas de vazio socioassistencial e maior vulnerabilidade social.
- » Regionalização de serviços.
- » Diversificar formas de comunicação dos usuários com a equipe.
- » Agenda equilibrada entre demanda espontânea e programada.
- » Aproximar a atenção psicossocial na Atenção Básica.
- » Explorar as práticas integrativas e complementares.
- » Valorização prática e investimento no trabalho clínico multiprofissional.
- » Educação permanente dos ACS.
- » Flexibilidade dos horários de funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

- » Reuniões periódicas de organização, gestão e decisão coletiva.
- » Disponibilização de prontuário eletrônico e sistema de informação.
- » Fortalecimento da participação social.
- » Mudanças no regramento administrativo da ESF.

## **Estratégias para melhoria do acesso na Atenção Básica**

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi um esforço promovido pelo Ministério da Saúde em conjunto com os Municípios no sentido de desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

O Programa teve o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ-AB valoriza e proporciona às unidades e às equipes com bom rendimento e avaliação a possibilidade de receber incrementos em seus recursos a partir de indicadores estabelecidos. Assim, com o compromisso firmado e resultados pactuados, responsabiliza a equipe e a unidade, valorizando o desempenho, o aumento do acesso e a qualidade dos serviços prestados.

O programa, no seu terceiro ciclo, avaliou indicadores de desempenho relacionados ao acesso para contratualização e certificação das equipes, por meio do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB/e-SUS AB). Foram eles:

### ***Acesso e continuidade do cuidado***

- » média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante;
- » percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea;
- » percentual de atendimentos de consulta agendada;
- » índice de atendimentos por condição de saúde avaliada;
- » razão de coleta de material citopatológico do colo do útero;
- » cobertura de primeira consulta odontológica programática.

### ***Abrangência da oferta de serviços:***

- » percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica;
- » percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal.



**VOCE  
SABIA?**

Outros indicadores também foram observados por avaliação externa e estão descritos no Manual Instrutivo do Programa. Essas e outras informações estão disponíveis no *site*: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)

## **Estratégias comunicacionais para promover o acesso em saúde**

Da teoria à prática, a articulação dos serviços e das redes se constitui pela transdisciplinaridade, alcançada por meio do trabalho de cada integrante das equipes de saúde, enxergando e reconhecendo a importância do “fazer” saúde na integralidade. Ao promover essa articulação, os processos de trabalho se qualificam, emergindo desses serviços a esperada resolutividade da rede municipal de saúde.

# Comunicação em Saúde

Comunicação em Saúde está ligada diretamente com as tecnologias para disseminação de informações. É a utilização de forma estratégica para informar e motivar as decisões dos envolvidos nas comunidades e nos serviços de saúde, de modo a viabilizar as melhores condições de comunicação para a difusão e a promoção da saúde.



**VOCÊ  
SABIA?**

Entende-se como tecnologia não apenas o desenvolvimento complexo e de alto custo, mas também a teoria geral e/ou estudo sistemático sobre técnicas, processos, métodos, meios e instrumentos de um ou mais ofícios ou domínios da atividade humana. Logo, ações e atividades que possibilitam a facilitação nos mais diferentes processos podem ser consideradas uma tecnologia.

As diferentes informações que podem ser transmitidas abrangem uma diversidade de finalidades como: educação em saúde, promoção da saúde, campanhas, organização ou recomendações. Sendo assim, a transversalidade da comunicação em saúde possibilita um acompanhamento direto entre os envolvidos, sendo eles profissionais da saúde ou usuários como um todo.

De acordo com (TEIXEIRA, 2004, p. 616), a importância dos processos de comunicação em saúde demonstra a amplitude e a capacidade de envolvimento da comunicação em todas as áreas, sendo então dada pelo seu carácter:

## Processos de comunicação em saúde



Fonte: Área Técnica de Saúde/CNM, adaptado de Teixeira 2004.

## Breve histórico sobre a comunicação em saúde no Brasil



A comunicação em saúde no Brasil desde o início apresentou a estratégia de grandes campanhas como forma de mobilização em massa para mudança de comportamento e promoção de saúde.



Um dos primeiros mobilizadores sociais na área da saúde e pioneiro no desenvolvimento e mudanças sanitárias foi Carlos Chagas, que apresentou novas propostas na prática da política nacional de saúde com o fortalecimento das unidades federais em busca de ações conjuntas de educação e promoção da saúde.



A comunicação, na década de 1980, se apresentou como uma grande tendência, tornando-se foco do Estado, que passou pelo processo de redemocratização. Essa mudança ampliou o conceito de saúde pública, auxiliando na Reforma Sanitária Brasileira, promovendo a descentralização política e administrativa do SUS.

Na construção dessa nova visão estratégica, a *8ª Conferência Nacional de Saúde* (1986) teve um grande papel por ter sido a primeira conferência a discutir a comunicação e seus métodos como parte importante na saúde. Já a *12ª Conferência* (2003) tratou a comunicação com pauta específica, como uma ferramenta de controle social. Sendo assim, até os tempos atuais, o controle social aumenta, ganha força e espaço com ferramentas como os conselhos de saúde, que *empoderam* e dão transparência para o usuário de modo a ampliar a democratização da saúde no Brasil. (BRASIL, 2007)

## **Ações de comunicação em saúde**

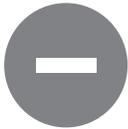
Algumas ações são desenvolvidas na tentativa de levar informações de uma maneira adequada e efetiva. Ações essas que podem ser das mais simples, como atividades do cotidiano, às mais complexas, como a informatização do sistema ou grandes campanhas.

## Problemas na comunicação

Dentro da comunicação em saúde na atenção básica, de acordo com Teixeira (1999), as principais reclamações dos usuários em relação à comunicação em saúde são:



- » mais tempo para falar;
- » mais tempo para fazer perguntas;
- » mais informações sobre os diagnósticos, as doenças e os tratamentos;
- » burocracia, desinformação e desatualização da situação de saúde.



Ainda com essa ideia, os principais problemas encontrados na comunicação em saúde são:



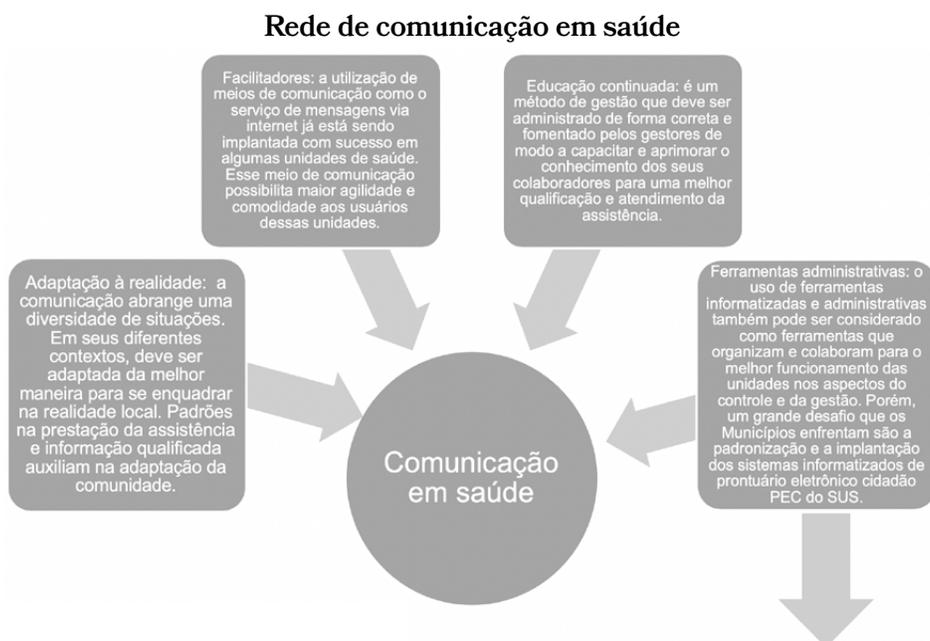
- » informação insuficiente ou incompleta;
- » informações técnicas não esclarecidas;
- » linguagem imprópria;
- » interrupção no discurso do paciente;
- » comportamento inadequado do profissional;
- » falta de suporte técnico;
- » improvisos;
- » acessibilidade e incompatibilidade de sistemas.

## Repensando a comunicação

Algumas práticas de comunicação são pensadas como uma maneira de solucionar problemas pontuais e/ou temporários. Essas ações podem fazer diferença se realizadas de forma adequada e adaptada ao contexto. Para tanto, é necessário pensar as ações de modo prático, eficaz e com capacidade assertiva de cobertura.

## Ações e soluções

As grandes dificuldades com a comunicação em saúde estão ligadas a processos, equipamentos, dificuldades técnicas (equipamento ou pessoal). Essas dificuldades podem ser sanadas com ações como:



Fonte: Área Técnica de Saúde/ CNM.

### Baixar o Sistema

#### Versões Disponíveis:

PEC:3.1.08 [Saiba mais](#)  
CDS: 3.0.13  
App Território: 1.3.06  
App Atividade Coletiva: 1.0  
App AD: 2.1.01

**PASSO 1 - Antes de baixar os arquivos do sistema confira os requisitos mínimos recomendados para a instalação.**



[Clique aqui para ver requisitos mínimos para a instalação](#)

#### PASSO 2 - Baixe os arquivos de instalação e/ou atualização do sistema

Utilize os botões abaixo para instalar/atualizar o software e-SUS AB. Fique atento, pois estão disponíveis os arquivos para instalação nos ambientes de treinamento e produção.

Em caso de dúvidas, utilize o canal de comunicação **Disque Saúde 136** e a página de perguntas frequentes (FAQ) clicando aqui.



Fonte: Ministério da Saúde Brasil, 2018.

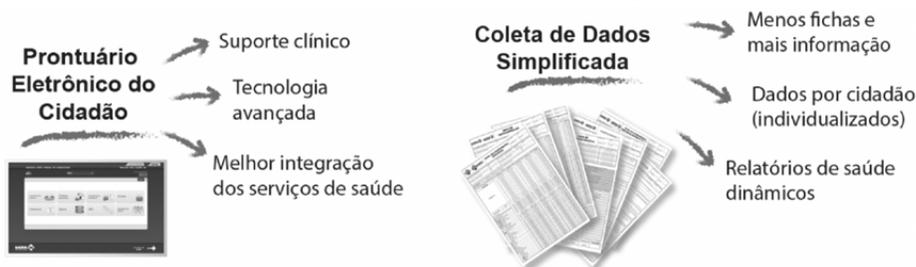
Essa nova plataforma 3.1.08, que substitui a 1.0, já está disponível também como aplicativos, de forma a facilitar e agilizar ainda mais as ações em saúde. Essa interligação entre as diferentes plataformas e meios de comunicação está de acordo com o dinamismo que a área demanda, porém, com a evolução dos sistemas de comunicação, faz-se necessário o fortalecimento da educação e a capacitação continuada dos agentes envolvidos para conseguirem evoluir junto com os sistemas.

## Informatização

Com o intuito de sanar algumas das dificuldades e problemas da comunicação em saúde, a comunicação aliada à informatização é uma ferramenta atualmente essencial no auxílio da disseminação das informações.

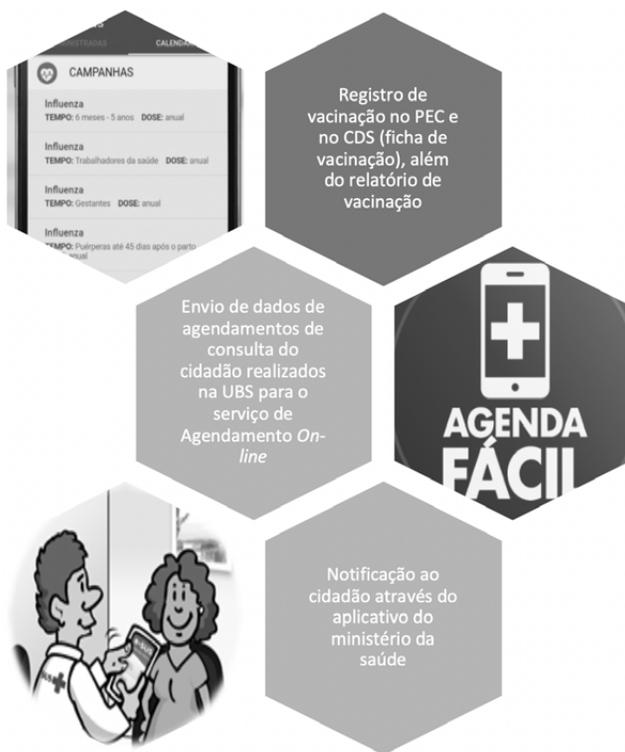
A exemplo, a estratégia de Saúde Digital brasileira (digiSUS) no eSUS-AB é uma iniciativa que colabora com o processo de comunicação e proporciona um maior alcance, agilidade, economia e transparência em relação aos processos envolvidos.

### A conectividade dos meios de comunicação em saúde



Fonte: Ministério da Saúde Brasil, 2018.

A versão e-SUS AB está disponível no portal do Departamento de Atenção Básica. Algumas das ações trazidas pelo sistema são:



Como também:

- » adequações no módulo de solicitação de exames;
- » alteração no modelo de impressão de solicitação de exames comuns para reduzir o espaço ocupado;
- » atualização da competência da tabela SIGTAP (abril/2018) no Prontuário Eletrônico -PEC e no aplicativo AD;
- » melhoria na sincronização entre o aplicativo e-SUS AB Território e PEC;
- » correção no processo de sincronização em instalações Oracle;
- » adequação na comunicação com os serviços PIX/PDQ do CADSUS para otimizar o gerenciamento de conexões;
- » otimização do processamento dos relatórios.



**VOCÊ  
SABIA?**

Das 42.495 UBS no Brasil, o prontuário eletrônico está em funcionamento em 35% delas? Para ampliar a implantação do prontuário eletrônico, o Ministério da Saúde disponibiliza o e-SUS, como uma maneira de informatizar e interligar os sistemas. Os Municípios também podem optar por sistemas informatizados próprios.

## **Estratégia de Saúde Digital (e-Saúde) para o Brasil: digiSUS**

O digiSUS, discutido e aprovado pela Resolução 19, de 22 de junho de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), é uma estratégia do Ministério da Saúde para implementação do sistema de saúde na era digital (e-Saúde). A ação visa à melhoria constante da qualidade dos serviços, dos processos, da gestão e da atenção à saúde. Os tópicos abaixo representam alguns dos benefícios trazidos pela adoção da e-Saúde:

Assistência integral	» O paciente terá acesso à informação sobre a sua saúde e aos dados agregados relativos à comunidade em que vive, bem como sobre as doenças que o afeta.
Assistência integrada	» O paciente terá acesso imediato e simples à medicação prescrita para ele – e apenas à prescrita para ele – em qualquer farmácia ou ponto de dispensação do país.
Facilidade	» O paciente marcará consultas de especialidades e agendará a realização de exames por telefone ou internet, com hora e locais marcados antecipadamente. Isso será possível com o apoio sistemático dos sistemas de informação, que incorporarão as melhores práticas definidas pelo SUS.
Maior prestação de serviços	» O paciente terá acesso a serviços de Telessaúde para segunda opinião a distância, com acesso a médicos especialistas em centros de excelência, melhorando a qualidade do diagnóstico e reduzindo barreiras geográficas e tempos de espera.

Histórico digitalizado	<p>» Durante o atendimento, o profissional de saúde terá acesso ao sumário clínico, com informação relevante e de qualidade sobre todos os atendimentos anteriores. Ele contará ainda com informação personalizada.</p>
Atendimento continuado	<p>» Profissionais de saúde terão suporte à sua prática diária, seja para planejamento do cuidado ao paciente, diagnóstico, tratamento ou prognóstico, a partir da incorporação do Registro Eletrônico de Saúde (RES) aos serviços de saúde do SUS, tais como a teleconsultoria, a segunda opinião, a teleconsulta, o telediagnóstico e a telemonitorização, com a redução de barreiras geográficas e temporais.</p>
Transparência	<p>» O cidadão terá acesso às informações de gastos e resultados de saúde, como instrumento de controle social.</p>
Maior controle	<p>» O gestor de saúde terá acesso <i>on-line</i> às informações necessárias para a gestão clínica, financeira e administrativa, de forma clara, flexível e compatível com a sua função.</p>
Ferramenta avaliativa	<p>» O monitoramento e avaliação e mesmo a análise de tendências dos processos e dos resultados de saúde serão facilitados pela disponibilidade de informação recente, atualizada, de qualidade, adequadamente agregada e consistente.</p>
Agilidade para respostas	<p>» A detecção oportuna de eventos de saúde pública por meio de sistemas de informação que registram e permitem a análise sistemática de dados clínicos, epidemiológicos e de fluxo de pacientes, entre outros.</p>

## Recursos e financiamento

Com a nova divisão dos blocos de financiamento da saúde, o bloco de investimento possibilita a aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde. Com isso, há a possibilidade de se fazer investimentos na área de comunicação e informatização, modernizando e adaptando as unidades de saúde.



**SAIBA  
MAIS**

De acordo com a Portaria STN 448/2002 e Nota Técnica Conjunta nº 11/2018/CCONF/SUCON/MF e FNS-MS, pode-se utilizar os recursos federais para despesas de capital. Como na aquisição de equipamentos de processamento de dados, ex.: computador, *datashow*, impressora, leitora, micro e minicomputadores, *modem*, monitor de vídeo, *scanner* e afins.

## A comunicação e a arrecadação

Uma gestão adequada da comunicação em saúde pode promover uma mudança substancial no orçamento, no processo de trabalho e principalmente na assistência ao usuário. Com informatização do sistema, capacitação dos servidores, qualidade e continuidade na transmissão das informações, o ciclo de gestão pode ser bem avaliado e produzir resultados eficientes e efetivos para a unidade de saúde.

### Ciclo da comunicação em saúde



Fonte: Ministério da Saúde Brasil, 2018.



#### DICA CNM

Os critérios para reajuste do Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Municípios observam a série histórica da produção de serviços aprovados nos Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS. Assim, demonstra-se a importância de um trabalho de comunicação eficiente.

Ex.: um bom trabalho de comunicação em saúde é possível com unidades informatizadas e com os sistemas de informações bem alimentados, com toda a produtividade das ações, dos procedimentos e dos insumos diários. O aumento da produtividade das unidades de saúde gera a repactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do limite de MAC.



#### SAIBA MAIS

Portaria de Consolidação MS 6, de 28 de setembro de 2017, trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Outra fonte de arrecadação que pode contribuir para o desenvolvimento da comunicação em saúde é o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, sendo umas das estratégias para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica, a fim facilitar e promover a mudança das práticas das equipes de Saúde com a promoção de ações como de informatização, ampliação ou construção de unidades, entre outros.

O programa também foca nos serviços, tais como a capacitação e a qualificação dos profissionais da equipe a fim de que utilizem de maneira correta os sistemas implantados.

Comunicação é troca de informações e sentidos, o estabelecimento de vínculos entre sujeitos diversos. Comunicar em saúde não é apenas montar e oferecer bancos de dados. Também não é somente veicular peças publicitárias ou apelar à mídia para que divulgue o que há de bom no sistema (BRASIL, 2006).

O campo da Comunicação, Informação e Saúde aponta para uma interface entre essas três dimensões, não se reduzindo a uma visão instrumental, ou seja, da comunicação e da informação como um conjunto de ferramentas de transmissão de conteúdos a serviço da saúde, mas também como processos sociais de produção de sentidos, em espaços de lutas e negociações. A comunicação e a informação devem ser pensadas visando a aperfeiçoar o sistema público de saúde e assegurar a participação dos cidadãos na construção das políticas públicas da área. Para isso, é fundamental pensá-las com base nos princípios e nas diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

Por fim, diante do exposto, é possível verificar a importância e a necessidade de promover e manter uma forte estrutura comunicacional, pois o acesso à informação em saúde é fundamental para reduzir iniquidades, qualificar e promover o bem-estar das populações.

# Conclusão

É cada vez mais importante e imprescindível que os Municípios reconheçam e avaliem a APS/ ABS como norteadora da Rede de Atenção à Saúde. Como abordado ao longo da publicação, a APS tem seus atributos e conceitos. Para que eles tenham sentido, cada território de saúde precisa mapear suas demandas, construir as estratégias de qualificação dos serviços. Uma das principais estratégias é o repensar e implementar o modelo de acesso que mais se adéqua às necessidades da população.

Nesse sentido, a CNM entende que os modelos de acesso à APS, quando corretamente construídos, tornam-se um indutor da melhoria da saúde da população além de tornar a gestão da saúde mais custo-efetiva. No cenário de desfinanciamento do SUS (CNM, 2015, 2016) é ainda mais urgente que os gestores municipais sejam atualizados a respeito das possibilidades e das potencialidades da APS.

# Referências

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 156 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 44p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde > <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional 51, de 14 de fevereiro de 2006 e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21)>. Acesso em: 6 nov. 2018

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S010373312007000100006&lng=pt&rm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S010373312007000100006&lng=pt&rm=iso)>. Acesso em: 2 dez. 2018.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Os Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, Lúcia et al. (Org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CANDIDA, S. L. “Percepção transdisciplinar na estratégia do desenvolvimento econômico de Hirschmann”. Em: *Análise*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 2007, pp. 64-77.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Financiamento da Saúde – 2015*. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2778>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. *Atrasos dos repasses federais na Saúde*. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2546>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>. Acesso em: 20 dez. 2018.

GARCIA, Paola Trindade. Como entender a saúde? In: GARCIA, Paola Trindade et al. (org.). *Saúde e sociedade*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015, cap. 2, p. 15-31.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Documento de discussão. Rio de Janeiro. Brasil. 19-21 out. 2011, 56 p.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2018.

TESSER, Charles Dalcanale. Situação atual do acesso na Atenção Primária à saúde brasileira: principais problemas e estratégias de superação. Texto preparatório para o Abrascão 2018. In: Seminário Preparatório: De Alma-Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no SUS – avanços desafios e ameaças, 2018. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Tesser-Acesso-e-acolhimento-%C3%A0s-demandas-dos-usu%C3%A1rios-na-APS-2018-1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 615-620, set. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S087082312004000300021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312004000300021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 dez. 2018.







/Portal**CNM**



@Portal**CNM**



/TVPortal**CNM**



/Portal**CNM**



/Portal**CNM**



app.**CNM**.org.br



[www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br)

