



Política Nacional de **Atenção Primária** à Saúde para o Sistema Unimed

POL. 014 - REV 1.0

Unimed 



Política Nacional de **Atenção Primária** à Saúde para **o Sistema Unimed**

POL. 014 - REV 1.0



©2023 Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade,
sem autorização por escrito da Unimed do Brasil.

Diretoria Executiva

Gestão 2021 – 2025

Omar Abujamra Junior – Presidente

Emilson Ferreira Lorca – Vice-presidente

Dilson Lamaita Miranda – Diretor de Administração e Finanças

Luis Francisco Costa – Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Marcos de Almeida Cunha – Diretor de Gestão de Saúde

Silvio Porto de Oliveira – Diretor de Intercâmbio

Claudio Laudaes Moreira – Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Direção

Marcos de Almeida Cunha – Diretor de Gestão de Saúde

Coordenação

Karen Aoki – Gerente de Atenção à Saúde e NDI

Produção

Christian Morato – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Sergio Leandro Aquilas Rodrigues – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Jhonatan Riedo Batilani – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Michely Vitullo da Silva – Atenção à Saúde da Unimed do Brasil

Revisão

Gines Henrique Martines – Superintendente de Gestão de Saúde

Área de Comunicação da Unimed do Brasil

Projeto gráfico e diagramação

Área de Marketing da Unimed do Brasil

Realização



Reservados todos os direitos de publicação em língua portuguesa à
Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

Alameda Santos, 1.827 – 10º andar – São Paulo/SP – Brasil – CEP 01419-909

Telefone: 55 11 3265 4000 – www.unimed.coop.br

ÍNDICE

PALAVRA DA DIRETORIA.....	7
CAPÍTULO I – Conceitos Gerais e Fundamentação Teórica em Atenção Primária à Saúde	9
1. Introdução.....	9
2. Uma visão geral da APS	9
3. Conceitos e fundamentação teórica em APS	12
4. Prevenção de doenças e sua diferenciação com a Atenção Primária	19
CAPÍTULO II – O Processo de Implantação da APS.....	21
1. Mudanças conceituais para transformação dos serviços	22
CAPÍTULO III – A Estrutura do Serviço de APS	27
1. Infraestrutura.....	28
2. Documentação mínima	33
3. Equipe de saúde.....	35
CAPÍTULO IV – Processo Operacional do Serviço de APS.....	41
1. Acesso.....	41
2. Horário de funcionamento.....	41
3. Agendamento	41
4. Atendimento na rede de assistência.....	42
5. Registro eletrônico das informações de saúde	46
6. Sistema de distribuição e de gestão da carteira	47
7. Definições para composição da carteira de serviços	48
CAPÍTULO V – Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)	49
1. Introdução	49
2. Objetivo	50
3. Metodologia.....	50
4. Entrega	50
Referências.....	60
ANEXO 1 – Padrão mínimo para os serviços de APS	62
ANEXO 2 – Trilhas Educacionais em APS.....	72

PALAVRA DA DIRETORIA

Uma jornada de avanços para a reestruturação da saúde

O Sistema Unimed possui a maior experiência do setor privado em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e coordenação do cuidado. São mais de 400 programas aprovados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e quase 130 iniciativas de Atenção Primária à Saúde em todo o país.

Temos a convicção de que cuidar da jornada do cliente dentro do serviço de saúde reduz o desperdício e traz oportunidades de ganho de eficiência. Além de um modelo assistencial focado no vínculo médico-paciente, a APS também possibilita a coordenação do cuidado, que é um dos grandes desafios para o setor.

Para isso, a partir do planejamento estratégico, a Unimed do Brasil tem atuado de forma próxima junto às Federações Estaduais e, por meio de grupos de trabalho, estabelecido proposições e melhorias em APS.

Este material soma-se a essas ações e evidencia o caminho para tornar as cooperativas mais sustentáveis, com conceitos gerais e fundamentação teórica em APS, orientações para o seu processo de implantação, estrutura e processo operacional, com margem para a inclusão de assuntos relacionados à governança e a qualificação dos serviços.

Acreditamos que é possível construir este caminho de forma conjunta, por meio da força colaborativa inerente às nossas cooperativas. Com este conteúdo, ampliamos possibilidades para realizar a coordenação do cuidado de forma prática, eficiente e de forma intensificada, redefinindo uma nova fase da APS no Sistema Unimed.

Boa leitura!

Marcos de Almeida Cunha

Diretor de Gestão de Saúde da Unimed do Brasil



CAPÍTULO I

Conceitos Gerais e Fundamentação Teórica em Atenção Primária à Saúde

1. Introdução

A Unimed do Brasil compreende que o trabalho em Atenção Primária à Saúde é uma iniciativa que está fundamentada em modelos assistenciais que são referências no mundo, cuja ciência comprova a melhoria na qualidade no cuidado do paciente.

Por essa razão, há 12 anos, apostou em um modelo que pudesse sanar a fragmentação do cuidado e seus efeitos colaterais que desafiam o Sistema Unimed sob vários aspectos: gestão, cuidado e satisfação do beneficiário.

Esse movimento ocorreu após a definição do planejamento estratégico “Conhecer para Transformar”, realizado pela Unimed do Brasil com todas as lideranças médicas do país.

Cada Unimed possui uma estrutura administrativa independente, por isso, existem características distintas em cada região, conforme a atuação da liderança à frente da APS. Pela mesma razão, a prática assistencial da atenção primária teve diferentes rearranjos nas Unimeds, especialmente pela falta de experiência do setor suplementar nesse modelo assistencial.

O sistema orientado por atenção primária visa o cuidado à saúde centrado na pessoa, de forma integral, coordenado e realizado por meio de uma equipe multidisciplinar, contando com a supervisão de um médico capacitado em atenção primária.

O processo de mudança parte do conhecimento profundo sobre o assunto e os aspectos conceituais são fundamentais para sustentar o trabalho das equipes que ficarão responsáveis pela condução dessa agenda na Unimed. Por isso, neste material, serão consolidados os principais referenciais de conteúdo da APS.

Com isso, a Unimed do Brasil tem apoiado as iniciativas por meio do modelo Federativo, desenvolvendo as Federações estaduais para que possam acompanhar e dar suporte às suas Singulares que possuem APS.

Este manual tem o objetivo de ser um norteador para que as atividades de atenção primária se desenvolvam na prática de maneira sustentável e alinhadas com os atributos estabelecidos na literatura (STARFIELD, 2002).

2. Uma visão geral da APS

A assistência à saúde, entendida como uma atividade profissional qualificada fundamentada em conhecimento científico, teve no século 20, um crescimento vertiginoso em função da intensificação das pesquisas em saúde e da ampliação da capacidade de difusão do conhecimento às pessoas.



Tal volume de conhecimento – que, nas ciências em geral, teve no cartesianismo uma forma de absorção e aplicação – conduziu as ciências da saúde a um processo de especialização progressiva, o que gerou, na prática assistencial, fragmentação do cuidado e da atenção. Na área médica, o número de especialidades e de “subespecialidades” é sensivelmente maior e vem sendo acompanhado, não só pela proliferação de outras profissões relacionadas aos cuidados como também por especializações no âmbito das outras profissões da saúde (PAGLIOSA, 2008).

Alguns reflexos dessas especializações são identificados, por exemplo, pelo aumento da longevidade, especialmente na segunda metade do século 20¹, por uma transição epidemiológica que reduziu a mortalidade por doenças infectocontagiosas e pelo avanço tecnológico, tanto para um diagnóstico mais preciso como para tratamentos mais eficazes.

Nesse espaço de tempo, a sociedade como um todo foi assolada por um incentivo ao consumo, tanto de produtos como de serviços, inclusive serviços de saúde e produtos para a saúde.

Se por um lado a longevidade cresceu, por outro, como consequência da fragmentação do serviço, a qualidade de vida e – especialmente – a de assistência à saúde geraram dificuldades no fluxo dos atendimentos e na capacidade de prover um modelo de atenção integral, pois as pessoas que necessitam de cuidados múltiplos precisam recorrer a vários profissionais e a vários recursos diagnósticos que estão dispersos e com diferentes níveis de acesso.

A fragmentação da assistência obriga a pessoa usuária dos serviços a ser a coordenadora dos processos, entre eles a combinação da agenda dos serviços necessários, da comunicação entre os diversos profissionais, ao mesmo tempo em que assume, integral ou parcialmente, os custos gerados por essa forma de assistência.

Em 2012, uma publicação do Journal of American Medical Association (AMA), mostrou que há, estatisticamente, uma relação direta entre a satisfação do paciente, aumento de custos e o aumento da mortalidade precoce (FENTON, 2012), o que sugere que a pessoa que necessita de cuidados em saúde não é, sozinha, a melhor condutora dos seus cuidados.

A ausência de coordenação exercida por um profissional que conheça as necessidades e as intrincadas relações entre os vários componentes da assistência produz ineficiência e, consequentemente, custos crescentes – o que, segundo a Harvard², gera um desperdício estimado em 40% em relação ao custo total da assistência.

Esse volume de recursos se deve fundamentalmente à demora na obtenção dos cuidados, ao excesso de vários tipos de exames complementares para diagnóstico, à ocorrência de internações hospitalares evitáveis e de iatrogenias³, entre outras causas e fatores que podem ser evitados. Vários mecanismos buscam reduzir a ocorrência desses fatores, como o que se convencionou chamar de

1. Entre os anos 1950 e a virada para o século 21, a expectativa de vida dos brasileiros cresceu em torno de 50% (de 35 anos em média para cerca de 70 anos em média). Essa transição epidemiológica fez com que o Brasil passasse de um país com perfil de mortalidade típico de uma população jovem (doenças infectocontagiosas) para um perfil de mortalidade caracterizado por enfermidades complexas, mais onerosas e típicas de uma população mais envelhecida (doenças crônicas não transmissíveis), representando um impacto substancial no custeio do sistema de saúde. Fonte: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=464 (acesso em julho de 2014).

2. Harvard Business Review (2010): os elevados custos dos sistemas de saúde advindos das transições demográfica e epidemiológica, do uso indiscriminado de tecnologia médica e da baixa resolubilidade comprometem a sustentabilidade econômica da saúde nos países desenvolvidos, levando-os a pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, países com menores rendas per capita e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, a alta taxa de mortalidade infantil e as condições sociais, econômicas e sanitárias precárias.

3. Iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento Médico.



prevenção quaternária (JAMOULLE, 2000), que propõe mecanismos para que a boa prática em saúde seja buscada e, em alguns casos, recuperada.

Diante desse cenário e com foco na atenção centrada no indivíduo que necessita de cuidados, é necessário repensarmos o modelo de atenção à saúde e a maneira de prestar assistência, para que seja possível aliar eficiência nos cuidados a custos adequados, dentro de um padrão desejado de eficácia, com mensuração de resultado em saúde.

O modelo desejado necessita implantar as seguintes ações:

1. Ampliar e disponibilizar acesso aos serviços de saúde para que a atenção seja oportuna ao paciente.
2. Coordenar os cuidados por meio de profissionais especialmente habilitados⁴ para exercer tal tarefa.
3. Garantir a maior abrangência possível de serviços efetivamente necessários, seja em sua prestação direta ou na disponibilização de uma rede de serviços que complementem a atenção inicial.
4. Vincular o indivíduo a um grupo de profissionais que possa acompanhá-lo ao longo de sua vida e de suas necessidades de cuidados.
5. Registrar as informações relativas à atenção em meios eletrônicos que garantam sua fidelidade, compartilhamento e recuperação, objetivando uma gestão eficaz do processo de atendimento de forma contínua.

Esse conjunto de ações principais, associado a ações complementares descritas nos demais itens que se seguem, forma a base do modelo assistencial fundamentado em Atenção Primária à Saúde e foi proposto em Alma-Ata (1978) e sistematizado pela Dra. Barbara Starfield, conforme referido nos parágrafos e capítulos que dão sequência a este Manual⁵.

De acordo com Luís Pisco⁶, seguem abaixo as justificativas e vantagens de um modelo com as características fundadas em Atenção Primária à Saúde, com referência em evidências científicas:

- Indicam que os sistemas de saúde com cuidados de saúde primários efetivos (equipe composta por profissionais bem treinados que fazem uso adequado dos recursos financeiros e materiais) é mais resolutivo, em comparação com os sistemas que possuem uma fraca orientação para os cuidados de saúde primários (STARFIELD, 2005).
- Indicam que os sistemas baseados em uma APS forte estão associados a melhores resultados de saúde para a população com relação a todas as causas de mortalidade,

4. O clínico especializado em atenção primária (médico de família) tem amplo conhecimento médico e relacionamentos de longo prazo com os seus pacientes, ele é mais capaz de julgar se alguém precisa de atendimento médico especializado que o próprio paciente. Dessa forma, os custos de saúde desnecessários são evitados e o aumento dos custos de cuidados de saúde pode, potencialmente, ser limitado (in Gerdtham, U, B. Jönsson, M. MacFarlanand H. Oxley (1998), The determinants of health expenditure in the OECD countries. In: P. Zweifel, ed., Health, The Medical Professionand Regulation, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers).

5. Hoje, já não se fala em níveis hierarquizados e, sim, redes poliárquicas de atenção à saúde. Na perspectiva das redes poliárquicas, não há relações de principalidade ou subordinação, já que todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que sejam atingidos os objetivos comuns das redes de atenção à saúde. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde atua como ponto de convergência de informações e base da organização do sistema de saúde. MENDES, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, vol.15, nº 5. Rio de Janeiro, 2010.

6. Apresentação de Luís Pisco na 42ª Convenção Nacional Unimed; 2012;



nomeadamente por doenças respiratórias e cardiovasculares, além de maior satisfação dos usuários e menor gasto agregado na atenção à saúde.

- Promovem maior qualidade, porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, e ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e os profissionais de saúde (MENDES, 2012).

3. Conceitos e fundamentação teórica em APS

3.1. História da APS no Mundo

A medicina do século 19 era caótica e irregular. Nos Estados Unidos, não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, as escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica (PAGLIOSA, 2008; MENDES, 1985).

Além disso, a crescente indústria farmacêutica, a corporação médica e o grande capital passam a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e a extensão da “medicina científica”.

É nesse contexto e em meio a esses interesses que Flexner, professor e crítico das escolas americanas, é convidado pelo presidente americano a elaborar um estudo sobre a situação do ensino médico.

Em seu relatório, em 1910, Flexner considerou a maioria das escolas médicas dos EUA e Canadá como desnecessária e/ou inadequada e propõe a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico. Os princípios sobre os quais o seu relatório estava embasado parecem triviais hoje: as escolas médicas devem estar calcadas em universidades, e os programas educacionais devem ter uma base científica, porém a repercussão desse modelo foi supervalorizar as especialidades focais.

Se por um lado o trabalho de Flexner, na busca de excelência, permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro desestimulou as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo de especialização proposto, o que levou a um abandono gradativo da formação de médico generalista. O impacto do relatório teve repercussões não só nos Estados Unidos como na Europa toda (PAGLIOSA, 2008).

No Reino Unido, em contrapartida, a ideia de atenção primária surgiu no chamado Relatório Dawson, em 1920. Elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, após a Primeira Guerra Mundial, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Esse relatório recomendou a criação de um serviço de medicina geral e estabeleceu a noção de Atenção Primária à Saúde, distinguindo-a do que era fornecido nos centros de saúde de atenção secundária e nos hospitais universitários (FRENK, 2009). No entanto, demorou um quarto de século e outra guerra mundial para que, em 1948, fosse criado o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service – NHS), fortemente embasado em atenção primária à saúde. Hoje,



os cuidados primários representam cerca de 80% de todas as interações entre pacientes e o Serviço Nacional de Saúde (JOHNSON, 2008).

As premissas desse documento e a criação do Serviço Nacional de Saúde britânico em 1948 passaram a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo.

O documento do governo britânico contrastou-se ao modelo de Flexner, de cunho curativo, fundamentado no reducionismo biológico, e constituiu uma referência para a organização do modelo de cuidados de saúde britânico, marcado, já naquela altura, por elevados custos, complexidade médica e baixa resolução dos problemas dos indivíduos.

O ministro da saúde do Canadá, Marc Lalonde, publicou um relatório em 1974, em meio a esforços de reforma de saúde no país, adicionando promoção da saúde e prevenção de doenças como componentes importantes da atenção primária (LALONDE, 1974). O relatório definiu um caminho de experimentação de modelos de atenção primária, que ainda continua (ROSSER, 2010). Os centros de saúde e os serviços de atenção domiciliar organizam-se de acordo com um modelo regional em que a maior parte dos problemas de saúde são resolvidos por médicos com formação especializada em Atenção Primária⁷.

Assim como nas experiências inglesas, a organização canadense caracterizou-se pela hierarquização dos níveis de cuidados e pela integralidade, pelo fortalecimento da relação entre ações curativas e preventivas e passou a influenciar a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo.

É nesse contexto que, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, no Cazaquistão (antiga União Soviética). Nessa conferência, a Atenção Primária à Saúde ganha uma definição globalmente aceita:

“...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 próximo possível dos locais onde as pessoas habitam e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Alma-Ata, 1978).

Alguns países notam as fragilidades e os resultados desfavoráveis em terem um modelo fragmentado e começam organizar os serviços de saúde por níveis de atenção (primária, secundária e terciária), conforme estudo realizado por Dawson.

7. No Canadá, o especialista em Atenção Primária chama-se Médico de Família. No Brasil, essa especialidade iniciou em residências médicas, em 1975, e recebeu o nome de Medicina Geral e Comunitária, sendo renomeada como Medicina de Família e Comunidade em 2001. Em: Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. FALK, J.W.; GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.L. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade. GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.L., 2012.

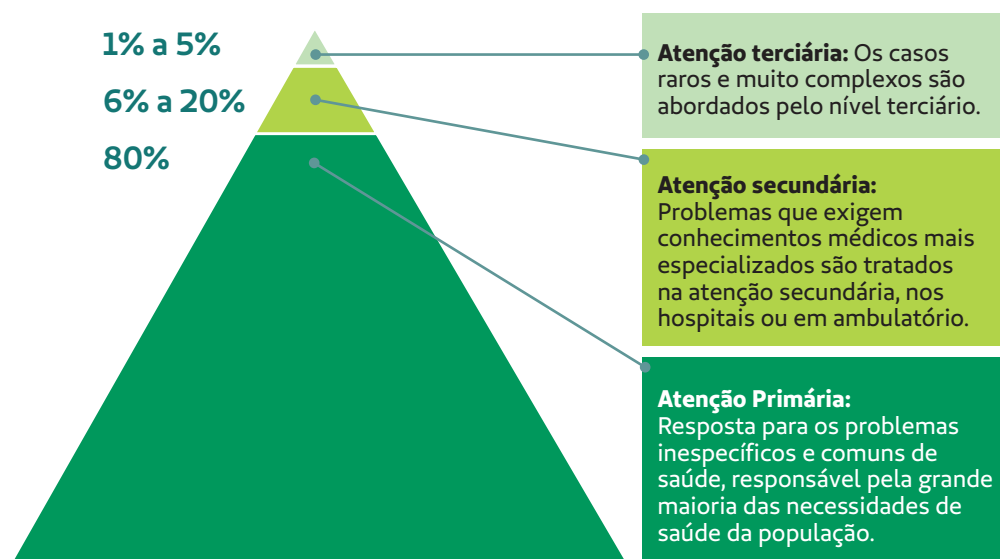


Figura 1 – Fonte: (Mendes, 2011), adaptado por (Fed. Paraná, 2014)

Conforme a imagem, a atenção primária pode ser representada como a base da pirâmide da atenção em saúde, em que são tratados os problemas comuns, responsáveis pela grande maioria das necessidades de saúde da população. As questões específicas e que requerem conhecimentos médicos mais especializados são direcionadas na atenção secundária, representada pela faixa do meio da pirâmide. Já o topo simboliza a atenção terciária, que é o nível no qual são tratados os casos raros e muito complexos (Fed. Paraná, 2014).

3.2. História da APS no Brasil

A Atenção Primária à Saúde no Brasil surgiu ligada à Saúde Pública e foi inicialmente associada apenas à prevenção, ao tratamento de condições crônicas, ou como uma estratégia para lidar com pacientes de baixa renda. Essas distorções levaram a um enfraquecimento dos seus conceitos e atributos, influenciando negativamente na implementação de serviços que deveriam ter forte orientação para APS.

No início do século 20, o sistema de saúde público brasileiro se resumia basicamente ao chamado sanitarismo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e de erradicação ou controle de doenças que prejudicassem o modelo econômico agroexportador (MENDES, 1996).

O movimento médico-sanitário defendia a “noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde – portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos” (MERHY, 1997). Assim, as ações de saúde pública restringiam-se a ações educacionais voltadas à higiene ambiental e individual. Foi criada uma dicotomia entre a saúde privada e a pública. Na saúde pública, o médico estava ligado a questões sanitaristas enquanto a atenção clínica era exercida por especialistas em atendimentos privados. A política pública de saúde, baseada em programas verticais que pouco valorizavam as reais necessidades individuais, nortearia as ações governamentais.



O modelo hospitalocêntrico que caracterizou a assistência à saúde na segunda metade do século 20 no Brasil foi um dos principais motivos que resultaram no movimento de reforma sanitária, implementando, na constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde, cuja premissa era universalizar a assistência, utilizando alguns princípios derivados da atenção primária: o acesso universal, a equidade e a integralidade das ações preventivas e curativas.

Ainda fortemente influenciada pelas ideias de saúde pública vigentes, a Atenção Primária foi organizada dentro do sistema público brasileiro por meio Programa de Saúde da Família, criado em 1994, que manteve algumas características dessas políticas verticais.

A constituição de 1988 também previu a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, o que estimulou a expansão da saúde suplementar, que veio a ser regulada, em 1998, pela Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998). Em 2000, a Lei nº 9.961 (BRASIL, 2000) instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), definindo regras para o funcionamento do setor.

Atualmente, a saúde suplementar atende cerca de um quarto da população brasileira, o que lhe confere características de um sistema de saúde com ações de forte impacto na sociedade, mas com pouca atuação no campo da Atenção Primária à Saúde. Considerando a intensa regulação do setor, a transição epidemiológica, a complexidade de gestão para a sustentabilidade da saúde suplementar, exige-se uma mudança no modelo de atenção à saúde. Devido a essa nova dimensão, a ANS vem estimulando a implementação de ações e processos de gestão em promoção de saúde e prevenção de riscos e de doenças aos beneficiários. Nesse contexto, observou-se que as ações de prevenção e promoção à saúde, quando não vinculadas a um modelo de atenção à saúde baseado nos princípios de atenção primária, se mostraram insuficientes para o impacto significativo nos resultados da assistência à saúde.

A partir de um movimento articulado pela Unimed do Brasil, o Sistema Unimed vem atuando e empreendendo fortemente com base na experiência exitosa de outros países, optando pelo desenvolvimento e a implantação de um modelo de atenção à saúde capaz de transformar o que necessita ser readequado e manter o que alcançou excelência. Destaca-se nesse movimento o caráter preponderante da Atenção Primária à Saúde não somente como nível de atenção no desenho do sistema de saúde, mas fundamentalmente como elemento regulador do novo modelo, o que traz dupla dimensão à compreensão do que vem a representar a inserção da APS no Sistema Unimed.

Com base nessa análise histórica, conclui-se que a boa prática da atenção primária se contrapõe a alguns paradigmas que evoluíram tanto na saúde pública quanto na suplementar, derivados de distorções da influência do modelo sanitarista, com reforço proporcionado pelo contexto histórico, no caso do Brasil, cujo movimento da saúde sempre esteve excessivamente atrelado à atenção hospitalar.

Em um contexto ideal, já realidade em diversos países, a Atenção Primária à Saúde forma a base, orienta e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e a racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é o nível do sistema de saúde que oferece acesso ao usuário para todas as novas necessidades e problemas, com foco centrado na pessoa e não somente na enfermidade ou doença, acompanhando sua condição de saúde ao longo do tempo.



Deve ser vista como uma estratégia flexível, caracterizada por um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentado por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável.

A APS – caracterizada pela hierarquização dos níveis de cuidados e pela integralidade, ou seja, o fortalecimento da relação entre ações curativas e preventivas – influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo.

3.3. Modelo conceitual de organização da Atenção Primária à Saúde aplicado para o Sistema Unimed

Como já definido, a Atenção Primária à Saúde representa o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde em que os cuidados são um processo de assistência contínuo. Cabe destacar que existem inúmeras formas de se organizar o modelo de atenção à saúde para cumprir os princípios preconizados pela APS.

Segue, na tabela abaixo, as principais diferenças entre o modelo de saúde fragmentado e o coordenado pela APS.

	Modelo atual (fragmentado)	Modelo orientado por Atenção Primária à Saúde
Cuidado ao paciente	Cuidado fragmentado, centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Cuidado integral – Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Atenção à saúde	Centrado na especialidade, na enfermidade	Centrado na pessoa
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Realizada através da equipe APS e sistemas logísticos eficazes
Comunicação entre componentes	Inexistente ou débil	Realizada através de sistemas logísticos eficazes, corresponsabilização dos cuidados
Redes	Foco nas condições agudas, hospitalocêntrica	Foco nas condições agudas e crônicas por meio de rede integrada
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não aferidos	Objetivos de melhoria da saúde com resultados clínicos e econômicos medidos por indicadores ligados à saúde
Orientação	Voltada a indivíduos isolados	Voltada à carteira de pessoas classificadas em risco



Planejamento	Planejamento da oferta, baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde das pessoas assistidas e de seus valores e preferências
Participação da pessoa	Sujeito passivo no cuidado de sua saúde	Agente corresponsável pela própria saúde, foco no autocuidado
Ação	Reativa, demanda dos pacientes	Proativa, baseada em planos de cuidado de cada pessoa, definindo riscos coletivos e individuais, realizado conjuntamente pela equipe APS e pelos usuários

Adaptado de (Mendes, 2001)

A aplicação dos preceitos da Atenção Primária nos mais díspares cenários sociais, econômicos e culturais levou a diversas interpretações e algumas distorções do conceito. São exemplos de conceitos inadequados sobre APS:

- **Atenção Primária Seletiva:** destinada a populações e regiões onde o nível de renda é mais baixo e entendida como um programa específico destinado a populações de baixa renda, a quem se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo (“Cesta Restrita”). No Sistema Unimed, esse tipo de interpretação deve ser efetivamente excluído, já que, culturalmente, faz referência a “restrições” nos planos e às disfuncionalidades do sistema público de saúde. Nesse mesmo sentido, a atenção primária também não deve ser confundida apenas com um local ou serviço para o atendimento de pacientes crônicos ou a realização exclusivamente de ações de prevenção e rastreamento (FESP, 2019).
- **Primeiro Nível do Sistema de Saúde:** entendido como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, de forma a minimizar os custos econômicos e responder às demandas da população. Nessa outra interpretação, também ocorrem associações mentais com sistemas restritivos, nos quais a porta de entrada significa tão somente o menor diâmetro do funil. Nesse caso, a atenção primária restringe-se apenas a consultas e encaminhamentos, sem a preocupação de coordenação e longitudinalidade do cuidado, trabalho multidisciplinar e garantia de acesso e gestão de risco populacional. Na visão do usuário, o papel do médico de atenção primária fica, muitas vezes, reduzido a um “encaminhador”, quase um burocrata. Esse tipo de interpretação também deve ser definitivamente evitado no Sistema Unimed.

Preocupado em construir um modelo organizacional que reflita fielmente os princípios e atributos da atenção primária, o Sistema de Saúde Unimed adota conceitos mais amplos, conforme a seguir:

- **Estratégia de Organização do Sistema de Saúde:** compreendida como uma forma de reordenar os recursos do sistema para satisfazer as demandas e necessidades de saúde da população. Implica a articulação em rede, o que traz a necessidade de novas modalidades de gestão da rede assistencial, com sistemas de governança mais ágeis, democráticos, e com profissionais que valorizem a transparência, a melhor utilização dos recursos e que orientem os cuidados disponibilizados para resultados em saúde melhores para cada beneficiário.



- **Cuidados Integrais (*Comprehensive Care*):** capacidade de prestação de um conjunto de serviços nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição. Transcende as dicotomias entre atividades preventivas e a prática clínica. É um dos pilares da mudança de modelo, já que implica em profundas modificações dos processos da assistência à saúde, da gestão do cuidado, de gestão da clínica e do produto a ser oferecido (MENDES, 2011).

3.4. Quais são os atributos que qualificam a Atenção Primária à Saúde?

A partir da definição de Starfield, podemos conceituar quatro atributos essenciais da APS (STARFIELD, 2002):

- **Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:** a APS deve ser entendida pelos profissionais de saúde e pelos beneficiários como a porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou um problema de saúde. Deve ser, portanto, o local mais acessível à população em todos os sentidos.
- **Longitudinalidade:** a APS deve garantir a continuidade do cuidado, mantendo o vínculo do serviço de saúde com o beneficiário ao longo do tempo. Assim, quando uma nova demanda surge, ela será atendida de forma mais eficiente. No contexto da atenção primária, longitudinalidade é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.
- **Integralidade:** abrangência dos serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas delas não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Além disso, deve garantir o acesso a diversos níveis de atenção, sendo responsável por todas as demandas de saúde dos beneficiários, ou seja, ainda que parte dessa demanda seja encaminhada a outras equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua sendo corresponsável. A integralidade exige o reconhecimento de uma variedade completa de necessidades relacionadas à saúde dos pacientes e a disponibilização de recursos para abordá-las. Pressupõe, portanto, a existência de uma rede de serviços, em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo.
- **Coordenação da atenção:** a APS deve garantir a coordenação do cuidado entre os diferentes níveis assistenciais, ou seja, realizar a articulação entre os serviços de maior complexidade, de forma que seja ofertado ao beneficiário um conjunto de ações e informações que respondam às suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde.



4. Prevenção de doenças e sua diferenciação com a Atenção Primária

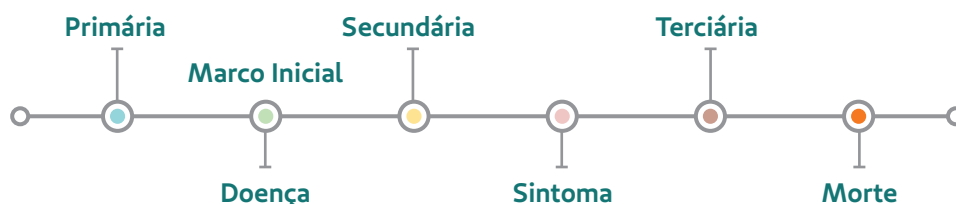
Prevenção é um dos temas que têm relação com Atenção Primária à Saúde (APS) mais difíceis de abordar. O motivo é que esse tópico é discutido muitas vezes sem uma base conceitual sólida. Uma primeira confusão muito frequente é a utilização do conceito de prevenção para definir APS.

Segundo Barbara Starfield, APS é “atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico” (STARFIELD, 1994). Ou seja, prevenção não é um conceito usado para definir APS.

Um segundo ponto pouco debatido é que muitas vezes quando a população leiga, ou até profissionais da saúde, fala em prevenção, está na verdade falando em rastreamento ou check-up – que é um dos aspectos da prevenção.

Os autores Hugh R. Leavell e Edwin Gurney Clark, dupla que ficou conhecida como Leavell e Clark, escreveram diversos livros sobre medicina preventiva entre as décadas de 1950 e 1970 e definiram os níveis primário, secundário e terciário (LEAVELL, 1976). Ou seja, em um nível primário, se faz promoção à saúde (por exemplo imunização); em um nível secundário, o rastreamento de doenças (por exemplo, medir a pressão arterial) e em um nível terciário, tratamento ou reabilitação (por exemplo, diagnosticar e tratar tuberculose em um paciente sintomático). A base da teoria da dupla era a história natural das doenças.

História Natural das Doenças: Prevenção Primária, Secundária e Terciária



Fonte: (FESP, 2019)

O modelo de Leavell e Clark foi bastante inovador, pois passou a considerar que praticamente todas as atividades do setor saúde seriam prevenção. Desde que esses níveis ou modalidades foram aceitos, pode-se dizer que todos os profissionais da saúde que estão na assistência – desde os da atenção primária até os médicos especialistas, passando pelos médicos de pronto-socorro e até mesmo muitos gestores – praticam prevenção (uma ou mais modalidades) a todo instante.

Mesmo assim, por algum motivo, ao longo das décadas, o termo **prevenção** foi sendo usado como sinônimo de prevenção secundária, segundo a conceituação da dupla. A possibilidade de descobrir um problema antes que ele se tornasse nocivo e, assim, evitar uma incapacidade ou doença acabou se tornando algo real, mas também passou por um certo “deslumbre” incentivado pela indústria de exames e que tem sido bastante questionado pela epidemiologia clínica.

Um importante autor da área da prevenção, Geoffrey Rose passou a usar os termos de uma forma diferente e, como muitos de seus estudos eram na área da cardiologia, essa especialidade



adotou sua nomenclatura (ROSE, 2010). Para Rose, prevenção primária era a que se fazia antes de um evento e a secundária depois dele para evitar um novo episódio. Ou seja, segundo Rose, o AAS pode servir como prevenção primária, para evitar um primeiro infarto, ou como prevenção secundária para evitar um segundo infarto na mesma pessoa. A intervenção que para Rose é prevenção secundária, para Leavell e Clark, é terciária, e essas duas diferentes definições ainda são usadas no dia a dia.

Na década de 1980, um médico de família belga chamado Marc Jamoulle criticou o modelo de Leavell e Clark. Para esse autor, faltava um tópico fundamental que era a prevenção quaternária. Segundo o modelo dele, Leavell e Clark deixaram de considerar que nem todas as doenças causam sintomas ou morte e nem todos os sintomas são causados por doenças. Há queixas vagas ou inespecíficas para as quais não há um diagnóstico de doença. Por isso, ele preferiu mostrar graficamente em forma de eixos ao invés da linha do tempo. O eixo vertical é do paciente e o horizontal do médico. Isso produz quatro quadrantes, ou seja, quando o paciente se sente bem e não tem doença, se faz prevenção primária (como definido por Leavell e Clark). Quando o paciente se sente bem, mas não sabe que tem uma doença, pratica-se a prevenção secundária. Quando o paciente se sente mal e tem uma doença, tem-se a prevenção terciária e, quando há um sintoma, mas não uma doença, é preciso praticar a prevenção quaternária. Esse autor definiu essa prevenção como “ação feita para identificar um paciente em risco de *supermedicalização*, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis” (JAMOULLE, 2015).



Fonte: FESP, 2019

Ainda na década de 1980, um outro autor, Bury, usou o conceito de prevenção quaternária para definir o cuidado paliativo que se faz no fim da vida, mas não modificou o modelo de Leavell e Clark e da história natural das doenças (BURY, 1988).



CAPÍTULO II

O Processo de Implantação da APS

Mais difícil que construir um sistema de saúde baseado na atenção primária é realizar a mudança de um sistema desordenado, em que os incentivos financeiros estão orientados à produção de procedimentos médicos, para um novo modelo em que a saúde do paciente seja a principal motivação e cuja essência esteja voltada à integralidade da atenção.

Na Saúde Suplementar, vive-se esse dilema. Por mais de 40 anos, todas as estruturas construídas e institucionalizadas tinham como foco o pagamento dos procedimentos para médicos especialistas, e para melhora dos ganhos econômicos, os médicos sempre foram estimulados a produzir mais.

A mudança de paradigma que a Atenção Primária à Saúde propõe é contra-hegemônica, o que torna natural o desconforto, a desconfiança e o medo que ela traz para todos os envolvidos, tanto na gestão quanto na prática clínica do modelo vigente. Portanto, na condução dessa grande reforma institucional, é imprescindível que os líderes responsáveis pela implantação dos primeiros programas de APS não negligenciem as etapas e as ferramentas da gestão da mudança, além da aquisição dos conhecimentos sólidos dos atributos e do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

Como forma de encontrar respostas para essas indagações, a equipe de trabalho deste manual encontrou boas referências em quem passa pelo mesmo dilema: os líderes responsáveis pela reforma no sistema de saúde americano. Naquele contexto, diversos pesquisadores refletiram e debateram para encontrar um caminho mais eficiente para a mudança, e como fruto desse trabalho, resultou a iniciativa *Safety Net Medical Home*⁸, que estabeleceu os principais conceitos para sustentar a mudança de modelo que serão descritos neste tópico e devem ser utilizados como referência pelos responsáveis pela implantação do modelo de APS nas Singulares do Sistema Unimed.

8. <https://www.safetynetmedicalhome.org/change-concepts>



Fonte: Safety Net Medical Home Initiative

Dentro da prática do que observamos na Saúde Suplementar, um ponto importante que precisa ser amplamente ressaltado e observado de forma precoce, é a ampliação do acesso do paciente aos serviços de Atenção Primária à Saúde das Unimeds.

1. Mudanças conceituais para transformação dos serviços

1.1 Primeira etapa: construindo as bases para mudança de modelo

a) Engajar as lideranças

Dirigentes da Unimed e todas as lideranças têm o papel de implantar a mudança no modelo assistencial, priorizando recursos e sustentando o processo. Os líderes mantêm a motivação da equipe frente às resistências ao processo de mudança e auxiliam a remover essas barreiras.

Os primeiros motivados a realizar o projeto precisam ser os integrantes dos conselhos diretivos das Singulares. As equipes responsáveis pela implantação da APS na Singular precisam promover fóruns de discussão com a diretoria local para um amplo entendimento da importância e dos desafios envolvidos na alteração do modelo. Somente com o comprometimento sincero dos dirigentes, o projeto alcançará o sucesso esperado.

Atitudes principais do líder:

- Coordenar a mudança de cultura da organização, desenvolver estratégias específicas para melhoria da qualidade e disseminação das mudanças.



- Garantir que o programa de alteração do modelo de atenção à saúde conte com o tempo e os recursos necessários para ter sucesso.
- Incorporar os valores de APS nos processos de recrutamento e treinamento de equipe.

b) Definir uma estratégia de melhoria da qualidade

Um modelo de assistência à saúde orientado pela atenção primária resulta em muitas modificações nos processos de trabalho, workflows, sistemas de agendamento e outras rotinas às quais a instituição está acostumada. Ter uma estratégia bem definida de melhoria da qualidade fornece à equipe as habilidades, a segurança e a confiança necessárias para implementar essas mudanças, sem prejuízos para a assistência.

A chave para isso é a aferição de indicadores de qualidade, o que permitirá que os líderes, a equipe de saúde e os pacientes consigam avaliar o impacto de cada transformação implementada nos resultados da unidade, norteando o processo.

É fundamental uma boa estrutura de tecnologia da informação para suportar o acompanhamento desses indicadores.

Pontos-chave para implementar uma estratégia de melhoria:

- Escolher e utilizar um modelo formal de ferramenta de melhoria da qualidade.
- Estabelecer indicadores para avaliar as ações implementadas e seus resultados, e envolver toda a equipe em seu acompanhamento.
- Otimizar a tecnologia de informação em saúde para suportar esse processo.

1.2 Segunda etapa: estabelecendo relacionamentos

a) Definir o painel de pacientes (*Empanelment*)

Empanelment é o processo de organizar os pacientes na forma de um painel e vinculá-lo a uma equipe de saúde que será responsável pelo acompanhamento daqueles indivíduos ao longo do tempo. É a base da gestão de saúde de populações e a chave para a continuidade do cuidado.

O fato de a equipe assumir a responsabilidade por um número predefinido e limitado de pessoas, em vez de todos que procuram assistência médica, permite que a equipe foque no atendimento das principais necessidades de saúde daquele grupo e ofereça um cuidado integral a cada paciente daquela população.

Os principais pontos a ser levados em consideração no processo de formação de painel de pacientes são:

- Registrar todos os pacientes no painel de uma equipe de saúde específica e, depois, confirmar esse vínculo com a equipe e os pacientes.
- Revisar e atualizar periodicamente o painel de pacientes.
- Avaliar periodicamente a capacidade de atendimento e a demanda da equipe, e ajustar a carga de pacientes de acordo com essa avaliação. Por exemplo, equipes responsáveis por um painel com maior prevalência de doentes crônicos terão uma demanda diferente



daquelas responsáveis por painéis de carteiras com uma concentração de pessoas mais jovens, como carteiras empresariais.

- Utilizar os dados coletados dos pacientes para proativamente entrar em contato, educar e gerenciar o paciente conforme a sua condição de saúde, os riscos a que está exposto e a capacidade para o autocuidado, fazendo a busca ativa daqueles que estão com exames preventivos ou vacinas atrasadas, por exemplo.

b) Definir as relações de cuidados contínuos baseadas em equipes de saúde

A organização de equipes de cuidados é um passo fundamental para transformar uma unidade de saúde convencional em uma unidade de atenção primária em saúde. As equipes de cuidados são pequenos grupos formados por um médico e um enfermeiro (minimamente), por outros profissionais da área de saúde e de áreas de apoio, como de atendimento ao cliente e administrativo, responsáveis pela saúde de um painel de pacientes. A composição da equipe e a responsabilidade de cada membro do grupo variam conforme as necessidades de cada localidade.

Para implementação dessas equipes, é fundamental:

- Vincular os pacientes a uma unidade e a uma equipe de saúde, de forma que tanto os pacientes quanto os profissionais da equipe se reconheçam como parceiros no cuidado.
- Assegurar que os pacientes consigam ser atendidos ou entrar em contato com sua equipe de saúde sempre que for possível ou necessário.
- Definir os papéis e dividir as tarefas entre os membros da equipe de maneira que cada um saiba qual a sua responsabilidade na gestão e assistência ao painel de pacientes, de acordo com as habilitações, as competências e as habilidades pessoais de cada profissional da equipe.

1.3 Terceira etapa: mudando o modo de realizar os cuidados

a) Cuidado organizado e baseado em evidências

O cuidado organizado é uma forma de aplicar ao painel de pacientes condutas terapêuticas baseadas nas principais evidências científicas de forma coordenada, garantindo que a saúde de todos seja otimizada. Esse modelo de cuidado consiste em planejar cada consulta com a equipe de saúde previamente, de maneira que as ações preventivas e de controle de condições crônicas nunca sejam negligenciadas. Os protocolos clínicos estão presentes nas rotinas diárias das equipes de saúde e são compartilhados com os pacientes. Os pacientes de alto risco são identificados e acompanhados de um jeito diferenciado.

Principais pontos a serem observados:

- Estabelecer um plano de cuidados de acordo com as necessidades dos pacientes.
- Identificar os pacientes de alto risco e garantir que eles estejam recebendo os cuidados adequados de gestão de suas condições crônicas.
- Utilizar lembretes nos ambientes de atendimento baseados nos protocolos clínicos.
- Manter o plano de cuidados atualizado nos sistemas de informação, de forma que todos os envolvidos nos cuidados dos pacientes possam atuar de maneira planejada e coordenada.



b) Interações centradas no paciente

Para que o cuidado seja feito de forma eficaz, o paciente precisa ser o protagonista de seu plano terapêutico, por meio da participação na tomada de decisões sobre as melhores opções de tratamento, na mudança de comportamento e no autocuidado. O novo modelo assistencial proposto respeita os valores e as preferências dos pacientes e se responsabiliza pela eficácia na comunicação, de maneira que o paciente compreenda os riscos e os benefícios de cada conduta planejada.

Os principais pontos na implementação dessa forma de relacionamento são:

- Respeitar as necessidades que o paciente expressar no momento em que busca o serviço, os seus valores e de sua família.
- Estimular o paciente a participar das decisões relacionadas ao seu plano de cuidados, às mudanças de comportamento e ao autocuidado necessários.
- Preocupar-se que a comunicação com o paciente seja clara e utilizar uma linguagem que ele possa compreender.
- Disponibilizar em cada consulta o suporte para o autocuidado, por meio do estabelecimento de metas e planos de ação desenvolvidos em conjunto com o paciente.
- Obter feedback dos pacientes e familiares sobre sua experiência no sistema de saúde e utilizar essa informação na melhoria contínua da qualidade.

1.4 Quarta etapa: diminuindo as barreiras ao cuidado

a) Ampliação do acesso

A ampliação do acesso dos pacientes à sua equipe de saúde é fundamental para melhorar sua situação de saúde, sua satisfação com a experiência da assistência e na redução de custos. Para atingir esse objetivo, é necessário que todos os envolvidos nos cuidados minimizem as barreiras ao acesso. Isso significa flexibilidade nos horários de atendimento da clínica; quando a clínica estiver fechada, garantir acesso ao aconselhamento sobre o que fazer de acordo com a condição de saúde apresentada. Ferramentas como organização da agenda de forma que permitam o atendimento da demanda espontânea de pacientes com condições agudas no mesmo dia que eles procuram o serviço, contatos telefônicos ou por e-mail são alternativas para ampliação do acesso.

Pontos de mudança para ampliar o acesso:

- Garantir que o paciente tenha acesso contínuo à equipe de cuidados, por telefone, e-mail ou presencialmente, ampliando a disponibilidade fora do horário comercial nos dias de semana, e se possível com atendimento também aos finais de semana e feriados;
- Oferecer opções de agendamento de consultas que se enquadrem nas necessidades de pacientes e familiares.
- Auxiliar os pacientes a compreender seus contratos, direitos e coberturas.

b) Coordenação do cuidado

O objetivo da coordenação do cuidado é fazer da atenção primária o centro de todas as atividades relevantes. Essa coordenação deve extrapolar os limites da unidade e se fazer presente



na comunidade, em laboratórios, clínicas de especialistas e hospitais. A atenção primária deve buscar a integração máxima com esses setores, de maneira que as informações sobre o paciente trafeguem de forma apropriada, consistente e sem atrasos.

Postos-chaves para a coordenação do cuidado:

- Conduzir e dar suporte ao paciente quando ele precisa realizar procedimentos em pontos da rede de maior complexidade.
- Fazer contato com os pacientes após terem recebido alta de serviços de urgências ou hospitalares.
- Comunicar aos pacientes seus resultados de exames e planos de cuidados.
- Acompanhar o paciente em sua jornada assistencial, em especial nos momentos de transição do cuidado, de modo a garantir a continuidade e a efetividade do seu plano terapêutico.

Esses conceitos são organizados na forma de etapas, das quais a evolução depende do sucesso da fase anterior, sob pena de colocar em risco todo o projeto.



CAPÍTULO III

A Estrutura do Serviço de APS

A partir da experiência de 12 anos na implementação do modelo de Atenção Primária à Saúde no Sistema Unimed, junto com as Federações estaduais, a Unimed do Brasil estabeleceu um conjunto mínimo de critérios para o funcionamento desse modelo de atenção.

Com isso, permitirá a sua contratualização e comparabilidade dentro de métricas adequadas, potencializar o uso de recursos aplicados na implantação e qualificação do serviço e obter maior sinergia entre a estratégia de produto e o modelo assistencial proposto.

O trabalho de construção do Padrão Mínimo (critérios mínimos para o serviço de APS) está mais detalhado no **ANEXO 1** e referenda os conteúdos apresentados no presente documento.

A estrutura é um dos requisitos que garantem a qualidade da assistência. Não apenas a estrutura física, mas também a composição e a capacitação das equipes de referência, a disponibilidade e a qualidade de equipamentos e de insumos, a organização dos fluxos de serviço e a rede assistencial são fatores que impactarão a eficiência dos processos assistenciais.

Em linhas gerais, o local deverá ser de fácil acesso aos seus usuários (transporte, estacionamento e localização), com:

- 1) Instalações que atendam aos critérios de acessibilidade (para atender adequadamente aos portadores de necessidades especiais).
- 2) Horário de funcionamento estendido.
- 3) Recursos adequados disponíveis ao atendimento prestado na unidade e que permitam uma ampla resolubilidade das situações clínicas.
- 4) Organização e logística da unidade bem mapeadas e em funcionamento (incluindo fluxo para contingência nos casos de emergência).
- 5) Equipe capacitada que preste um cuidado humanizado.

Ao iniciar os projetos de implantação da unidade APS, temos que respeitar as etapas necessárias para que a construção atenda às necessidades da unidade de forma a organizar o fluxo de serviço de maneira lógica e acessível, favorecendo uma boa experiência no serviço de saúde de maneira a contribuir para um atendimento humanizado, integral e seguro ao beneficiário.

Todos os projetos deverão contemplar a acessibilidade e estar em conformidade com a RDC 50, respeitando também outros dispositivos prescritos e estabelecidos em leis, decretos, portarias, códigos de obra e normas executivas, nos níveis federal, estadual e municipal. O planejamento também deverá observar as normas e portarias em vigor em nível municipal, estadual e federal, como a NBR 9050 da ABNT (ABNT, 9050).

Cada Unimed deve avaliar as características regionais e a carteira de beneficiários ao estruturar sua unidade APS. Para fins de garantia de capacitação técnica para execução e segurança no projeto de implantação, a unidade APS deverá ser realizada por um dos profissionais abaixo:

- Arquiteto com registro no Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA/ Confea) ou no Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU). Será o responsável pelo projeto.



- Engenheiro registrado no Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA/ Confea). Será o responsável pelo projeto.

1. Infraestrutura

Com relação à infraestrutura, é possível que a Singular já possua imóvel para o início das atividades. Ele poderá necessitar de reformas para atender aos processos da assistência ou, até mesmo, pode ser identificada a necessidade da locação ou construção de uma nova unidade.

O importante é a adequação da estrutura física da unidade ao modelo assistencial, contemplando consultórios multiúso para médicos, para enfermeiro, se for equipe multiprofissional, espaço para atividades em grupo, sala para administração de medicamentos (equipada para atendimentos de urgência e emergência), e outros locais para a organização dos macroprocessos assistenciais, como curativos e outros cuidados definidos pela Singular.

Destacam-se os seguintes pontos para a escolha do local de funcionamento da unidade pautada na APS:

- a) Facilidade de acesso – localização central e possibilidade de acesso por transporte público ao maior número de beneficiários. Nos casos em que seja necessária a implantação de mais unidades, deve-se avaliar uma regionalização na mesma área de abrangência da Singular. A unidade deve estar próxima aos locais mais comuns de moradia e de trabalho dos beneficiários que ela assiste.
- b) Integração com outros serviços – para garantir a integralidade do cuidado, é importante a coordenação pela APS, contando com o estabelecimento de fluxos com a rede de atenção secundária, além de referenciamento e acesso rápido a serviços de emergência, quando esses se fizerem necessários.
- c) Otimização de recursos – para maior viabilidade financeira, uma opção é implantar a unidade junto a outros serviços próprios da Singular, compartilhando alguns recursos e reduzindo o custo de manutenção da estrutura. Além disto, manter serviços distintos em uma mesma localização pode contribuir para o estabelecimento e o funcionamento de uma rede de referência e contrarreferência.

Destaca-se que unidades que oferecem um número maior de serviços e produtos no mesmo local proporcionam uma experiência melhor aos beneficiários, uma vez que eles contarão com mais agilidade, conforto e resolutividade na prestação do cuidado, além de favorecer a coordenação do cuidado pela equipe de referência, pela facilidade de comunicação, pelo acesso as informações e pela orientação do percurso assistencial dos beneficiários.

Na busca de um amadurecimento maior dos processos assistenciais que reflitam o novo modelo de atenção à saúde proposto, sugere-se que a clínica seja uma unidade própria, gerenciada pela própria Singular, conferindo maior autonomia à gestão dos recursos e do corpo clínico, e possibilitando a integração com outros serviços.

Todos os equipamentos e materiais necessários para o atendimento dos beneficiários e o desenvolvimento dos serviços da APS devem ser garantidos, desde recursos básicos ao atendimento, como termômetros, esfigmomanômetro e estetoscópio, até mesmo a disponibilização de recursos mais avançados para a unidade, como raio X e ultrassonografia, quando possível.



Os recursos e os quantitativos necessários para o funcionamento adequado da unidade devem considerar a regulamentação vigente, o tamanho e o perfil da unidade a ser implantada, os recursos disponibilizados e, principalmente, o perfil de beneficiários.

Para que uma Unidade de Atenção Primária funcione de forma apropriada, a adequação das instalações físicas é fundamental para implantação desse serviço. As infraestruturas, o suprimento de material de consumo e os equipamentos são importantes instrumentos de trabalho. Quando insuficientes, comprometem o desenvolvimento e a qualidade das ações de saúde.

A Unidade de Atenção Primária é o espaço de trabalho onde são planejadas e realizadas as ações e os serviços de saúde. Esses serviços devem ser construídos de acordo com as normas sanitárias, tendo como referência manuais de infraestrutura públicos e privados. Essas normas (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, RDC 50, Cadastro Nacional de Serviço de Saúde – CNES), em linhas gerais, informam o que o serviço deve possuir em relação a condições de ambiência, acústica, temperatura e umidade, iluminação, ventilação, conservação de pisos, lavatórios, pias, bancadas, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor.

Pode variar desde uma infraestrutura mínima até uma avançada, dependendo do rol de serviços a serem disponibilizados ao beneficiário. No caso de uma infraestrutura mínima, é importante que esse serviço estabeleça fluxos externos para outros serviços, como exemplo laboratório para realização de coleta de materiais.

1.1 Infraestrutura mínima com as descrições na sequência abaixo:

- Recepção e sala de espera
- Consultório médico dimensionado de acordo com a quantidade de vidas da unidade (20 horas de disponibilidade para cada mil vidas assistidas)
- Consultório de enfermagem dimensionado de acordo com a quantidade de vidas da unidade (20 horas de disponibilidade para cada mil vidas assistidas)
- Sala de cuidados (administração de medicamentos, inalação, curativos, pequenos procedimentos, entre outros)
- Caso a unidade realize atendimentos em Saúde da Mulher, é necessário pelo menos um consultório com banheiro e equipado para procedimentos ginecológicos
- Demais dependências devem ser estruturadas em sinergia com a carteira de serviço proposta

a) Recepção: a recepção da unidade de Atenção Primária à Saúde deve ser planejada de maneira a proporcionar aos beneficiários um ambiente confortável e agradável. Sua localização deve ser próxima do atendimento dos consultórios, sala de procedimentos, sala de medicação e observação, vacina, entre outros, e deve estar na planta térrea do prédio. Deve ser dimensionada conforme a demanda, levando-se em conta os critérios de humanização e o bom fluxo interno.



Ambientes	Finalidade	Estrutura	APS 1 Equipe		APS 2 Equipes		APS 3 Equipes	
		(Mínima x Avançada)	Qtd	Medida (m ²)	Qtd	Medida (m ²)	Qtd	Medida (m ²)
Recepção	Espaço destinado ao acolhimento, agendamento e encaminhamento dos beneficiários.	Mínima	1	6m ²	1	9m ²	1	12m ²

Fonte: FESP, 2019

Mobiliário e Equipamentos

Item	Quantidade
Mesa de escritório com gavetas	1
Cadeiras	3
Arquivo	1
Telefone	1
Computador	1
Impressora	1
Bebedouro	1

Fonte: FESP, 2019

- b) Sala de espera:** a sala de espera deve ser planejada e dimensionada conforme o volume de atendimentos e a estrutura da equipe de APS, respeitando as características de humanização e de qualidade no atendimento. A sala deve oportunizar uma experiência de conforto, sendo necessárias adequações de luminosidade, temperatura, ruídos, posicionamento dos assentos para proporcionar interação entre os indivíduos. Devem ser posicionadas próximas aos ambientes relativos aos diversos tipos de atendimento, como consultórios, sala de procedimentos, sala de vacinas e outros.

Ambientes	Finalidade	Estrutura	APS 1 Equipe		APS 2 Equipes		APS 3 Equipes	
		(Mínima x Avançada)	Qtd	Medida (m ²)	Qtd	Medida (m ²)	Qtd	Medida (m ²)
Sala de Espera	Ambiente destinado à espera dos beneficiários e atividades educativas	Mínima	1	20 pessoas	1	20 pessoas	1	20 pessoas

Fonte: FESP, 2019



Mobiliário e Equipamentos

Item	Quantidade
Quadro de Avisos	1
Bebedouro	1
Cadeiras	20*
Suporte para televisão	1
Telefone	1
Exaustor ou ar condicionado	1
Extintor de incêndio de pó químico seco	1

* Quantidade mínima - variação de acordo com o fluxo de trabalho e atendimento

Fonte: FESP, 2019

- c) Consultório:** deve proporcionar um ambiente de acolhimento e segurança. A disposição do mobiliário pode dispensar uma mesa formal, para aumentar a proximidade e a interação, colocando a poltrona do profissional em frente a dos pacientes, como em uma sala de estar. Nesse caso, utiliza-se apenas uma mesa de apoio auxiliar ao lado do profissional, com o monitor ao lado, e teclado sem fio para registro da consulta sem desvio da posição do profissional. Para a funcionalidade integral do consultório, deve-se prever mesa clínica para exame ginecológico.

Ambientes	Finalidade	Estrutura	APS 1 Equipe		APS 2 Equipes		APS 3 Equipes	
		(Mínima x Avançada)	Qtd	Medida (m²)	Qtd	Medida (m²)	Qtd	Medida (m²)
Consultório	Espaço destinado ao acolhimento, agendamento e encaminhamento dos beneficiários.	Mínima	1	9m² com dimensão mínima de 2,5m	2	9m² com dimensão mínima de 2,5m	3	9m² com dimensão mínima de 2,5m
Consultório com sanitário (adaptado para deficiente)	Ambiente destinado a consultas na área de atenção à mulher realizada por médicos e enfermeiros.	Mínima	1	12,2m² (sendo 9m² o consultório e 3,2m² banheiro adaptado)	1	12,2m² (sendo 9m² o consultório e 3,2m² banheiro adaptado)	2	12,2m² (sendo 9m² o consultório e 3,2m² banheiro adaptado)

Fonte: FESP, 2019



Mobiliário e Equipamentos

Item	Quantidade
Lavatório com torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos	1
Porta-papel toalha	1
Porta-dispensador de sabão líquido	1
Mesa tipo escritório com gavetas	1
Cadeiras	3*
Mesa de exame clínico ou mesa para exame ginecológico	1
Banqueta giratória cromada	1
Escada com dois degraus	1
Biombo duplo	1
Foco com haste flexível	1
Armário vitrine	1
Lixeira de 25 litros (para resíduo comum)	1
Lixeira de 25 litros (para resíduo infectante)	1
Telefone	1
Computador	1

* Quantidade mínima - variação de acordo com o fluxo de trabalho e atendimento

Fonte: FESP, 2019

d) Sala de cuidados: a sala de cuidados da unidade de Atenção Primária à Saúde é um espaço destinado ao tratamento de lesões, realização de curativos, retirada de pontos e orientações pertinentes a esses procedimentos. O ambiente deve estar próximo da sala de lavagem e descontaminação de materiais.

Ambientes	Finalidade	Estrutura	APS 1 Equipe		APS 2 Equipes		APS 3 Equipes	
		(Mínima x Avançada)	Qtd	Medida (m²)	Qtd	Medida (m²)	Qtd	Medida (m²)
Sala de Curativo	Espaço destinado ao tratamento de lesões, realização de curativos, retirada de pontos e orientações pertinentes a estes procedimentos.	Mínima	1	9m² com dimensão mínima de 2,5m	1	9m² com dimensão mínima de 2,5m	1	9m² com dimensão mínima de 2,5m

Fonte: FESP, 2019



Mobiliário e Equipamentos

Item	Quantidade
Bancada com pia	1
Torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos	1
Armários sobre e sob bancada	1
Porta-papel toalha	1
Lixeira com tampa e pedal	1
Dispensador de sabão líquido	1
Mesa tipo escritório com Gavetas	1
Cadeiras	3*
Mesa de exame clínico	1
Mesa auxiliar ou carro de curativo	1
Escada com dois degraus	1
Biombo duplo	1
Mocho	1
Foco com haste flexível	1

* Quantidade mínima – variação de acordo com o fluxo de trabalho e atendimento

Fonte: FESP, 2019

2. Documentação mínima

Para garantir a segurança do beneficiário, a qualidade da assistência e o cumprimento das normas vigentes, é necessário que a unidade possua documentos expedidos e válidos pelos respectivos órgãos competentes.

- CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas: conforme definido no site da Receita Federal: “A CNAE é o instrumento de padronização nacional dos códigos de atividade econômica e dos critérios de enquadramento utilizados pelos diversos órgãos da Administração Tributária do país. Na Secretaria da Receita Federal, a CNAE é um código a ser informado na Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica (FCPJ) que alimentará o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/ CNPJ”. Mais informações sobre a CNAE: <http://www.cnae.ibge.gov.br/>
- CPL – Consulta Prévia de Localização: para a obtenção do NIRE, que exige a indicação do endereço da filial, é preciso solicitar à Prefeitura a Consulta Prévia de Localização (CPL). Essa informação corresponde à análise feita pela Secretaria Municipal de Urbanismo quanto à adequação das atividades comerciais solicitadas em relação ao zoneamento do imóvel.



- c) CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas e Alvará de Localização: com as Consultas Prévias de Localização liberadas pela Prefeitura, é possível dar entrada no pedido de CNPJ e no Alvará de Licença para o serviço de APS. Esses procedimentos podem ser realizados via Cadastro Sincronizado, dispensando eventuais visitas à Secretaria Municipal de Finanças para solicitar o cadastramento ou alteração de informações.
- d) Licença Sanitária: após a obtenção do CNPJ, do Alvará de Licença e do NIRE, é possível solicitar à Vigilância Sanitária da Prefeitura a Licença Sanitária, documento que atesta que o estabelecimento indicado a prestar serviços de saúde foi inspecionado e avaliado pela Vigilância, atendendo à legislação vigente nos aspectos de estrutura física, fluxos, procedimentos, responsabilidade técnica, recursos humanos e condições de higiene e sanitárias em geral.
- e) CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: outra habilitação obrigatória para a implantação do Centro APS é a do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que é responsável por cadastrar todos os estabelecimentos de saúde, tanto hospitalares quanto ambulatoriais. O CNES também registra todos os profissionais da rede pública e privada do país e mantém o banco de dados atualizado nas bases local e federal. O CNES deve ser obtido junto à Secretaria Municipal de Saúde e exige dados relacionados a estrutura física, materiais, equipamentos, profissionais e outras informações, bem como os documentos comprobatórios.
- f) AVCB – Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros: de maneira paralela às demais licenças e alvarás, é necessário contatar o Corpo de Bombeiros para a tramitação do Plano de Segurança contra incêndio e pânico.
- g) Indicação de Diretor Técnico: para as unidades assistenciais em que haja trabalho médico, há a obrigatoriedade da indicação de diretor técnico. O Diretor Técnico é um médico contratado pela direção geral da instituição, e por ela remunerado, para assessorá-la em assuntos técnicos. É o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o conselho, como também perante a lei. Tem como incumbência, além de assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde. Também é responsável por observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição. Nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de Diretor Técnico é obrigatória em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/80.



h) CRT (Certidão de Responsabilidade Técnica) de Enfermagem⁹: toda empresa/instituição em que houver serviços/ensino de Enfermagem deve apresentar CRT, devendo ser afixada em suas dependências, em local visível ao público. O Enfermeiro Responsável Técnico tem sob sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem.

Obs.: caso a unidade apresente em sua equipe assistencial outros profissionais de saúde, é necessária a avaliação para estabelecimento de Responsabilidade Técnica junto aos respectivos conselhos profissionais.

3. Equipe de saúde

Cada equipe deverá ser responsável por uma carteira de beneficiários, dimensionada para a capacidade de atendimento instalada, de acordo com as peculiaridades de cada Singular. Ela será responsável pelo primeiro acolhimento de quaisquer agravos de saúde, pelo acompanhamento de doenças crônicas, pelas medidas de promoção da saúde e pelo gerenciamento de fatores de risco, assim como pelo atendimento de casos agudos e de urgência.

A escolha dos profissionais com perfil diferenciado se faz necessária devido ao modelo de trabalho a ser desenvolvido, com foco em um atendimento humanizado e integral. Algumas habilidades devem ser consideradas, como facilidade de comunicação e empatia.

A equipe de referência será constituída por médico e por enfermeiro, podendo contar com a interface de outros profissionais. Preferencialmente, o médico deverá ser médico de família e comunidade, podendo também ser clínico geral com capacitação e/ou experiência mínima de 2 anos em APS. As Singulares que não possuam cooperados com esse perfil poderão optar por:

- Contratar médicos com formação em medicina de família e de comunidade
- Identificar algum cooperado especialista que tenha interesse em se capacitar para atuação na APS
- Abrir um processo para captação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, e integrá-los à cooperativa

Ainda não há disponibilidade suficiente de profissionais, principalmente, de médicos, com perfil e com formação adequada ao trabalho nos moldes da APS. Entretanto, é necessário ressaltar que é fundamental a escolha do médico com formação acadêmica ou experiência mínima em APS, pois ele deve estar alinhado aos conceitos e atributos da atenção primária e ter habilidade para aplicá-lo no seu dia a dia. Os médicos serão a referência clínica para os beneficiários da carteira e devem ter uma prática generalista, de maneira que os beneficiários terão acesso a consultas com os médicos especialistas e com outros profissionais de saúde, por meio de encaminhamento do médico de referência. Esta função é chamada gatekeeper.

É muito importante que a rede “referenciada” de especialistas tenham compromisso com a contrarreferência dos pacientes encaminhados pela APS.

9. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html



É interessante contar com profissionais de apoio, que poderão oferecer suporte à equipe de referência nas áreas de ginecologia e pediatria, estando alocados na própria unidade, para responder por casos de maior complexidade que exijam conhecimento específico.

Em algumas Singulares, com o objetivo de alcançar maior satisfação de seus beneficiários e dos médicos cooperados, pode ser interessante que um pediatra seja integrado à equipe de referência, que constituirá carteira própria.

Outras categorias profissionais também podem atuar apoiando a equipe de referência e realizando o atendimento de casos referenciados por ela. É o caso da psicologia, da nutrição e da fisioterapia, entre outras.

A atuação interdisciplinar tem o objetivo de aumentar a resolutividade e a qualidade do cuidado oferecido, ampliando o repertório de ações das equipes, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso dos beneficiários a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades, otimizando também os recursos disponíveis. Esses profissionais poderão realizar, entre outras atividades, atendimentos individuais, domiciliares, compartilhados ou em grupo.

3.1. Competências comportamentais da equipe de APS

- **Iniciativa** – Atuar proativamente sobre problemas e identificar oportunidades, verificando prontamente o que precisa ser feito frente aos obstáculos, de modo que sejam superados. Assumir responsabilidade de criar todos os passos de um projeto cujas circunstâncias e os resultados não estejam bem definidos.
- **Criatividade** – Produzir ideias para o desenvolvimento e atendimento referentes a novos processos de trabalho.
- **Adaptabilidade** – Adaptar-se às condições favoráveis e desfavoráveis, sejam elas de qualquer ordem (ambientais, econômicas, tecnológicas, etc.).
- **Consciência da qualidade** – Zelar pela excelência de produtos e serviços, buscando atender às crescentes exigências dos clientes internos e externos.
- **Ética** – Sustentar-se em valores éticos e morais, gerando credibilidade e confiança por aqueles que fazem parte do seu convívio diário: colaboradores, clientes internos e externos, parceiros e fornecedores.
- **Coerência** – O discurso não deve ser diferente da prática, e isso é um ponto de relevância que deve ser sempre observado.
- **Compromisso com resultados** – Atuar com foco em objetivos quantitativos e qualitativos, firmando cada vez mais o compromisso com as metas a serem atingidas.
- **Gerenciamento de tempo** – Estabelecer metas, priorizar tarefas, lidar com os desperdiçadores de tempo, fazer análise do tempo e criar e maximizar sua programação de uso do tempo.
- **Planejamento e organização** – Coordenar suas tarefas, incluindo o planejamento (plano de ação/cronograma), a organização (distribuição de trabalhos), e as tarefas sequenciais (ações), bem como a seleção e a alocação de recursos necessários.
- **Atuação estratégica** – Antever oportunidades e ameaças, tendências e inovações, empreendendo esforços para a excelência na performance.



3.2. Capacitação

A capacitação daqueles que atuarão na unidade é fundamental para o seu sucesso. Além de formação técnica de excelência, o cuidado requer outras competências que assegurem a coordenação entre os saberes e as habilidades dos envolvidos na sua prestação, sendo a experiência positiva do beneficiário um dos principais fatores que levam à sua vinculação ao modelo, permitindo o avanço para a gestão de saúde populacional da carteira e consequente redução de custos, por meio da utilização racional e eficaz dos recursos da operadora.

Dessa forma, um dos grandes investimentos a ser feito pela Singular será a capacitação da sua equipe, assim como a escolha de profissionais com perfil adequado ao modelo de atendimento proposto.

Ainda que a equipe formada conte com profissionais com experiência prévia em APS, não se pode deixar de mencionar que o modelo proposto foi desenhado para atender às particularidades do Sistema Unimed e que cada Singular estabelecerá critérios próprios dentro dessa proposta de trabalho. Portanto, será sempre necessário o alinhamento relativo aos tópicos fundamentais para a viabilização e a implantação do modelo, tais como:

- a) Cooperativismo
- b) Sistema Unimed
- c) Capacitação técnica (para APS e trabalho em equipe interdisciplinar)
- d) Gestão em APS

3.3. Trilhas educacionais em APS da Unimed do Brasil

Em sinergia ao planejamento estratégico e ao processo de governança do Sistema Unimed, em 2023, a Unimed do Brasil, em conjunto com as demais Federações Estaduais, padronizou uma trilha de capacitação que potencializa o processo de aprendizagem por meio de uma sequência contínua de atividades, para desenvolver competências técnicas e comportamentais.

O intuito é trazer mais qualidade, sustentabilidade e melhorias nos modelos assistenciais em APS, mitigando problemas e promovendo uma padronização maior dos processos. Foram estabelecidas diversas competências para os diferentes cargos que atuam no serviço de APS (gestores, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos), distribuídas nos seguintes eixos de educação:

- Gestão estratégica
- Gestão empresarial
- Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS
- Comportamento e valores
- Cooperativismo e Sistema Unimed

As Trilhas Educacionais tem todo seu detalhamento no ANEXO 2 deste documento. É importante ressaltar que a trilha requer uma atualização contínua e a sua versão estará sempre vinculada a este documento disponível no Canal do Colaborador.



3.4. Métodos e estratégias para gestão das equipes da APS

Outro ponto que impacta bastante na discussão sobre gestão de pessoas nos serviços de APS, é a forma de vinculação dos profissionais, além da questão sobre remuneração, que será discutida no próximo tópico. No que tange aos métodos de vinculação profissional, esta seção apresenta as principais formas com o objetivo de trazer mais conhecimento para os gestores das Singulares, contribuindo para a tomada de decisão.

3.4.1. Contratualização

É fundamental lembrar que a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) define, em seu artigo 3º, que *“considera-se empregada toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário”*, ou seja, toda e qualquer outra forma de contratação que gere vínculo empregatício exige a contratação por carteira assinada.

Para a caracterização de vínculo empregatício, a contratação deve apresentar pelo menos um dos 5 elementos: trabalho executado por pessoa física; habitualidade; pessoalidade; onerosidade (pagamento mensal); subordinação. Há ainda algumas atividades que potencializam o vínculo se acontecerem de maneira recorrente, são elas: emissão sequencial de nota fiscal; depósito realizado na conta-corrente de pessoa física; recebimento de valor fixo mensal; concessão de benefícios; e-mail corporativo; estação de trabalho fixa e ramal exclusivo.

Após essas observações, descrevemos a seguir duas recomendações de contratação dos profissionais da equipe para a unidade de APS:

- a) **Regime CLT:** este é o modelo padrão de contratação dos colaboradores, sendo a modalidade correta de contratação de colaboradores fixos, o que representa a redução do passivo trabalhista. O documento é registrado com base na CLT e o empregador é responsável pela garantia do 13º, FGTS, INSS, parcela do vale-transporte e de alimentação, além de férias, e deve contar com os requisitos que caracterizam o vínculo empregatício. Os encargos com essa forma de contratação podem ser superiores à 65% sobre o salário pago.
- b) **Contrato PJ:** compreende-se pela contratação de pessoa jurídica que pode executar suas atividades de maneira livre e, também, para outras contratantes. Essa parceria deve ser estabelecida por meio de um contrato específico com emissão de nota fiscal. Para utilizar essa modalidade de contratação, deve-se excluir todo e qualquer elemento que caracterize vínculo empregatício ou que possa potencializar isso.

3.4.2. Cooperação

Por se tratar de uma cooperativa, existe a possibilidade da vinculação de médicos por meio da cooperação – que segundo o dicionário online de português, significa: ação de cooperar, auxiliar e colaborar, prestando ajuda ou auxílio; dar contribuição para; colaboração ou contribuição.

Nessa modalidade, temos a redução de custos referentes aos encargos trabalhistas e a busca pelo objetivo comum da cooperativa.

É importante ressaltar que, independentemente da modalidade de vinculação escolhida, o que deve ser levado em consideração para a vaga no serviço de APS – primordialmente – são o perfil e o desempenho do profissional.



3.5. Formas de remuneração

Além dos perfis e métodos de vinculação dos profissionais, outra grande discussão na mudança no modelo assistencial é a forma de remuneração nos serviços de APS. Nesta seção, são apresentadas as diferentes formas sugeridas para um serviço de Atenção Primária.

3.5.1. Remuneração fixa

A remuneração fixa, também conhecida como assalariamento, compreende-se pelo pagamento fixo estabelecido no contrato de acordo com as horas fixas de trabalho, ou seja, o profissional necessita cumprir a jornada combinada e contratualizada.

3.5.2. Remuneração variável

- a) Per capita (capitation): as equipes e os profissionais recebem por um valor fixo por pessoa em sua lista de pacientes, ou seja, trata-se de uma remuneração por paciente/beneficiário. Esse modelo requer uma complexa e sólida base estatística, uma vez que a demanda de trabalho pode variar conforme a epidemiologia, demografia e as formas de utilização dos serviços de saúde, o que impacta diretamente na capacidade de atendimento da equipe. Ou seja, equipes que têm pacientes de alta complexidade terão mais demanda de trabalho em relação às que têm pacientes de baixa complexidade, impossibilitando que os cuidados sejam prestados com a mesma qualidade, para o mesmo número de pacientes, com o mesmo dimensionamento de equipe, porém com complexidades diferentes.
- b) Fee for service (FFS): as equipes/profissionais são remuneradas por procedimentos, e as partes estabelecem previamente uma tabela de preços por procedimento ou por um conjunto deles. Essa forma de remuneração favorece a produtividade, ou seja, quanto mais se produz maior será a remuneração.
- c) Pagamento por performance (**P4P-pay for performance**): as equipes e os profissionais recebem conforme o desempenho apresentado, ou seja, quanto melhor seu desempenho maior a remuneração. Esse método exige clareza na interpretação do desempenho, bem como um mecanismo sólido de levantamento de indicadores e mensuração de desempenho, de forma que diminua os riscos de dualidade na interpretação. Um ponto a ser lembrado, é que a assistência à saúde tem em suas atividades objetivos de meio e não de fim, isso significa que os profissionais não podem ser responsabilizados/avaliados pela melhora em saúde dos pacientes de sua lista, mas pelo processo, procedimentos e meios entregues ou à disposição do paciente.



Pontos positivos e negativos de cada forma de remuneração em APS

Formas de Remuneração	Pontos Positivos	Pontos Negativos
Fixa	Administrativamente simples; inibe comportamento de aumento de custo.	Não há incentivos para conter custos, atrair pacientes ou dar acesso (consultas burocráticas).
Per Capita	Estimula o atendimento não presencial; estimula o cuidado longitudinal e ações preventivas.	Referenciamento maior que o desejado; risco de evitar pacientes com potencial de hiperutilizar o sistema (ex.: idosos e crônicos).
Fee for Service	Estimula o melhor manejo do tempo; informa sistema sobre tendências de utilização.	Risco de sobreutilizar os serviços e de diminuir o tempo de consulta; papel de regulador sai do profissional e vai para o financeiro da instituição.
Pagamento por Performance	Estimula que todos os profissionais trabalhem em sinergia em busca de uma meta comum.	Meta é o fim e não há incentivos para se ir além; risco de focar nas metas e abondar os pacientes que não contribuem para atingi-las.

Fonte: FESP, 2019

Como se pode observar, cada modelo de remuneração tem pontos positivos e negativos que direcionam o modelo em que a unidade de APS atuará. É fundamental ressaltar que não existe uma forma correta ou mais eficiente, uma vez que todas elas possuem pontos positivos, porém apresentam reflexos negativos também.

Portanto, é importante que sejam utilizadas formas de remuneração mistas, ou seja, utilizar mais de um modelo para remunerar, fazendo com que os pontos positivos de uma inibam os pontos negativos da outra e assim por diante.



CAPÍTULO IV

Processo Operacional do Serviço de APS

Para o funcionamento adequado de uma unidade, alguns macroprocessos devem estar bem definidos, documentados e disseminados aos responsáveis e envolvidos. O sucesso do trabalho desenvolvido pela equipe e seus resultados, tanto no aspecto assistencial como no econômico, estão diretamente atrelados a esses processos-chave, que devem ser adequados ao modelo de atenção proposto.

A seguir, serão apresentados os processos e as suas respectivas descrições.

1. Acesso

O acesso facilitado é fundamental para a organização dos serviços de atenção primária, sendo um dos pontos mais valorizados pelos beneficiários e que guardam estreita relação com a satisfação deles com os serviços de saúde prestados. Garantir às pessoas as consultas de que precisam é essencial para a construção de um serviço de qualidade que consiga, de forma eficiente, implementar os atributos de longitudinalidade e coordenação do cuidado, mantendo a resolubilidade.

Dessa forma, a equipe deverá instituir uma agenda que contemple todas as demandas dos beneficiários, programadas¹⁰ (agendadas previamente) e as espontâneas¹¹ (conforme necessidade do paciente).

2. Horário de funcionamento

A unidade deve ter como primeiro diferencial seu horário de funcionamento e espera-se que se tenha, no mínimo, 40 horas semanais, 5 dias por semana e 2 turnos diferentes. Idealmente, à medida que a unidade vai se consolidando, esse horário deve ser ampliado, sendo sugerido que o tempo de atendimento ao público seja próximo de 12 horas/dia (segunda a sexta) e, quando possível, atendimento aos sábados (4 a 6 horas/dia).

3. Agendamento

O agendamento é um processo de grande importância para o funcionamento adequado de uma unidade de atendimento pautada na APS. O beneficiário deve considerar a unidade e a equipe como referências e ser sua principal porta de entrada no sistema de saúde. Portanto, sua organização deve permitir o atendimento de demandas pré-agendadas (consultas programadas) e

10. Demanda programada: por meio de uma consulta médica ou de enfermagem, presencial e/ou virtual, feita com agendamento prévio, para atendimento de uma demanda de um beneficiário, conforme protocolos clínicos e/ou desejo do paciente.

11. Demanda espontânea: por meio presencial ou virtual, sem agendamento prévio e em menor tempo possível (preferencialmente em até 72 horas), para atendimento de uma demanda de um beneficiário.



consultas do dia (demandas não programadas), assim como proporcionar o monitoramento do tempo de espera pela equipe.

Os agendamentos eletivos (programados) devem ser feitos de forma simples, prática e rápida, preferencialmente, com mais de uma modalidade: presencialmente, por telefone e, se possível, por meio de recursos eletrônicos (agendamento on-line).

A demanda não programada, ou seja, a busca espontânea do beneficiário pela unidade sem agendamento prévio deve ser considerada, assim como horários reservados para que esses clientes sejam acolhidos e atendidos. Em geral, tem como objetivo o atendimento a condições agudas e outras necessidades assistenciais ou administrativas que exijam uma solução em curto tempo.

Oferecer esse tipo de consulta é muito importante para a vinculação do beneficiário à sua equipe, assim como para a redução da utilização do pronto atendimento quando ele apresenta sintomas agudos.

Assim, ao elaborar a agenda, deve-se considerar a forma como os beneficiários vinculados à unidade a utilizam para estabelecer o percentual de atendimentos programados e não programados. Até conhecer as características da utilização, sugere-se iniciar com um percentual (variando de 33% a 50%) das consultas ofertadas como não programadas (consultas do dia), realizando ajustes nesse número de acordo com a ocupação de cada tipo de agenda.

Em relação à duração da consulta, embora seja registrada alguma variação, a média de diversos países é de cerca de 15 minutos por atendimento, demonstrando a preferência em ofertar um número maior de consultas por ano a cada beneficiário que consultas mais longas. Essa duração é mais bem aplicada aos beneficiários já conhecidos e acompanhados pela equipe, sendo necessário mais tempo ou mesmo atendimentos com intervalos menores, quando a carteira está sendo estabelecida e vinculada. Dessa forma, sugere-se que as consultas sejam agendadas com duração de 15 ou 20 minutos, podendo ter uma duração menor nas para atendimento à demanda espontânea e maior nas primeiras consultas do beneficiário no serviço ou aqueles casos nos quais já se identificou maior complexidade. Vale lembrar a necessidade de respeitar os horários de intervalo (exemplo: almoço, lanche etc.) e de prever um tempo para atividades administrativas (responder a telefonemas, e-mails etc.).

O agendamento de exames complementares (rede própria ou referenciada), assim como de encaminhamentos a outras categorias profissionais e a outros médicos da rede, preferencialmente, deverá ser realizado e monitorado pela equipe da unidade, quando a demanda for gerada.

4. Atendimento na rede de assistência

Um dos pontos mais relevantes para o funcionamento adequado deste modelo de atenção é o acompanhamento do percurso assistencial do beneficiário. Por isso, estabelecer uma rede de atendimento referenciada, de fácil acesso, e intercâmbio de informações torna-se primordial.

Devem-se selecionar os especialistas que serão referência para os beneficiários atendidos e pactuar com eles o modelo de referência e contrarreferência que será estabelecido. Para isso, deverá ser elaborado um instrumento com as informações do beneficiário e o motivo de encaminhamento, que será disponibilizado para o especialista (referência). Da mesma forma, deverá ser elaborado um instrumento para o preenchimento do especialista, que contemplará as informações da sua avaliação e a conduta para o acompanhamento do médico da APS (o que chamamos de contrarreferência).



Sugere-se que, aos cooperados que se tornarem referência e realizarem os atendimentos da maneira pactuada e contrarreferenciada, sejam oferecidos benefícios e incentivos, que poderão ser progressivos, com base em critérios previamente estabelecidos.

Também deverá ser feita a seleção de prestadores hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além de estabelecer fluxos para que as demandas dos beneficiários sejam atendidas de maneira efetiva e em tempo hábil.

Reforça-se que a equipe deverá monitorar o percurso do beneficiário na rede, acompanhando desde o agendamento até a sua realização e o retorno com os resultados dos exames e/ou relatório de contrarreferência do profissional que procedeu a avaliação solicitada.

4.1 Mecanismos de referência e contrarreferência

O serviço de APS deve possuir um fluxo de coordenação do cuidado, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência. Segundo a ANS, a articulação da Atenção Primária à Saúde com a Atenção Secundária e Terciária é essencial para a resolutividade do sistema. Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados por diferentes níveis de atenção especializada, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, como também pelo resto da rede de proteção social. Portanto, os sistemas de atenção de saúde devem trabalhar de forma integrada mediante o desenvolvimento de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e de sistemas de referência e contrarreferência. (ANS 2019).

Portanto, é de suma importância que o serviço de APS possua implantado e disseminado entre todos os profissionais da equipe multidisciplinar um processo padronizado para referência e contrarreferência, dentro da unidade de APS, capaz de realizar a navegação e o acompanhamento dos pacientes durante os episódios de transição do cuidado entre os diferentes níveis de assistência na rede de atenção à saúde.

Para que isso ocorra de maneira padronizada e controlada, sugerimos a criação de um formulário ou modelo padrão, que pode ser incorporado ao prontuário eletrônico ou realizado manualmente. Ele deve contemplar todas as informações necessárias para que o seguimento ocorra de maneira segura e sem retrabalho ou sobreposição de solicitação de exames/informações já existentes.

Seguem abaixo informações sugeridas para constar no documento:

Para o processo de referência

- Informações da unidade de APS (local, profissionais responsáveis, contato etc.)
- Informações do paciente (nome, sexo, idade etc.)
- Condições clínicas do paciente (descrição do caso, CID, CIAP, histórico do paciente, motivo do encaminhamento)



Para o processo de contrarreferência

- Evolução/hipótese diagnóstica (CID/CIAP) e ações realizadas (cuidado proposto e tempo previsto de tratamento)
- Se for cirúrgico, fazer a descrição completa do caso
- Novos exames, procedimentos realizados, evolução clínica
- Orientações de seguimento com a equipe de atenção primária, incluindo necessidade e periodicidade de retorno no especialista e a justificativa

4.2 Relacionamento com a rede de especialistas

O delineamento e o dimensionamento da rede de relacionamento com a Atenção Primária a Saúde são fatores primordiais para o sucesso do cuidado do paciente. Entre as condições essenciais para fazer parte da rede, é fundamental que os diversos especialistas focais compreendam adequadamente o modelo e como as especialidades se inserem nele.

Assim, a comunicação e a capacitação para que compreendam a abrangência são as primeiras condições para inclusão. Uma vez explicitadas as necessidades do modelo, além da capacidade técnica inerente aos profissionais de saúde que farão o atendimento do paciente, é preciso que o médico da rede ofereça acesso facilitado e ágil, e compreenda que o plano de cuidados deve ser compartilhado sob a coordenação do médico da APS que acompanha o paciente.

Por isso, é fundamental a avaliação da referência que traduz a necessidade que o médico da APS tem para encaminhar o paciente aos cuidados do especialista de determinada área. Após a análise da referência e da avaliação, a construção de uma contrarreferência coerente com o plano de cuidados que o paciente necessita é o fator que possibilitará ao coordenador da assistência progredir na busca da solução do caso/motivo da referência (ROSA, 2014).

Para tanto, o profissional colocado aqui como referência deve receber uma remuneração diferenciada, que precisa ser avaliada em cada contratação, de forma que possa ser valorizado.

Além da compreensão e da adesão ao novo sistema, a escolha da rede de referência deverá ter outros critérios para a elegibilidade, que repercutam na eficácia dos cuidados, como indicadores de qualidade, creditações e uso de tecnologia em informação.



4.3 Relacionamento com a atenção secundária e os hospitais

Para que haja mais eficácia no relacionamento da atenção primária e outros serviços, enumeram-se alguns fatores citados no quadro abaixo.

Pontos positivos e negativos de cada forma de remuneração em APS
Alta qualidade do sistema de atenção primária – forte e ágil, organizado em práticas interprofissionais e oportunidades para uma segunda opinião em nível dos cuidados primários
Abordagem centrada no paciente, explorando suas necessidades, expectativas e objetivos, usando as habilidades de comunicação adequadas –isso inclui a forma de relacionamento pessoal entre o médico da APS e o paciente através de uma lista de pacientes (painel de pacientes)
Prestadores de cuidados de saúde primários têm acesso ágil aos resultados de exames laboratoriais, de imagens e outros exames complementares
Prestadores de cuidados secundários estão envolvidos em atividades de comunicação e promoção do modelo fortemente centrado na atenção primária
Prontuários eletrônicos, sistemas de informação específica ou formulários de referência e contrarreferência estruturados são utilizados, reforçando e facilitando processos da referência do paciente
Gestão de atenção secundária é articulada com a gestão da atenção primária
Atenção secundária e emergencial responde prontamente e de forma coordenada para os pacientes encaminhados a partir da atenção primária, definidos com critérios de urgência e de risco
Avaliação das referências, segundo diretrizes e práticas baseadas em evidências, fornecendo informações aos profissionais de saúde sobre a qualidade de suas referências (feedback)
Definição de linhas de cuidados e papéis da atenção primária e secundária no cuidado dos pacientes, principalmente em rastreamento e enfermidades crônicas

4.4 Urgência e emergência

É comum entre os beneficiários de planos de saúde a cultura de buscar atendimento em unidades de urgência para todas as intercorrências, com o objetivo de solucionar com mais agilidade e conforto suas demandas de consulta e realização de exames complementares. A principal motivação para esse tipo de comportamento é a ausência de vinculação com um profissional de referência, assim como a falta de orientação sobre a melhor maneira de utilização dos serviços de saúde disponibilizados a ele. Outro aspecto que contribui para essa prática, é a dificuldade de acesso aos profissionais no momento em que surge a sua necessidade.

Dessa forma, a vinculação com a equipe de referência e a garantia de acesso proporcionados pelo modelo de atenção com base na APS modificam esse padrão ao longo do tempo, diminuindo as buscas espontâneas ao pronto atendimento em situações nas quais ele não é indicado.

Entretanto, o serviço deverá ter fluxos e processos mapeados para o atendimento de urgências e emergências que chegarem ou acontecerem na própria unidade.



Por isso, será importante ter em sua estrutura uma sala para atendimento devidamente equipada. Esses fluxos também devem contemplar o acionamento de transporte (ambulância) para a remoção do beneficiário e para qual local ele será encaminhado.

Estabelecer a rede de serviços de urgência e emergência é um ponto imprescindível, e de grande impacto. Os beneficiários devem ser orientados pela equipe de referência com relação ao reconhecimento das situações de urgência e emergência nas quais deverão se dirigir ao pronto atendimento como primeira opção, assim como a procurar esses serviços quando sua unidade de referência estiver fechada e for uma demanda de urgência.

Vale lembrar que a proposta do Modelo de Atenção Integrada à Saúde é realizar atendimentos somente no município de referência, devido à premissa de rede integrada e ao acompanhamento do percurso assistencial. Com isso, as demandas de saúde dos beneficiários fora da área de cobertura serão, a princípio, atendidas em pronto atendimento.

5. Registro eletrônico das informações de saúde

A informação em saúde é condição primordial para a geração de conhecimento e tomada de decisão. Ter acesso aos registros e dados de saúde dos beneficiários atendidos é um fator importante na qualidade do cuidado prestado e, principalmente, no acompanhamento de seu percurso assistencial.

O registro de todas as informações, seja da admissão (quando serão coletados dados atuais e pregressos) e em todos os atendimentos subsequentes, é um dever dos profissionais da saúde, que devem realizá-lo quer seja manual ou eletronicamente. Entretanto, tão ou mais importante que o modo como são realizados esses registros, a maneira como são disponibilizados a todos os profissionais envolvidos no cuidado terá um grande impacto na atividade. Ter um prontuário único e compartilhado com a equipe do serviço de APS é recomendado como um critério mínimo.

Os sistemas de prontuário eletrônico permitem um aumento no controle de qualidade dos atendimentos realizados pelos profissionais, mais transparência sobre a saúde dos beneficiários, melhores informações sobre o perfil epidemiológico e sobre o perfil de risco, assim como a racionalização de custos assistenciais, com redução dos pedidos desnecessários de exames. Isso é possível por meio da padronização da informação de saúde que, em geral, é registrada de forma heterogênea e pouco estruturada.

Existem no mercado diversas opções de produtos que atendem à necessidade de proceder ao registro das informações e ao acompanhamento dos beneficiários atendidos nos moldes da atenção primária. Cada um apresenta funcionalidades diferentes, como controle de agenda, extração de indicadores assistenciais, distribuição de carteira, entre outros.

Por isso, é necessário fazer uma análise dos produtos e verificar quais atendem melhor ao perfil de atividades proposto, qual será compatível com as expectativas e habilidades da equipe e, principalmente, qual se encaixa no orçamento da operadora. Para a escolha dessas ferramentas, sugere-se que seja feita a descrição dos requisitos de um sistema, juntamente com a equipe de Tecnologia e Informação (TI) e, na sequência, buscar no mercado as opções disponíveis.

Antes de proceder a contratação, é interessante verificar com equipes que já utilizam a ferramenta pretendida a sua percepção sobre a aplicabilidade, as funcionalidades e se o atendimento da empresa responsável pelo suporte é rápido e efetivo. Para a sua implantação, serão necessários



a infraestrutura adequada e os investimentos em equipamentos, em programas e em sistemas de conexão de redes informáticas.

Quando ele é implantado em rede, tanto nos locais de assistência direta como em sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, torna-se importante uma ferramenta de apoio para a coordenação do cuidado.

6. Sistema de distribuição e de gestão da carteira

Em um modelo de atenção primária à saúde, o médico de referência é responsável por gerir o cuidado de uma carteira heterogênea de beneficiários, sendo fundamental a sua vinculação a eles e o conhecimento dessa carteira para seu efetivo gerenciamento.

Assim, uma ferramenta importante na construção de um modelo baseado na APS é um sistema que vincule pacientes a médicos. Quando um beneficiário adere ao modelo de atendimento proposto, ele precisa saber qual o seu médico de referência. Da mesma forma, quando deseja agendar uma consulta, será necessário ofertar as vagas do médico ao qual ele está vinculado. Essa vinculação precisa estar registrada em um sistema que também realize a troca entre médicos ou unidades (quando solicitado), defina o teto da carteira do médico, não permitindo que esse limite seja ultrapassado, e calcule o número de clientes vinculado, caso se opte pelo pagamento por capitação.

Para alcançar os resultados esperados, é essencial que a distribuição dos beneficiários seja feita de forma a buscar atender a alguns requisitos, entre eles:

- Número adequado de beneficiários por médico
- Valor per capita que contemple um ajuste adequado do risco de cada beneficiário
- Risco assistencial o mais semelhante possível entre carteiras de médicos diferentes
- Distribuição, da maneira mais igualitária possível, das carteiras de clientes entre os médicos de referência e as clínicas de APS, quando houver mais de uma unidade

Existem vários modelos propostos, mas ainda nenhum se mostrou completamente eficaz em atender a todos os requisitos. A primeira linha de estratificação se concentra na idade e no gênero, e muitas ferramentas buscam medir o “peso” de comorbidades para uma distribuição que favoreça os resultados positivos para beneficiários, profissionais envolvidos na assistência e OPS.

Como exemplo, cita-se a ferramenta desenvolvida pela Unimed Belo Horizonte, que usa a régua de capitação médica, criada com base na análise do consumo de consultas médicas (eletivas e de demanda espontânea em unidades ambulatoriais, assim como as de pronto atendimento) que poderiam ser absorvidas pela equipe de atenção primária, com agrupamento por faixa etária e por sexo, em um intervalo de tempo de 12 meses na carteira.



									
Feminino	6,3 pts	4,5 pts	3 pts	1,6 pts	1,2 pts	1,7 pts	2,4 pts	4,6 pts	5 pts
Masculino	6,3 pts	4,5 pts	3 pts	1,6 pts	1 pts	1,2 pts	1,6 pts	3,2 pts	4,4 pts
	< 1 ano	1 ano	2 a 5 anos	6 a 13 anos	14 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 74 anos	≥ 75 anos

Máximo de pontos por médico (20h)

2150

Fonte: (Federação Minas, 2018) adaptado de Unimed BH

7. Definições para composição da carteira de serviços

Segundo a ANS, a resolutividade da APS pode ser potencializada a partir da realização de uma Carteira de Serviços que contemple a resolução dos problemas de saúde mais comuns na população, podendo envolver a realização de procedimentos/cirurgias ambulatoriais e o manejo de situações de urgência/emergência, por exemplo (ANS 2019).

Portanto, de modo a proporcionar mais clareza quanto às ações e aos serviços ofertados no âmbito das equipes de APS, as operadoras devem elaborar uma Carteira de Serviços (de acordo com o público assistido), contendo a descrição das ações e dos serviços ofertados. Ela deve estar registrada no sistema de informações ou em outro documento interno, de conhecimento de todos os profissionais e, além disso, ser divulgada a todos os beneficiários vinculados à unidade.

Os procedimentos operacionais padrão devem ser desenvolvidos de acordo com a cesta de serviços da unidade, garantindo um atendimento uniforme e organizado entre a equipe multidisciplinar e permitindo a mensuração de indicadores durante o processo.

Com a finalidade de uniformizar os processos executados no serviço de APS, facilitar o atendimento, aumentar a eficiência e a resolutividade do serviço, é altamente recomendada a criação de fluxogramas que contemplem os diversos percursos do paciente dentro da unidade e o acompanhamento dos seus desfechos.



CAPÍTULO V

Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

1. Introdução

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é um repositório de informações mantidas ao longo da vida de um indivíduo. Nele, estão armazenadas as informações de saúde, dados clínicos e pessoais, dos diversos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar do serviço.

É necessário que tenha ao menos as seguintes características prioritariamente:

- registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;
- prescrição de medicamentos e/ou outros métodos terapêuticos;
- emissão de atestados e outros documentos clínicos;
- solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
- encaminhamentos a outros níveis da rede de atenção à saúde; e
- acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.

Na Atenção Primária, o PEP exerce um papel fundamental para melhor gestão do cuidado dos pacientes, uma vez que fortalece os seus atributos essenciais, que são: a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

Atualmente, temos disponíveis no mercado várias soluções que apresentam características distintas entre si e, conseqüentemente, podem influenciar os resultados assistenciais das equipes. Desta forma, é muito importante que cada Unimed tenha subsídio técnico adequado para avaliação destas soluções, de modo a selecionar sistemas de PEP mais eficientes para seu serviço.

Em 2021, a Federação das Unimeds do Estado de São Paulo, realizou um trabalho em conjunto com suas Singulares, para o desenvolvimento de um guia de recomendações a serem observadas para avaliação da eficiência de um sistema de PEP para a Atenção Primária. Este documento tem apoiado as Unimeds do estado nas seguintes situações:

1. Singulares que ainda não possuem um prontuário e/ou pretendem trocar de sistema
2. Singulares que possuem um Prontuário eletrônico e desejam melhorias para o seu sistema
3. Melhoria na comunicação/alinhamentos internos com a equipe de Tecnologia da Informação



Baseado neste trabalho, e em conjunto com todas as Federações Estaduais do Sistema, a Unimed do Brasil conduziu uma agenda de debate e construção para uma proposta nacional de um guia técnico de recomendações para serem observadas para avaliação de eficiência de um PEP. O presente documento evidencia o resultado deste trabalho e constitui o primeiro capítulo da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, lançada no ano de 2023.

2. Objetivo

Construção de guia de recomendações a serem observadas para avaliação de eficiência de um sistema de prontuário eletrônico para a Atenção Primária à Saúde.

3. Metodologia

Para a construção dos requisitos mínimos de PEP, em conjunto com os representantes técnicos das Federações Estaduais, foram transcorridos dois encontros subsequentes, como principal temática abordada no Grupo Técnico, no período de outubro a novembro de 2023.

- 16ª Reunião AIS/APS: 10/10/2023 – Proposta critérios de PEP para APS (Trazida pela Fesp)
- 17ª Reunião AIS/APS: 07/11/2023 – Validação dos critérios de PEP para APS

4. Entrega

Requisitos mínimos para um sistema de prontuário eletrônico para a APS

Os itens descritos foram revisados e validados pelos membros do Grupo Técnico de AIS/APS da Unimed do Brasil, em conjunto com os representantes técnicos de Atenção Primária das Federações Estaduais.

Para cada item descrito, foi considerado uma nota, sendo:

1 – Não prioritário – item importante, porém não necessário.

2 – Prioritário – Item necessário, porém não obrigatório

3 – Essencial/Obrigatório – Item obrigatório, de extrema necessidade.

Vale ressaltar que são itens mínimos e que cada Unimed deverá verificar a necessidade de acrescentar itens de acordo com seus processos definidos para a Atenção primária à saúde.



1. Para cadastro do paciente deve conter:	Nota
Registrar um novo paciente no consultório, com informação demográfica completa (de preferência com importação de base de dados da operadora)	3
Descadastrar um paciente no consultório (de preferência com importação de base de dados da operadora).	3
Demonstrar como se identifica um paciente (biometria, cartão e identidade, etc.).	3
Vincular (manual ou automático) o paciente com a Unidade de APS	3
Vincular (manual ou automático) o paciente com a sua equipe / Médico e Enfermeiro de referência	3
Vincular (manual ou automático) a família do paciente a mesma equipe – Paciente vinculado a equipe, caso a família faça parte da APS, essa também vai para a mesma equipe de referência (de acordo com as regras da unimed – por exemplo: crianças com pediatra e adultos com médico de família e/ou clínico)	3
Obs.: Família se refere aos dependentes do titular	3
Permitir a troca de vínculo do paciente com o médico e com sua equipe/ Médico e Enfermeiro de referência	2
Obs.: Permitir a troca de vínculo do paciente, independente do vínculo familiar.	2
Localizar registros anteriores do paciente em outros serviços (pelo menos um mesmo exame e uma internação anterior)	3
Obs.: dese que o prontuário tenha integração com a rede e/ou seja usado em outro serviço	2
Demonstrar como os registros do paciente duplicados ou em outros prontuários ou episódios podem ser reunidos no mesmo prontuário	2
Exibir carta de consentimento para assinatura do paciente	3

2. Para o agendamento deve conter:	Nota
Agendar uma consulta eletiva para o paciente online	3
Demonstrar como o agendamento é marcado e como pode ser modificado.	3
Marcar múltiplas consultas e exames para esse paciente	2
Adicionar marcações de exame para este paciente previamente agendado	2
Cancelar um dos agendamentos. Demonstrar como se faz quando há múltiplas agendas do mesmo paciente.	2



Reagendar uma consulta e alguns dos exames do paciente	3
Obs.: a ação de reagendar exames seria um item prioritário, mas não obrigatório.	3
Condicionar uma marcação ao resultado de um dos exames.	2
Tem gestão de agenda dos profissionais. Como agendar, como bloquear, como informar ao paciente de uma mudança repentina.	3
Demonstrar como se localiza a história de agendamentos do paciente e a realização dos exames	3
Obs.: a ação de localizar a história de realização de exames seria um item prioritário, mas não obrigatório.	3
Demonstrar como se pesquisa o paciente na agenda do estabelecimento e na rede (por nome, por número da carteirinha, etc.).	3
Demonstrar como o sistema localiza cancelamentos e não comparecimentos	2
Demonstrar como são representadas as agendas na tela (por dia, semana, mês, profissional).	3
Demonstrar como o sistema identifica marcações superpostas e como resolve essas ocorrências.	3
Permitir aos profissionais inserir o atendimento de um paciente não agendado	3
Gestão da agenda: fazer check in do paciente quando ele chega na unidade para atendimento e demonstrar ao profissional de saúde	3
Integrar com as agendas de outros estabelecimentos, como por exemplo ambulatório de especialidade, através de interoperabilidade	2
Ter um ícone para anotação de dados pertinentes ao motivo da consulta (sinais, sintomas, gravidade), ou uma ficha de triagem	3
Demonstrar como o sistema de agendamento se integra com o sistema de cadastro de paciente, ao faturamento TISS e ao prontuário do paciente.	3

3. Para Coleta e Gestão de Dados deve conter:	Nota
Tem código CIAP e CID (com tabela de relacionamento - de para)	3
Explicar como se captura informações do paciente, da família (dos dependentes) e outras fontes, de outros profissionais, de eventos anteriores.	3
Mostrar como o dado é padronizado dentro do sistema. (definição de dados, terminologias clínicas).	3
Mostrar como se armazena o dado de forma que ele se transforme em informação para ser usada por outros sistemas e usuários (consultas à base, relatórios, indicadores, sistemas de apoio à decisão, etc.) - dado estruturado	3



4. Relacionado a História clínica o Prontuário eletrônico deve conter:	Nota
Demonstrar o fluxo de entrada de dados pelo profissional de saúde dentro do sistema, de modo que a navegação siga o fluxo do trabalho do profissional e seja amigável.	3
Demonstrar os tipos de entrada (dados estruturados, SOAP, lista de problemas, etc.).	3
Demonstrar criação de formulários pelos profissionais de saúde	3
Demonstrar a criação de mensagens xml automaticamente a partir dos formulários	2
Demonstrar como é criado um registro longitudinal do paciente, separando a história pregressa e familiar dos problemas atuais. Como separa problemas ativos de inativos	3
Mostrar exames já realizados com resultado e data da realização (permitindo avaliar evolução do quadro e recorrência)	3
Mostrar o resumo do paciente para o profissional no início da consulta.	3
Mostrar um encaminhamento do paciente para outro hospital, um resumo do atendimento para continuidade do cuidado, um atestado médico e um resumo de alta.	3
Permitir colocar evoluções para contato indiretos (telefone, e-mail e etc...) – painel	2
Relacionar lista de problemas ao plano de cuidados	3
Sistema deve ter como norte a Lista de Problemas e estruturado em formato de SOAP	3
Interface e ferramenta para Teleconsulta, telemonitoramento e possibilidade de coleta de dados de saúde (como no caso de sinais vitais de smartwatch ou outros wearables ou por informação do próprio paciente) no próprio prontuário eletrônico	2
Ter gráficos (Ex: Puericultura)	3
Ter alerta dos recados que a equipe técnica e administrativa colocam sobre o paciente e que fique registrada no histórico.	2
Ter termo de compromisso do plano de atenção feito em conjunto pela equipe técnica assinado pelo cliente	3
Incluir o Plano Terapêutico Individual (PTS)	3
Demonstrar onde cadastra os itens específicos a alergia do paciente (matérias/medicamentos/ Alimentos) e como isso impacta no momento da prescrição e receita	3



5. Para a Gestão de Medicação deve conter:	Nota
Vincular as medicações ao plano de cuidado (P do SOAP)	3
Permitir reimprimir receitas	3
Demonstrar lista de medicamentos e como se pesquisa na base de dados (por princípio ativo, por marca, por dose, etc.).	3
Demonstrar um alerta de interação droga-droga, droga-alergia, dosagem indevida, contra indicações	2
Demonstrar a criação de uma receita de manipulação, fracionada, prescrição eletrônica. Imprimir uma receita	3
Demonstrar como se instrui o paciente sobre a medicação, seu responsável legal.	2
Demonstrar uma prescrição eletrônica	3
Demonstrar o alerta de alergia do item	3
Demonstrar as regras de liberação e bloqueio de medicamentos com interação medicamentosa de vários níveis (Leve, moderado, grave e severa)	2
Demonstrar regras para bloqueio e liberação de itens a qual o paciente possua alergia	3
Demonstrar o funcionamento das regra de limite de dosagem	2
Demonstrar como é feita a integração com a farmácia	2
Demonstrar prescrição, aprazamento, checagem de medicações realizadas na unidade	2
Demonstrar acesso via sistema da equipe, quanto a prescrição (enfermagem ver que foi prescrito), checagem (médico ver que foi/está sendo administrado).	3
Demonstrar uma lista de medicamentos disponíveis no serviço público, inclusive medicamentos de alto custo	2
Permitir o envio da prescrição eletrônica/receita com assinatura digital para o paciente ou farmácia ou equipe de enfermagem por meio digital (sem necessidade de impressão)	3
Demonstrar como a equipe verifica/acompanha para equipe a necessidade de reavaliação caso necessário, pós medicação	3



6. Relacionado a Solicitação e resultado de exames laboratoriais e imagens o prontuário deve conter:	Nota
Demonstrar como os resultados de exames anteriores são representados na tela (em gráfico, cronologicamente, por alterações, etc.)	3
Campo estruturado para inserção de resultados de exames.	3
Demonstrar como se insere resultados de exames recebidos em papel (scan, etc.).	2
Demonstrar como se acessa os resultados escaneados, de modo a auxiliar ao profissional no momento da consulta.	2
Demonstrar alertas avisando sobre exames não lidos ou resultados anormais que precisam ser consultados	2
Demonstrar como se envia solicitações de exames ao laboratório/serviço de imagem	2
Demonstrar como se recebe e armazena resultados de um laboratório/serviço de imagem	2
Permitir vinculação das guias à identificação do beneficiário, evitando a necessidade de impressão das mesmas; se necessário, permitir que o beneficiário tenha acesso às guias por meio digital (aplicativo, e-mail, etc.)	3
Demonstrar a impressão automática de guias TISS/SADT a partir da solicitação de procedimentos	3

7. Para vacinas deve conter:	Nota
Demonstrar como se cria um registro de vacinação para o paciente	3
Demonstrar como se registra reações adversas à vacina.	3
Demonstrar como se cria a carteira de vacinação	3
Demonstrar como se reporta à vacinação ao sistema de vacinação (SIS-PNI)	3
Listagem atualizada de vacinas públicas e privadas	3
Demonstrar como se lembra ao cliente que sua vacina tem que ser renovada ou quando deverá tomar a próxima	3



8. Relacionado a Gestão de papel deve conter:	Nota
Demonstrar como se vincula o prontuário em papel ao prontuário eletrônico	2
Demonstrar como se utiliza recursos do próprio sistema do prontuário para evitar uso do papel em autorizações, referências, exames, receitas.	3
Utilizar entre os profissionais recados via sistema que contemple no histórico do paciente	3
Demonstrar como se digitaliza e anexa informações em papel no prontuário	2

9. Para Suporte à Decisão Clínica deve conter:	Nota
Demonstrar a criação de templates/workflow para screening, linhas de cuidado e planos de tratamentos para doenças preveníveis, sexualmente transmissíveis, infecciosas, neoplásicas e crônicas, adequadas ao sexo e faixa etária do paciente (HPV, Clamídia, Tuberculose/Hansen, Insuficiência Renal crônica, Diabetes, DPOC, demência, depressão, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, obesidade, etc).	3
Demonstrar como a ferramenta faz a recomendação dos cuidados	2
Demonstrar os relatórios de performance clínica por profissional (O sistema deve permitir a criação de indicadores)	3
Demonstrar como o sistema faz a remuneração por performance	2
Demonstrar como o sistema faz relatório de referência e contra-referência	3
Demonstrar como a base de conhecimento pode ajudar na tomada de decisão	2
Demonstrar a existência e como são criados os indicadores clínicos individual e populacional de saúde	3
Demonstrar os indicadores administrativos de utilização como número de consultas por profissional/mês, taxa de encaminhamento para especialistas, tempo de espera para início atendimento, tempo de espera em dias por uma consulta.	3
Permitir agendamento de tarefas entre os profissionais de saúde (para reagendar, ligar, monitorar) emitindo alerta de quando realizar a tarefa	3
Demonstrar como são criados os templates para atendimento especializado	2
Demonstrar que o profissional sem conhecimento de programação pode gerar relatórios de indicadores na unidade de atenção primária sem recorrer a TI. Estes relatórios podem ser perguntas do tipo: taxa de cobertura de mamografia na população elegível, percentual de pacientes com pressão arterial controlada, etc.	2



10. Pesquisa e lembretes aos pacientes para exames preventivos e medicações de uso contínuo deve conter:	Nota
Demonstrar como o sistema elabora lista de tarefas para retorno de pacientes que precisam para realizar exames preventivos, refil de medicações, gestão de doenças crônicas, etc. Como o paciente é avisado, cartas, e-mails, sms, etc.	3
Demonstrar quais consultas e relatórios são gerados pelo sistema com objetivo de medicina preventiva e saúde pública. (gestão populacional)	2

11. Relacionado a Faturamento deve conter:	Nota
Explique como o sistema de faturamento está integrado ao prontuário.	3
Mostrar a geração de guias de faturamento automaticamente	3
Demonstrar baixa de material/medicamentos	3
Contemplar as regras a serem definidas pelo intercâmbio para atendimento	2
Demonstrar a utilização de comunicação TISS	2

12. Relacionado a Privacidade deve conter:	Nota
Demonstrar como se realiza a gestão de identidades e privilégios de usuários	3
Declaração de confidencialidade nos relatórios com assinatura digital	3
Impressão de prontuários com senha ou assinatura digital	3
Mascaramento de dados sensíveis	3
Formas de registros privativos apenas por categoria profissional (exemplo: psicologia)	3

13. Relacionado a Segurança e trilhas de auditoria deve conter:	Nota
Demonstrar como a atribuição e papéis é realizada	2
Demonstrar assinaturas digitais de documento	3
Demonstrar rastreamento de acessos ao RES	2
Demonstrar logs de auditoria e relatórios sobre acesso aos dados	2
Demonstrar como o sistema trabalha off-line (Gestão de contingências)	3



14. Para apoio Técnico operacional deve conter:	Nota
Demonstrar a facilidade de navegação, a facilidade de o profissional criar os próprios formulários e relatórios, à facilidade de evoluir o sistema de acordo com o conhecimento e necessidades do cliente, a biblioteca de artefatos de conhecimento, os padrões utilizados, serviços de terminologia e a capacidade de trocar informações com sistemas externos.	3
Demonstrar o cadastro de sinais vitais do paciente e como eles impactam na prescrição	3
Demonstrar a reação do sistema para o registro de informações erradas. Ex. valores inexistentes no sinais vitais (T° 37 o usuário escreve 99)	3
Demonstrar o funcionamento do sistema em dispositivo móvel (Tablet, Smartphone)	2
Permitir separar por condição de saúde/gestão de patologias	2
Demonstrar registros de texto padrões e busca automática dos dados para evolução.	2
Centralização dos sistemas integradores (banco de dados)	3

15. Relacionamento com o cliente deve conter:	Nota
Tem portal de relacionamento com o cliente ou integra com o portal da operadora	3
O portal ou a integração permite agendamento e cancelamento de consultas	2
O portal ou a integração permite ao paciente acesso às informações clínicas	2
O portal ou a integração permite ao cliente enviar e-mail seguro aos médicos e à equipe	2
O portal ou a integração permite chat para comunicação assíncrona com os profissionais de saúde de referência	2
O portal ou a integração permite a postagem de material educativo	2

16. Interoperabilidade – Integração entre serviços / sistema:	Nota
Integrar com outros serviços via sistemas para que a equipe de APS tenha conhecimento de atendimentos em outros recursos e serviços próprios da Unimed	3
Integrar com sistema de laboratório e centro de imagem de modo que o resultado dos exames realizados sejam inseridos no PEP automaticamente	3
Gerar relatórios para pesquisa de satisfação / Integrar com sistemas de avaliação sistemática da experiência do cliente de modo a oferecer a lista dos eventos / atendimentos que serão encaminhados aos pacientes	3



17. Telessaúde/Telemedicina:	Nota
Oferece ferramenta de conexão por áudio e vídeo compatíveis com computador, tablet e smartphone	3
A ferramenta dispõe de chat para conversa entre profissional e paciente	2
A ferramenta permite captura de tela para evidências de exame físico	2
Integração com ferramentas de comunicação virtual (WhatsApp, Telegram, etc.) para envio de links e documentos	3
Integração com ferramentas de comunicação virtual (WhatsApp, Telegram, etc.) para registro em prontuário de orientações e aconselhamentos clínicos	2



Referências:

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Manual de Certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras e Planos de Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/programa-de-certificacao-de-boas-praticas-em-atencao-a-saude/certificacao-em-atencao-primaria-a-saude-aps/manual_aps_inclusao_anexos_final.pdf. Acesso em 25 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial, Brasília – DF, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BURY J. Éducation pour la santé: concepts enjeux planifications. Brussels: De Boeck-Université; 1988.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS: [s.n.]. 1978.

FENTON, J.J.; Jerant, A.F.; Bertakis, K.D.; Franks, P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. Arch Intern Med. 2012 Mar 12;172(5):405-11.

FRENK, J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. Lancet. 2009; 374 (9684):170-3.

JAMOULLE M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015;4(2):61-64

JAMOULLE M. Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice). 2000.

JOHNSON, A. Vision into action. Address to the eleventh annual conference and exhibition of the National Health Service Alliance. International Conference Centre, Bournemouth, U.K.; 2008 Oct 16.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, 1974.

LEAVELL, H; CLARK, E.G. Medicina preventiva. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo; 1976.



MENDES, E.V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 124 p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 25 ago. 2023.

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, tomo II, 2001.

MENDES, E.V. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. Agir em Saúde. Um Desafio para o Público. [S.l.]: Hucytec, 1997. p. 197-228.

MINISTRY OF HEALTH. Consultative council on medical and allied services. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920.

PAGLIOSA, L.F.; Da Rosi M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Revista Brasileira de Educação Médica; 32 (4): 492–499; 2008.

ROSA, G. S.; Moraes, M. V. Do conceito à Implantação: A consolidação do modelo APS na Unimed Paraná e na Unimed Curitiba. Unimed do Estado do Paraná. Curitiba-PR, 2014. Disponível em: http://unimed.coop.br/portalunimed/flipbook/federacao_pr/consolidacao_modelo_aps/files/assets/common/downloads/publication.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

ROSE G. Estratégias da medicina preventiva. Porto Alegre: Artmed; 2010. 192 p.

ROSSER, W.W.; COLWILL, J.M.; KASPERSKI, J.; WILSON, L. Patient-centered medical homes in Ontario. N Engl J Med. 2010; 362(3):e7.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. Is Primary Care essential? Lancet. 1994; 344(8930):1129–33.

STARFIELD, B. The primary solution: put doctors where they count. Boston Review; November 01, 2005. Disponível em: <https://www.bostonreview.net/articles/barbara-starfield-the-primary-solution-doctors/>. Acesso em 25 ago. 2023.

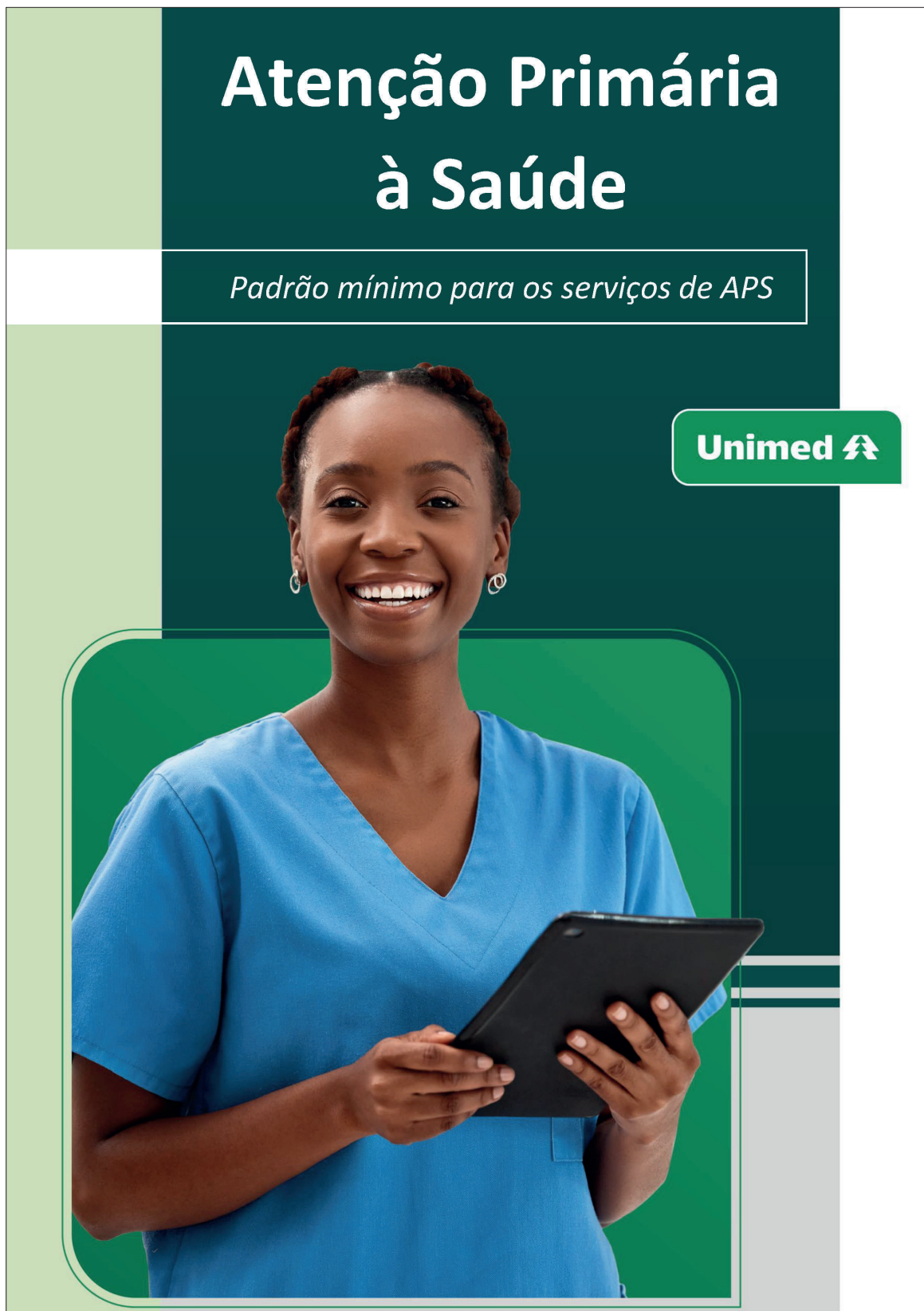
UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ. Do conceito à Implantação: A consolidação do modelo de APS na Unimed Paraná e na Unimed Curitiba. Curitiba, PR 2014.

UNIMED FEDERAÇÃO MINAS. Atenção Primária à Saúde: Um olhar da Federação Minas. Projeto MAIS – Modelo de Atenção Integrada à Saúde. Minas Gerais, 2018.

UNIMED FESP. Programa Estadual de Atenção Primária à Saúde. Referencial teórico em APS. São Paulo. 2019. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/web/unimedfesp/referencial-teorico-aps>. Acesso em: 25 ago. 2023.



ANEXO 1 – Padrão mínimo para os serviços de APS





I. Apresentação

Este trabalho teve como ponto de partida a necessidade do posicionamento institucional em APS – Atenção Primária à Saúde. Após 11 anos de implementação desse modelo no Sistema Unimed, faz-se necessário redefinir os seus parâmetros para o aprimoramento e o direcionamento estratégico para as Unimeds.

Assim, por meio da Diretoria de Gestão de Saúde, a Unimed do Brasil conduziu e estruturou estas diretrizes com as Federações Estaduais, cujo material é a linha base para viabilizar a operação no Intercâmbio, bem como, criar sinergia nas frentes estratégicas como interoperabilidade, pagamento por desempenho, experiência do cliente, entre outros.

Após o encontro das lideranças em AIS/APS da Federações Estaduais, foram definidos os temas que deveriam ser priorizados. Uma das grandes dores levantadas pelo grupo foi justamente a dificuldade de evidenciar, junto às suas Singulares, quais das iniciativas realmente eram projetos de Atenção Primária e não apenas unidades ambulatoriais.

Podemos afirmar que a existência de uma APS se concretiza de fato somente quando os seus atributos estiverem sendo obedecidos em sua totalidade:

- **Primeiro contato** – implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.
- **Longitudinalidade** – implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
- **Integralidade** – significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.
- **Coordenação** – é constituída na capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem

CONFIDENCIAL - "A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados."



Atenção Primária à Saúde | Padrão mínimo para os serviços de APS



seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação da rede de assistência à saúde.

Da mesma forma, uma APS de qualidade deverá cumprir minimamente três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização. Portanto, não podendo ser confundida com um serviço ambulatorial ou algum outro serviço que não tenha a entrega dos atributos.

Entretanto, como o formato de aplicação dos atributos depende de cada contexto populacional e da realidade de cada Unimed, não existe uma única maneira de operacionalizar a sua aplicação na prática dos serviços.

Dessa forma, torna-se necessário o estabelecimento de padrões mínimos como base norteadora para avaliar se um determinado serviço pode ser classificado como um serviço de atenção primária e, consequentemente, permitir a sua contratualização e comparabilidade dentro de métricas adequadas.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho se constituiu no desenvolvimento um conjunto mínimo de princípios estruturantes (padrão mínimo) que vão caracterizar uma unidade de APS.

II. Justificativa

Por que definir um padrão mínimo para o serviço de APS?

- Permite definir quais serviços foram realmente desenhados com a finalidade de cumprir a função de Atenção Primária.
- Traz maior sinergia entre a estratégia de produto/modelo assistencial proposto e o desenho do serviço ambulatorial entregue.
- Permite organizar melhor os recursos e os processos aplicados na implantação do serviço.
- Permite uma avaliação mais qualificada dos resultados alcançados por esse serviço.

CONFIDENCIAL - "A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados."



Quais os benefícios em definir um padrão mínimo para o serviço de APS?

- Permite estabelecer uma estratégia de qualificação para serviços que realmente foram desenhados para a função de Atenção Primária.
- Facilita a possibilidade de benchmarking dentro do Sistema Unimed.
- Cria sinergia na utilização de sistemas de apoio entre as Unimeds.
- Facilita a construção de uma política de Intercâmbio e a sua qualificação contínua.

III. Metodologia utilizada

A construção dos padrões mínimos – desenvolvida pela Diretoria de Gestão em Saúde (DGS) da Unimed do Brasil em conjunto com os representantes técnicos das Federações Estaduais – transcorreu durante quatro encontros subsequentes, como principal temática abordada no Grupo Técnico, no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023:

- **4ª Reunião:** 11/10/2022 – Estudo e proposta do Padrão mínimo
- **5ª Reunião:** 8/11/2022 – Validação dos requisitos para o Padrão mínimo
- **6ª Reunião:** 24/1/2023 – Detalhamento dos requisitos
- **7ª Reunião:** 14/2/2023 – Detalhamento e finalização dos requisitos

Em um primeiro momento, foi solicitada ao grupo uma análise técnica dos documentos de certificação e qualificação presentes na literatura, como PCATool, Manual de Certificação de Boas Práticas em APS, ONA e QMentum. Como desfecho, concluímos que não havia definições específicas voltadas a um padrão mínimo para operacionalização dos serviços de APS.

Dessa forma, concluiu-se a necessidade da construção de uma proposta baseada especialmente na literatura do PCATool e do Manual de Certificação de Boas Práticas em APS, por meio da entrega dos atributos de APS. Ao todo, foram constituídos 11 itens, que se caracterizam como um padrão mínimo para o serviço de APS.

Foram elencados os 11 itens e as suas respectivas descrições, abordando o contexto metodológico e de aplicabilidade aos serviços de APS, ressaltado os desafios futuros durante o processo de cumprimento, mediante os resultados apresentados do último mapeamento de APS. Por sua vez, os dirigentes presentes concordaram com a descrição técnica abaixo.

CONFIDENCIAL - “A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados.”



IV. Descrição técnica

A seguir, está descrito o conjunto mínimo de princípios estruturantes (padrão mínimo) que vão caracterizar uma unidade de APS no Sistema Unimed.

1. Estabelecimento de vínculo do serviço com a carteira de pacientes

Requisitos para o estabelecimento de vínculo com os pacientes:

- ✓ Ter um processo com regras preestabelecidas para vinculação (entrada e saída) de pacientes à carteira da unidade e das equipes de Atenção Primária à Saúde.
- ✓ Estabelecer comunicação deste vínculo e deste processo para os respectivos beneficiários e profissionais envolvidos.
- ✓ Possuir uma lista de pacientes vinculados atualizada por unidade e por equipe.
- ✓ Possuir, caso apresente clientes na modalidade **benefício***, um termo de compromisso de vinculação à APS.

Obs.: Quando o beneficiário possui uma rede de cuidados de livre escolha e, também, pode se vincular e beneficiar com os cuidados da Atenção Primária por meio da unidade de APS.

2. Horário de funcionamento assistencial da unidade/serviço (semanal)

Conceito: refere-se à unidade assistencial aberta e disponível para prestar assistência ao beneficiário (presencial ou virtualmente).

Obs.: Esse tópico não contempla unidades *in company*, que devem seguir as especificações de acordo com o cliente PJ.

Requisitos para funcionamento assistencial da unidade/serviço:

- ✓ Funcionamento ao menos 5 dias na semana.
- ✓ Carga horária: a partir de 40 horas semanais.
- ✓ Atender ao menos 2 turnos diferentes na semana.

3. Equipe mínima

Médico – sugestão: (clínica médica/médico família) – e enfermeiro.

Requisitos para equipe mínima:

- ✓ Possuir médico com formação em Medicina de Família e Comunidade ou Clínico Geral com capacitação em APS e/ou experiência mínima de 2 anos em APS.

CONFIDENCIAL - "A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados."



- ✓ Enfermeiro especialista em Saúde da Família ou Generalista com capacitação em APS e/ou experiência mínima de 2 anos em APS.

Obs.: caso o enfermeiro tenha carga horária parcial destinada para atividades administrativas da unidade e/ou outro serviço, é necessário que haja redimensionamento da equipe com provisionamento de recursos (outro enfermeiro e/ou técnico de enfermagem) para cobertura integral das demandas assistenciais.

4. Proporcionalidade da disponibilidade de horas dos profissionais assistenciais pelo número de vidas de cada equipe:

- ✓ Para cada 1.000 vidas vinculadas na unidade, devem ser consideradas pelo menos 20 horas médicas por semana, distribuídas em pelo menos 5 períodos e dias diferentes (pelo menos 3 dias na semana e 2 turnos diferentes).

Obs.: sendo que 20 horas semanais deve ser o mínimo de horas **médicas** para começar uma unidade (independentemente do número de vidas da carteira).

- ✓ Para cada 1.000 vidas vinculadas na unidade, devem ser consideradas pelo menos 20 horas do enfermeiro, distribuídas em pelo menos 5 períodos e dias diferentes (pelo menos 3 dias na semana e 2 turnos diferentes).

Obs. 1: sendo que 40 horas semanais deve ser o mínimo de horas de **enfermagem** para começar uma unidade, independentemente do número de vidas da carteira (conforme o requisito 2).

Obs. 2: para unidades com horário de funcionamento maior que 40 horas semanais, é necessária a garantia de cobertura assistencial em todo o horário de funcionamento da unidade.

Obs. 3: caso o enfermeiro tenha uma carga horária parcial destinada para atividades administrativas/gerenciais (ex.: participação em reuniões da Operadora) da unidade e/ou atuação em outro serviço (ex.: enfermeiro com carga horária na Medicina Preventiva), é necessário que haja redimensionamento da equipe com provisionamento de recursos (outro enfermeiro e/ou técnico de enfermagem) para cobertura integral das demandas assistenciais.

5. Ofertar demanda programada e demanda espontânea

Requisitos para ofertar o mínimo de demanda programada e espontânea:

- ✓ Demanda programada: por meio de uma consulta presencial e/ou virtual (médica ou enfermagem) feita com agendamento prévio, para atendimento de uma demanda de um beneficiário, conforme protocolos clínicos e/ou desejo do paciente.

CONFIDENCIAL - "A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados."



Atenção Primária à Saúde | Padrão mínimo para os serviços de APS



- ✓ Demanda espontânea: por meio presencial ou virtual, sem agendamento prévio e em menor tempo possível (preferencialmente em até 72 horas), para atendimento de uma demanda de um beneficiário.
- ✓ Esses dois serviços devem ser ofertados durante todo o tempo de funcionamento da unidade.
- ✓ Ter processos padronizados para cada tipo de serviço para toda a unidade.
- ✓ Pode haver flexibilização na organização das agendas dos profissionais de saúde para a oferta desses 2 serviços, conforme perfil da carteira e turnos e dias da semana.

Obs.: é importante que a equipe de gestão da unidade faça um acompanhamento periódico do perfil das demandas (por meio de indicadores, como: volume de atendimentos das demandas programada e espontânea; tempo médio para agendamento; taxa de pronto atendimento) para o ajuste das agendas dos profissionais em relação à oferta desses serviços.

6. Estrutura física mínima

- ✓ A estrutura física deve seguir as normas da RDC 50.
- ✓ Toda estrutura pode ser compartilhada com outros serviços, desde que seja dimensionada à população atendida. Nesse caso, é fundamental considerar a realidade das Unimeds e suas condições para investimento em estrutura – item analisado com atenção neste quesito.
- ✓ A estrutura física mínima contemplada para o atendimento dos beneficiários deve ter:
 - Recepção
 - Consultório médico dimensionado de acordo com a quantidade de vidas da unidade (20 horas de disponibilidade para cada 1.000 vidas assistidas)
 - Consultório de enfermagem dimensionado de acordo com a quantidade de vidas da unidade (20 horas de disponibilidade para cada 1.000 vidas assistidas)
 - Sala de cuidados (administração de medicamentos, inalação, curativos, pequenos procedimentos, entre outros)
 - Caso a unidade realize atendimentos em Saúde da Mulher, é necessário pelo menos um consultório com banheiro e equipado para procedimentos ginecológicos
 - Demais dependências devem ser estruturadas em sinergia com a carteira de serviço proposta

7. Documentação da unidade

Documentação mínima:

- ✓ CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas
- ✓ CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica e Alvará de Localização

CONFIDENCIAL - "A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados."



Atenção Primária à Saúde | Padrão mínimo para os serviços de APS



- ✓ Licença Sanitária
- ✓ CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- ✓ Indicação de Diretor Técnico
- ✓ RT (Responsável Técnico) de Enfermagem

Obs.: esta proposta está em sinergia com a definição da equipe mínima assistencial. Caso a unidade apresente em sua equipe assistencial outros profissionais de saúde, é necessária a avaliação para estabelecimento de RT junto com os respectivos conselhos profissionais.

8. Ter prontuário único e compartilhado com a equipe do serviço de APS

- ✓ Prontuário eletrônico, preferencialmente, ou prontuário físico sob guarda do serviço.
- ✓ Prontuário compartilhado entre a equipe de saúde (médico e enfermeiro e/ou outros profissionais da equipe assistencial da APS).

9. Público-alvo mínimo atendido

- ✓ Adulto: indivíduo com idade igual ou maior que 19 anos e menor que 60 anos
- ✓ Idoso: indivíduo com 60 anos de idade ou mais
(Fonte: Manual de Certificação de boas práticas em APS - ANS).

Obs.: como boa prática na melhoria da entrega dos atributos da integralidade do cuidado e da orientação familiar, recomenda-se a ampliação dos públicos atendidos e as suas respectivas linhas de cuidado.

10. Unidade de APS deve possuir carteira de serviços definida

- ✓ De modo a proporcionar maior clareza quanto às ações e aos serviços ofertados no âmbito das equipes de APS, as operadoras devem elaborar uma Carteira de Serviços (de acordo com o público assistido) em APS.
- ✓ Carteira de Serviços em APS definida, contendo a descrição das ações e dos serviços ofertados no âmbito das equipes de APS.
(Fonte: Manual de Certificação de boas práticas em APS - ANS)
- ✓ Divulgar a carteira de serviços para os beneficiários e a equipe assistencial da APS.

Obs.: como boa prática, recomenda-se o estudo prévio e periódico da carteira de clientes vinculada para melhor sinergia com a proposta de serviços oferecida.

11. Possuir fluxo de coordenação do cuidado, por meio de mecanismos de referência e contrarreferência

- ✓ Formulário padronizado para referência e contrarreferência (manual e/ou digital).

CONFIDENCIAL - “A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados.”



Atenção Primária à Saúde | Padrão mínimo para os serviços de APS



- ✓ Possuir processo padronizado para referência e contrarreferência dentro da unidade de APS.
- ✓ Possuir processo de acompanhamento (planilha populacional e indicadores) para pacientes encaminhados para outros níveis assistenciais.

Obs.: são boas práticas para a coordenação do cuidado e devem ser incentivadas nas unidades de APS as seguintes ações:

- Acompanhamento dos pacientes durante o episódio de transição do cuidado (busca ativa de pacientes que passaram em consulta em pronto atendimento; marcação de consultas na APS para pacientes com alta hospitalar nos últimos dias).
- Marcação na unidade de APS de consultas e exames para outros níveis assistenciais.

V. Plano executivo

Para Unimeds que forem implantar um novo serviço de APS, as Federações se comprometem a apoiar e estimular o desenvolvimento de unidades dentro dos padrões mínimos definidos.

Para as Unimeds que já possuem um serviço de APS implantado, mas que não possuem todos os critérios mínimos, as Federações se comprometem a estimular essas Singulares a desenvolver tais padrões dentro de um prazo de até 2 anos.

VI. Ficha técnica

Federações que participaram:

- Unimed Paraná
- Unimed Santa Catarina
- Unimed Alagoas
- Unimed Federação do Estado do Mato Grosso
- Unimed Federação do Estado de São Paulo
- Unimed Federação do Espírito Santo
- Unimed Federação do Estado de Minas Gerais
- Unimed do Ceará
- Unimed Federação Rio Grande do Sul
- Unimed Pernambucana
- Unimed Federação Centro Brasileira
- Unimed Federação do Estado do Mato Grosso do Sul

Aprovação

Unimed do Brasil

Diretoria Executiva da
Unimed do Brasil

Gestão e Coordenação Unimed do Brasil

Dr. Marcos de Almeida Cunha
Dr. Christian Morato de Castilho
Karen Aoki

CONFIDENCIAL - "A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados."



Revisão

Diretores das Federações Estaduais:

Dr. Ary de Queiroz Arão
Dr. Cristiano Barbosa Queiroz
Dr. Danúbio Antonio de Oliveira
Dr. Faustino Garcia Alferez
Dr. Guilherme Lobo da Silveira
Dr. José Milton Cunha Mirenda
Dr. Luiz Gustavo Mendes
Dr. Marme Bezerra do Nascimento
Dr. Miguel Zerati Filho
Dr. Sergio Malburg Filho
Dra. Kelline Paiva Bringel
Dra. Maria Lúcia Lira França

Data da publicação: 2023

Autores

Equipe Técnica das Federações e Unimed do Brasil:

Arianne Villanova Almeida Gaio
Daniely de Matos Mendes
Dulcimara Johann
Kátia Macário Santos Quintiliano
Jhonatan Riedo Batilani
Luciana Begnossi de Oliveira
Luciana de Souza Silva
Luciano Valadão Leite Pinheiro
Manuely Ansia Dopazo
Mariella Benevides Magalhães
Pablo de Lannoy Sturmer
Sara Dall'Agnol
Raíssa Brandão
Roberta Ribeiro de Castro
Sandra Christo dos Santos
Sergio Leandro Aquilas Rodrigues

CONFIDENCIAL - "A utilização deste material deve ficar adstrita ao Sistema Unimed, sendo proibida reprodução ou utilização parcial ou total sem autorização, sob pena de responsabilização conforme a lei. Todos os direitos reservados."



Anexo 2 – Trilhas Educacionais em APS

Competências do Coordenador da APS:

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
- Governança Corporativa e Cooperativa - Gestão da Qualidade, Inovação e Conhecimento - Pensamento e Planejamento Estratégico - Visão estratégica sobre novas tecnologias em Saúde - Sistemas de avaliação e monitoramento - Gestão com foco em resultados - Visão de mercado, tendências e cenários - Modelos de remuneração - Aplicação do Método Epidemiológico como ferramenta de gestão em saúde - Saúde Baseada em Valor	- Gerenciamento de projetos e processos - Gestão atendimento ao cliente (contratante e beneficiário) - Cadeia de fornecedores - Gestão jurídica - Gestão de comunicação e marketing - Gestão financeira - Gestão de riscos - Soluções e inovação em TI - Gestão empresarial/negócio - Sistemas de informação - relacionados a análise de dados em saúde - Gestão de Pessoas - Gestão de riscos e controles internos - Conhecimento da rede oferecida aos beneficiários - Experiência do cliente	- Regulação e regulamentação ANS - Gestão de recursos próprios e redes de prestadores - Custos assistenciais e Sinistralidade - Aspectos legais do funcionamento do serviço (ANVISA) - Gestão de operadoras de planos de saúde - Sistemas de avaliação e monitoramento (Indicadores de processo e resultado) - Medicina Baseada em Evidências - Método clínico centrado na pessoa - Segurança do paciente	- Ética - Foco no cliente - Intercooperação - Liderança e comunicação - Atuação estratégica e sistêmica - Sigilo das informações - Melhoria contínua - Foco no resultado e em segurança - Gestão da Mudança - Negociação - Motivação e propósito - Gestão de tempo - Inteligência emocional - Gestão do conhecimento - Assumir responsabilidade - Tomada de decisão	- Princípios das estrutura e classificação e hierarquia organizacional - Cooperativa de serviço médico - Identidade e cultura organizacional - Relacionamento com o cooperado - Aspectos contábeis e societária das cooperativas - Intercâmbio (Regras e políticas)



Competências do Médico/Enfermeiro da APS:

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
- Governança Corporativa e Cooperativa - Gestão da Qualidade, Inovação e Conhecimento - Pensamento e Planejamento Estratégico - Novas tecnologias em Saúde - Gerenciamento de Resultados e Relevância de Dados - Certificações/acreditações - Aplicação do Método epidemiológico como ferramenta de gestão em saúde - Saúde Baseada em Valor	- Gerenciamento de projetos e processos - Gestão atendimento e experiência do cliente - Gestão documental - Gestão de riscos - Soluções em inovação em TI - Sistemas de informação relacionados a análise de dados em saúde	- Regulamentação e regulamentação ANS - Judicialização na assistência à saúde - Relacionamento com recursos próprios e redes prestadores - Custos assistenciais e Sinistralidade - Aspectos legais do funcionamento do serviço (ANVISA) - Gestão Populacional/Gestão da carteira de beneficiários - Sistemas de avaliação e monitoramento (Indicadores de processos e resultado) - Medicina Baseada em Evidências - Método clínico centrado na pessoa - Saúde e segurança do paciente - Urgência e emergência - Modelos assistenciais - Epidemiologia - Suporte básico de vida e/ou avançado - Raciocínio clínico e interação com o paciente - Medicação - Controle de infecções - Registros clínicos / Prontuário do paciente - Registro, análise e plano de ação de indicadores em saúde - Habilidades de comunicação - Imunização - Avaliação e monitoramento de pacientes - Fluxos e Processos de trabalho na APS - Desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos - Linhas de cuidado - Intercâmbio (Regras e políticas) - Estímulo ao desenvolvimento ao autocuidado - Gestão da transição do cuidado - Sistematização da assistência de enfermagem (exclusivo enfermeiro) - Capacitação em Tratamento de Feridas	- Ética - Foco no cliente - Intercooperação - Liderança e comunicação - Atuação estratégica e sistêmica - Sigilo das informações - Melhoria contínua - Foco no resultado e em segurança - Gestão da Mudança - Negociação - Motivação e propósito - Gestão de tempo - Inteligência emocional - Gestão do conhecimento - Assumir responsabilidade - Tomada de decisão	- Princípios das cooperativas, estrutura e classificação e hierarquia organizacional - Cooperativa de serviço médico - Identidade e cultura organizacional - Relacionamento com o cooperado - Intercâmbio (Regras e políticas)



Competências do Técnico de Enfermagem da APS:

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
- Gestão da Qualidade, Inovação e Conhecimento - Novas tecnologias em Saúde - Relevância de Dados e Resultados	- Gestão da Qualidade, Inovação e Conhecimento - Novas tecnologias em Saúde - Relevância de Dados e Resultados	- Sistemas de avaliação e monitoramento (indicadores assistenciais) - Aspectos legais do funcionamento do serviço (ANVISA) - Estímulo ao desenvolvimento ao autocuidado - Gestão da transição do cuidado - Método clínico centrado na pessoa - Saúde e segurança do paciente - Linhas de cuidado - Controle de infecções - Rede de serviços médico-assistenciais (Conhecimento da rede oferecida aos beneficiários) - Modelos assistenciais - Registro clínico / Prontuário do paciente - Urgência e emergência - Epidemiologia - Suporte Básico de vida - Medicação - Fluxos e Processos de trabalho na APS	- Ética - Foco no cliente - Intercooperação - Habilidades de Comunicação - Sigilo das informações - Gestão do tempo - Foco no resultado e em segurança - Gestão da Mudança - Negociação - Assumir responsabilidade/ tomada de decisão - Motivação e propósito - Inteligência emocional	- Princípios das cooperativas, estrutura e classificação e hierarquia organizacional - Cooperativa de serviço médico - Identidade e cultura organizacional - Relacionamento com o cooperado



Competências do Auxiliar Administrativo/Recepcionista da APS:

Gestão Estratégica	Gestão Empresarial	Operadoras de Planos e Serviços de Saúde e Regulação ANS	Comportamento e Valores	Cooperativismo e Sistema Unimed
• Gestão da Qualidade, Inovação e Conhecimento • Relevância de Dados e Resultados • Visão de mercado, tendências e cenários	• Execução de processos • Atendimento ao cliente Interno e externo • Gestão documental • Gestão de riscos	• Saúde e segurança do paciente • Satisfação do beneficiário/ Experiência do cliente • Centralidade no Cliente • Relacionamento com recursos próprios e redes prestadores • Conceitos básicos de Atenção Primária à Saúde • Fluxos e Processos de trabalho na APS • Conhecimento da rede oferecida aos beneficiários	• Ética • Foco no cliente • Intercooperação • Habilidades de Comunicação • Sigilo das informações • Gestão do tempo • Foco no resultado e em segurança • Gestão da Mudança • Melhoria contínua • Negociação • Assumir responsabilidade/ tomada de decisão • Motivação e propósito • Inteligência emocional	• Princípios das cooperativas, estrutura e classificação e hierarquia organizacional • Cooperativa de serviço médico • Identidade e cultura organizacional • Relacionamento com o cooperado • Intercâmbio (Regras e políticas)



ANOTAÇÕES



ANOTAÇÕES



ANOTAÇÕES



Alameda Santos, 1827 - 10º andar - Cerqueira César
01419-909 - São Paulo - SP - Tel: (11) 3265-4000
www.unimed.coop.br