



Atenção Primária de Saúde - Táticas Participativas para Potencializar a Coordenação dos Cuidados

Primary Health Care - Participatory Tactics to Enhance Care Coordination

Ana Carolina Gama Mamede

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte- UNINORTE. Especialização em Urgência E Emergência.- FACULDADES DELTA- CTD_PPROV. Especialização em Enfermagem Em Ginecologia E Obstetricia-FACULDADES DELTA, CTD_PPROV. Mestrado Em Saúde Pública. Universidad Del Sol,-UNADES. <http://lattes.cnpq.br/2509779926824945>

Jayssa Martins Vasconcelos

Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas- UEA. Aperfeiçoamento em Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde Pela Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul-UFRGS. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade del Sol – UNADES. <http://lattes.cnpq.br/3354727743415951>

Lucineide Barroso de Castro

Graduação em Enfermagem Centro Universitário do Norte –UNINORT. Especialização Em Urgência E Emergência. Faculdade Metropolitana De Manaus-FAMETRO. Especialização Em Especialista Em Enfermagem Em Obstetrícia - Instituto De Ensino Superior, IESMATERDEL. Mestrado Em Mestrado Em Saúde Pública-Universidade Del Sol- UNADES. <http://lattes.cnpq.br/0182407276889071>

Resumo: O presente estudo discute sobre a coordenação dos cuidados pela atenção primária à saúde (APS) promove melhorias na qualidade da prestação de serviço, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. Para alcançar os objetivos propostos na presente dissertação, foram utilizadas duas abordagens metodológicas: Revisão sistemática de literatura com método bibliográfico. Os resultados do estudo mostraram que a coordenação do cuidado não tem sido cumprida na atenção primária de saúde, e que os obstáculos para conferir concretude ao atributo da coordenação variam desde questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes a questões vinculadas às dimensões macro da organização do sistema de saúde. Após os métodos de exclusão onde foram incluídos 200 estudos, onde todos abordaram a temática, onde se alcançou o objetivo proposto e concluiu que as táticas para gestão do cuidado ainda falta muitas mudanças na saúde, principalmente por parte das esferas de governo.

Palavras-chave: Coordenadores de saúde; Cuidados integral a Saúde e Atenção Primária.

Abstract: The present study discusses the Coordination of care through primary health care (PHC) promotes improvements in the quality of provision, reducing access barriers to different levels of care and integrating actions and services at the same level of the health system and in the territory. To achieve the objectives proposed in this dissertation, two methodological approaches were used: Systematic literature review with bibliographic method. The results of the study showed that care coordination has not been fulfilled in primary health care, and that the obstacles to giving concreteness to the coordination attribute range from issues related to the team work process to issues linked to the macro dimensions of the organization of care. healthcare system. after the exclusion methods where 200 studies were included, all of which addressed the topic, where the proposed objective was achieved and concluded that the tactics for care management still lack many changes in health, mainly on the part of government spheres.

Keywords: Health coordinators; Comprehensive Health Care and Primary Care.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) promove melhorias na qualidade da prestação de serviço, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção por integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. Na literatura internacional, identificamos uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado, que envolvem elementos da integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (Almeida *et al.*, 2018).

Podemos compreender que o modelo ótimo de coordenação deve ser ajustado em função das necessidades do usuário, contexto dos sistemas de saúde, com suas distintas competências e formas de organização, e que vai requerer arranjos compatíveis com tais necessidades e especificidades de modo a dar uma resposta legítima e válida aos problemas de saúde das populações. Tais arranjos são implementados por meio de práticas de coordenação que envolvem fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações assim como a operação de mecanismos e instrumentos diversos (Turci *et al.*, 2015).

A coordenação como estratégia para superação da fragmentação assistencial também expressa os objetivos fundamentais de sistemas de saúde em contextos diversos. Embora os instrumentos e mecanismos reconhecidamente possam ser utilizados em diferentes sistemas de saúde, os objetivos podem ser muito distintos. Por exemplo, existem os interesses de mercado, como nos sistemas de caráter privado, ou aqueles fundamentados por objetivos universais e de equidade, como em sistemas públicos (Rodrigues *et al.*, 2018).

Diante dos diversos desafios enfrentados pela APS, destacamos um ponto relevante no que se refere à atenção à saúde: a gestão do cuidado. A gestão do cuidado em saúde são arranjos que possibilitam a articulação entre os serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado, de acordo com as diferentes situações clínicas. Esse tema remete diretamente à integralidade. As práticas do cuidado se relaciona com a gerência de práticas e fluxos de informações de saúde, por meio de mecanismos de referência, com o intuito de efetivar a integração dos serviços de atenção primária com serviços especializados para atender o usuário que busca a unidade de saúde (Santos; Giovanella, 2014).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É interessante ressaltar que as renovações dessas propostas devem constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir

melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. Outra preocupação era superar um modelo ineficiente de assistência à saúde e objetivar a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (Brasil, 2017). Atualmente, a PNAB foi reformulada e trouxe, na sua redação, algumas novidades que ainda precisam ser discutidas pelos gestores municipais.

Com essa definição, a ESF vem ganhando destaque nas discussões no âmbito da APS, e ao mesmo tempo, apontadas como caminho necessário para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, estratégia prioritária para organização da APS. Assim, o Ministério da Saúde, volta-se para romper com essa fragmentação e construir de fato, uma rede integrada de serviços de saúde, que tem como centro organizador a APS, e como estratégia de organização dos serviços no nível primário a ESF (Barra, 2013).

Avaliação dos Serviços de Saúde na APS

Assim, é relevante atentar para o fortalecimento das políticas públicas e dos programas na saúde, bem como a necessidade de rever o enfoque que vem orientando tradicionalmente sua avaliação, uma vez que as demandas, que se impõem com mais força aos gestores, referem-se a um maior acesso, bem como, uma melhor qualidade na prestação desses serviços de saúde.

Isso permite aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Acreditam ser a avaliação inerente à atividade do ser humano. Assim, ela constitui o modo de pensar do homem, fazendo com que se construa uma representação do real. Desse modo, objetos, processos e práticas são continuamente submetidos ao seu julgamento, para que ele possa se posicionar e agir dentro do ambiente do qual faz parte (Pucci, 2017).

Ainda, a avaliação em saúde é apontada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que ajuizam a realidade e possibilitam intervenções a partir de normas e critérios bem-definidos e adequados ao tempo e local ao qual se referem. Avaliar possibilita o diagnóstico de uma situação inicial e o estabelecimento de metas a serem trabalhadas a partir das necessidades de mudanças observadas, além de poder fortalecer o compromisso e responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada, sempre que esta participar do processo avaliativo (Sanine, 2014 e Bruin-Kooistra *et al.*, 2012).

Uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS, como estratégia indutora de qualidade em saúde, foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQESF). Esse projeto contou com cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Banco Mundial, além da assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. Foi lançada, em 2005, pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde com uma metodologia de auto avaliação e autogestão (Vasconcelos, 2011).

Inicialmente o PMAQ foi estruturado em quatro fases distintas, atualmente está organizado em três fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, sendo: Adesão e contratualização (primeira fase): fase em que há a adesão formal ao programa por meio da contratualização de compromissos e indicadores estabelecidos entre o MS e os gestores municipais, seguido de uma pontuação local entre gestores e equipes como afirma: (Brasil 2016 e Amaral, 2017).

Certificação (segunda fase): é composta por avaliação externa, avaliação de desempenho dos indicadores e verificação da realização das auto avaliações. Essa é fase em que as equipes de saúde, os gestores municipais, estaduais e o MS desenvolvem as ações, sendo a fase das auto avaliações e das avaliações externas. Nessa etapa ocorre a classificação dos Municípios e equipes de saúde conforme o desempenho atingido, podendo variar entre Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim (Brasil, 2016; Amaral, 2017).

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento é contínuo e composto pelos seguintes elementos como: auto avaliação, monitoramento de indicadores, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (Brasil, 2016; Amaral, 2017). É interessante ressaltar que o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) Versão Brasil foi o mais utilizado para avaliar a APS nos distintos municípios brasileiros até 2013 (Fracolli et al., 2014).

O formato ágil das questões, as diferentes versões para trabalhadores e usuários e o reconhecimento e validação em outros países contribuíram para sua disseminação no Brasil, propiciando o diálogo entre as opiniões dos dois segmentos (profissionais e usuários) fornecendo valiosos subsídios para a gestão do SUS (Tanaka et al., 2015).

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Com relação aos mecanismos de gestão mais utilizados, destacaram-se a utilização de tecnologias telecomunicativas, como registros eletrônicos e informatizados, utilização de guias, protocolos clínicos, mapas e diretrizes terapêuticas; construção de planos assistenciais; registro de profissionais, equipes e encaminhamentos; e a construção de sistemas de referência e contra referência (Duarte, 2016).

Uma gestão ideal envolve abordagens multidisciplinares, a documentação dos serviços prestados aos usuários, a comunicação, o monitoramento e a integração na prestação de serviços. Segundo estes autores, a gestão do cuidado se refere a solucionar problemas de comunicação, para compartilhar informações e conhecimentos entre os profissionais envolvidos na assistência. Nas práticas de gestão, estudos indicaram a importância da avaliação dos pacientes para identificar necessidades e demandas assistenciais, identificar populações mais vulneráveis ao cuidado fragmentado e determinar prováveis desafios de coordenação.

A gestão exige o estabelecimento de planos e integração de trabalhos, podendo associar-se a práticas com acordos formais e informais. Esta integração pode ser do tipo vertical (entre níveis, a exemplo de um centro de saúde primário com um hospital) ou horizontal (entre profissionais e setores do mesmo nível de atenção).

Desenvolver plano de cuidados inclui o planejamento de ações; a organização da atenção, conforme cada plano; e a identificação dos participantes chave no cuidado, para especificar suas funções. Esses estudos também destacaram que os planos de cuidados precisam ser colocados em prática, e devem ser monitorados para identificar necessidades de ajustes e falhas na gestão (Santos; Geovanella, 2014).

A comunicação e a troca de informações entre profissionais e usuários e entre profissionais de diferentes níveis de atenção, mostrou-se como componente crucial da gestão do cuidado. A comunicação pode ser realizada mediante utilização de registros médicos eletrônicos, registro das equipes e de profissionais, além de encaminhamentos e utilização de tecnologias tele comunicativas, como telefones e e-mails. Isto garantiria o conhecimento pelos diferentes profissionais, sobre dados clínicos, recursos, dentre outros, entre os distintos níveis de atenção. Gerir o cuidado se relacionaria com a gerência de práticas e fluxos de informações de saúde, por meio de mecanismos de referência, com o intuito de efetivar a integração dos serviços de atenção primária com serviços especializados (Santos; Giovannella, 2014).

Estudos evidenciaram que a transferência de informações sobre o cuidado, utilizando tecnologias tele comunicativas, foi imprescindível para melhorar coordenação da atenção às condições crônicas em organizações Norte-Americana. Corroborando com isto, países com melhores fluxos de informação apresentaram taxas mais altas de integração entre serviços de atenção secundária e terciária, além de ter facilitado a contra referência para os serviços de cuidados primários. Por outro lado, países com deficiência na informatização apresentaram limitações na introdução de cuidados mais coordenados (Ministério da Saúde, 2013).

Gestão do cuidado contribui no desenho da qualidade da organização do sistema de saúde. Nessa perspectiva, quando a rede de atenção básica estrutura-se e opera de forma qualificada, a resolutividade tende a ser mais elevada, aliviando as demandas para os serviços especializados, que na maioria das vezes são responsáveis pelo congestionamento do sistema. Para esta realidade, os serviços de saúde precisam ser organizados de forma articulada e integrada, interfacetados com os diferentes níveis de complexidade, facilitando, assim, o acesso dos usuários nos diferentes pontos da rede (Barbiani *et al.*, 2016).

OS DESAFIOS DA COORDENAÇÃO NA SAÚDE

De acordo com o Triângulo de Governo, de “Carlos Matus”, para que os desafios da AB sejam enfrentados, é fundamental que entre na agenda prioritária

dos gestores das unidades, isto é, integre o plano de governo. É necessário, ainda, que os gestores aprofundem o conhecimento sobre as tensões, disputas, atores e recursos que permeiam a AB, de modo que consigam buscar graus elevados de governabilidade. Por outro lado, tomar os desafios da AB como agenda estratégica para reordenar o SUS exige e, ao mesmo tempo, possibilita o desenvolvimento de uma capacidade de governo, ou seja, de “um conjunto de técnicas, métodos, destrezas de um gestor e de sua equipe para atingir os objetivos declarados” (Silva, 2014).

Pode-se dizer que o território da saúde é composto por „terrenos minados”, que nos forçam a agir ou permitem desenhar arranjos organizacionais para construir modos de produzir saúde. Mesmo quando há a construção de um certo modo de agir em saúde, de um certo modelo de organizar os processos de trabalho, de uma certa forma de produzir o cuidado, Dessa forma, as tensões podem servir como impulso para interferir no modelo constituído ou para manter o modelo dado da AB, principalmente a partir dos resultados alcançados pelo PSF e, mais atualmente, pela ESF. Entretanto, a saúde ainda sofre com questões que dificultam a superação dos seus desafios segundo (Santos, 2016).

Neste sentido, Paim *et al.* (2011) explicam que, para o SUS superar os desafios atuais, é necessária maior mobilização política atuando no sentido de reestruturar o financiamento das ações de saúde e de redefinir os papéis dos setores público e privado. Segundo os autores, os desafios futuros do SUS estão relacionados aos citados anteriormente e a outros voltados à adequação do modelo de atenção, para atender às necessidades da população e do País, e à promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.

Além de criatividade e adequado suporte técnico-científico, as soluções devem ser buscadas para melhoria do atendimento em serviços de AB e focar desde aspectos relacionados ao atendimento clínico-assistencial até o reconhecimento e incentivo a experiências exitosas que levam à reorganização da AB. A busca da qualidade não envolve apenas mudanças nas práticas dos profissionais das equipes. Ela exige, também, a qualificação da gestão, especialmente no nível local, sobretudo no que diz respeito às suas práticas e posturas (Savassi, 2012).

De acordo com Savassi (2012), aponta alguns aspectos que devem ser foco da atuação dos gestores visando à melhoria da qualidade na AB, como: a ambiência das unidades de saúde; o uso e a disponibilidade de tecnologias adequadas ao trabalho; passar uma imagem de confiabilidade e competência técnica dos profissionais das equipes; ter agilidade no atendimento; a definição das funções e obrigações dos setores e funcionários; e a priorização da satisfação do usuário.

Algumas iniciativas vêm sendo desenvolvidas visando reconhecer e superar os problemas da AB, principalmente após a criação do PSF. Os atuais desafios da AB imprimem a necessidade de desenvolver e aperfeiçoar as iniciativas com vistas à superação dos seus problemas e com o compromisso direcionado à melhoria da qualidade na AB (Paim *et al.*, 2011).

A partir da compreensão de que esses são os desafios a serem enfrentados na AB, buscou-se promover discussões e construir consenso acerca desse

entendimento nas esferas de pactuação tripartite do SUS. Nesse contexto, em abril do mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 439 sobre a AB, que serviu para revisão da PNAB segundo (Pinto, 2014).

Em relação aos recursos humanos, em 2017, os médicos eram 447 mil, os enfermeiros eram 230 mil e os odontólogos eram 127 mil. A razão de médicos por mil habitantes, que era de 0,84 em 1980, passou a 2,15 em 2017. Ademais, 75% dos médicos e 88% dos enfermeiros participam do SUS (Martins, 2014 e Viacava *et al.*, 2017). Em anos recentes, o SUS, por meio da instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incorporou novas categorias na APS (Borges *et al.*, 2014).

A gestão da saúde da população envolve várias dimensões: definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica; estabelecer um registro eletrônico dessa população e de suas subpopulações; ter um centro de comunicação na APS; conhecer profundamente essa população nos seus riscos sociais e sanitários; integrar em RAS as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde; operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde e sobre os determinantes biopsicológicos individuais; desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades com base em evidências científicas; dividir a população em subpopulações segundo estratos de risco; estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos; definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos; buscar a redução das desigualdades; monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade; implantar sistemas efetivos de informações em saúde; operar com equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, execução e monitoramento de planos de cuidados; e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado (McAlearney, 2003 e Lewis, 2014).

MARCO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos propostos na presente dissertação, foram utilizadas duas abordagens metodológicas: Revisão sistemática de literatura com método bibliométrico em revisão de escopo, utilizando recomendações das diretrizes do PRISMA para classificação dos estudos.

Esse tipo de pesquisa permite o mapeamento da literatura científica, de determinada área de conhecimento, por meio da construção de indicadores bibliométricos que permitem analisar as produções de diferentes autores, grupos, instituições e regiões do mundo (Hayashi, 2013; Silva, 2018). Complementarmente às análise quantitativas, a pesquisa também lançou mão de análise qualitativa do conteúdo dos artigos para identificar, entre outros aspectos, os delineamentos metodológicos e as diferentes abordagens teóricas empregadas (Hayashi, 2013).

Dessa forma, se tomada apenas em seu significado restrito, a quantidade seria apenas tradução de um problema, e por isso precisa ser interpretada

qualitativamente, justificando o uso complementar dos métodos utilizados para: (Silva, 2011 e Gatti, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a realização da bibliometria, as seguintes categorias de análise foram selecionadas: ano de publicação, versão do PCATool; atributos; cenário; procedência da instituição pesquisadora e da coleta de dados; instituição de ensino pesquisadora; área de conhecimento multiprofissional; quantitativo de autores; qualificação do 1º autor; palavras chaves; tipo de estudo; outros instrumentos; periódicos e o fator de impacto. A distribuição temporal dos artigos apresenta-se no Gráfico 01, no qual o primeiro estudo datou de 2011, já o pico de publicações sobre a temática do PCATool ocorreu em 2017 (36 artigos), seguidos por 2011 e 2021 (200 artigos/ano).

Os estudos sobre a temática abrangeram estudos de abordagem quantitativa, qualitativa ou quali-quantitativos, e com objetos de estudo semelhantes sobre a gestão de cuidados integral a saúde e os desafios dos gestores para potencializar as práticas da coordenação do cuidado.

Dentre os estudos selecionados, destacam-se também as políticas de saúde discutidas como direito universal a saúde, acessibilidade para o paciente e integralidade do acesso. Dos Manuais do Ministério da Saúde brasileiro encontrados, as diretrizes discutiam financiamento da saúde destes pacientes e os possíveis acordos bilaterais entre os países que fazem fronteira com o Brasil.

Figura 1- Estudos encontrados conforme ano de publicação, autoria, periódico/instituição, título, país do estudo e tipo de publicação.

Ano	Autoria	Periódico/Instituição	Título	País de estudo	Tipo de publicação
2011	Lorenzetti et al.	Programa de Pós Graduação em Enfermagem	Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados	Brasil	Artigo Original
2012	Rivera, E. Artman, E.	Texto e Contexto	Planejamento e Gestão em Saúde	Brasil	Livro
2013	Higa et al	Associação Brasileira de Educação em Medicina	Indicadores de Gestão em Saúde	Brasil	Artigo Original
2014	Rizotto et al	Centro Brasileiro de Estudo	Gestão do Trabalho em Saúde	Brasil	Artigo Original
2015	Viana et al	DATASUS	Segmentos Institucionais em Gestão em Saúde	Brasil	Books
2016	Pinheiro et al.	Programa de Pós Graduação em Enfermagem	Gestão em Saúde: O uso do sistema de informação	Brasil	Artigo Original
2017	Cunha, M. L.S e Hortale, V. A.	FIOCRUZ	Formação em Gestão em Saúde no Brasil	Brasil	Artigo Original
2018	Pito et al	Revista Ciência em	Ferramenta de apoio a Gestão em Saúde	Brasil	Artigo Original

		saude Coletiva			
2019	Pires et al	Programa em Pós Graduação em Enfermagem	Gestão em Saúde na Atenção Primária	Brasil	Artigo Original
2020	Pinafo et al	ABRASCO	Problemas e Desafios de Gestão em Saúde	Brasil	Artigo Original
2021	Malaman et al	Instituto de Medicina Social Hesio	Gestão em Saúde e as Implicações dos Gestores Municipais	Brasil	Artigo Original

Fonte: os autores.

Além disso, participa, controla, executa e avaliam os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e dietética, saneamento básico e saúde do trabalhador sob a responsabilidade no âmbito municipal. Destaca-se também que colabora com o governo federal e estadual na fiscalização da vigilância sanitária. Nesse contexto, os problemas dos gestores municipais de saúde pública em região de fronteira e as dificuldades encontradas foram aspectos semelhantes levantados por todos os estudos desta revisão.

Foram selecionados 10 publicações, o quadro 1 apresenta as dificuldades encontradas pelos gestores e as resoluções apresentadas pelos autores para melhorar a situação do papel do gestor de saúde pública. Dentre os estudos selecionados, destacam-se também as políticas de saúde discutidas como direito universal a saúde, acessibilidade para o paciente e integralidade do acesso. Dos Manuais do Ministério da Saúde brasileiro encontrados, as diretrizes discutiam financiamento da saúde para melhoria da gestão e qualidade no atendimento ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica no Brasil vinha expressando um esforço de construção de um modelo de atenção associado à contínua ampliação do acesso aos serviços e de melhoria da qualidade da atenção. Mais que uma realidade, percebia-se uma aposta de longo prazo, que abarcava uma agenda de enfrentamentos no campo das políticas sociais e do SUS.

Contudo, o viés gerencialista e produtivista da gestão dos serviços e do trabalho consolidaram-se em detrimento de um processo de trabalho mais participativo, realizado em equipe, e de uma vinculação mais segura e justa para os trabalhadores, que oferecesse estabilidade e melhores condições para as equipes enfrentarem as mudanças na condução da política. Seus efeitos foram desdobrados no próprio processo de cuidado, fortalecendo práticas e ações passíveis de mensuração, prejudicando a valorização da escuta e a interação subjetiva, características da educação em saúde e igualmente indispensáveis ao exercício da clínica ampliada.

Ficaram evidentes características singulares dos sistemas municipais de saúde, relativas à organização do processo de trabalho, oferta e cobertura de

serviços de atenção básica, à retaguarda especializada e à regulação dos fluxos assistenciais que repercutem diretamente no modo de operar de cada unidade de Saúde do Estado de Manaus. A gestão do cuidado se constitui como desafio na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde.

Um sistema de saúde que tenha em perspectiva atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados deve, portanto, considerar o seu ponto de vista e sua participação na definição de seu plano terapêutico como um dos elementos para a organização da oferta de serviços. Para os usuários que buscam respostas para as suas demandas, não importa tanto, mas principalmente, as suas necessidades são resolvidas no serviço de saúde. Considerar as expectativas dos usuários torna-se, por conseguinte, chave fundamental para que a APS se coloque no sistema como porta de entrada preferencial, lugar de procura regular para resolver oportunamente a maior parte dos seus problemas de saúde e acessar recursos especializados, quando necessário.

Entretanto, o ciclo de melhoria incremental observado na AB brasileira, desde a Conferência de Alma Ata, pode ser revertido em decorrência da ruptura democrática em curso no País, sinalizando perspectivas sombrias para os direitos sociais. A sistematização de propostas para enfrentamento dos desafios se refere a sugestões para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mediante mudanças factíveis em características estruturais e organizacionais de equipes e unidades de saúde e de práticas e ações profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P F, et al. **Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro.** ciênc saúde colet. [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 3]; 22(6):1845 1856. disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/14138123csc2061845.pdf>.
- BARBIANI, R; NORA, C R D; SCHAEFER, R. **Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review.** Rev. Latino-Am.Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 12];24:e2721. Available. from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>.
- BARRA, S. A. R. et al. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade.** 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial. 22 Set 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial. 22 Set 2017.

CAMPOS, Magda Lyce Rodrigues *et al.* **Análise de lesões orofaciais registradas no Instituto Médico-Legal de São Luís (MA), no período de 2011-2013.** Revista Brasileira de Odontologia Legal, v. 3, n. 2, 2016.

BORGES, Marcos de Carvalho *et al.* **Aprendizado baseado em problemas. Medicina (Ribeirão Preto),** v. 47, n. 3, p. 301-307, 2014.

DUARTE, Márcia de Freitas; ALCADIPANI, Rafael. **Contribuições do organizar (organizing) para os estudos organizacionais.** Organizações & Sociedade, v. 23, n. 76, p. 57-72, 2016.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida *et al.* **Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 4851-4860, 2014.

HAYASHI, Carlos Roberto Massao. **Apontamentos sobre a coleta de dados em estudos bibliométricos e cientométricos.** 2013.

MCALEARNEY, Ann Scheck (Ed.). **Population health management in health care organizations.** Emerald Group Publishing, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria da Atenção Básica - PMAQ - Manual Instrutivo.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013b.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011.

PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.** 2014. 231 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PUCCI, V. R. **Avaliação do Atributo da Integralidade na Atenção Primária à Saúde em Municípios da Região Centro-Oeste no Rio Grande do Sul: Pcatool- Brasil Versão Profissional, 2017, 44 p.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) UniversidadeFederal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

RODRIGUES, L.B. B; SILVA, P. C. S; PERUHPE,R.C., *et al.* **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** Ciênc. 2018.

SANINE, Patricia Rodrigues *et al.* **Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 34, p. e00094417, 2018.

SANTOS, A M; GIOVANELLA, L. **Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.48, n.4, p.622-31, ago.,2014.

SAÚDE Colet.[internet]. 2014 fev [acesso em 2018 out 4]; 19(2):343-352. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care* | ISSN 2179-6750, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

SILVA, R. M; ANDRADE, L. O. M. **Coordenação dos Cuidados em Saúde no Brasil: O Desafio Federal de Fortalecer a Atenção Primária à Saúde.** Physis (Rio Janeiro) [internet]. 2014 out-dez [acesso em 2018 out. 4]; 24(4):1207-1228.

TANAKA, O. Y. et al. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano.** 1. ed. -- Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TURCI, M. A; COSTA, M. F. L; MACINKO, J. **Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em belo horizonte, minas gerais, brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. cad. saúde pública [internet].** 2015 set. [acesso em 2022 Julho 4]; 31(9):1941-1952. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.