



SÉRIE

# Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas

No. 1

Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária  
em Saúde

*Estratégias para o desenvolvimento de equipes de  
Atenção Primária em Saúde*



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**



*Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde*

SÉRIE

# Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas

No. 1

Sistemas de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde

*Estratégias para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde*

Biblioteca Sede OPAS – Catalogação na fonte

Organização Pan Americana da Saúde

“Sistemas de saúde com base na atenção primária: Estratégias para o desenvolvimento de equipes de atenção primária em saúde (APS)”

Washington, D.C.: OPAS, © 2009

ISBN: 978-92-75-72931-1 (Empreso)

978-92-75-73262-5 (Eletrônico)

## I. Título

1. ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE
2. SERVIÇOS DA SAUDE
3. EQUIPES DE ADMINISTRAÇÃO INSTITUCIONAL
4. COMPETIÇÃO EM PLANOS DE SAÚDE – normas
5. ASSISTÊNCIA À SAÚDE
6. EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS – organização & administração

NLM – WA546.1

*Este documento é produto de um processo de trabalho e validação coordenado por Carmen Nebot e Carlos Rosales da Área de Sistemas e Serviços de Saúde (HSS) com a participação de Rosa Maria Borrell, Armando Güemes e José Ruales. O processo de definição das competências das equipes de Atenção Primária à Saúde contou com a participação de especialistas do Canadá, EUA, Brasil, Cuba, Costa Rica e Honduras.*

© Organização Pan-Americana da Saúde 2008

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde estão sob a proteção prevista nas disposições do Protocolo 2 da Convenção Universal sobre o Direito do Autor. Todos os direitos reservados.

As denominações empregadas nesta publicação e a forma em que são apresentados os dados que contém não implicam, por parte da Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde, juízo algum sobre a condição jurídica dos países, territórios, cidades ou zonas citados ou de suas autoridades, nem no que se refere à delimitação de suas fronteiras.

A menção de determinadas sociedades mercantis ou de nomes comerciais de certos produtos não implica que a Organização Pan-Americana da Saúde os aprove ou os recomende com preferência a outros análogos. A responsabilidade pelas opiniões expressas na presente publicação recai exclusivamente sobre seus autores.

# ÍNDICE

1. Introdução / Antecedentes	5
2. Equipes de APS	8
As equipes como unidade básica de trabalho	8
A equipe multidisciplinar	9
Interdisciplinaridade	9
Transdisciplinaridade	9
O trabalho em equipe	9
Equipes de saúde	10
A composição das equipes em APS	10
3. Atenção primária em saúde (APS)	12
Renovação da APS	12
Sistemas de saúde com base na APS	13
Elementos essenciais	14
4. Definição das competências das equipes de APS	19
Por que competências?	19
Conceito de competências	19
Classificação das competências	20
Competências genéricas	20
Competências específicas	24
Competência humanista	24
Matriz de competências para as equipes de APS	24
5. Anexo I: Glossário de termos	32
6. Referências	39



# INTRODUÇÃO / ANTECEDENTES

A atenção primária em saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde; este reconhecimento se fundamenta na evidência de seu impacto para a saúde e o desenvolvimento da população. Além disso, a experiência acumulada em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento demonstrou que a APS pode ser adaptada a diferentes contextos políticos, sociais e culturais. Por outro lado, as transformações demográficas, sociais e epidemiológicas ocorridas desde a realização da Conferência de Alma Ata requerem uma profunda revisão da estratégia de APS para poder responder às necessidades em saúde e desenvolvimento da população mundial.

A proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a renovação da APS teve início a partir da Resolução<sup>1</sup> [CD44.R6](#) de setembro de 2003, a qual propõe aos Estados-Membros adotar uma série de recomendações para fortalecer a APS. Além disso, insta à OPAS que leve em consideração os princípios da APS nas atividades de cooperação técnica, em particular os que estão relacionados com as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM); avaliar diferentes sistemas com base na APS e identificar e divulgar as boas práticas; capacitar os profissionais da saúde para a APS; apoiar modelos de APS definidos no nível local. Em resposta ao mandato anterior, a OPAS/OMS criou em maio de 2004 o Grupo de Trabalho (GT) de APS para que fizesse sugestões sobre as futuras orientações estratégicas e programáticas em APS; tal processo é encabeçado pelo escritório da Diretora Adjunta e coordenado pela Unidade de Organização de Serviços, da Área de Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde (THS/OS). O objetivo principal do GT foi a criação do documento de posição em APS, elaborado baseando-se no legado de Alma Ata, na experiência adquirida em APS e nas experiências extraídas dos processos de reforma. O documento de posição foi aperfeiçoado com os comentários e sugestões de especialistas de todos os países da Região bem como de especialistas internacionais. Em julho de 2005, foi realizada a Consulta Regional de Montevideu, Uruguai, que contou com a participação de representantes de 30 países, a partir da qual se elaborou a versão preliminar da Declaração Regional sobre APS. No dia 29 de setembro de 2005, o [46º Conselho Diretor](#)<sup>2</sup> ratificou a Declaração Regional. No documento de posição sobre a Renovação da APS, são definidos requerimentos para os recursos humanos em um sistema de saúde com base na APS:

- A cobertura universal requererá um volume importante de profissionais treinados em atenção primária.
- Os recursos humanos devem ser planejados de acordo com as necessidades da população.
- O treinamento dos recursos humanos deve ser articulado com as necessidades de saúde e ser sustentável.



- Devem ser formuladas políticas para qualidade do desempenho do pessoal.
- Devem ser caracterizadas as capacidades do pessoal (perfil e competências), e o perfil de cada profissional deve se ajustar a um trabalho específico.
- São requeridos mecanismos de avaliação contínua que facilitem a adaptação dos profissionais da saúde aos novos cenários e às necessidades variáveis da população.
- As políticas devem apoiar a abordagem multidisciplinar da atenção integral.
- A definição de profissional da saúde deve incluir aqueles que trabalham nos sistemas de informação, gerência e administração de serviços.

Paralelamente, sob a coordenação da unidade de Recursos Humanos (HSS/HR) foi realizada em Toronto, Canadá, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, de 5 a 7 de outubro de 2005<sup>3</sup>. Na referida reunião, foi feita o chamado à ação de Toronto que estabelece cinco grandes desafios:

- Definir políticas e planos de longo prazo para a adequação da força de trabalho às necessidades de saúde, às mudanças nos sistemas de saúde e desenvolver capacidade institucional para implementá-los e avaliá-los periodicamente.
- Designar as pessoas certas para os lugares certos, conseguindo uma distribuição equitativa dos profissionais de saúde nas diferentes regiões e de acordo com as diferentes necessidades de saúde da população.
- Regulamentar a alocação e migrações dos profissionais da saúde de maneira tal a garantir atendimento de saúde para toda a população.
- Criar relações de trabalho entre os profissionais e as organizações de saúde a fim de promover ambientes de trabalho saudáveis e permitir o compromisso com a missão institucional de garantir bons serviços de saúde para toda a população.
- Desenvolver mecanismos de interação entre as instituições de formação profissional (universidades, escolas) e os serviços de saúde que possibilitem adequar a formação dos profissionais da saúde a um modelo de atenção universal, equitativa e de qualidade que sirva às necessidades de saúde da população.<sup>3</sup>

Estes cinco desafios estão diretamente associados com a estratégia de APS e com o desenvolvimento de equipes nos diferentes âmbitos dos sistemas e serviços de saúde, sendo assim necessário o trabalho conjunto entre as áreas de recursos humanos e serviços de saúde da OPAS para a abordagem da organização, estrutura e perfis de atuação das equipes de APS.





A partir desta perspectiva abrangente, as Unidades de THS/OS e HSS/HR iniciaram um processo de trabalho conjunto que se concretizou no Seminário sobre Desenvolvimento de Equipes de APS realizado na Costa Rica em 2005 e que gerou uma primeira abordagem de um projeto conjunto.

No decorrer desta atividade foi identificado como fundamental o desenvolvimento das competências das equipes de APS nos sistemas e serviços de saúde a partir de um enfoque de gestão de recursos humanos.

Esta proposta de definição de competências foi submetida à consideração de um grupo de especialistas em um seminário realizado em Honduras, em junho de 2006, no qual foi dado o primeiro passo para a definição das competências básicas das equipes de APS e foi dado início à construção de um processo de capacitação no âmbito regional para ampliar a capacidade de resposta das equipes de APS.

No II Seminário Internacional de Atenção Primária – Saúde da Família realizado em Fortaleza, Brasil, nos dias 5 e 6 de setembro de 2006, foi feita uma reunião de especialistas sobre as competências das equipes multidisciplinares de APS, que considerou os seguintes objetivos:

- Apresentar os avanços no desenvolvimento da Iniciativa Regional de fortalecimento das competências das equipes de APS.
- Analisar a proposta das competências básicas das equipes de APS.
- Estabelecer as bases para o desenvolvimento de um projeto de fortalecimento das capacidades das equipes de APS.
- Definir estratégias específicas para sua execução na Região das Américas.

O presente documento é o produto desta reunião.



# EQUIPES DE APS

## As equipes como unidade básica de trabalho

A equipe é uma forma particular de organização do trabalho e não um tópico que possa ser aprendido em um curso. Na área da saúde, como em outras áreas, tem sido utilizadas atividades pontuais de treinamento para gerar a consolidação de uma equipe de trabalho. Este tipo de intervenção pode agregar conhecimento, mas não substitui o desenvolvimento de atitudes para o trabalho em equipe. As atitudes só podem ser mudadas na prática, na vivência do trabalho, na interação com os colegas, não em espaços hipotéticos.<sup>4</sup>

Para que um grupo constitua uma equipe são importantes as seguintes condições:

- O desempenho é o objetivo principal, a equipe continua sendo um meio e não o fim.
- A criação de uma ética de desempenho da equipe por parte dos gerentes fortalece o trabalho das próprias equipes.
- Existe uma tendência cultural ao individualismo que não deve dificultar o desempenho da equipe.
- A disciplina dentro da equipe e a organização criam condições para o desempenho da equipe.
- O desempenho da equipe está associado à qualidade e integralidade de suas respostas em um âmbito em transformação como é a saúde.
- A equipe conta com uma variedade de conhecimentos das diferentes profissões que permitem interpretar a realidade e abordar os problemas de diferentes prismas e elaborar respostas integrais e integradas.<sup>4</sup>

Foram identificados três diferentes conceitos sobre trabalho em equipe, cada um deles destacando seus resultados e as relações entre suas disciplinas.

- Equipe multidisciplinar
- Equipe interdisciplinar
- Equipe transdisciplinar



## A equipe multidisciplinar

Os novos conceitos de organização do trabalho descritos pela maioria dos autores se baseiam na atividade de equipe. A equipe é definida como:

- Número pequeno de pessoas com competências complementares que estão comprometidas com um propósito comum, com metas de desempenho e com uma proposta pelos quais se consideram mutuamente responsáveis.<sup>5,6</sup>
- A equipe multidisciplinar se sustenta no fato de que as competências trazidas pelos diversos profissionais ampliam a criatividade do grupo, contribuindo para a inovação e potenciando a abertura do pensamento de seus membros, dando respostas integrais.<sup>7</sup>
- Embora a equipe possa mudar sua composição ao longo do tempo, seus resultados serão melhores quanto maior for a proporção de membros estáveis no grupo.<sup>4,8</sup>

## Interdisciplinaridade

A disciplina constitui um conjunto de técnicas baseadas em uma teoria ou imagem do mundo, cuja prática exige estudo e concentração e é enfocada de um ângulo da realidade; a interdisciplina se refere às formas em que as diferentes disciplinas interagem entre si e que se transformam no objeto da interdisciplinaridade.<sup>9,10</sup>

## Transdisciplinaridade

A transdisciplinaridade ocorre quando várias disciplinas interagem mediante a adoção de uma ou algumas disciplinas ou de outros recursos como as línguas e a linguística, que funcionam como nexos analíticos. Por exemplo, a lógica, matemática, entre outras. A disciplina adotada é denominada de disciplina, ciência diagonal ou transdisciplina.<sup>11</sup>

## O trabalho em equipe

O trabalho em equipe é um processo dinâmico, aberto e participativo de construção técnica, política e social do trabalho em saúde no contexto de um novo modelo de atenção.

Entre as características do trabalho em equipe estão a **autonomia relativa** de cada profissional (assegurada pela legitimidade do conjunto de competências que caracteriza cada uma delas); a **interdependência** entre os diferentes profissionais na execução das ações; a **interdisciplinaridade**; a **horizontalidade**; a **flexibilidade**; a **criatividade** e a **interação comunicativa**.<sup>5,10</sup>



## Equipes de Saúde

A formação de uma equipe de saúde não é conseguida com a mera justaposição física de seus componentes e atividades; é necessário que assumam objetivos comuns e que sejam estabelecidos entre eles vínculos funcionais que possibilitem um desenvolvimento harmônico e um conjunto de tarefas, baseando-se na divisão funcional do trabalho e em responsabilidades compartilhadas de acordo com a capacitação técnica dos profissionais de saúde que o integram, em vez de basear-se em uma hierarquia vertical.<sup>5,7,8,12,13,14</sup>

O trabalho interdisciplinar e a participação comunitária facilitam a definição, o desenvolvimento e a avaliação das competências de atenção integral à saúde no nível local, produzindo uma renovação e integração das capacidades clínicas e de saúde pública nas equipes de saúde.<sup>4,5,8,13</sup>

## A composição das equipes em APS

A composição de uma equipe de atenção primária (EAP) deve ser ajustada às características concretas do sistema e da comunidade assistida. Portanto, não existem modelos universais que permitam descrever uma composição válida para todos os lugares e contextos sociais. O que define uma equipe de saúde não é o tipo de profissionais que a constituem, ou sua relação qualitativa com a população, mas a forma organizacional através da qual sua estrutura e funcionamento se adaptam para solucionar as necessidades do indivíduo, da família e da comunidade.<sup>13</sup>

Critérios de reconhecimento do trabalho em equipe<sup>13</sup>:

- Comunicação intrínseca do trabalho
- Projeto assistencial comum
- Diferenças técnicas entre trabalhos especializados
- Fundamentação da desigualdade dos trabalhos especializados
- Especificidade dos trabalhos especializados
- Flexibilidade na divisão do trabalho
- Autonomia técnica de caráter independente



Esta proposta se caracteriza pela articulação à proposta de integralidade das ações de saúde nos sistemas com base na APS. A articulação se dá por situações de trabalho em que os membros da equipe estabelecem correlações ou coordenações com outros níveis, evidenciando as conexões entre as diversas intervenções em saúde.

Um sistema de saúde com base na APS se apóia em recursos humanos adequados que compreendem provedores de serviços (de saúde, sociais e outros), pessoal comunitário, gestores, pessoal administrativo e a população (indivíduo, família e comunidade). Embora todos os recursos humanos do sistema de saúde façam parte da estratégia de APS, as equipes de APS que atuam no nível primário de atenção são parte essencial.

A composição das equipes varia nos diferentes países da região. Em países como o Brasil, Costa Rica e Cuba há exemplos de experiências de sucesso na aplicação de EAP na prestação dos serviços de saúde. O denominador comum nos casos mencionados são o médico e a enfermeira de família. Segundo as particularidades dos sistemas de saúde, são incorporados outros profissionais que formam as equipes de APS. Por exemplo, em Cuba,<sup>15,16,17</sup> a equipe era formada inicialmente por um médico e uma enfermeira de família. O surgimento de outras necessidades de saúde e o desejo de proporcionar serviços de qualidade integrais e integrados levou à criação dos Grupos de Atenção Integral à Família (GAIF), formados por dentistas, assistentes sociais e algumas especialidades do segundo nível de atenção (como clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia), além da participação informal dos líderes comunitários. Em outras experiências como no Brasil,<sup>8,18</sup> as equipes incorporam, além do médico e da enfermeira, técnicos ou auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários, que são prestadores de cuidados comunitários com certo grau de profissionalização e capacitação, contratado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>19,20</sup> Na Costa Rica, as equipes contam com auxiliares de enfermagem, assistentes técnicos de atenção primária e, recentemente, auxiliares de registros médicos.<sup>21,22</sup>

Não há, portanto, uniformidade quanto à composição das equipes de APS no nível primário de atenção, embora em geral se considera uma composição mínima que inclui um médico (clínico geral ou família), enfermeira e um técnico de nível médio com funções de auxiliar, ou um técnico comunitário, dependendo das necessidades da comunidade.



# ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

A Conferência de Alma Ata definiu a APS como: “a assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua participação plena e a um custo que a comunidade e o país possam arcar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação”.<sup>12,23</sup>

## Renovação da APS

*“Nos 25 anos que se seguiram à Alma Ata, a Região das Américas teve grandes progressos. No entanto, a crescente desigualdade em saúde e a sobrecarga persistente dos sistemas de saúde ameaçam os resultados obtidos e põem em risco as possibilidades de progresso futuro para uma melhor saúde e desenvolvimento humano.”*

*“Renovar a APS significa mais que a mera adaptação às realidades políticas de cada momento; reformar a atenção primária requer uma análise crítica de seu significado e de seu propósito. As pesquisas que foram realizadas com profissionais da saúde nas Américas confirmam a importância do enfoque da APS; elas também demonstram que são amplos os desacordos e os preconceitos quanto à APS, mesmo na região.”<sup>24</sup>*

As percepções sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde em geral englobam diferentes categorias. Na Europa e outros países industrializados, a APS tem sido principalmente identificada com o nível primário de atenção dos serviços de saúde para toda a população. Como tal, normalmente é mais conhecida como “atenção primária”. No mundo em desenvolvimento, a APS tem sido preponderantemente “seletiva”, concentrando seus esforços em poucas intervenções de alto impacto cujo alvo são as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas. Alguns países parecem estar desenvolvendo enfoques mais integrais assim como diversas experiências em escala menor têm sido desenvolvidas na região, embora poucos tenham conseguido implementar um enfoque mais integral e de caráter nacional de APS.<sup>25</sup>

A renovação da APS deve contribuir para os esforços que todos os países estão realizando nos processos de reforma para fortalecer os sistemas de saúde e atingir os objetivos globais, regionais, nacionais e locais de saúde (como as MDM, Iniciativa 3x5). A OPAS considera que a renovação da APS deve ser entendida como parte integral do desenvolvimento dos sistemas de saúde e como o caminho mais adequado para produzir melhoras equitativas e sustentáveis na saúde dos povos das Américas.



## Sistemas de saúde com base na APS

A nova definição de APS continua sendo a mesma que foi estabelecida em Alma Ata. Mas ela enfoca sobretudo o sistema de saúde como um todo, incluindo os diferentes setores, públicos, privados, com e sem fins lucrativos e se aplica a todos os países. Da mesma forma, descarta a ideia de que a APS seja definida por tipos específicos de profissionais de saúde, já que as equipes que trabalham na APS precisam ser definidas de acordo com recursos disponíveis, preferências culturais e dados probatórios.

Cada país precisa elaborar sua própria estratégia para a renovação da APS, de acordo com seus recursos, circunstâncias políticas, capacidade administrativa e o próprio desenvolvimento nacional de saúde.

Um sistema fundamentado na APS implica um enfoque amplo com base na experiência adquirida e na identificação de **valores** essenciais para estabelecer as prioridades nacionais e para avaliar se as mudanças sociais respondem às necessidades e expectativas da população; **princípios** que estabelecem as fundações para as políticas de saúde, legislação, critérios de avaliação, geração e alocação dos recursos para o funcionamento do sistema de saúde; **elementos** que são os componentes organizacionais e funcionais que permitem organizar as políticas, os programas e os serviços.<sup>25</sup>



## Valores, princípios e elementos de um sistema de saúde com base na APS



Fonte: Documento de posição<sup>25</sup>

## Elementos essenciais

As competências das equipes devem estar de acordo com os elementos essenciais que definem os sistemas de saúde com base na APS. Portanto, devem permitir responder às situações estabelecidas nas seguintes áreas:



## **COBERTURA E ACESSO UNIVERSAIS**

Da perspectiva da APS o acesso universal implica a eliminação de barreiras geográficas, financeiras, socioculturais, organizacionais, estruturais e de gênero ao acesso ao sistema de saúde e/ou à utilização dos serviços de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade.<sup>26,27,28</sup>

## **ATENÇÃO INTEGRAL E INTEGRADA**

Atenção integral e integrada significa que os serviços disponíveis devem ser suficientes para responder às necessidades de saúde da população, incluindo serviços de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, assistência paliativa e apoio para o autocuidado. A integralidade é uma função de todos os sistemas de saúde e compreende prevenção, atenção primária, secundária, terciária e cuidados paliativos. Para que seja integrada, todos os níveis de atenção do sistema de saúde devem ser coordenados.<sup>25,29</sup>

A coordenação é um dos componentes da atenção à saúde. A falta de coordenação tem como consequência a perda da longitudinalidade e a dificuldade de alcançar a integralidade dos serviços. Logo, o primeiro contato adquire um papel meramente administrativo. Portanto, definimos a coordenação como uma situação de harmonia em uma ação ou esforço comum. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações sobre problemas de saúde anteriores e serviços utilizados e o reconhecimento de tais informações para as necessidades atuais de assistência.<sup>30</sup>

## **ÊNFASE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO**

Refere-se à assistência de saúde no momento de intervenção mais precoce possível dentro do processo saúde-doença e/ou em relação ao risco, problemas de saúde e sequelas. Esta assistência de saúde é prestada ao indivíduo, à família e à comunidade. Em nível individual, compreende ações educativas e a promoção da saúde, fortalecendo as capacidades dos indivíduos quanto à prevenção de doença e autocuidado. Em nível comunitário, a APS coordena a realização de atividades de prevenção com outros setores.<sup>25,29,31</sup>



## ATENÇÃO APROPRIADA

A atenção apropriada consiste da aplicação de medidas, tecnologias e recursos em quantidade e qualidade suficientes para garantir o cumprimento dos objetivos de saúde. Os benefícios esperados, como resultado de uma atenção apropriada, devem superar as consequências negativas do processo da doença.<sup>25</sup>

Um aspecto importante a ser considerado ao se falar sobre atenção apropriada é a qualidade. Esta representa a medida em que, levando-se em consideração os conhecimentos atuais quanto à distribuição, identificação, diagnóstico e conduta dos problemas e aspectos relacionados com a saúde, as necessidades de saúde, tanto atuais como potenciais, são cobertas de maneira adequada pelos serviços de saúde.<sup>30</sup> Os alicerces da qualidade são efetividade, eficiência, otimização (equilíbrio entre os custos e os efeitos da assistência), aceitabilidade, legitimidade e igualdade. Assim, inclui a qualidade técnica dos serviços oferecidos e a satisfação do usuário.

Embora a definição de qualidade costuma ser complexa, poderia ser definida como a adequação das ações de saúde realizadas. Obtém-se maior qualidade quando as ações são mais adequadas, isto é, quando são realizadas da melhor maneira possível, em termos de maior efeito, menor transtorno e ao menor custo permitidos pela habilidade profissional, o nível de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico.<sup>25,32,33</sup>

## ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Significa que um sistema de saúde com base na APS não se fundamenta exclusivamente na perspectiva individual, mas adota uma perspectiva de saúde pública e faz uso da informação comunitária para avaliar riscos, identificar problemas e priorizar intervenções. A família e a comunidade são consideradas como o foco primário do planejamento e intervenção.<sup>25,29</sup>

## MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO ATIVA

A APS deve ser parte integrante das estratégias nacionais e locais de desenvolvimento socioeconômico, com a participação social para garantir transparência e responsabilidade em todos os níveis. Isto inclui atividades conjuntas da EAP com a comunidade que promovam ambientes e estilos de vida saudáveis, incentivem o autocuidado da saúde dos indivíduos, estimulem a capacidade das comunidades de se tornar parceiros ativos na identificação, priorização, planejamento e controle dos problemas de saúde na comunidade e incentivem a avaliação das ações realizadas pelo setor da saúde, incorporando também os setores públicos e privados e a sociedade civil.<sup>25,34,35</sup>



## MARCO POLÍTICO, LEGAL E INSTITUCIONAL

É extremamente importante entender a estrutura jurídica e institucional, que está relacionada com o conhecimento de políticas, planos e programas da saúde, assim como conhecer as normas e regulamentações legais existentes, vinculadas ao trabalho e desempenho técnico-profissional dos membros da equipe.

Muitas vezes as regulamentações nacionais limitam o desenvolvimento do trabalho em equipe.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO ÓTIMAS

As estruturas e as funções de um sistema de saúde com base na APS requerem organização e gestão ideais, incluindo uma estrutura jurídica, política e institucional que identifique e dê autonomia às ações, aos atores e procedimentos, assim como aos sistemas jurídicos e financeiros, que possibilitem à equipe desempenhar suas funções específicas no processo decisório. Em termos de suas atividades operacionais, as EAP precisam de boas práticas de gestão que facilitem uma melhor organização e prestação de atendimento em conformidade com os padrões de qualidade, ofereçam locais de trabalho atraentes aos seus membros e respondam às necessidades de saúde da comunidade.<sup>25</sup>

## POLÍTICAS E PROGRAMAS PRÓ-EQUIDADE

Deve-se incentivar entre os membros da EAP o conhecimento de políticas e programas em prol da equidade a fim de contribuir para reduzir os efeitos negativos das iniquidades sociais em saúde, corrigir os principais fatores que causam iniquidades e assegurar que todos os indivíduos sejam tratados com dignidade e respeito na prestação de serviços de saúde.<sup>25</sup>

## PRIMEIRO CONTATO

O primeiro contato é um aspecto inerente à organização dos serviços de saúde nos níveis de atenção. O propósito é que exista um ponto de entrada toda vez que a pessoa tem um problema de saúde e que este ponto de entrada deva ser útil e acessível.<sup>30</sup>

A APS constitui a porta de entrada do sistema de saúde e dos serviços de assistência social que respondem às necessidades de saúde. Um sistema com base na APS serve para fortalecer a atenção primária, apesar de sua estrutura e funcionamento serem mais complexos.<sup>29</sup>

## RECURSOS HUMANOS APROPRIADOS

Nesse aspecto estão incluídos os provedores de serviços (EAP), pessoal comunitário, gestores e pessoal administrativo. Seu desempenho deve representar uma combinação adequada de competências e conhecimentos. Para assegurar a disponibilidade deste tipo de recursos humanos é preciso um planejamento estratégico e investimento em capacitação, emprego e incentivos, assim como a ampliação e o fortalecimento dos conhecimentos e das competências atuais dos profissionais da saúde.<sup>25,36</sup>



## **RECURSOS ADEQUADOS E SUSTENTÁVEIS**

Os recursos precisam ser adequados para as necessidades de saúde. Eles devem ser determinados por uma análise da situação de saúde fundamentada em informação em nível comunitário e inclui os recursos e o orçamento necessários para prestar uma atenção integral de alta qualidade. Os recursos devem ser suficientes para permitir acesso e cobertura universais, tendo em mente que esta disponibilidade pode variar de acordo com cada país.<sup>25</sup>

## **AÇÕES INTERSETORIAIS**

As ações intersetoriais são necessárias para abordar os determinantes da saúde da população e para criar relações sinérgicas com os atores e os setores. Isso requer vínculos estreitos entre as áreas públicas, privadas e não governamentais, tanto dentro como fora dos serviços de saúde, para que surtam impacto na saúde e seus determinantes.<sup>29</sup>

# DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DAS EQUIPES DE APS

## Por que competências?

As mudanças sistêmicas realizadas nos serviços de saúde causam profundas transformações nos modelos e nas práticas de gestão e nos modelos de atenção, o que inevitavelmente levam a modificações no panorama de trabalho. Do ponto de vista dos requisitos de desempenho, foram desenvolvidas novas competências nos diversos níveis do processo decisório e de atenção.

Um dos elementos característicos de uma perspectiva de educação permanente é a orientação programática com base no trabalho cotidiano; uma programação a partir da realidade de trabalho da atenção à saúde; e o destaque para a melhoria do desempenho por meio do enfoque de competências de trabalho.

As competências constituem hoje um conceito e modo de operar na gestão de recursos humanos que possibilita melhor articulação entre gestão, trabalho e educação.

Neste caso, as competências englobam uma combinação integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um desempenho adequado e conveniente em diversos contextos.<sup>37</sup>

## Conceito de competências

A definição de competências é considerada um requisito indispensável para se alcançar melhor desempenho no trabalho em diferentes contextos.<sup>37</sup>

Com base na análise da bibliografia consultada se infere que as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) são características pessoais que se manifestam quando é executada uma tarefa ou realizado um trabalho. Elas estão relacionadas com o desempenho competente em uma atividade de trabalho ou de outra natureza.<sup>37,38,39,40,41,42,43,44,45, 46,47,48,49</sup>

Quando se atua com competência, se observa um melhor desempenho e boas práticas. Para tal é necessário ter conhecimentos (saber), habilidades para pôr em prática os conhecimentos (saber fazer), estar motivado e ter atitude (querer fazer) e dispor dos meios e dos recursos necessários (poder fazer).





## Classificação das competências

- Genéricas
- Específicas
- Humanistas

## Competências genéricas

As competências genéricas são fundamentais para o desempenho adequado ou desenvolvimento das tarefas em equipe. Elas são **comuns** a todos e **partilhadas** pelos membros da equipe e permitem que os profissionais se adaptem às novas condições de trabalho, se mantenham atualizados e superem os problemas que precisam enfrentar em seus respectivos postos de trabalho.<sup>46,50,51</sup>

Entre as competências genéricas abordaremos a comunicação, a gestão da informação, a gestão dos recursos e da saúde pública.

### COMUNICAÇÃO

A comunicação é considerada a principal ferramenta no trabalho dos integrantes da equipe de APS tanto para o relacionamento apropriado com as pessoas como para interagir com a comunidade, os níveis políticos e administrativos, diferentes níveis de atenção e entre os próprios membros da equipe.

No nível primário de atenção, a comunicação habitual se dá no consultório médico onde são atendidos pacientes com problemas de saúde ainda mal definidos, em estágios precoces da sua evolução natural. Por este motivo, precisa existir uma capacidade de raciocínio adequada para distinguir as situações mais complexas em termos de gravidade, elaborando-se um diagnóstico mais específico a partir de uma queixa mal definida.

A comunicação eficaz é essencial para a prestação de serviços de saúde de alta qualidade porque melhora:

- a satisfação do indivíduo
- a compreensão
- a aderência ao tratamento
- a comunicação como mecanismo para interagir com a comunidade facilita a participação comunitária
- a resolução de conflitos entre os membros da equipe
- os resultados gerais da assistência de saúde prestada.<sup>45</sup>

Em outros aspectos, a comunicação entre os membros da equipe e as pessoas é um elemento que melhora o desempenho.

### **GESTÃO DA INFORMAÇÃO**

Os sistemas de informação de saúde respondem à necessidade de estabelecer um sistema de avaliação da situação da saúde da população e das atividades de promoção, prevenção e assistência de saúde.<sup>29</sup> Em 1973, a OMS definiu a gestão da informação como sendo um “mecanismo para a coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessário para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e para a pesquisa e o ensino”.<sup>40</sup>

Utilidade da informação em APS:

- Assistência médica individual e populacional
- Planejamento
- Administração de centros e serviços
- Avaliação e controle da qualidade
- Formação profissional
- Pesquisa
- Requisitos legais

A informação necessária se classifica em três tipos: clínica, epidemiológica e administrativa.



### **Informação clínica**

Para que a informação permita identificar grupos de riscos e facilite o processo decisório clínico, são necessários alguns documentos básicos: a história clínica, o registro de morbidade e os registros da consulta médica. Existem outros documentos que também são usados com frequência na APS que servem para complementar as informações (como registros de interconsultas ou encaminhamentos ao nível secundário de atenção, atendimento domiciliar, exames diagnósticos).<sup>12</sup>

A gestão de informação requer certas competências, como conhecer os sistemas de informação de saúde e, mais especificamente, o gerenciamento dos registros e indicadores para o processo decisório ou pesquisa.<sup>52</sup>

### **Informação epidemiológica**

Existem quatro aplicações principais da epidemiologia em APS: (a) analisar a situação de saúde da comunidade, (b) investigar os fatores de risco de uma doença, (c) avaliar a efetividade das intervenções de saúde e (d) avaliar a utilidade dos exames diagnósticos.<sup>12,53</sup>

A análise da situação de saúde (ASIS) é classificada como a primeira atividade que a equipe de APS deve realizar na comunidade, com o objetivo de avaliar a situação da saúde da população, identificar os problemas de saúde e os grupos de população mais afetados. Com base nestas informações, posteriormente pode ser elaborado um plano de ação que permita atuar segundo as prioridades.<sup>12</sup>

### **Informação administrativa**

A informação administrativa se relaciona ao planejamento, fornecimento dos serviços de saúde, avaliação dos serviços com respeito às populações de destino e ao conhecimento básico que facilita uma melhor prestação de serviços de saúde. As funções administrativas tradicionais requerem obtenção e transferência de informação para monitorar o progresso dos processos de prestação de serviços de saúde.<sup>30</sup>

## **GESTÃO DE RECURSOS**

A gestão de recursos está relacionada à habilidade de avaliar o problema específico com que se deparam as equipes e poder determinar de forma racional quais os recursos necessários para proporcionar a resposta adequada, incluindo recursos do nível primário, de outros níveis de saúde ou inclusive de outros setores, por exemplo o setor social. Estes são determinados com base na ASIS e na priorização de problemas.

## **SAÚDE PÚBLICA E SUAS FUNÇÕES ESSENCIAIS**

A saúde pública é o componente dos sistemas de saúde que procura melhorar, proteger ou manter a saúde das populações. Para fortalecer a saúde pública, deve ser considerada a fundo a coerência de seus objetivos e assegurado o apoio de um grupo de profissionais que demonstrem ter um nível





adequado de domínio no exercício das competências necessárias para o desempenho das funções essenciais da saúde pública (FESP).<sup>54</sup>

### Funções essenciais da saúde pública

1. Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde
2. Vigilância, pesquisa e controle de riscos e danos à saúde pública
3. Promoção da saúde
4. Participação social na saúde
5. Elaboração de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública
6. Fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública
7. Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários
8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde pública
9. Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e populacionais
10. Pesquisa em saúde pública
11. Redução do impacto das emergências e desastres em saúde

As FESP são as principais competências da autoridade sanitária nacional (ASN) em termos de saúde pública. As equipes de APS integram a ASN nos níveis locais, razão pela qual devem ter conhecimento sobre o conteúdo das FESP, assumir a responsabilidade pela condução da prevenção e promoção e garantir o acesso, qualidade e orientação dos serviços de saúde individuais e populacionais.<sup>55</sup>

A identificação das competências requer um marco de referência baseado em uma classificação que permita a transição funcional das FESP às competências. A seguir uma proposta de classificação:

#### Competência básica

É a competência que proporciona a compreensão fundamental do que é a saúde pública e para que ela serve. Todos os profissionais da saúde pública devem ter o domínio desta competência.

#### Competência transversal

É a competência que contribui com conhecimentos gerais e específicos, aptidões e habilidades em áreas que possibilitem o desempenho de uma ou mais funções. Várias categorias de profissionais e pessoal técnico da saúde pública devem ter o domínio desta competência de acordo com suas responsabilidades.



## Competência crítica

É a competência que proporciona o conhecimento técnico especializado, aptidões e habilidades necessários para o desempenho de uma função essencial, programa ou determinada área de aplicação. Estrutura-se a partir das duas categorias anteriores. Equipes de trabalho responsáveis por uma função essencial específica devem ter o domínio desta competência.

O desempenho satisfatório de uma ou mais funções essenciais se baseia no domínio da combinação das três categorias de competências.<sup>56</sup>

## Competências específicas

As competências específicas são próprias das funções que devem ser realizadas por uma unidade organizacional, como equipes de APS. Elas se relacionam aos processos e contribuições individuais e coletivas que dependem de conhecimentos e aptidões. São inerentes a todas as profissões e predominam os aspectos técnicos.<sup>37,41</sup>

## Competência humanista

A competência humanista se refere ao conjunto de valores éticos desenvolvido pelo profissional para o uso e a aplicação dos conhecimentos adquiridos. Relaciona-se ao exercício profissional e à responsabilidade social perante a comunidade (ética profissional).<sup>55</sup>

## Matriz de competências para as equipes de APS

A renovação da APS é proposta como mecanismo fundamental para o redirecionamento dos sistemas de saúde para sistemas com base na APS, que reconheçam a importância dos valores, sejam guiados por princípios próprios e moldados por um conjunto de elementos essenciais.

Os valores essenciais do sistema de saúde devem refletir os valores da sociedade como um todo:

- direito ao mais alto padrão alcançável de saúde
- equidade em saúde
- solidariedade

Estes valores devem determinar as motivações e competências das equipes de APS e são necessários junto com os conhecimentos e habilidades a fim de alcançar um melhor desempenho.



Os elementos se entrelaçam integrando todos os níveis de atenção e gestão do sistema de saúde. Estes elementos, definidos no documento de posição da OPAS sobre renovação da APS, serviram de ponto de partida para a elaboração da matriz de competências para as equipes de APS.

- Para cada um dos elementos foi identificada a função mais importante a ser desenvolvida pelas equipes.
- Para cada função foram definidas competências específicas (conhecimentos e habilidades) que possibilitem um melhor desempenho no exercício da função.

A seguir é apresentada a matriz contendo os elementos, as funções e as competências (conhecimentos e habilidades):



## Matriz de competências para as equipes de APS

Elementos essenciais da APS	Função estrutural	Competências	
		Conhecimentos	Habilidades
<b>1. Cobertura e acesso universais</b>	Eliminar barreiras ao acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as barreiras ao acesso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ geográficas</li> <li>✓ econômicas</li> <li>✓ organizacionais</li> <li>✓ socioculturais</li> </ul> </li> <li>étnicas, étnias, grupos sociais e de gênero</li> <li>Reconhecer e analisar os atores para o diálogo social com a comunidade</li> <li>Conhecer estratégias que possibilitem ampliar a proteção social em saúde para uma cobertura universal</li> <li>Acessibilidade organizacional (emergências)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as populações com barreiras ao acesso</li> <li>Aplicar estratégias para reduzir as barreiras ao acesso e ampliar a cobertura</li> <li>Interagir, facilitar o diálogo, negociar e obter consenso para eliminar barreiras e reduzir as desigualdades</li> </ul>
<b>2. Atenção integral, integrada e contínua</b>	<p>Proporcionar atenção integral e integrada à população</p> <p>Longitudinalidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer os conceitos básicos sobre promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e assistência paliativa</li> <li>Conhecer a situação de saúde e os problemas prevalentes na comunidade</li> <li>Conhecer as técnicas e os procedimentos para a prevenção da doença, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e assistência paliativa</li> <li>Conhecer as técnicas e os procedimentos para a atenção intrainstitucional e extrainstitucional</li> <li>Conhecer a rede funcional dos serviços de saúde e os mecanismos de referência e contrarreferência para todos os níveis de atenção</li> <li>Conhecer o ciclo vital individual e familiar</li> <li>Conhecer o conceito básico de atenção continuada</li> <li>Conhecer políticas alternativas de assistência de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as necessidades percebidas e não percebidas individuais e das famílias</li> <li>Ampliar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde prevalentes na comunidade</li> <li>Aplicar os conhecimentos de todas as disciplinas (campos de conhecimento) para a abordagem do ciclo vital individual e familiar e utilizar adequadamente os dados probatórios para resolver os problemas</li> <li>Promover na comunidade o autocuidado da saúde de acordo com as doenças prevalentes</li> </ul>

<p><b>3. Ênfase na promoção e prevenção</b></p>	<p>Promoção da saúde e prevenção de doenças</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a situação de saúde da comunidade, sua distribuição e seus determinantes</li> <li>• Conhecer conceitos básicos de prevenção de doenças e a promoção da saúde e suas diferenças</li> <li>• Conhecer ferramentas para aplicar, monitorar e avaliar as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças com base em evidências</li> <li>• Facilitar a aprendizagem conjunta da equipe de saúde e da comunidade</li> <li>• Estabelecer compromissos e/ou alianças intersetoriais para a produção social da saúde</li> <li>• Participar de iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças com outros componentes do sistema de saúde e outros atores</li> <li>• Elaborar programas locais de promoção e prevenção segundo as necessidades de sua comunidade</li> </ul>
<p><b>4. Atenção apropriada</b></p>	<p>Atender às necessidades de saúde das pessoas com base em evidências e utilizando os recursos disponíveis segundo critérios de eficiência, efetividade e igualdade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as boas práticas para responder às necessidades físicas, sociais, mentais e de saúde das pessoas</li> <li>• Conhecer, identificar e aplicar novas tecnologias e métodos adequados de acordo com a cultura e com os recursos locais</li> <li>• Saber como aplicar as boas práticas de conduta clínica</li> <li>• Promover na comunidade a importância do autocuidado da saúde (autonomia, participação no processo decisório clínico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar assistência adequada baseada em evidência nos diferentes cenários (intrainstitucional e extrainstitucional)</li> <li>• Aplicar os procedimentos em uso na rede de serviços de saúde de maneira eficiente e conveniente</li> <li>• Integrar os conhecimentos sobre a situação de saúde da comunidade com as prioridades de atenção e alocação e disponibilidade de recursos</li> <li>• Definir as responsabilidades de cada um dos membros da equipe para garantir uma assistência adequada</li> <li>• Coordenar a assistência</li> </ul>

<p><b>5. Orientação familiar e comunitária</b></p>	<p>Planejamento orientado à ação, dirigido à família e à comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer e aplicar metodologias e ferramentas para identificar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ situação de saúde</li> <li>✓ determinantes de saúde</li> <li>✓ rede de serviços</li> <li>✓ recursos financeiros</li> <li>✓ situação socioeconômica e cultural</li> <li>✓ situação familiar</li> </ul> </li> <li>• Definir as necessidades de serviços e estabelecer as prioridades de atenção</li> <li>• Ter conhecimento sobre planejamento e programação participativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fontes de informação e atores-chave na comunidade</li> <li>• Coletar, analisar e utilizar informações adequadas e pertinentes</li> <li>• Definir as necessidades de saúde da comunidade e identificar seus determinantes para estabelecer as prioridades de intervenção com participação comunitária</li> <li>• Realizar entrevistas familiares</li> <li>• Fazer planejamento e programação participativa</li> <li>• Adotar uma visão integral para promover o autocuidado individual, familiar e comunitário</li> <li>• Abordar grupos específicos</li> <li>• Considerar o indivíduo como parte de seu contexto familiar</li> <li>• Gerenciar e aplicar as ferramentas epidemiológicas no planejamento de saúde</li> </ul>
<p><b>6. Mecanismos de participação ativa</b></p>	<p>Facilitar e promover a participação social em saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer técnicas e metodologias para analisar atores e instituições-chave</li> <li>• Conhecer os espaços para obtenção de consenso, bem como as metodologias participativas existentes no sistema de saúde e na comunidade</li> <li>• Promover na comunidade a importância do autocuidado da saúde</li> <li>• Conhecer metodologias para a comunicação efetiva entre os membros da equipe e a comunidade</li> <li>• Compreender o papel da comunidade no desenvolvimento da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar a participação ativa da comunidade na priorização, gestão, avaliação e regulamentação do setor da saúde</li> <li>• Aplicar metodologias para otimizar a informação, comunicação e educação efetivas</li> <li>• Usar as ferramentas para identificar os atores e as instituições existentes na comunidade para o trabalho conjunto na atenção integral em saúde</li> <li>• Capacitar a equipe para trabalhar de forma conjunta com a comunidade</li> <li>• Desenvolver na prática a cooperação e a negociação</li> <li>• Desenvolver instrumentos para a participação, apoio e capacidade de adaptação</li> <li>• Estabelecer mecanismos de cooperação e co-responsabilidade da equipe com o indivíduo e a comunidade</li> </ul>

<p><b>7. Marco político, legal e institucional sólido</b></p>	<p>Promover e fortalecer políticas públicas e a estrutura jurídica do setor da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as políticas públicas e a estrutura jurídica e institucional da saúde</li> <li>• Conhecer:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ políticas do setor da saúde</li> <li>✓ planos e programas do setor da saúde</li> <li>✓ políticas públicas locais</li> <li>✓ estruturas jurídicas existentes vinculadas ao setor da saúde</li> <li>✓ políticas sociais</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar a coerência de políticas, planos e programas e sua relação com o trabalho multidisciplinar em APS</li> <li>• Promover e defender o desenvolvimento de políticas locais e setoriais por meio da participação social</li> <li>• Adaptar as políticas e as normas à realidade local (reflexão crítica)</li> <li>• Realizar análises críticas integradas de políticas sociais e de sua influência no setor da saúde</li> <li>• Avaliar as políticas públicas e sua relação com o setor da saúde</li> </ul>
<p><b>8. Organização e gestão ótimas</b></p>	<p>Aplicar práticas adequadas de gestão</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as políticas e a estrutura jurídica e institucional da saúde</li> <li>• Conhecer as etapas de gestão administrativa</li> <li>• Conhecer as competências dos recursos humanos nos diferentes âmbitos: associações trabalhistas, grêmios, sindicatos, níveis administrativo e de atenção etc</li> <li>• Identificar as organizações sociais e associações de ofícios e seus atores e conhecer o papel que desempenham</li> <li>• Conhecer os registros definidos e estabelecidos no sistema de APS</li> <li>• Conhecer os instrumentos de avaliação da gestão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar a informação: fazer planejamento estratégico, pesquisa operacional e avaliação do desempenho</li> <li>• Monitorar o processo de gestão administrativa, que implica: diagnóstico, negociação, execução, avaliação e controle</li> <li>• Negociar com os líderes reconhecidos.</li> <li>• Usar os registros específicos e atualizados para APS</li> <li>• Usar instrumentos de avaliação da gestão para a equipe</li> <li>• Ter capacidade de negociar com a comunidade e os níveis superiores</li> <li>• Ter capacidade de definir sistemas de incentivos e desempenho individual e coletivo, incluindo motivação</li> </ul>
<p><b>9. Políticas e programas pró-equidade</b></p>	<p>Incorporar critérios de equidade nas propostas programáticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as limitações existentes nas políticas, planos e programas do setor da saúde que limitam a equidade</li> <li>• Reconhecer e analisar as iniquidades existentes na comunidade</li> <li>• Conhecer as estratégias de abordagem para a eliminação das iniquidades em saúde e suas estruturas políticas e jurídicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar a participação social na eliminação das iniquidades</li> <li>• Identificar as iniquidades em saúde e atuar e promover estratégias para reduzi-las</li> </ul>

<p><b>10. Primeiro contato</b></p>	<p>Favorecer o acesso e a utilização dos serviços</p> <p>Estabelecer o primeiro contato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer uma porta de entrada ao sistema de saúde</li> <li>• Promover estratégias para garantir acesso aos serviços de saúde</li> <li>• Conhecer o papel a ser desempenhado pela equipe como um todo e por cada um de seus membros para dar orientação adequada ao indivíduo</li> <li>• Reconhecer e avaliar, por meio de entrevistas, os problemas de saúde ou de outro tipo (econômicos, sociais) que repercutem no processo saúde-doença</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar um tratamento digno e respeitoso.</li> <li>• Priorizar as necessidades e intervenções em saúde</li> <li>• Incorporar o indivíduo/família/comunidade e suas demandas ao sistema de saúde e proporcionar-lhes atenção longitudinal</li> <li>• Estabelecer boa comunicação com o indivíduo/família/comunidade que procura atenção de saúde ou de outra natureza</li> <li>• Organizar os serviços para garantir o acesso</li> <li>• Definir a população-alvo e a área geográfica</li> <li>• Desenvolver espaços de cooperação mútua entre o prestador de assistência, pessoas e grupos. (Indivíduos, família e comunidade)</li> <li>• Respeitar e promover a autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades</li> </ul>
<p><b>11. Recursos humanos apropriados</b></p>	<p>Trabalho em equipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer e definir os papéis e responsabilidades dentro da equipe</li> <li>• Conhecer os processos de capacitação e atualização permanente</li> <li>• Conhecer e adotar o código de ética na equipe e na comunidade</li> <li>• Conhecer a rede de serviços do sistema de saúde para mobilizar recursos</li> <li>• Reconhecer e identificar a necessidade de manter atualizados os conhecimentos através da formação contínua</li> <li>• Conhecer as necessidades de qualificação e renovação da habilitação dos profissionais da equipe</li> <li>• Conhecer as metodologias de avaliação do desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar e participar do processo de educação permanente dos membros da equipe</li> <li>• Analisar o perfil da equipe e as necessidades de saúde da população de forma participativa incluindo a equipe e a comunidade</li> <li>• Negociar condições de trabalho (recrutamento de pessoal para as equipes, requerimentos financeiros)</li> <li>• Preparar, elaborar e participar de processos do trabalho em equipe:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ comunicação</li> <li>✓ colaboração</li> <li>✓ coordenação</li> <li>✓ negociação e solução de conflitos</li> <li>✓ participação</li> <li>✓ processo decisório</li> <li>✓ responsabilidade conjunta</li> </ul> </li> </ul>



<p><b>12. Recursos adequados e sustentáveis</b></p>	<p>Uso racional dos recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os recursos necessários de acordo com a análise da situação de saúde com informação da comunidade</li> <li>• Conhecer os recursos disponíveis:             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ instalações de saúde na comunidade</li> <li>✓ pessoal</li> <li>✓ equipamentos</li> <li>✓ materiais (disponíveis e necessários)</li> <li>✓ medicamentos (consumo e consumidores)</li> <li>✓ recursos financeiros</li> <li>✓ sistemas de informação</li> </ul> </li> <li>• Conhecer metodologias de autoavaliação e prestação de contas usadas para medir o uso racional dos recursos e garantir a sustentabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer uso racional e eficiente dos recursos disponíveis</li> <li>• Gerar informação útil e detalhada quanto às necessidades de saúde e os recursos que facilite aos responsáveis pelo processo decisório (autoridades políticas do sistema de saúde) planejar os serviços</li> <li>• Produzir novos conhecimentos para a atenção primária em saúde</li> <li>• Construir indicadores de saúde e estabelecer metas para tornar a gestão adequada às necessidades de saúde da população</li> <li>• Incentivar a autoavaliação e prestação de contas dos recursos e garantir sua sustentabilidade</li> </ul>
<p><b>13. Ações intersetoriais</b></p>	<p>Articulação de todos os setores para produzir saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os diferentes setores com impacto no processo de saúde e/ou seus determinantes</li> <li>• Partilhar e definir ações em cooperação com os diferentes setores para atuar sobre os determinantes da saúde na comunidade</li> <li>• Identificar as responsabilidades e os limites de cada ator e/ou setor dentro do processo de intersectorialidade</li> <li>• Coordenar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças para produzir saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderar, participar e apoiar ações intersetoriais</li> <li>• Mobilizar recursos intersetoriais e da própria comunidade para responder às necessidades de saúde</li> <li>• Interagir com as autoridades nacionais e da comunidade</li> </ul>
<p><b>14. Planejamento para emergências e desastres</b></p>	<p>Estabelecer planos organizacionais para prevenir e reduzir emergências e desastres</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os riscos típicos e atípicos, emergências e desastres da região</li> <li>• Conhecer os mecanismos de resposta, a rede de atenção e as ações para a prevenção de emergências e desastres</li> <li>• Conhecer as instituições, os protocolos e os mecanismos de coordenação local, nacional e regional que intervêm na resposta e organização frente a emergências e desastres</li> <li>• Conhecer os índices de desenvolvimento humano, pobreza, políticas públicas para poder organizar o trabalho intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir as informações requeridas e identificar rotas de evacuação, locais seguros e abrigos para reduzir os efeitos frente a emergências e desastres</li> </ul>

# ANEXO I: GLOSSÁRIO DE TERMOS

**Aceitabilidade:** grau de compatibilidade de um serviço com as necessidades culturais, valores e padrões de uma comunidade.

**Acessibilidade:** ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, estruturais e/ou de gênero para a participação no sistema de saúde e/ou utilização dos serviços de saúde e outros serviços de assistência social. É fundamental que as pessoas possam receber serviços de saúde de acordo com suas necessidades.

**Ações intersetoriais:** ações que mobilizam todos os setores determinantes da saúde da população (coleta e análise de informação, provisão de serviços e informação). O papel do sistema de saúde nestas ações depende da causa e da dimensão do problema, disponibilidade de recursos e outros mecanismos de coordenação.

**Atenção adequada e efetiva:** aplicação de medidas, tecnologias e recursos em quantidade e qualidade suficiente para garantir o resultado dos objetivos propostos. Os benefícios esperados em saúde como resultado da realização de um procedimento devem superar, por ampla margem, as consequências negativas deste. A efetividade implica que as abordagens para a melhoria da saúde tenham o impacto proposto na população.

**Atenção integrada:** atenção que combina os eventos que têm impacto na saúde das pessoas e que ocorrem em diferentes lugares e níveis de atenção ao longo da vida. Relaciona-se à longitudinalidade, que implica em um sistema de saúde centrado no indivíduo e não simplesmente baseado em doenças. É frequentemente alcançada em uma área de contato definida e com sistemas de informação de saúde integrados ao nível da família e da comunidade. A atenção integrada se refere à assistência prestada ao longo do tempo por um só profissional ou por uma equipe de profissionais da saúde (“acompanhamento clínico”) e à comunicação efetiva e conveniente de informação sobre eventos clínicos, riscos, orientações e encaminhamento de pacientes aos diferentes níveis por uma ampla variedade de profissionais da saúde (“acompanhamento dos registros”).

**Atenção integral:** medida na qual são fornecidos, através da APS, os serviços essenciais necessários para todos, inclusive para as necessidades menos frequentes da população. Os serviços não disponíveis são providos através do componente de coordenação e encaminhamento da APS. Implica a provisão de serviços de promoção, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, apoio físico, psicológico e social segundo a maioria dos problemas de saúde em uma dada população.

**Atenção primária:** nível de um sistema de saúde “que propicia a entrada neste sistema para as novas necessidades e problemas, centrado na assistência à pessoa e não à doença ao longo do tempo. Proporciona atenção a todos os problemas, exceto os pouco comuns e raros, e coordena ou integra a provisão de cuidados em outros locais ou por outros”<sup>5</sup>. Acredita-se que o uso do termo atenção primária data de 1920, quando o Relatório Dawson foi divulgado no Reino Unido. Este relatório mencionava os “centros de atendimento primário” propostos como o pilar da regionalização dos serviços naquele país. O termo “atenção primária orientada à comunidade (APOC)” teve sua origem



em 1940 na África do Sul. O enfoque da APOC continua sendo considerado hoje como um dos principais precursores do conceito de APS de Alma Ata.

**Atenção primária em saúde (APS):** em 1978, a Declaração de Alma Ata definiu a APS como “atenção à saúde essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, acessível aos indivíduos e às famílias na comunidade, por meio da sua participação plena e a um custo que a comunidade e o país podem arcar para mantê-la. A APS faz parte integral do sistema de saúde de um país, bem como do desenvolvimento econômico e social da comunidade, aproximando a atenção ao máximo do lugar onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à saúde”.

**Atenção primária orientada à comunidade:** processo contínuo pelo qual o serviço de atenção primária é prestado a uma comunidade específica, baseado em uma avaliação de suas necessidades de saúde através da integração programada da prática da saúde pública e serviços de atenção primária.

**Cobertura universal:** disposição organizacional e financeira para atender às necessidades de toda a população, eliminando como barreira de acesso aos serviços de saúde a capacidade das pessoas de pagar pela assistência.

**Continuidade:** refere-se à existência de mecanismos para assegurar a sucessão ininterrupta de eventos de atenção à saúde dentro do sistema de saúde. Com a continuidade da atenção, o problema de saúde de um indivíduo é acompanhado de forma constante. Não requer uma estreita relação entre médico e paciente. É feita com o decorrer do tempo se existe um problema de saúde que implica em duas ou mais consultas.

**Coordenação:** atividade por meio do qual a APS facilita o acesso e a integração à atenção de maior complexidade, quando esta não está disponível no nível local de APS. Refere-se a medida em que a atenção requerida por uma pessoa é articulada pelo pessoal responsável, ao longo do tempo, e pela conexão e organização racional dos diferentes serviços, incluindo recursos da comunidade.

**Desenvolvimento humano:** “processo de ampliar as opções dos indivíduos por meio da expansão de suas capacidades e funções. As três condições essenciais para o desenvolvimento humano em todos os níveis de desenvolvimento são: ter capacidade de alcançar uma vida longa e saudável e ter acesso ao conhecimento e a padrões aceitáveis para uma vida digna. Mas o campo do desenvolvimento humano vai mais além: as opções extremamente valorizadas pelas pessoas vão desde oportunidades sociais, econômicas e políticas de ser criativo e produtivo ao gozo da auto-estima, autonomia e de pertinência a uma comunidade”. O Índice de Desenvolvimento Humano é uma forma de medir o grau de desenvolvimento humano em um país; é calculado segundo os níveis de saúde (expectativa de vida), conhecimento (educação primária completa) e padrões de vida (PIB per capita).

**Direito ao mais alto padrão alcançável de saúde:** a Constituição da Organização Mundial da Saúde e os tratados internacionais sobre direitos humanos reconhecem o direito ao “mais alto nível de saúde alcançável”. O direito à saúde ressalta o vínculo entre o estado de saúde e a dignidade humana, não discriminação, justiça e participação. Compreende a liberdade de tomar decisões (por exemplo, o controle das próprias decisões reprodutivas) e a liberdade de defender o direito (por exemplo, o direito à atenção à saúde e a condições de vida saudáveis). O enfoque aos direitos supõe obrigações e responsabilidade por parte dos atores responsáveis (como os governos) que



devem garantir aos cidadãos o exercício de suas demandas em saúde. O direito à saúde implica em conduta e responsabilidade ética da parte dos profissionais de saúde, pesquisadores e responsáveis pelo processo decisório. Alguns tratados internacionais definem os direitos dos cidadãos como: o direito de livrar-se de condições que interfiram com o mais alto padrão alcançável de saúde; defender o próprio direito à atenção à saúde e a condições saudáveis de vida e trabalho; e satisfazer suas expectativas em termos de padrões de conduta ética em provisão de serviços e pesquisa. O Estado, por sua vez, tem como obrigação respeitar (evitar interferir no gozo da saúde boa), proteger (estabelecer medidas para evitar que terceiros interfiram com o direito dos cidadãos de alcançar o mais alto padrão de saúde) e garantir (os Estados devem adotar medidas legislativas, administrativas, orçamentárias, judiciais, promocionais e outras necessárias para assegurar a realização plena do direito à saúde).

**Elemento:** parte ou condição de um componente que geralmente é básica ou essencial.

**Ênfase à promoção da saúde e prevenção de doenças:** intervenção de saúde o quanto antes na cadeia de eventos entre o risco, o problema de saúde e suas sequelas. Esta atenção é prestada no âmbito individual e comunitário. No nível individual, compreende educação e promoção da saúde para fortalecer as capacidades das pessoas para prevenção e autocuidado. No nível comunitário, a APS coordena com outros setores a realização de atividades de prevenção primária básica.

**Enfoque baseado na população:** em contraste com a perspectiva clínica ou individual, este enfoque utiliza dados populacionais para tomar decisões sobre planejamento de saúde, gestão e localização geográfica. Este é um enfoque para melhorar a efetividade e a igualdade das intervenções e atingir melhores condições de saúde e melhor distribuição da saúde na população. Isto é obtido no contexto da cultura, estado de saúde e necessidades de saúde de grupos geográficos, demográficos ou culturais aos quais pertence uma determinada população.

**Enfoque familiar e comunitário:** a APS concebe a atenção das pessoas no contexto mais amplo de suas famílias e seu ambiente. Os serviços de assistência social e de saúde que atendem às necessidades da população se baseiam em informação local. Eles são prestados dentro de contextos sociais e cultural da família, do indivíduo e de outros contextos sociais relevantes. As práticas devem ser direcionadas aos problemas de saúde dos indivíduos no contexto de suas circunstâncias familiares, redes sociais e culturais e ambiente de trabalho. Isto implica em compreensão efetiva das circunstâncias e dos fatos da vida de uma pessoa, sua cultura, condições de vida, dinâmica familiar, situação de trabalho e problemas de saúde.

**Equidade em saúde:** ausência de diferenças sistemáticas em uma ou mais áreas da saúde (ou seus determinantes) em grupos definidos nos aspectos sociais, demográficos ou geográficos.

**Equidade nos serviços de saúde:** ausência de diferenças quanto ao acesso a serviços para necessidades iguais de saúde (equidade horizontal) e maior acesso ou outros recursos para grupos populacionais definidos no aspecto social, demográfico ou geográfico com maiores necessidades de saúde (equidade vertical).

**Funções essenciais da saúde pública:** elas são: i) monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde; ii) vigilância da saúde pública, pesquisa e controle de riscos e ameaças à saúde pública; iii) promoção da saúde; iv) participação social em saúde; v) desenvolvimento de políticas e



capacidades institucionais para programar e gerenciar a saúde pública; vi) fortalecimento da capacidade institucional para a regulamentação, vigilância e controle da saúde pública; vii) avaliação e promoção do acesso aos serviços de saúde necessários; desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde pública; viii) garantia de qualidade do pessoal e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população; ix) pesquisa em saúde pública; e x) redução do impacto das emergências e desastres para a saúde.

**Intersetorialidade:** medida em que a APS se integra aos esforços dirigidos à intervenção dos determinantes de saúde externos ao setor da saúde, tais como água e saneamento, moradia, educação, coordenação do desenvolvimento e execução de uma série de políticas públicas e programas que dizem respeito e englobam setores externos ao setor da saúde. A intersectorialidade requer uma articulação estreita entre os setores público, privado e não governamental em áreas como emprego, educação, moradia, produção de alimentos, água e saneamento e assistência social, tanto dentro como fora dos serviços de saúde tradicionais, que têm impacto no estado de saúde e acesso à atenção à saúde. Os enfoques intersectoriais mobilizam os recursos da sociedade dos setores que concernem a saúde.

**Justiça social:** conceito ético baseado, em grande medida, nas teorias do contrato social. A maioria das variações do conceito sustenta que os governos foram instituídos pelas pessoas para benefício próprio. Um governo que não consegue se orientar para o bem-estar de seus cidadãos está descumprindo sua parte do contrato social e, portanto, é injusto. O conceito em geral compreende a defesa dos direitos humanos, mas não se limita a isso, e é empregado também para referir-se à justiça de uma sociedade como um todo, em suas divisões e distribuições de recompensas e obrigações.

**Longitudinalidade:** atenção prestada pelo profissional da saúde ao indivíduo ao longo da vida (ao longo do tempo). A diferença entre continuidade e longitudinalidade da atenção nos serviços de saúde está no fato de que a longitudinalidade implica em relação médico-paciente e atenção independentemente de existir um problema de saúde.

**Mecanismos de participação ativa:** mecanismos (apropriados a todas as comunidades) criados para a transparência e representação dos interesses da comunidade nos níveis locais e nacionais.

**Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM):** a Declaração do Milênio é um modelo para o trabalho conjunto dos países e melhoria de seu desenvolvimento; reconhece como valores essenciais para as relações internacionais no século XXI a liberdade, igualdade, solidariedade, tolerância, respeito pela natureza e responsabilidade conjunta. As Metas do Desenvolvimento do Milênio foram estabelecidas como parte dos acordos internacionais contidos na Declaração do Milênio. Entre as suas metas estão: erradicação da miséria e da fome; obtenção de educação primária universal; promoção da igualdade entre os sexos e transferência de poder às mulheres; redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde materna; combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantia da sustentabilidade ambiental; e estabelecimento de uma aliança mundial para o desenvolvimento.

**Organização e gestão ideais:** capacidade de antecipar o futuro (planejamento estratégico), adaptar-se às mudanças (gestão do processo de mudança) e realizar o monitoramento e avaliação constantes do desempenho do sistema (avaliação do impacto das mudanças e avaliação baseada no desempenho). Inclui a utilização de critérios para a alocação de recursos (por exemplo, igualdade, custo-benefício e oportunidade) e seleção das estratégias adequadas para obter ganhos em saúde



equânimes. Requer uma sólida estrutura jurídica, política e institucional que defina as ações, os atores, os procedimentos e os sistemas legais e financeiros que possibilitem à APS desempenhar suas funções específicas, articular com outros componentes do sistema de saúde e trabalhar através com os setores na intervenção dos determinantes de saúde.

**Orientação para a qualidade:** medida na qual os serviços de saúde dirigidos aos indivíduos e às populações aumentam as chances de conseguir os resultados desejados em saúde e são compatíveis com o conhecimento profissional atual. Os pilares da qualidade são: efetividade, eficiência, otimização (equilíbrio entre os custos e os efeitos da atenção), aceitabilidade, legitimidade, e igualdade. Este conceito integra a qualidade técnica e a satisfação do usuário com os serviços.

**Participação:** grau no qual uma pessoa participa do processo decisório e partilha das decisões com relação à própria atenção. O “autocuidado” é um conceito semelhante que implica no fornecimento de informação aos membros de uma comunidade para permitir adotar medidas para o próprio cuidado e saber quando precisam buscar ajuda profissional. A participação social é o direito e a capacidade da população de participar de forma efetiva e responsável das decisões relativas à atenção à saúde e de sua execução. A participação social em saúde é uma faceta da participação cidadã, condição inerente ao exercício da liberdade, democracia, controle social sobre a ação pública e igualdade.

**Prevenção:** a prevenção é tradicionalmente considerada em três níveis: prevenção primária, dirigida ao controle da doença antes que esta se apresente; prevenção secundária, feita depois que a doença se instala; e prevenção terciária, quando a doença progride. Inclui a noção de “prevenção primordial” relacionada com a modificação das condições que levaram à exposição. A prevenção primordial incorpora abordagens que criam saúde e modificam as condições “que geram e estruturam a distribuição desigual das exposições aos riscos à saúde, suscetibilidade e recursos de proteção da população”.

**Primeiro contato:** medida em que a atenção primária é o primeiro local em que se tem contato com os problemas de saúde e a assistência é prestada (exceção ao atendimento de emergência) e onde são tomadas decisões levando-se em consideração a atenção a necessidades de outros tipos, além daquelas de saúde.

**Princípio:** fundamento, lei, doutrina ou força geradora sobre o qual se sustentam os demais elementos.

**Programas e políticas em prol da igualdade:** esforços pró-ativos e sistemáticos para reduzir as desigualdades injustas de saúde e acesso aos serviços de saúde.

**Promoção da saúde:** processo de transferência de poder aos indivíduos para que tenham maior controle sobre os determinantes de saúde e assim melhorar a própria saúde. Envolve a população como um todo no contexto de sua vida cotidiana e visa atuar sobre os determinantes e causas de saúde, em vez de focar o risco de contrair doenças específicas.

**Recursos adequados às necessidades:** os recursos devem ser suficientes para atender às necessidades da população (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e ações intersetoriais), incluindo os recursos necessários para elevar o padrão de saúde das pessoas mais desprivilegiadas a um grau igual ou superior ao da população geral. No nível local, requer instalações adequadas, profissionais de saúde, provisões e orçamentos para operação.



**Recursos humanos adequados:** profissionais da saúde competentes têm os conhecimentos e as competências necessários e estão situados e distribuídos geograficamente de acordo com as necessidades de execução da APS. Este conceito em geral implica na disponibilidade de uma grande variedade de profissionais da saúde (de medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, assistência social, administração e gerência e gestão comunitária), os quais estão relacionados com promoção da saúde, prevenção, tratamento e acompanhamento de indivíduos, famílias e comunidades.

**Relevância:** medida na qual são satisfeitas as necessidades comuns de toda a população e de um grupo específico desta; grau de adequação dos serviços à satisfação destas necessidades baseado em evidências. Esta é uma medida pela qual se estabelecem prioridades, assumindo que os problemas mais importantes devem ser abordados primeiro.

**Responsabilidade:** processo que obriga os atores a responder por seus atos. No caso dos governos inclui a obrigação de apresentar e divulgar regularmente, de forma coerente e detalhada, os propósitos, princípios, procedimentos, relações, resultados, receitas e despesas, às partes interessadas e envolvidas direta e indiretamente, de forma que possam ser avaliados pelos interessados. Inclui a necessidade de transparência sobre o grau de avanço em saúde da população e a adequação dos mecanismos para alcançá-lo.

**Resposta às necessidades de saúde da população:** atenção necessária para alcançar a saúde e a igualdade da população, em conformidade com o mais alto nível alcançável em determinadas condições de conhecimento e desenvolvimento social. Trata-se da atenção centrada na pessoa em vez de nos sintomas ou órgãos específicos, empregando-se o conceito de “atenção centrada na pessoa” para a população e considerando suas dimensões físicas, mentais, emocionais e sociais. A capacidade de resposta é definida também como atenção com as seguintes características: abordagem holística dos indivíduos, profissionais com conhecimento humano, de cuidados e empatia, confiança nos médicos, atenção de acordo com as necessidades dos pacientes, possibilidade de compartilhar decisões médicas entre médicos e pacientes<sup>1</sup>.

**Saúde:** a OMS define a saúde como “estado de pleno bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Esta definição tem sido criticada como não ser realista, visto que, segundo este conceito, a maioria das pessoas não seria considerada saudável. A saúde também foi definida como um estado dinâmico, uma forma (ou desvio) da homeostasia e como um contínuo com pólos positivos e negativos. No nível populacional, a saúde pode ser compreendida como uma questão social, econômica e política, bem como um direito humano. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde definiu como seus pré-requisitos a paz, proteção, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e igualdade.

**Sistema de saúde:** a OMS define o sistema de saúde como uma entidade que “compreende todas as organizações, instituições e recursos que produzem ações cujo propósito principal é melhorar a saúde”. Um sistema de saúde pode se caracterizar também de acordo com seus atores principais: o governo ou os profissionais que estruturam e regulam o sistema; a população, inclusive os pacientes, que individual ou coletivamente pagam pelo sistema de saúde (por meio de impostos ou outros mecanismos) e recebem os serviços; agentes financeiros, que arrecadam e alocam os fundos para provedores ou compram serviços em nível nacional e outros níveis; organizações comunitárias e locais (por exemplo voluntariados, comitês de saúde, iniciativas privadas) que colaboram na organização e



apoio logístico, financiam direta e indiretamente e algumas vezes prestam serviços; e os provedores de serviços que por sua vez podem ser categorizados de diversas maneiras. Os sistemas de saúde podem também ser definidos de acordo com suas funções principais: administração (ou vigilância); financiamento (arrecadação, *pool* ou compra) e prestação ou provisão de serviços.

**Sistema de saúde com base na APS:** amplo enfoque para a organização e operação de sistemas de saúde, que fazem do direito ao mais alto padrão alcançável de saúde seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximizam a equidade e a solidariedade. Um sistema de tal natureza é guiado por princípios próprios de APS tais como resposta às necessidades de saúde da população, orientação para a qualidade, transparência e responsabilidade dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade. Um sistema de saúde com base na APS é formado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantem a cobertura universal e o acesso a serviços que são adequados à população e que promovem a igualdade. Presta atenção integral, integrada e adequada ao longo do tempo, dá ênfase à prevenção e promoção e garante o primeiro contato do usuário com o sistema. As famílias e as comunidades são a base para o planejamento e ação. Um sistema de saúde com base na APS requer uma estrutura jurídica, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ideais de organização e gestão em todos os níveis para alcançar a qualidade, a eficiência e a efetividade, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde desta natureza promove ações intersetoriais para abordar outros determinantes da saúde e da equidade em saúde.

**Solidariedade:** união de interesses, propósitos e afinidades entre os membros de uma sociedade para criar as condições necessárias para melhorar a situação social. A solidariedade é exercida mediante a participação ativa, tanto individual como coletiva, através dos esforços organizados com outros membros da sociedade. Implica trabalhar conjuntamente para a obtenção de metas, que não podem ser alcançadas de forma individual. Isto é possibilitado pelos interesses comuns, que se forjam com a interação intensa e frequente entre os membros de um grupo. Caracteriza-se pela promoção de metas comuns ao grupo como parte de seus direitos. Para alguns, um bom nível de solidariedade social é essencial para a sobrevivência humana.

**Sustentabilidade:** capacidade de satisfazer as necessidades presentes, sem comprometer a habilidade de atendê-las no futuro.

**Sustentabilidade financeira:** disponibilidade de recursos financeiros suficientes para cobrir os custos do sistema de saúde e suas funções a médio e longo prazo, levando-se em consideração a projeção de gastos futuros, independentemente de mudanças políticas, sociais ou econômicas.

**Valor:** princípios, objetivos ou padrões sociais apoiados ou aceitos por um indivíduo, classe ou sociedade.



## REFERÊNCIAS

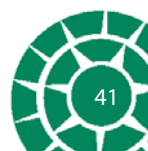
1. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 44º Consejo Directivo, 55º Sesión del Comité Regional. Atención primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: 22 al 26 de septiembre de 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 46º Consejo Directivo. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud (CD/46/13). Washington: OPS/OMS, 2005.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos: Llamado a la Acción prioriza los Recursos Humanos. Toronto, Canadá. Octubre 5-7 de 2005. <http://www.observatoriorh.org/Toronto/index-sp.html>.
4. Rosales, C; Molina, Ana; Moreno Wagner. Bibliografía Anotada: Equipo de trabajo en salud. San José: OPS/OMS, 1998ª.
5. Fortuna, Cinira M.; Mishina, Silvana M.; Matumoto, Silvia; Pereira, Maria José B. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberão Preto, v.13 (2), mar./abr., 2005, p.262-268.
6. West, M., Poulton, B, Pearson, P, Spencer, J. Primary health care: in league of their own. Promoting teamwork in primary care. A Research based approach. (2) 1-24. 1997.
7. Rosales, C.; Valverde, J.M. Trabajo en equipo en las instituciones de salud: Conceptos y herramientas para su desarrollo. Washington: OPS/OMS, 1998b.
8. Rosales, C., Rocha, Cristianne. Trabajo en equipo en los sistemas y servicios de salud: una estrategia para la promoción de salud. (Febrero/2006).
9. Borrero, A. La interdisciplinariedad: Simposio Permanente sobre la Universidad. Asociación Colombiana de Universidades. ASCUN, Bogotá, 1991.
10. Eisenberg, Rose. Interdisciplinariedad y Niveles de Integración en la Formación Ambiental Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, 1997.
11. Falla, Consuelle. Extracto del Libro "La Transdisciplinariedad. Manifiesto de Basarab Nicolescu" Éditions du Rocher - Collection "Transdisciplinarité". Paris. Francia, 1998.
12. Martín Zurro, A., Cano Pérez, J.F. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Tercera Edición. Barcelona, España 1994.
13. Peduzzi, M. Equipo multiprofesional de salud: concepto y topología. Departamento de orientación profesional, Univ. De Sao Pulo, Brasil Rev. Salud Publica 2001:35(1):103-9.
14. SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da and TRAD, Leny A. Bomfim. Team work in the PSF: investigating the technical articulation and interaction among professionals. Interface (Botucatu), Sep./Feb. 2005, vol.9, no.16, p.25-38. ISSN 1414-3283.



15. Arce, Bartolomé. Panorama actual y futuro de la salud pública en Cuba. Disponible en: <http://www.sindhosp.com.br/hospitalar/401,1>, Panorama Actual y Futuro de la Salud Publica en Cuba. Acceso en: 12 enero 2006.
16. Ares, Filiberto Pérez. Medicina de Familia y la Formación Post-Graduada en Cuba. Presentación en power point. Río de Janeiro, 2004.
17. Sistema Nacional de Salud (Cuba): [http://www.cubagov.cu/des\\_soc/salud/indice.htm](http://www.cubagov.cu/des_soc/salud/indice.htm).
18. Crevelim, Maria Angélica. Participación de la comunidad en el equipo de salud de la familia: ¿Es posible establecer un proyecto común entre trabajadores y usuarios? *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10 (2), 2005, p.323-331.
19. Campos, GWS. El filo de la navaja de la función de filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* V.8 n.4. Sao Paulo; 2005.
20. Programa Salud de la Familia (Brasil): <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
21. Ministerio de Salud (Costa Rica): [www.ministeriodesalud.go.cr](http://www.ministeriodesalud.go.cr).
22. Caja Costarricense de Seguro Social: [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr).
23. OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. 1978.
24. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.
25. OPS/OMS. Documento de Posición: La Renovación de la APS. Washington. DC, 2005.
26. HOMEDES, N. & UGALDE, A., 1999. Condiciones y condicionantes de salud y reforma. In: Foro Internacional: La Reforma del Sector Salud, Anales, pp. 137-147. Ciudad de Guatemala: Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud.
27. Developing the private sector. The World Bank's experience and approach. Washington, World Bank, 1991.
28. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. En: Bennett S, McPake B, Mills A, editores. *Private Health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres: Zed Books, 1997.
29. Starfield, B. Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política. New York, Oxford University Press. 1992.
30. Starfield, B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. New York, Oxford University Press, Inc. 1998.
31. Starfield, B. et al. Atención primaria y responsabilidades de Salud Publica en seis países de Europa y América del Norte: Un estudio Piloto. *Rev. Esp. Salud Púb.* N (1) 2004; v.78:17-26.
32. González Dagnino, et al. Calidad Total en la Atención Primaria de Salud. Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1994 España.
33. Nebot-Adell, C., Baques Cavallé, T., Crespo García, A., Valverde Caballero, I. y Canela Soler, J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Rev. Atención Primaria* 2005;35(6):00-00.



34. Dias, J. C. P., 1986. Participação comunitária nos programas de saúde. Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais, 38: 103-110.
35. OSTERIA, T.; RAMOS JIMENEZ P.; MARIÑAS, O. & OKAMURA, J., 1988. Community Participation in the Delivery of Basic Health Services. Manila: De la Salle University.
36. Commonwealth Department of Health and Family Services. Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program, Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997.
37. Irigoien, M, Vargas F. Competencia De trabalho: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector de la Salud. Montevideo: CINTERFOR 2002. p 3, 13, 14.
38. McClelland, D.C (1993) Introduction in Spencer L.M. y S.M. Competences at Work, New York, John Wiley and Sons.
39. OPS/OMS.(2000).Gestión Del desempeño basado en competencias. Guía para gerentes. Serie PALTEX para Ejecutores de Programa de Salud No. 42.
40. Rodríguez Trujillo, N. Selección efectiva del personal basada en competencias: ¿Qué son las competencias? Universidad Central de Venezuela. CINTERFOR/OIT.2002.
41. Boyatzis, R. (1982). The Competent Manager, N.Y. Wiley and Sons.
42. Kuenzer, Acacia Z. (2002) op. cit., p. 8.) <http://www.senac.br/informativo/BTS/291/boltec291b.htm>.
43. Villabí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. Informe SESPAS 2002. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la salud; 2002: 545-64. <http://www.sespas.es/infor.html>.
44. Martín Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la Salud Publica en España. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 637-43.
45. Cedido por UCh RR.HH. portal de estudiantes de RR.HH. [www.uch.edu.ar/rrhh](http://www.uch.edu.ar/rrhh) .El Enfoque de Competencias en la Gestión de Recursos Humanos [www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/enfcompgesrrhh.htm](http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/enfcompgesrrhh.htm).
46. Portafolio semFYC. Mapa de competencias para la evaluación de competencias en la práctica clínica. Junio 14/2005.
47. López Santiago, A., Martín Moreno, JM. Atención Primaria y Salud Publica: La oportunidad para superar el desencuentro. Rev. Esp. Salud Pública 2004; 78: 1-3 V (1) Ene-Feb.
48. Vargas Zúñiga, F. Competencias en la formación y competencias en la gestión del talento humano. Convergencias y desafíos. CINTERFOT OIT agosto/2002.
49. Vargas Hernández, JG. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. 2000.
50. Fernández I. & Baeza R. (2001). Aplicación de modelo de competencias: experiencias en algunas empresas Chilenas. Artículo de revista. Chile.
51. Marchant Ramírez, L. Ed. (2005). Actualizaciones para el desarrollo Organizacional. Primer Seminario Edición Electrónica. Texto en [www.eumed.net/libris/2005/lmr/](http://www.eumed.net/libris/2005/lmr/).
52. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2005, del Programa de Formación de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE num. 105, 3/3/2005.



53. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE num. 128, 29/5/2003.
54. Segura, A., Larizgoitia. I., Benavides, F.G., Gómez, L.2003. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
55. OPS, Fortalecimiento Institucional para el Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington DC, 2002.
56. OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington D.C., 2002.





[www.lachealthsys.org/](http://www.lachealthsys.org/)



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**



*Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde*