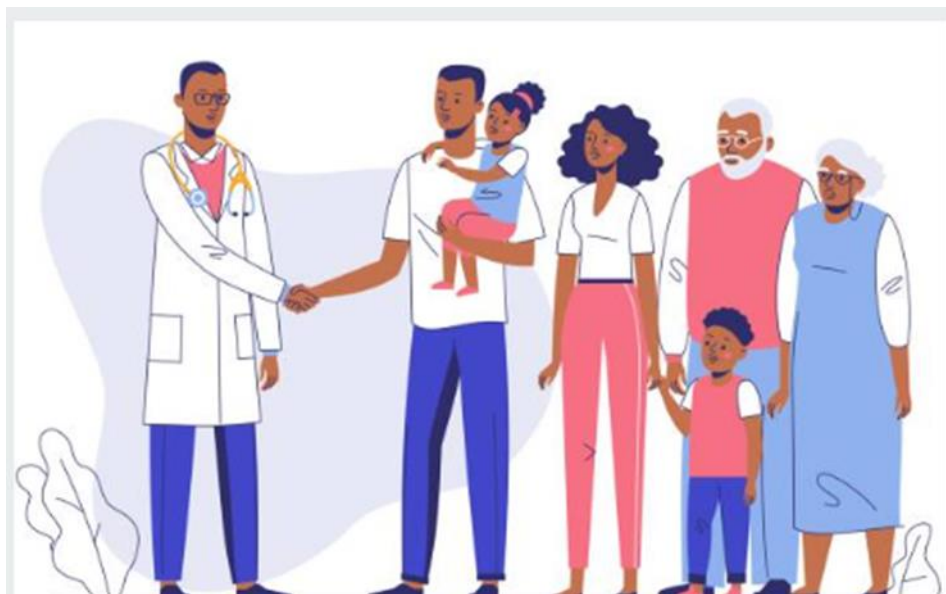




Serviço Social da Indústria  
PELO FUTURO DO TRABALHO

# DIRETRIZES PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) – SESI





Serviço Social da Indústria  
**PELO FUTURO DO TRABALHO**

*“A inovação surge quando você diz ‘não’ para mil coisas ...Se você faz algo e o resultado sai muito bom, então você precisa fazer alguma outra coisa maravilhosa, sem se apoiar nisso por muito tempo. Apenas descubra o que está por vir.”*

Steve Jobs ( 1998)



Serviço Social da Indústria  
**PELO FUTURO DO TRABALHO**

## **Serviço Social da Indústria - SESI**

### **Gerência Executiva de Saúde e Segurança na Indústria**

*Katyana Aragao Menescal*

Gerente Executiva de Saúde e Segurança na Indústria

### **Gerência de Segurança e Saúde no Trabalho**

*Gina Marini Vieira Ferreira*

Gerente de Segurança e Saúde no Trabalho

*Claudio Patrus de Campos Bello*

*Georgia Antony Gomes de Matos*

*Fabiana Rody Costa*

*Andrea Ferreira Leite*

*Viviane Pereira Macedo*

Equipe Técnica

-----  
*Fernanda Ferreira Monteiro de Souza*

*Jaqueline Marques Lara Barata*

Consultoras SESI



*Serviço Social da Indústria*

**PELO FUTURO DO TRABALHO**

## **2022. Sesi – Departamento Nacional**

Qualquer parte desta obra poderá ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Sesi/DN

**Gerência Executiva de Saúde e Segurança na Indústria**

Sesi

Serviço Social da Indústria  
Departamento Nacional

**Sede**

Setor Bancário Norte  
Quadra 1 – Bloco C  
Edifício Roberto Simonsen  
70040-903 – Brasília – DF

<http://www.portaldaindustria.com.br/sesi/>

Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC

Tels.: (61) 3317-9989 / 3317-9992

[sac@cni.com.br](mailto:sac@cni.com.br)



Serviço Social da Indústria  
PELO FUTURO DO TRABALHO

## Sumário

1. Introdução: .....	6
1.1- Por que APS? Desafios dos sistemas de saúde: .....	8
1.2- Estratégias de implantação: .....	16
2. Atributos mínimos .....	17
2.1- Infraestrutura:.....	17
2.2- População alvo: .....	20
2.3- Definição do Fluxo de captação e atendimento:.....	21
2.4.1 - Composição e atribuições das equipes de saúde: .....	30
São atribuições comuns a todos os profissionais: .....	32
São atribuições específicas: .....	32
b) Enfermeiro: .....	33
c) Técnico de enfermagem: .....	33
d) Médico: .....	34
e) Equipe matricial: .....	34
f) Pessoal administrativo.....	34
2.5- Reuniões: .....	35
2.6- Educação permanente das equipes: .....	35
2.7- Avaliação da efetividade do modelo:.....	37
São Indicadores propostos: .....	39
3. Considerações finais: .....	41
Referências: .....	42

## **1. Introdução:**

O documento “Diretrizes de APS (Atenção Primária à Saúde) do SESI” (Serviço Social da Indústria) é o resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do atendimento a indústrias e trabalhadores em gestão da segurança e Saúde no trabalho e à promoção da saúde e educação.

Criado em 1946, o SESI busca continuamente proporcionar serviços inovadores em saúde, de forma a entregar um melhor nível de cuidado aos trabalhadores, de forma sustentável às empresas. Segundo o Mapa da saúde dos trabalhadores da indústria atendidos pelo SESI VIVA+ “atualmente, em todo o Brasil, o Sesi atende a empresas que somam mais de 900 mil trabalhadores ativos” (SESI/DN, 2022).

Os trabalhadores, brasileiros em idade produtiva (20 a 59 anos), apresentam características epidemiológicas que implicam atenção especial, quer seja pela morbimortalidade relacionada a causas como violência e acidentes, quer seja pelo crescimento das DCNTs (Doenças crônicas não transmissíveis), uma vez que ambas resultam em altas taxas de mortalidade e aumento da sobrevida com incapacidades motoras, sensoriais e cognitivas, o que coloca o país em quarto lugar no ranking da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) de Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP) (CNI,2022).

Como apresentam um curso muito longo, as DCNTs impactam a vida dos indivíduos e das empresas com gastos com saúde (medicamentos, exames, consultas médicas e internações, entre outros), utilização de serviços de maior complexidade e elevado nível tecnológico, dificuldade de gestão da saúde relacionada à fragmentação dos cuidados e à dificuldade de seguir orientações para doenças específicas, além de altas taxas de absenteísmo, aposentadorias precoces, baixa produtividade e risco aumentado de comportamento inseguro, o que contribui para o aumento de acidentes de trabalho e sofrimento mental, gerado não apenas pela presença da doença, mas pelo custo indireto gerado pela doença e pelo tratamento (redução de benefícios, de acesso à alimentação e lazer).

No portfólio de produtos ofertados pelo SESI, observa-se a preocupação com a saúde dessa parcela da sociedade, com a oferta de diversos serviços e ações, que ultrapassam a compreensão de saúde ocupacional, que “evoluiu de um foco quase exclusivo sobre o ambiente físico de trabalho para a inclusão de fatores psicossociais e de

práticas de saúde individual” (SESI, 2010, pág.11), em consonância com as diretrizes da OMS para criação de um ambiente de trabalho saudável.

Ações de identificação e monitoramento de fatores de risco associados às DCNTs, têm sido desenvolvidas pelo SESI, com programas e atividades voltados para os trabalhadores e seus familiares. No entanto, identificou-se a necessidade de estruturação da Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, aproveitando as possibilidades da telessaúde como estratégia para ampliar o acesso, melhorar a qualidade da atenção e facilitar a operação de planos de cuidado continuados.

Destaque-se que, apesar da expertise do SESI em relação à promoção da saúde, - estratégia de articulação transversal que visa, entre outros, à criação de mecanismos que fortaleçam a saúde integral, contribuindo para reduzir as situações de vulnerabilidade dos trabalhadores – a mesma é um dos componentes da APS, devendo estar integrada a um conjunto maior de ações.

A APS representa o primeiro nível de contato individual e coletivo, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades. Segundo a OMS (2022), a atenção primária deve se estruturar em três linhas de ação:

- Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, através de serviços integrados em todos os níveis de atenção;
- Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde, por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores; e
- Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como codesenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas.

De acordo com dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), em 2012, o setor industrial era responsável por 26,9% dos beneficiários dos planos coletivos, empresariais e por adesão, de saúde no Brasil. O custeio do plano pela empresa, assim como o alto valor do investimento são os motivos para que os planos não sejam ofertados de forma proporcional ao demandado pelos trabalhadores.

Algumas operadoras de planos de saúde, no Brasil, já vêm se adaptando para resistir, de modo sustentável, a esse cenário. Além de buscar atender às recomendações da ANS, em relação à implementação de programas, tem-se visto também a busca por

disseminar a APS entre o público da saúde suplementar, a fim de estabelecer o vínculo entre equipe e indivíduo, com foco na medicina de família.

Essa iniciativa tem o objetivo de tornar os indivíduos protagonistas do cuidado com sua saúde e, com isso, viabilizar melhores resultados clínicos, evidenciados por dados que mostram que mais de 80% dos atendimentos por médicos de família podem ser resolvidos na primeira consulta. Além de melhoria da saúde, objetiva-se o aumento da satisfação do usuário durante o tratamento e a redução de custos da assistência (Fraga, 2017)

A proposta de se implementar um modelo assistencial pautado na APS, surge, portanto, como resposta aos desafios no atendimento à maioria das necessidades de saúde dos trabalhadores, com agilidade e qualidade, de modo acolhedor e humanizado.

Nessa proposta inovadora, o modelo assistencial está pautado na atenção integral à saúde do indivíduo, colocado no centro do cuidado multidisciplinar, orientada por protocolos e diretrizes clínicas a serem construídas.

Estas diretrizes correspondem à primeira etapa de construção desse novo modelo e descreve os requisitos estruturantes necessários para sua implementação.

### **1.1- Por que APS? Desafios dos sistemas de saúde:**

As diferentes concepções de saúde ampliaram a complexidade do cuidado por incorporarem várias outras dimensões: o cuidado não se mostrou historicamente estático, tendo-se organizado em diferentes modelos assistenciais.

O conceito de saúde, que subsidia cada modelo assistencial, reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural de cada momento histórico e geográfico, já tendo sido percebido como castigo divino; ausência de doenças; fruto da determinação social, das condições sanitárias; promotora de qualidade de vida e bem-estar.(Barata, 2018)

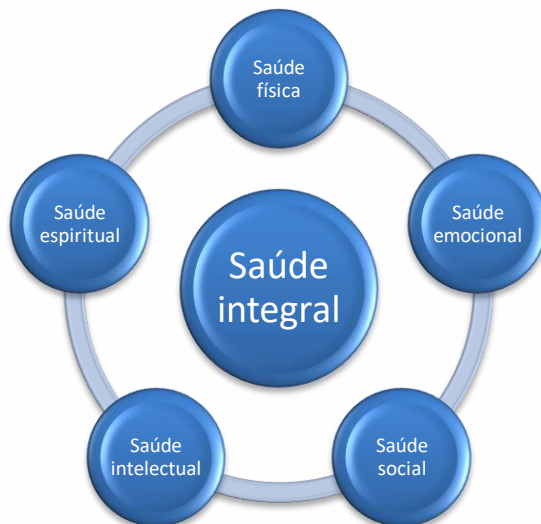
A visão da saúde integral refere-se ao modelo ampliado de abordagem, que leva em consideração as diferentes e complementares dimensões da saúde de cada indivíduo e da coletividade, como:

1. Saúde física: condição fisiológica corpórea;
2. Saúde emocional: estado mental;
3. Saúde social: habilidade de convivência em grupo;
4. Saúde intelectual: habilidade de alcance de metas;
5. Saúde espiritual: sentido da vida



A figura 1 representa as dimensões da saúde integral, em contínua interação:

Figura 1: Dimensões da Saúde Integral



O entendimento da integralidade aumenta a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado, por exigir, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades. (BRASIL, 2010)

Da mesma forma, a saúde não é determinada apenas pelos riscos aos quais os trabalhadores estão expostos no trabalho, mas também por conta de fatores sociais e individuais e pelo acesso deles aos serviços básicos de atenção à saúde, que precisam ser considerados.

Fatores comportamentais, ambientais e da cultura organizacional são determinantes de um quadro de adoecimento, incapacidade e redução de desempenho, além de repercutirem na dificuldade de atração e retenção de mão de obra. (SESI, 2014) As novas configurações do processo e das relações de trabalho, frutos da precariedade, alteram a vida dentro e fora do trabalho e geram sofrimento mental do trabalhador expresso de diferentes formas, gerando insegurança, incerteza, sujeição, competição, proliferação da desconfiança e do individualismo, sequestro do tempo e da subjetividade, que, aliada à exiguidade dos tempos destinados a pausas no trabalho, repouso, recuperação do cansaço e espaço estreitado *do tempo de viver e conviver* fora do

ambiente de trabalho acabam afetando a saúde do indivíduo de diferentes formas. (FRANCO et al, 2010).

Constatações epidemiológicas e clínicas apontam ainda os riscos de adoecimento clínico, configurados pela pressão temporal em profissionais submetidos de forma continuada ao *work-stress*, expressão da incompatibilidade entre os *tempos sociais do trabalho/vida* e a *capacidade adaptativa* da fisiologia e dos biorritmos humanos. (FRANCO et al, 2010)

O Mapa da Saúde dos trabalhadores da indústria atendidos pelo SESI VIVA+ (2021) revela que 45% dos trabalhadores são hipertensos, mais da metade possui excesso de peso e apenas 40% praticam atividade física regularmente. Esses dados se caracterizam como desafios na atenção à saúde do trabalhador e apontam para a necessidade da implementação de novas estratégias de enfrentamento.

Ao analisarmos a situação da população do Brasil, observamos que estamos enfrentando, de forma superposta, uma série de transições (epidemiológica, demográfica, nutricional e tecnológica), as quais vêm determinando novas demandas de saúde, novas competências dos profissionais e necessidade de reconfiguração dos processos de trabalho.

Por sermos um país continental e com grandes diferenças regionais, essa transição não é uniforme, podendo haver contrastes entre áreas de desenvolvimento diferenciado, ainda que, em todas, o processo de transição englobe três mudanças básicas:

- a) Coexistência de “uma tripla carga de doenças”, representada pela presença concomitante de **doenças infecciosas e carenciais**: incluindo doenças até então consideradas superadas, como a dengue e a febre amarela, associadas a outras inesperadas (como a covid 19 e a monkeypox); bem como a desnutrição proteico-calórica, decorrente principalmente da insegurança alimentar crônica); **doenças crônicas e seus fatores de risco**, “[...] como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada”; além do forte crescimento da **violência e das causas externas**, aliadas a outros determinantes sociais da saúde.
- b) Deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens (mortalidade infantil) para os grupos mais idosos.

- c) Transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade (doenças crônicas) é dominante.

A tabela abaixo evidencia a presença da tripla carga de doenças como causa de morte no Brasil, em 2022, nas diferentes regiões do país.

Tabela 1: Tabela causa de morte no Brasil em 2022

Causa	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
<b>Homens</b>					
Infeciosas	7,0%	5,2%	6,2%	6,3%	5,3%
Câncer	8,7%	9,1%	14,0%	17,1%	11,6%
Cardiovasculares	12,8%	15,6%	21,1%	16,5%	17,3%
Externas	48,2%	43,1%	27,5%	34,1%	40,3%
<b>Mulheres</b>					
Infeciosas	7,9%	6,0%	5,9%	6,8%	5,6%
Câncer	27,7%	27,1%	29,1%	33,7%	28,9%
Cardiovasculares	18,3%	23,2%	24,3%	19,6%	21,8%
Externas	12,8%	10,5%	8,3%	11,0%	13,1%

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Essa situação, agravada pelos sistemas de saúde fragmentados, voltados predominantemente para os eventos agudos e atuando de forma episódica, reativa e descoordenada, aponta urgentemente para a necessidade de se promoverem mudanças, por meio de uma organização em redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária, que atuem por meio de respostas contínuas, proativas e integradas (Vilaça, 2011)

Para além dos dados de morbimortalidade apresentados, que expressam serviços pouco resolutivos, a população demanda por uma experiência do cuidado que não tem ocorrido, em sua maioria, pois ela vivencia entre outras questões:

- Atenção fragmentada, por demanda espontânea, centrada no especialista, com foco na doença e não em suas reais demandas;
- Baixa vinculação com as equipes de saúde, sem um profissional de referência;
- Dificuldade no acesso aos serviços e equipes;
- Baixa qualidade, com profissionais despreparados e área física sucateada.

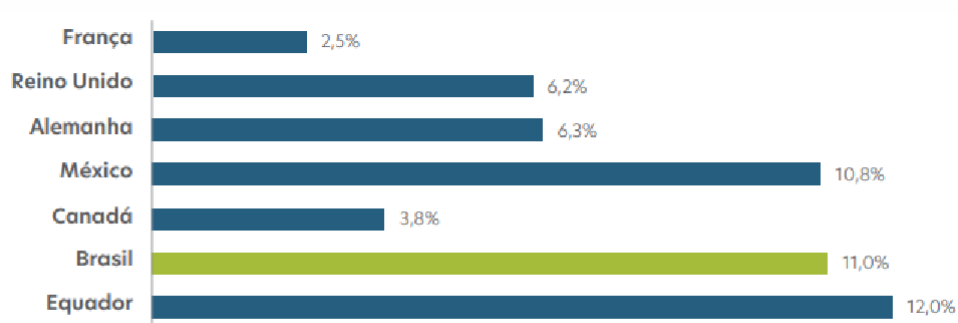
A tabela 2 compara as principais diferenças na abordagem do modelo assistencial atualmente estruturado nos serviços de saúde e o proposto pelo modelo de Atenção Primária à saúde, que se coloca como alternativa capaz de qualificar os resultados em saúde e, conseqüentemente, a experiência de cuidado.

Tabela 2: Diferença na abordagem do modelo assistencial

Modelo atual	Atenção Primária
Acesso a médicos	Resultado em saúde
Consumo de serviços de saúde	Cuidado em saúde
Visão fragmentada da pessoa (órgão, partes do corpo)	Ser humano inteiro e único
Tratar doença	Cuidar da saúde
Centrado no médico	Centrado na pessoa, no usuário
Contato na doença	Cuidado permanente e integral
O que podemos fazer por você?	O que realmente importa para você?

Um outro agravante no modelo assistencial hegemônico é o custo, tanto no Brasil (na saúde pública e suplementar), quanto em outros países, o que faz com que o crescimento dos custos em saúde dê margem a esforços para aumentar a eficiência e a efetividade. A Figura 2 demonstra as Taxas médias anuais de crescimento real dos custos médicos em diferentes países.

Figura 2: Taxas médias anuais de crescimento real dos custos médicos por país (2019 – 2021)



Fonte: Willis Towers Watson (2021).



*Serviço Social da Indústria*

**PELO FUTURO DO TRABALHO**

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) mostram que as despesas com o consumo final de bens e serviços de saúde tem aumentado e que a maior parte desse aumento diz respeito à saúde suplementar, com aumento nas aquisições de planos médico-hospitalares, especialmente na categoria “coletivo empresarial” que atingiu 33,8 milhões de beneficiários em 2022 (aumento de 4,8%) e que agora representa 68,95% da população com planos de saúde (CNI, 2022).

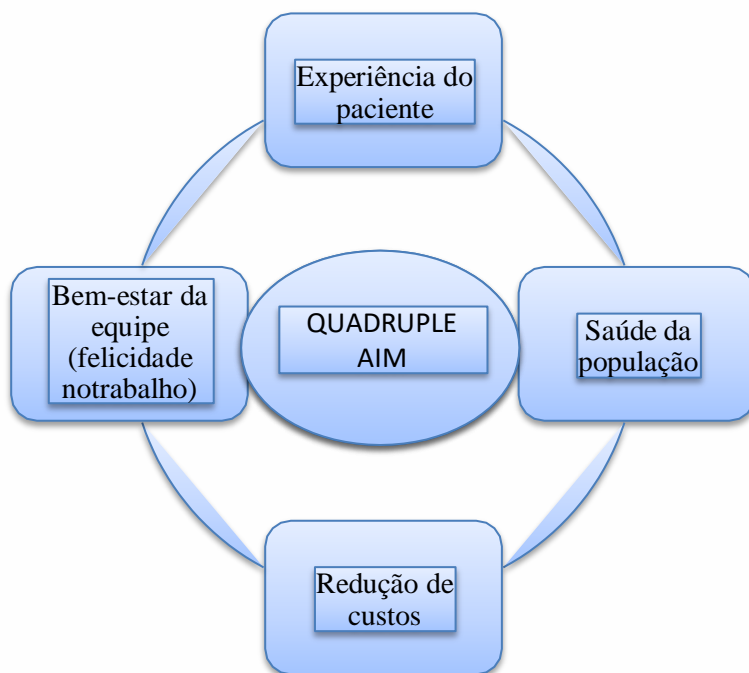
Isso permite estimar que: a) 10,8 milhões de beneficiários têm seus planos de saúde custeados, total ou parcialmente, por esse setor da economia; e b) o setor industrial representa cerca de um terço dos beneficiários de planos coletivos empresariais no país. Segundo levantamento realizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI) em 2019, o plano de saúde representa 13,1%, em média, da folha de pagamento da indústria brasileira. Trata-se, assim, de um custo relevante para as empresas em geral, que tende a ser particularmente significativo no caso da indústria, em virtude de sua elevada participação nos planos privados de assistência à saúde. (CNI, 2022)

Dessa forma, o equilíbrio entre o custo assistencial, atendimento às necessidades assistenciais da população e experiência do cuidado caracteriza-se como um desafio para a sustentabilidade de qualquer serviço.

As inovações promovidas pelos serviços de saúde para implementação eficiente da APS, basearam-se inicialmente na estrutura conceitual, denominada “Triple Aim”, desenvolvida pelo Institute for Health Improvement, em 2007. Nesse modelo, o alcance dos objetivos preconizados exige um foco estratégico em todas as três dimensões ao mesmo tempo. A partir de 2016, uma nova dimensão foi incorporada, por se ter constatado que o engajamento positivo, em vez da frustração negativa, da força de trabalho de saúde é de suma importância para alcançar os demais objetivos e assegurar a melhoria da saúde da população.

A figura 3 representa o modelo do “Quadruple Aim”, preconizado atualmente para implementação da APS:

Figura 3: Modelo Quadruple AIM para implantação da APS



Em consonância com esses pressupostos e buscando se posicionar no ecossistema de saúde, através da implementação de projetos-piloto de soluções inovadoras, o SESI optou por atuar em uma nova configuração de atenção como estratégia para um cuidado integral, direcionado às necessidades de saúde da população: a Atenção primária à saúde, definida como uma:

“ Estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada , contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas ,bem como a atenção ao indivíduo e comunidade” ( Starfield,2002, p. 47)

A escolha como modelo assistencial das ações promovidas pelo SESI, justifica-se pelo fato de a APS ser reconhecida globalmente como referencial capaz de assegurar a centralidade do sujeito e suas necessidades, estabelecer uma nova relação desse cliente com os serviços, garantir uma linha de cuidado coordenada e integrada, contrapondo-se

à excessiva fragmentação, permitir melhores resultados no controle de saúde da população e, por fim, ser sustentável do ponto de vista econômico, eliminando os desperdícios.

Ainda segundo Starfield (2002), a APS deve estar pautada em princípios, considerados atributos essenciais, os quais embasaram a construção deste documento:

- **Acessibilidade:** primeiro contato e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado, com exceção das verdadeiras urgências e emergências médicas;
- **Longitudinalidade:** requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família.
- **Integralidade:** pressupõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adstrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.
- **Coordenação da atenção:** implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem atenção constante.

Além dos atributos essenciais, a OMS destaca que “os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral.” (OMS, 2008, p. 43).

Para tal, é essencial “dar prioridade às pessoas”, caracterizando o que se denominam atributos derivativos, a saber:

- **orientação familiar:** o cuidado ofertado ao indivíduo deve levar em conta o contexto familiar, tanto como fonte de apoio, como de risco. O serviço deve estar apto a utilizar metodologias de abordagem familiar;
- **orientação comunitária:** o serviço deve ser capaz de reconhecer as necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com ela, favorecendo o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;

- **competência cultural:** a equipe de saúde deve ser capaz de reconhecer características culturais da população atendida e utilizar esse conhecimento para qualificar o atendimento e obter melhores resultados.

Todo serviço deve, portanto, se organizar em torno das necessidades do indivíduo que será atendido: favorecendo seu acesso, reduzindo seu deslocamento, ampliando seu conforto e segurança na relação com a equipe de saúde local e contribuindo para um resultado assistencial favorável.

## 1.2- Estratégias de implantação:

A maior dificuldade para a implantação de um novo modelo assistencial perpassa pela motivação para a mudança, com quebra de paradigmas já consolidados na atuação prática de muitos dos profissionais de saúde que compõem a equipe.

A figura 4 representa as etapas do processo de mudança do modelo assistencial para o alcance ao cuidado integral à saúde, centrado no paciente, preconizado por Wagner et al e adaptado por Moraes (2016). No entanto, é importante destacar que o mesmo não se constitui de etapas subsequentes e lineares e sim de ações organizadas numa espiral contínua as quais, neste documento, foram pensadas interligadas, com diversos pontos de contato entre as quatro dimensões.

Figura 4: Etapas do processo de mudança para implementação do Cuidado integral à saúde centrado na pessoa





A primeira etapa do processo de mudança tem como objetivo criar uma unidade de visão, onde os profissionais – em especial os líderes – desenvolvam o entendimento acerca do modelo de APS, seus atributos, suas características estruturantes e especialmente, o papel de centralidade dos indivíduos que procuram o serviço de saúde e do que é importante para eles na estruturação do cuidado.

No engajamento de toda a equipe, ganha relevância a quebra de paradigmas em especial da equipe médica pela histórica formação biologicista, focada em procedimentos e no saber prescritivo.

A segunda etapa corresponde à estruturação de relacionamentos construtivos, contínuos e baseados em equipe, com fortalecimento do trabalho em equipe, além de desenvolvimento de melhores abordagens para captação de beneficiários e melhoria da qualidade dos processos e dos resultados.

Já a terceira etapa busca a organização do cuidado, baseado em evidências, e aprimoramento das experiências, com interações centradas no sujeito, que potencializem o protagonismo do indivíduo em seu cuidado.

Por fim, na quarta etapa, o gerenciamento/ coordenação do cuidado, com redução de obstáculos, através do monitoramento e avaliação contínua dos indicadores estabelecidos, de forma a assegurar acesso e qualidade ao serviço prestado.

Essas ações, quando bem executadas, são capazes de transformar efetivamente o processo de cuidado, com diversos ganhos: gestores em saúde melhor preparados; equipes mais motivadas e satisfeitas; melhores resultados assistenciais e experiência subjetiva positiva do usuário com o atendimento prestado; e, finalmente, otimização do custo. Para a realização dessas etapas, os serviços devem estar minimamente estruturados, conforme descrito a seguir.

## 2. Atributos mínimos

Para sucesso da implantação do modelo de APS, os serviços devem ser estruturados de forma customizada, sendo essencial que as estratégias de implantação descritas considerem a existência de atributos mínimos, a saber:

### 2.1- Infraestrutura:

Embora não existam modelos condicionantes para a infraestrutura de um serviço de APS, dois aspectos são particularmente relevantes na infraestrutura para o sucesso desta lógica assistencial: **acesso e ambiência**.

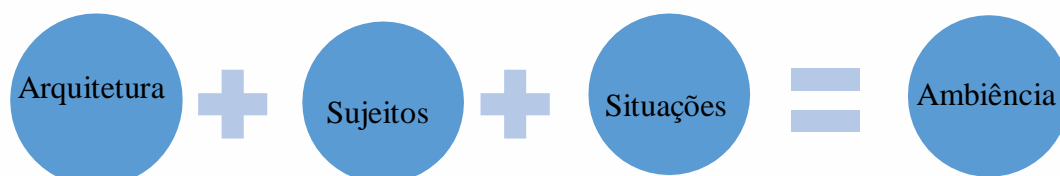
O **acesso** diz respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente, tanto na dimensão geográfica, quanto sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para se chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, facilidade de identificação, possibilidade de integração com outros serviços ofertados – inclusive serviços de retaguarda – entre outros. Já a dimensão sócio-organizacional diz respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas quanto a usos dos serviços, incluindo a adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos para atendimento às necessidades dos usuários.

Ainda com relação ao acesso, importante destacar que a proximidade do serviço com o local de moradia do trabalhador, assim como a flexibilização e a ampliação do horário de funcionamento do serviço de saúde devem ser pensados em consonância com os princípios da APS, onde a “a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros, que extrapolem o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade”. (BRASIL, 2010)

A **ambiência** se refere ao **tratamento** dado ao espaço físico atribuído ao espaço social e de relações interpessoais os quais proporcionam atenção acolhedora, resolutiva e humana. O planejamento dos espaços físicos pode favorecer o acolhimento, integração das equipes, conforto aos visitantes e acompanhantes, maior resolutividade do atendimento, socialização, melhora do acesso e trânsito interno, espaços de trabalho mais prazerosos, entre outros aspectos da construção da humanização.

A ambiência deve favorecer o encontro entre os sujeitos, a partir de seus três princípios:confortabilidade, facilitador do processo de trabalho (inclusive transmitindo claramente aos usuários a mensagem de estar estruturado sobre uma nova lógica) e promotor de novas subjetividades e de reflexão sobre os processos de trabalho.

Figura 5: Componentes da Ambiência





Serviço Social da Indústria

PELO FUTURO DO TRABALHO

Focada diretamente na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos nos processos e saúde, a confortabilidade deve valorizar elementos do ambiente (luz, morfologia, cheiro, som, sinestesia, arte) que interagem com as pessoas e garantem o conforto aos trabalhadores e usuários. Nesse sentido, preconizam-se salas de espera com capacidade reduzida, sem o uso de recurso de senhas, painel de aviso ou similares, em resposta às premissas de atendimento rápido e individualizado pelas equipes de saúde.

O planejamento de cores, iluminação, plantas ornamentais, obras de arte, entre outros, deve ser utilizado para tornar mais acolhedor o ambiente, diferenciando-o de um ambiente ambulatorial típico. Favorecer a inclusão e integração de todos os envolvidos na perspectiva da equidade é fundamental, como, por exemplo, o uso de cadeiras confortáveis e mesas móveis, que permitam ao profissional de saúde e usuário sentarem-se naturalmente lado a lado sem a interposição de obstáculos e aproximando o cliente do profissional.

Por serem locais que recebem pessoas com diferentes culturas, etnias, crenças e círculos sociais, os diversos espaços de saúde devem possibilitar o respeito mútuo e, principalmente, a conservação dessas culturas. Na concepção dos projetos desses espaços, não se permite que haja uma cultura dominante.

Os espaços idealizados para as equipes também devem favorecer novas interações, bem como novas lógicas de relação com o trabalho, incluindo lazer, descanso e espaço coletivo para discussão e decisão sobre as intervenções no espaço

Destaque importante para os projetos de sinalização e placas informativas, não só dentro da unidade, mas também nos arredores, facilitando não apenas o trânsito e o acesso, mas a autonomia dos sujeitos. Facilitação ao acesso físico para pessoas com mobilidade reduzida – e até mesmo para pessoas com deficiência visual ou que não saibam ler.

Importante ressaltar que toda a **estrutura** envolve aspectos físicos, acessibilidade arquitetônica, instalações, equipamentos, insumos, suporte administrativo, entre outros, que devem ser pensados de forma a atender ao fluxo do processo de trabalho e à legislação vigente para o tipo de atividade prestada.

## 2.2- População alvo:

A APS é capaz de beneficiar indivíduos em todas as faixas etárias, nas suas diferentes necessidades de saúde, dentro do nível ambulatorial de complexidade.

No entanto, a existência de critérios de elegibilidade para as linhas de cuidado precisa ser criteriosa.

A escolha da população-alvo deve ser feita estrategicamente, devendo os critérios de classificação dos trabalhadores como elegíveis ser precedido de um diagnóstico da população a ser assistida. O Mapa da saúde dos trabalhadores da indústria atendidos pelo SESI VIVA + possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico da população e saber como os fatores de risco se distribuem de forma a auxiliar no planejamento e execução de ações estratégicas, ajustadas às realidades regionais e locais e, dessa forma, desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

No entanto, outras fontes de informação podem ser utilizadas como dados de saúde epidemiológicos nacionais, que retratam, em cada região, os perfis de morbimortalidade que são recorrentes e generalizáveis, em sua maioria; inquéritos direcionados aos trabalhadores, dados dos demais serviços e ações de saúde do SESI, entre outros.

O importante é reconhecer as necessidades de saúde da população sob responsabilidade da APS, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a **programação dos serviços de saúde parta sempre das necessidades de saúde dos usuários**, preferencialmente priorizando as populações com maior necessidade assistencial, de maior vulnerabilidade clínica e de maior custo.

É recomendável que os familiares dos trabalhadores também sejam incluídos, para manter os princípios da APS e viabilizar a execução dos planos de cuidado.

“Atualmente, a ideia de que as condições de saúde-doença dos membros da família e a família como unidade influenciam-se mutuamente já é consolidada. Atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais.” (Silva, M. et al, 2011, p.45)

Em observação ao atributo de integralidade, o desenho de uma linha de cuidados de referência e contrarreferência e a definição qualitativa e quantitativa dos profissionais que irão atuar no serviço, além de necessária, deve ser feita após a definição do público-alvo e de suas demandas de saúde, de forma a assegurar que estejam vinculadas às suas reais necessidades de saúde.

Em síntese, um modelo globalmente reconhecido preconiza uma integração de ações e de responsabilidades por diferentes instâncias para se criar saúde por meio de um cuidado responsável:

- Prevenir causas/raízes;
- Gerenciar doenças proativamente e dar suporte às pessoas para mudanças de estilo de vida;
- Minimizar impacto das doenças, prover cuidado integral e centrado na pessoa.

### **2.3- Definição do Fluxo de captação e atendimento:**

O fluxo de captação e atendimento do serviço deve garantir a observação de todos os atributos preconizados pela APS, reconhecendo que existem diversas realidades socio-epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização.

A integralidade do cuidado deve ser garantida tanto pelo cuidado centrado nas necessidades do cliente como um todo, quanto pela articulação entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, assegurando uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenha repercussão na saúde e promova a qualidade de vida dos indivíduos.

Internamente, os regionais do SESI devem ser sensibilizados e capacitados para atuar de forma integrada com as equipes de APS, com ênfase nos serviços de Saúde e segurança no trabalho e Promoção de saúde, que se caracterizam como áreas de *expertise* do SESI.

Nesse sentido, é importante destacar que a caminhada da medicina do trabalho direcionada à saúde do trabalhador encontra-se em processo, a partir da incorporação de um novo pensar sobre o processo saúde-doença e o papel exercido pelo trabalho na sua determinação.



*Serviço Social da Indústria*

**PELO FUTURO DO TRABALHO**

O mundo do trabalho mudou nas últimas décadas (em especial na pandemia) e, nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação reduzida ao processo produtivo. Os trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber e em sua subjetividade, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias e os impactos delas e das relações no e do trabalho sobre sua saúde.

A equipe que atua com Promoção à saúde, compreendida por O'Donnell (2001), como “a ciência ea arte de ajudar as pessoas a mudar seus estilos de vida com vistas a alcançar um estado de saúde ideal “, pode contribuir de maneira relevante, ao propor estratégias individuais e coletivas de produzir saúde em suas cinco dimensões (física, emocional, social, intelectual e espiritual).

Todos estes fatores tornam os profissionais das áreas de saúde e segurança no trabalho e da Promoção à saúde parceiros importantes na construção de uma saúde integral.

Externamente, as empresas clientes devem ser sensibilizadas para os diferenciais desta proposta pautada na APS, a redução progressiva de custos tanto pelos resultados na saúde dos trabalhadores e grupos familiares (a APS pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida), que impactam as taxas de absenteísmo, quanto pela redução de sinistros, além da oportunidade de melhorar o vínculo com seus trabalhadores e a construção de uma imagem institucional de valor na sociedade onde está inserida.

Definidas as populações-alvo e uma maciça estratégia de divulgação, os beneficiários classificados como elegíveis recebem um contato telefônico do call center para confirmar o interesse em conhecer e participar do novo serviço. Ao aceitarem, é agendado, na mesma ligação, o primeiro atendimento preferencialmente com o enfermeiro, visando ao estabelecimento do vínculo com a equipe de saúde. O mesmo processo é realizado para os beneficiários elegíveis, que procuram o serviço por demanda espontânea de forma presencial.

Os call centers (ou contact centers), têm um papel fundamental no envolvimento do beneficiário em uma estratégia do segmento de saúde, pois atuam como a porta de

entrada, o marco inicial da jornada do indivíduo e, conseqüentemente, essencial para o sucesso do serviço. A equipe deve ser competente (conhecimento, habilidade e atitude) para atuar sob as premissas da APS, de maneira acolhedora, proativa e resolutiva.

A gestão de agenda é uma atividade complexa e tem um impacto real na produtividade e na geração de receita, bem como na satisfação e vinculação do cliente. Por esse motivo, deve haver métricas bem definidas, que permitam analisar os pontos de melhoria contínua.

Estratégias precisam ser utilizadas de forma a assegurar que o serviço esteja empenhado em cuidar da saúde não apenas dos indivíduos que marcaram uma consulta, mas sim de todos que estão inscritos na unidade de Atenção Primária, conforme ilustrado a seguir:

Figura 6: Estratégias utilizadas para captação do público alvo



A primeira consulta com a equipe de saúde dará início à elaboração do plano de cuidados multidisciplinar, ferramenta que contribui para transformar as práticas de cuidado e também fortalecer o papel da equipe multiprofissional, ao permitir a troca de saberes e a promoção de uma atenção integral centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social, ampliando a resolubilidade assistencial.

Além de promover a efetivação da clínica ampliada e de uma prática de cuidado não segmentada, a construção do plano de cuidados implica uma produção mais racional e eficaz do cuidado nesse nível de atenção à saúde.

O percurso a ser seguido para organização do cuidado se dará a partir de cinco pilares:

- O quê? Definição dos problemas de saúde do usuário;
- Como? Definição das intervenções mais apropriadas;
- Por quê? Quais as justificativas;
- Quem? Quais serão os profissionais;
- Onde? Quais os equipamentos de saúde necessários para a implementação das intervenções.

As intervenções mais apropriadas para cada situação são definidas por meio de diretrizes clínicas/ protocolos/ linhas de cuidado, baseados em evidência científica e pactuados com a equipe devidamente capacitada para segui-los.

A construção de diretrizes clínicas ou protocolos assistenciais são metodologias eficazes de padronização dos processos de trabalho. São documentos informativos, em que são incluídas recomendações sistematizadas, que têm o propósito de influenciar positivamente a tomada de decisão. As diretrizes cumprem quatro funções essenciais: a função gerencial, a função educacional, a função comunicacional e a função legal.

As construções das linhas de cuidado fazem parte de etapas subsequentes dessa consultoria e sua implementação possibilitará a coordenação do cuidado, compreendida como a capacidade do modelo em garantir a continuidade da atenção à saúde ao longo de todo o processo terapêutico, independentemente da modalidade de atendimento ou da equipe profissional responsável pelo acompanhamento do indivíduo.

No entanto, independente da linha de cuidado a abordagem da equipe em relação aos cuidados é chamada de cuidado planejado, sendo este constituído de quatro fases: planejamento pré-consulta, organização da consulta no momento da consulta, planejamento pós-consulta e planejamento entre as consultas médicas:

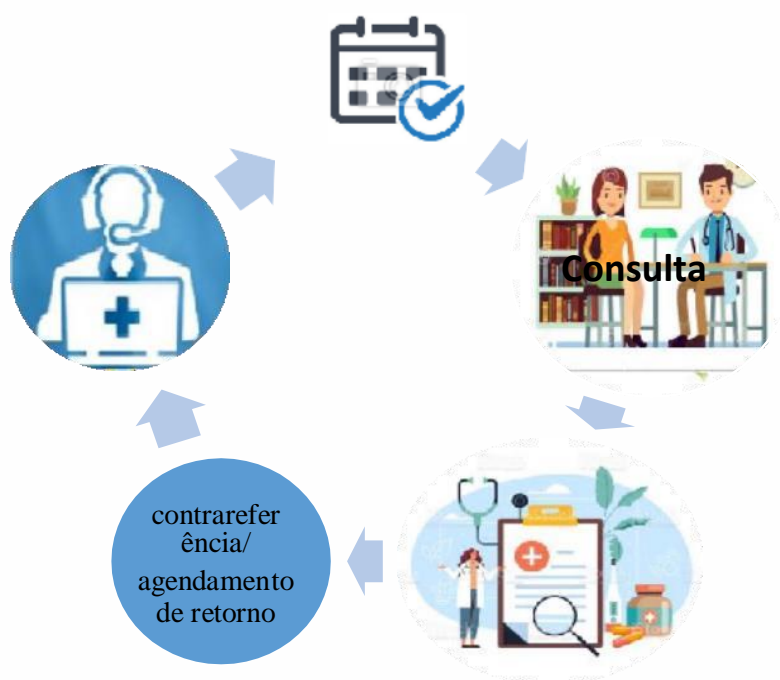
- O planejamento pré-consulta envolve ações realizadas a partir da agenda do serviço, antes da chegada do cliente, de forma a assegurar que todas as informações referentes às ações a serem executadas, segundo as diretrizes e protocolos preestabelecidos para as condições de saúde do beneficiário, estejam prontamente disponíveis no momento da consulta;



- Durante a consulta, o objetivo do planejamento é subsidiar a execução do plano de cuidados, programando, nos registros médicos eletrônicos, uma lista de verificação, que orientará a atuação da equipe;
- Após a visita ao consultório – e antes que o beneficiário saia do serviço – a equipe de cuidados definirá o intervalo de acompanhamento até a próxima visita, prescrições, exames e encaminhamentos a serem realizados, sendo o indivíduo orientado sobre as etapas subsequentes;
- No intervalo entre as consultas eletivas, a equipe de referência e a coordenação de cuidados dedicar-se-ão à revisão regular dos dados e indicadores referentes a cada sujeito, impedindo as lacunas nos cuidados e promovendo o acompanhamento continuado, através do controle de situações de risco e complicações, a manutenção da saúde e a qualidade devida.

A figura 7 ilustra os principais pontos do fluxo de captação e atendimento ao beneficiário, sendo que o prazo de retorno e/ou encaminhamento para especialistas estará definido na linha de cuidado específica.

Figura 7: Fluxo do Cuidado planejado:



O sucesso do fluxo perpassa por vários fatores: clara definição de papéis; espírito de equipe; gestão compartilhada; processos padronizados; educação permanente; metas pactuadas, serviços de teleatendimento e tecnologia da informação, entre outros. No entanto, a capacidade de gerar vinculação do cliente é um fator determinante da continuidade do cuidado e de sua resolutividade.

A literatura mostra evidências de ganhos expressivos em serviços de APS que alcançaram esse tipo de vinculação:

- Melhoria da satisfação dos sujeitos;
- Redução das taxas de internação;
- Redução da procura por especialistas e por serviços de urgência e emergência;
- Utilização mais eficiente dos recursos;
- Maior adesão da população adolescente a cuidados preventivos.

Em síntese, a definição do Fluxo de captação e atendimento de clientes é uma das etapas da implementação da APS, que deve estar em consonância com as recomendações do National Committee for Quality Assurance (NCQA) para garantir qualidade das Unidades de APS:

- Utilização de dados clínicos para gestão de populações;
- Gerenciamento dos cuidados individuais, baseado em evidências e em linhas de cuidado;
- Estímulo ao autocuidado organizado;
- Acompanhamento dos encaminhamentos e relatórios de contrarreferência
- Implementação de Melhoria Contínua da Qualidade

Além do atendimento na modalidade presencial descrito acima, o serviço pode desenvolver, em função do perfil epidemiológico de seu público-alvo e da composição da equipe, as seguintes modalidades de atendimento:

1. **Visitas Domiciliares:** Os beneficiários que apresentarem condições físicas/clínicas que inviabilizem o deslocamento para a unidade, ou os que precisam de um contato pontual *in locu*, recebem a visita domiciliar da equipe, por meio da qual o profissional de saúde poderá avaliar as condições socioambientais e habitacionais em que vive o indivíduo e sua família, bem como realizar a busca

ativa, planejar e executar as medidas assistenciais adequadas. Não se enquadram nessa condição, os beneficiários com necessidade de assistência ou internação domiciliar.

2. **Telessaúde integrada:** Trata-se de um método com grande potencial para agregar novas soluções em saúde, por permitir interações profissional/ beneficiário intermediadas por tecnologias, apresentando-se como uma solução para ampliar o acesso, acelerar processos, (desde que seja aplicada de forma estratégica), para se integrar à estrutura de saúde existente, de forma a aumentar a logística para a resolução de problemas e para a implementação de um conjunto de serviços, que contribua para promover uma atenção integral. (SESI, 2022) As diferentes categorias profissionais possuem regulamentação própria para atuação profissional nessa modalidade, sendo que os principais recursos são:

- ✓ **Telemedicina:** Com o avanço tecnológico e especialmente com o advento da pandemia, que acelerou o processo e sua regulamentação no Brasil, a telemedicina vem ganhando espaço entre os serviços de saúde. No entanto, trata-se de uma tecnologia que não tem uma definição universalmente estabelecida, sendo a terminologia utilizada de forma distinta por diversas entidades, que, em muitas situações, tratam-na como sinônimo de telessaúde.

A Organização Mundial da Saúde define telemedicina como a prestação de serviços de saúde por todos os profissionais de saúde, por meio do uso de tecnologias de comunicação e troca de informações válidas, tanto para diagnóstico como para o tratamento, prevenção de doenças e lesões. Ela traz como vantagens: Segurança, agilidade e precisão. Em estudo de revisão de 104 artigos, realizado pela OMS (2019), a despeito da semântica, quatro elementos foram considerados básicos para o seu uso: propósito (oferta de suporte clínico), missão (eliminar as barreiras de acesso), objetivo (melhorar os resultados em saúde) e aplicação (envolvendo diversos tipos de tecnologias de informação e comunicação).

- ✓ **Telemonitoramento:** Trata-se do acompanhamento remoto de beneficiários, sendo importante para garantir a manutenção e a estabilidade da saúde do indivíduo, bem como para proporcionar orientações sobre questões relacionadas à saúde;

- ✓ Teleconsulta: Realização de consulta por meio de plataforma de comunicação, podendo envolver profissionais da equipe de referência e especialistas; ou profissionais e usuários.
- ✓ Atendimento 24 horas: Trata-se de uma central que garanta acesso (presencial ou virtual) ao usuário para relatar queixas e/ou sanar dúvidas de saúde.

Recomenda-se que o serviço de APS tenha em seu planejamento o desenho de como se dará a articulação entre todas as modalidades de atendimento próprios ou externos, motivo pelo qual a existência de plano de saúde do cliente como retaguarda deve ser considerada para garantir uma linha de referência integral.

O registro dos atendimentos e informações de saúde, derivados de qualquer modalidade, deve ser feito em Prontuário eletrônico, de forma a assegurar agilidade em coordenar cuidados e realizar diagnósticos.

#### **2.4- Equipe de saúde:**

A APS funciona como a porta de entrada de um serviço integral, acessível e coordenado, capaz de resolver de 80 a 90% das demandas de saúde dos sujeitos que a utilizam. Para a obtenção desse resultado e a garantia de uma experiência de cuidado de qualidade, a composição e a atuação da equipe são considerados elementos-chave para o sucesso do modelo e, simultaneamente, o maior desafio a ser superado.

O novo perfil de adoecimento da população demanda uma abordagem personalizada no atendimento do profissional com o usuário e uma nova configuração de trabalho entre os membros da equipe.

A relação do profissional de saúde com o usuário é um processo especial de interação humana, de harmonia, que é a base da prática clínica em suas dimensões técnica, humanística, ética e estética. O profissional deve ser capaz de:

- Definir a razão pela procura ao serviço e considerar a existência de outros problemas;
- Buscar entendimento mútuo do problema, envolvendo o indivíduo no manejo e construir com ele as intervenções para cada problema;
- Usar tempo e recursos de forma apropriada;
- Estabelecer ou manter a relação profissional/beneficiário;

- Avaliar a qualidade dos resultados obtidos

Essa abordagem exige novas competências dos profissionais (conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes), composição pautada na abordagem interdisciplinar e organização da equipe comprometida com o resultado e centrada nas demandas do indivíduo. Os profissionais precisam apresentar “maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho” (Brasil, 2011).

As equipes, compreendidas como “um pequeno número de pessoas com habilidades complementares, comprometidas com objetivos, metas de desempenho e abordagem comuns, pelos quais se consideram mutuamente responsáveis” (Katzenbach e Smith, 2000), guardam uma complexidade quando atuam na área da saúde: O trabalho em saúde é coletivo e vivo em ato, o modelo de formação acadêmica não prepara para interdisciplinaridade, enquanto o modelo de gestão organizacional não favorece a integração.

A existência de diretrizes sólidas que definam o propósito central da equipe e como essa trabalhará de forma unida para alcançá-lo é fundamental para o alcance dos objetivos da APS. Cada membro é um *expert* num time de grande funcionalidade: cada um tem uma tarefa que é a de ***servir melhor ao usuário do serviço***, partindo da premissa de que todos funcionam melhor num ambiente de aprendizagem contínua: todos aprendem e ensinam, em um desenho de processos colaborativos.

A abordagem interdisciplinar não apenas amplia a visão de mundo de cada membro da equipe e da realidade, no propósito de superar a visão disciplinar, mas também se caracteriza pela intensidade das trocas das disciplinas no interior de um mesmo projeto.

Pressupõe uma atitude diferente a ser assumida, em substituição a uma concepção fragmentária paraunitária do ser humano. Por esse motivo, exige mais que conhecimento, mas habilidades e atitudes, pois está associada a uma flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprendizado e ação na diversidade e aceitação de novos papéis.

Profissionais e equipes de saúde com essas características, capazes de atuarem um novo modelo assistencial como a APS, precisam ser formados pelos respectivos serviços, em um processo de educação permanente constitutivo das práticas, que será descrito posteriormente neste documento.

#### **2.4.1 - Composição e atribuições das equipes de saúde:**

A composição e o número de profissionais das equipes podem variar em razão do tamanho da unidade de serviço, do tamanho da população-alvo, das diversas realidades sócio-epidemiológicas e das diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização.

A diretriz principal para se definir a composição e tamanho de uma equipe é a garantia da integralidade do cuidado e da continuidade do trabalho. Para isso, uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, e profissionais de apoio, como recepcionistas e administrativos é fundamental. Esses profissionais se organizarão em fluxos e processos de trabalho, que assegurarão a equipe de referência para, direta ou indiretamente, atender às necessidades do indivíduo assistido .

Preconiza-se que a equipe de referência do beneficiário seja composta por uma equipe direta, constituída por: médico generalista, enfermeiro e técnico de enfermagem. A proporção de profissionais em relação à capacidade de atendimento é baseada na carga horária, tamanho e vulnerabilidade da população a ser assistida:

Tabela 3: Quadro de profissionais da equipe de referência:

<b>Profissional</b>	<b>Carga horária semanal</b>	<b>Número de vidas</b>
Médico	40h	2200
Enfermeiro	40h	2200
Técnico de enfermagem	40h	2200
Coordenador do cuidado	40h	10.000
Demais categorias de suporte	08h	2200

Além desses profissionais, a equipe deverá contar ainda com um coordenador de cuidado, pessoal de apoio logístico e administrativo (técnico de TI, recepcionista, porteiro, limpeza, operador de call center, etc), em quantidade suficiente para assegurar a atuação da equipe de referência e demais produtos ofertados no serviço.



Serviço Social da Indústria

PELO FUTURO DO TRABALHO

A definição de vínculo de trabalho dos profissionais e sua forma de remuneração são decisões complexas que irão representar custo e qualidade ao processo de implementação da APS. Por esse motivo, muitos gestores tendem a não vincular uma equipe fixa, até que o serviço esteja em seu pleno funcionamento.

O conhecimento tácito revela que a ocupação de 80% da agenda demora em média um ano para ocorrer e que a consolidação do projeto em sua plenitude leva cerca de três anos. No entanto, assegurar a presença de um corpo fixo e capacitado de profissionais na equipe contribui para o sucesso do modelo. E o tempo em que estes profissionais ficariam ociosos, deve ser gasto com programas de educação permanente, reuniões para estruturação do modelo assistencial, padronização de processos, entre outras atividades. Sugere-se assim, uma vinculação mínima do profissional de 20h, independentemente do baixo número de atendimentos inicial.

Manter um profissional com remuneração alinhada para realizar todos os cuidados necessários, para um número fixo de horas tem-se mostrado uma estratégia melhor do que remunerá-lo por consultas e procedimentos. Podem-se adotar bonificações maiores para a qualidade e melhoria contínua dos indicadores de saúde e performance sistêmica.

Dentro da realidade de cada regional, a composição da equipe (inclusive com incorporação de outras categorias profissionais), bem como as atribuições dos profissionais podem ser modificadas de acordo com os serviços ofertados e as linhas de cuidado e diretrizes preconizadas, mas guardando ações mínimas, capazes de assegurar o atendimento integral do cliente, as quais seguem descritas a seguir:

**Atribuições comuns a todos os membros:** Cada profissional possui papéis bem definidos dentro da equipe, ao mesmo tempo em que compartilha com as demais profissões responsabilidades comuns em relação aos usuários. Todos devem trabalhar em consonância com os atributos da APS, assegurando ao cliente a melhor experiência de cuidado.

Para isso, alguns pontos devem orientar sua prática:

- O trabalho faz sentido se o fazemos pelo indivíduo;
- Persistência na busca de resultados;
- O beneficiário escolhe com quem vai ter uma relação próxima;
- Todos sabem das metas e quando e como atingi-las;

- Quando algo não vai bem, todos da equipe têm voz ativa para redesenhar o sistema de cuidado;

### **São atribuições comuns a todos os profissionais:**

- 1- Garantir a atenção à saúde de forma integral, por meio da realização ou integração com outros setores (Medicina e segurança do trabalho, Promoção à saúde, etc) de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea;
- 2- Participar do acolhimento dos clientes, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, de forma empática e compassiva, procedendo à primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, assegurando a construção de um plano de cuidados, com estratégias terapêuticas que assegurem o atendimento às necessidades identificadas e priorizadas, segundo a relevância individual de cada cliente;
- 3- Praticar cuidado orientado pelos atributos familiar, comunitário e cultural, que visem a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;
- 4- Realizar reuniões de equipes, a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- 5- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação disponíveis;
- 6- Participar das atividades de educação permanente.

### **São atribuições específicas:**

#### **a) Coordenador do cuidado:**

A coordenação do cuidado é a capacidade do modelo em garantir a continuidade da atenção à saúde **ao longo de todo o percurso terapêutico**, independentemente da modalidade de atendimento ou da equipe profissional responsável pelo acompanhamento do indivíduo. O profissional que assume esse importante papel será o responsável por supervisionar se o processo e fluxos de trabalho estão sendo cumpridos em consonância com os atributos da APS, garantindo em todos os pontos da jornada do cliente uma experiência de qualidade.



O coordenador do cuidado é responsável por acompanhar os indicadores estabelecidos, participar das reuniões de todas as equipes, estando atento à performance da equipe.

**b) Enfermeiro:**

Cabe ao enfermeiro realizar consulta de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, observadas as disposições legais da profissão.

Destaca-se, entre as diversas atribuições, o papel educativo do enfermeiro, por ser a educação em saúde um importante pilar para a construção do autocuidado. A educação em saúde, definida por um conjunto de saberes e práticas orientado para a produção do cuidado, construída mediante a interação profissional/indivíduo deve ser realizada de forma a superar o paradigma de romper com um modelo de atenção à saúde que, na verdade, privilegia a doença. Um modelo que idealiza o profissional, coisifica o paciente e impessoaliza o relacionamento entre eles.” (Campos, 2005)

O uso de metodologias ativas, estratégias pedagógicas adequadas para o público-alvo e a neurociência devem nortear a prática de educação em saúde de forma a desenvolver no cliente competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para o autocuidado, pautadas nos quatro pilares recomendados pela UNESCO para a educação no século XXI: aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a viver juntos. Devem possibilitar ainda ao educando a ocupação do lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos.

**c) Técnico de enfermagem:**

Cabe ao técnico de enfermagem participar das atividades de atenção, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão.

Importante destacar que o técnico será o primeiro membro da equipe de referência a fazer a abordagem com o indivíduo, além de realizar a interface entre a equipe de saúde, o beneficiário e sua família. Nesse sentido, a comunicação e a capacidade de articulação se apresentam como habilidades relevantes em todo o processo.

**d) Médico:**

O modelo hegemônico de assistência à saúde deposita no médico, nos hospitais, nos procedimentos e nos exames complementares o principal eixo do processo de cuidado. Embora seja um elemento essencial para o paciente e para a sua equipe, o médico na APS, assim como os demais profissionais da saúde, devem ser conscientes de sua incapacidade de sozinhos prover respostas para todas as necessidades de saúde do usuário.

Cabe ao médico, preferencialmente especialista em Saúde da Família, atuar sob as premissas da APS (identificando e removendo barreiras ao cuidado), empenhado que está em promover o cuidado ativo presencial, otimizando tudo de que o indivíduo precisa enquanto estiver na sua frente, e/ou encaminhando a outros profissionais (incluindo cuidados preventivos), reduzindo visitas desnecessárias a especialistas e, utilizando, com responsabilidade, os recursos disponíveis.

Relevante destacar que o diferencial de atuação no modelo da APS – além da abordagem centralizada no indivíduo e na família e da atuação multiprofissional com os demais membros da equipe para a elaboração do plano de cuidados – é o fato de que o médico irá atuar no auxílio da definição e condução da melhor linha de cuidado para cada indivíduo e em cada situação.

**e) Equipe matricial:**

Constituída por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada no apoio aos profissionais das equipes de referência, compartilhando as práticas e saberes, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade.

Os membros dessa equipe devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado iniciado pela equipe de referência, por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

**f) Pessoal administrativo**

A composição desta equipe deve assegurar o fluxo de atendimento do cotidiano do serviço, bem como a observação dos atributos da APS, uma vez que todos são responsáveis pela captação, acolhimento, vinculação do cliente e continuidade da atenção.



*Serviço Social da Indústria*

**PELO FUTURO DO TRABALHO**

A descrição dos membros e suas atribuições específicas guardam estrita ligação com a proposição de ofertas de atos e serviços em saúde em cada região e serão melhor detalhadas após determinação das linhas de cuidado, a serem construídas em etapa subsequente.

A definição do quantitativo de profissionais, a decisão de inclusão de novos profissionais, assim como o tempo de atendimento disponibilizado para atuação de cada um irão depender da composição do perfil epidemiológico da carteira.

## **2.5- Reuniões:**

As reuniões de equipes na APS têm como objetivo discutir, em conjunto, o planejamento e avaliação das ações de seus membros, com base na utilização dos dados disponíveis, alinhando diretrizes institucionais, apresentando e avaliando fluxos, processos de trabalho e resultados obtidos, além de permitir a discussão multidisciplinar dos casos de maior complexidade, análise dos planos de cuidado, identificação e resolução das dificuldades para o cumprimento.

As reuniões também abrem espaço para que os profissionais compartilhem experiências positivas e dificuldades, visando à implantação de melhorias, bem como à promoção da integração entre os membros, caracterizando-se como espaço de escuta importante.

## **2.6- Educação permanente das equipes:**

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e da proteção de agravos externos e atenção à doença e não ao sujeito.

A mudança do modelo de atenção tradicional para um modelo de assistência integral centrado no paciente requer não só uma reorganização da forma como os serviços de saúde estão estruturados, como também uma mudança na forma da equipe de saúde enxergar, pensar e agir em relação a esse indivíduo.

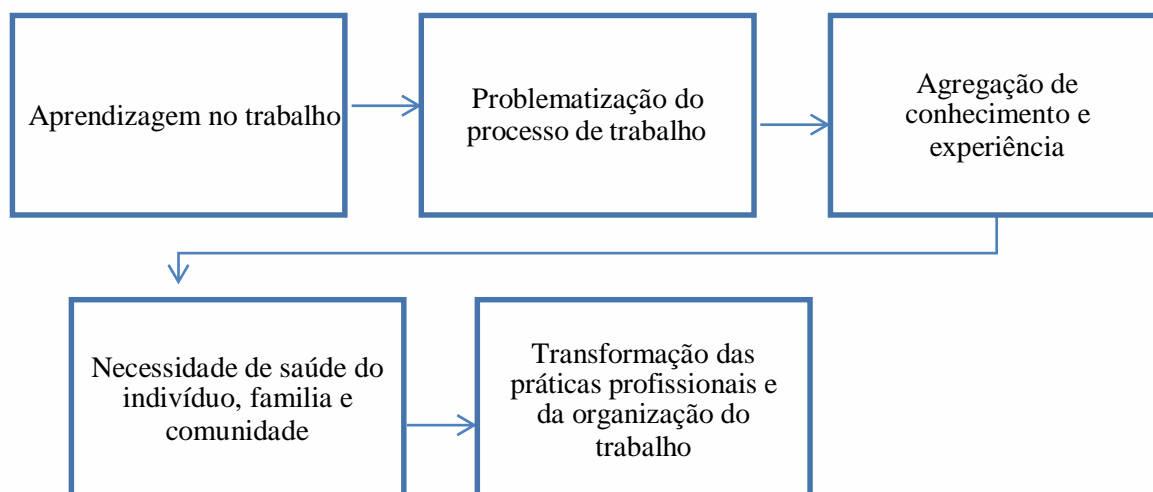
Quando se propõe um caminho diferente para se fazer saúde, o processo educativo requer um caminho diferente. A educação permanente se coloca como uma estratégia sistemática e global, que busca adequar a formação e qualificação dos trabalhadores às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento dos princípios da APS.

Para implementação de um modelo assistencial pautado na APS, nem sempre teremos disponíveis para recrutamento e seleção os melhores profissionais para a composição de uma equipe, com o perfil desejado pela instituição. Os trabalhadores que já atuam, mesmo que no modelo biologicista hegemônico, são portadores de um conjunto de conhecimentos resultantes de sua prática social e formação até o momento e, portanto, devem ser respeitados enquanto sabedores de algumas coisas e ignorantes em relação a outras.

A sensibilização para o engajamento desses profissionais, visando à adoção de práticas educativas pautadas nos princípios da APS, deve considerar que a APS tem como objetivo não apenas melhorar o desempenho, mas também contribuir para o desenvolvimento de novas competências e servir de substrato para transformações como a geração de práticas desejáveis de gestão, atenção e relação com a população.

Dessa forma, investir na formação dos profissionais perpassa pela elaboração, desenho e execução de práticas educativas, a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que as mesmas se inserem. A figura 8 retrata como a prática vigente pode ser modificada, pela aprendizagem significativa e pela problematização no trabalho e do modelo assistencial vigente, em relação às necessidades de saúde dos indivíduos.

Figura 8: Etapas de transformação da prática em saúde através da Educação Permanente



A educação permanente em APS parte, portanto, da problematização da realidade para aquisição de competências que instrumentalizem os profissionais para atuar sob suas premissas, buscando o cuidado integral aos sujeitos e comunidades. Apesar da singularidade de cada realidade, em geral são temas centrais neste processo:

- Formação em atenção primária à saúde;
- Formação em experiência do cuidado;
- Formação em linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos e administrativos;
- Formação em trabalho em equipe;
- Formação em gestão e qualidade do cuidado; e
- Formação em ferramentas e tecnologias de apoio ao processo de trabalho

## 2.7- Avaliação da efetividade do modelo:

A gestão e a análise do modelo são realizados por meio do monitoramento dos resultados alcançados, de forma contínua e sistematizada, com a incorporação da qualidade como um requisito para o alcance de um cuidado responsável.

No entanto, a avaliação da qualidade em saúde – especialmente na APS – é uma tarefa complexa, pois o processo de atenção é definido como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde, o que envolve diferentes atores e processos a serem considerados.

No Brasil, dois instrumentos se destacam para este fim: o PCATool (Instrumento de avaliação da APS) e o CAHPS (Guia de aperfeiçoamento de atendimento ambulatorial), que medem a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS, ajudando a definir estratégias para solucionar os principais problemas.

Inicialmente, propõe-se uma **cesta mínima de indicadores** para se avaliar a melhoria alcançada pela implementação da APS:

- **Indicadores Financeiros:** O custo assistencial está entre os principais determinantes da sustentabilidade de um serviço de saúde e constitui um desafio prioritário, associado à melhoria da qualidade. Medir e relatar resultados de **custo per capita e sinistralidade** e usar essas informações para determinar



Serviço Social da Indústria

PELO FUTURO DO TRABALHO

sistematicamente onde e como concentrar os recursos para melhorar os resultados, utilizando estratégias de gestão, tecnologia da informação e outras são ações que convergem com os objetivos da APS.

- **Resultados em saúde:** A avaliação dos resultados em saúde é fundamental no modelo de APS, devido ao seu valor no planejamento, desenvolvimento de programas, motivação dos indivíduos e monitoramento do progresso. Historicamente, a avaliação de risco à saúde e testes biomédicos são os indicadores mais utilizados, mas a incorporação de tecnologia da informação permitiu a ampliação de outras fontes potenciais de dados, através da integração de dispositivos, serviços e programas ofertados.

Arelado a cada linha de cuidado (definidas na próxima etapa) deve existir um conjunto de indicadores clínicos, com o objetivo de medir e avaliar a qualidade do cuidado prestado pelas equipes da atenção primária, como forma de manter o ciclo de melhora contínua do serviço e da assistência. Além dos citados anteriormente, rastreios, estratificação de risco, predição, entre outros, são exemplos de resultados em saúde que podem ser adotados.

- **Acesso:** A capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente, através da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população pode ser uma métrica relevante para avaliar a qualidade do cuidado: obtenção de consultas em até sete dias, consultas no mesmo dia, referenciamento a especialista, cancelamentos e faltosos são exemplos de indicadores possíveis;
- **Satisfação dos clientes:** A experiência do cliente deve ser pautada na segurança e qualidade assistencial, na atenção centrada no usuário e na excelência da jornada. Preconiza-se como qualidade o alcance de 85% de clientes satisfeitos/muito satisfeitos.



Serviço Social da Indústria  
PELO FUTURO DO TRABALHO

### São Indicadores propostos:

- a) Taxa de Adesão da População-Alvo: Esse indicador reflete tanto o acesso quanto a capacidade do novoserviço de atrair e captar o novo usuário. O cálculo pode ser feito da seguinte forma:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de beneficiários elegíveis atendidos no serviço no ano}}{\text{Número de beneficiários previstos para vinculação aoserviço no ano}} \times 100$$

- b) Taxa de Ocupação do Serviço: Avalia o preenchimento dos horários disponibilizadospara consultas no ano.

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de consultas realizadas}}{\text{Número de consultas disponibilizadas}} \times 100$$

- c) Taxa de Satisfação do Paciente com o Serviço: Avalia a percepção do usuário sobre: seu acolhimento, o atendimento médico e de enfermagem, o tempo de espera para agendamento da consulta, o acesso aos cuidados necessários (incluindo procedimentose exames), a resolutividade das ações e outros aspectos relevantes.

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Total de respostas "bom" e "ótimo" para os itens avaliados}}{\text{Total de respostas aos itens avaliados}} \times 100$$



Serviço Social da Indústria

PELO FUTURO DO TRABALHO

- d) Taxa de exames de rastreio prescritos: Avalia a execução dos exames de rastreio definidos em cada linha de cuidado

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de exames de rastreio efetivamente realizados pelo paciente em acompanhamento}}{\text{Número de exames de rastreio solicitados pelo médico de serviço para pacientes em acompanhamento}} \times 100$$

- e) Redução do Custo Assistencial: O Retorno sobre o Investimento (ROI) representa uma medida de desempenho financeiro, usada para avaliar a eficiência de um investimento.

$$\text{ROI} = \frac{(\text{Custo anterior} - \text{Custo posterior}) - \text{Custo do investimento}}{\text{Custo do investimento}}$$

- f) Redução da Taxa de Internação Hospitalar: O cálculo desse indicador compreende a diferença do número total de internações hospitalares de usuários submetida a internação, após vinculação ao serviço por, no mínimo, 90 dias (desconsiderando causas não sensíveis à APS)

$$\text{Redução da Taxa de Internação Hospitalar} = \frac{\text{Internações posteriores} - \text{Internações anteriores}}{\text{Internações anteriores}}$$





Serviço Social da Indústria  
**PELO FUTURO DO TRABALHO**

### **3. Considerações finais:**

O modelo da APS já vem sendo implementado em diversos locais, com formatos diferentes que consideram as especificidades de cada população-alvo, **mas guardam em si o respeito aos atributos que o configuram como um modelo inovador** em cada cenário.

Em todos eles, o sucesso perpassa pela efetividade dos itens descritos acima, mas a **crença no modelo**, que tem um campo de conhecimentos e de resultados ainda muito recentes, (que se traduz no engajamento das equipes e no acompanhamento e monitoramento contínuo para ajustes necessários), é que se caracteriza como o grande diferencial no sucesso de cada serviço.

A decisão do SESI em inovar mais uma vez em saúde, a partir da proposição da APS como proposta de configuração de modelo assistencial, retrata o espírito de comprometimento com sua missão, sendo a construção deste documento muito mais que um produto, mas sobretudo o estabelecimento de diretrizes para um cuidado autêntico.

**Referências:**

1. BARATA, J.M.L. O processo educativo na organização do trabalho da enfermagem: uma concepção a ser transformada, UFMG, 2001, 165p.
2. BARATA, J.M.L. Resignificando a formação: integração serviço-escola, um diálogo necessário em saúde in Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde. Bh. Ed. PUC Minas, 2011. 416p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência - Brasília: MS, 2010. < Disponível em <http://www.saude.gov.br/humanizaus> <, Acesso em 30/08/22.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A.Normas e Manuais Técnicos)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
6. BRASIL, MS. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Disponível em: [https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) <Acesso em 07/09/2022>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E.Legislação em Saúde)
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p. : il. Disponível em: [https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)
9. Confederação Nacional da Indústria. Saúde : agenda pós-pandemia / Confederação Nacional da Indústria. – Brasília : CNI, 2022. 77 p. : il. – (Propostas da indústria eleições 2022 ; v. 21)
10. BRAGA, Eulalia Martins. Atenção primária na saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de saúde de Belo Horizonte. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Saúde) - Pontifca Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3GqMAXG>. Acesso em: 13/10/2022
11. FRANCO et al. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010
12. FREITAS, L. S. Ribeiro, M. F. ; Barata, J.M.L. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. Rev. méd. Minas Gerais ; 28: [1-8], jan.-dez. 2018. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969898>

13. KATZENBACH, J. R.; SMITH, D. K. **Equipes de Alta Performance: conceitos, princípios e técnicas para potencializar o desempenho das equipes**. Tradução de Edite Siergert Sciulli. Rio de Janeiro: Campus, 2001
14. LEVITAN, S.E. et al: The CAHPS Ambulatory Care Improvement Guide Practical Strategies for Improving Patient Experience Final, December 2017. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/quality-improvement/improvement-guide/cahps-ambulatory-care-guide-full.pdf> <Acesso em: 02/07/2022
15. MENDES, R. & DIAS, E.C. [From occupational medicine to workers' health]. Rev. Saúde públ, S.Paulo, 25: 341-9, 1991.
16. MENDES, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
17. MORAES, Edgar Nunes de. Usifamília: Um Modelo Inovador de Atenção Integral na Saúde Suplementar/ Edgar Nunes de Moraes; Editores: Luís Márcio Araújo Ramos; Mauro Oscar Soares de Souza Lima; Adseu Álvares de Andrade; Fernanda Ferreira Monteiro de Souza; – Belo Horizonte: Folium, 2016. 306 páginas.
18. OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.
19. OMS - Organização Mundial da Saúde . Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010. 26 p.
20. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>> Acesso em 08/10/22
21. OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> . , Acesso em 30/08/22
22. O'DONNELL MP. Definition of Health Promotion. *Am J Health Promot* 1986; 1(1):4-5.
23. O'DONNELL, Michel (org). Health promotion in the workplace. 3rd ed. Delmar Thomson Learning, 2006. MIRANDA, F.A.C.; COELHO, E.B.S.; MOREÍ, L.O.O. - Projeto terapêutico singular [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012
24. RIBEIRO, M. F Freitas, L. S. ; Barata, J.M.L A avaliação de estudantes de medicina de uma faculdade de belo horizonte, em relação ao processo de ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. Rev Med Minas Gerais 2018; 28: e-1971
25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.
26. SESI- Serviço Nacional da Indústria /DN, 2022. Disponível em: <<https://www.portaldaindustria.com.br/sesi/institucional/>> Acesso em 26/08/22
27. Sesi Qualidade de Vida: Bases Teóricas e Modelos Lógicos Versão Preliminar Gerência Executiva de Qualidade de Vida Brasília, 28 de Abril de 2014
28. Silva, M. et al A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura Rev. esc. enferm. USP 45 (5); Out 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wQyqZVK6Sjxb7SwsFYrkCws/?lang=pt>