

PlanificaSUS



WORKSHOP DE ABERTURA

A Planificação da Atenção à Saúde



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

PlanificaSUS

WORKSHOP DE ABERTURA

A Planificação da
Atenção à Saúde



ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

EQUIPE DE TRABALHO

Coordenador e Revisor Final:

Marcio Anderson Cardozo Paresque

Elaboração Técnica:

Aline Teles de Andrade
Evelyn Lima de Souza
Francisco Gilmário Rebouças Júnior
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Maíra Catharina Ramos
Monique Alves Padilha

Apoio Administrativo:

Adriane Reis Arcos
Jonny William de Souza Domingos

Revisão Técnica:

Erika Rodrigues de Almeida
Márcia Helena Leal
Marco Antônio Bragança de Matos
Marco Aurélio Santana da Silva
Rubia Pereira Barra
Priscila Rodrigues Rabelos Lopes
Maria José de Oliveira Evangelista

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: Workshop de Abertura - A Planificação da Atenção à Saúde. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
44 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta como pilares o Hospital Israelita Albert Einstein, a Medicina Diagnóstica, o Ensino e Pesquisa, a Consultoria e a Responsabilidade Social.

A Diretoria de Responsabilidade Social desenvolve várias atividades relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, estão, por exemplo, projetos ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para colaborar com o fortalecimento do SUS.

O projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) via PROADI-SUS, executado pela SBIBAE, tem como objetivo geral implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A SBIBAE é o executante do projeto, solicitado pelo CONASS e é acompanhado e monitorado pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

A proposta da PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

A fundamentação teórica de referência para o diálogo entre a construção social da APS e o cuidado das condições crônicas perpassa a edificação do MACC proposto por Eugenio Vilaça Mendes para o SUS, a partir dos modelos da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente,^[1] de Cuidados Crônicos^[2] e sobre os Determinantes Sociais da Saúde.^[3] Estes modelos estão descritos nos livros publicados pelo CONASS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com foco na implantação das RAS, a saber: As Redes de Atenção à Saúde,^[4] O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde^[5] e A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.^[6]

O modelo operacional descrito por Mendes^[6] propõe a metáfora da construção de uma casa (Figura 1), citando vários momentos para organização dos macroprocessos da APS adaptados para a organização dos macroprocessos na AAE.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

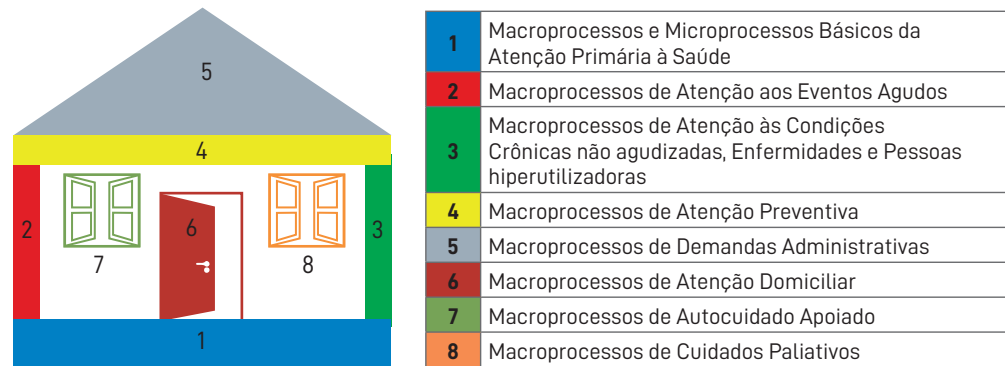


Figura 1. A construção social da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: adaptado com a inclusão dos macroprocessos de cuidados paliativos de Mendes.^[6]

O PlanificaSUS será operacionalizado por meio de uma etapa preparatória e por seis etapas operacionais com ciclos de *workshops*, oficinas tutoriais, etapa controle e cursos curtos. O público-alvo serão os profissionais dos serviços de APS e AAE, e os profissionais dos demais serviços relacionados à linha de cuidado definida como prioritária, além de profissionais da gestão. A figura 2 apresenta o esquema operacional do PlanificaSUS.

Os *workshops* são os momentos de alinhamento teórico, que abordam os conceitos centrais do PlanificaSUS. São utilizados trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, dramatizações, leitura de textos de apoio, debates, com apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas. Os temas abordados nos *workshops* terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais.

Nas oficinas tutoriais, acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria nos serviços da RAS. Não se trata de um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, e nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Pelo contrário, é um "fazer junto", sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude.

Além dos *workshops* e tutorias, será utilizada a estratégia de cursos curtos, que abordarão o conhecimento de temas específicos e/ou proverão treinamento de habilidades relativas a processos pertinentes para a organização dos macroprocessos. Os temas dos cursos serão: estratificação de risco, saúde mental, atenção farmacêutica e sistemas de informações. Será disponibilizado o material pela Equipe PlanificaSUS, sendo a execução de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de cada região. Os cursos deverão ser desenvolvidos a partir da integração entre as equipes da APS e AAE.

O projeto reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais. Baseando-se

ETAPA 1 – A integração da APS e AAE em Rede		
Compreensão sobre os conceitos de RAS, APS, AAE e referenciais teóricos (MACC e Construção Social da APS)	Workshop	Oficina Tutorial
Apropriação sobre a situação da atenção primária à saúde nos municípios da região	1	1
Apropriação e ajustamento da carteira de serviços do ambulatório de atenção especializada de referência		
Unidades laboratório com Grupos de Trabalhos definidos		
ETAPA 2 – Território e Gestão de Base Populacional		
Compreensão sobre os conceitos de território e gestão de base populacional		Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados na APS: territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco familiar e identificação das subpopulações alvo	Workshop	2.1
Macroprocessos organizados na AAE: cadastro e vinculação das unidades básicas dos municípios com o ambulatório de atenção especializada	2	Oficina Tutorial
Microprocesso organizado: vacinação		2.2
ETAPA 3 – O Acesso à RAS		
Compreensão sobre os conceitos de acesso, perfis de demanda e oferta e ferramentas para sua organização	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: acesso aos serviços da APS e AAE	3	3
Microprocessos organizados: recepção da unidade e prontuário		
ETAPA 4 – Gestão do Cuidado		
Compreensão sobre os conceitos de condição de saúde, estratificação de risco e gestão da condição de saúde		Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: linhas de cuidado para as condições crônicas na APS e AAE e atenção aos eventos agudos	Workshop	4.1
Microprocessos organizados: esterilização, higiene e limpeza, gerenciamento de resíduos sólidos em serviços de saúde	4	Oficina Tutorial
		4.2
		Oficina Tutorial
		4.3
ETAPA 5 – Integração e Comunicação na RAS		
Compreensão sobre a importância do conhecimento recíproco, vinculação e apoio entre as equipes da APS e AAE	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: compartilhamento do cuidado, supervisão clínica e educação permanente	5	5
ETAPA 6 – Monitoramento e Avaliação		
Compreensão sobre o modelo de melhoria, dashboard e contratualização	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: dashboard de monitoramento de indicadores, rotina de gerenciamento e contratualização de metas com as equipes	6	6
ETAPA CONTROLE		
		Oficina Tutorial
		Controle 1
		Oficina Tutorial
		Controle 2
SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO		

Figura 2. Esquema operacional do PlanificaSUS. APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; RAS: Rede de Atenção à Saúde; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

no princípio da andragogia, são utilizadas práticas de problematização, que proporcionam ação reflexiva dos participantes. Propõe-se o desenvolvimento de ações concretas, a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Além dos eixos de ensino e tutoria, o PlanificaSUS também possui os eixos de gestão e saúde populacional de dados, gestão de evidências e administrativo-financeiro.

Ao final do PlanificaSUS, a Região de Saúde deverá apresentar as unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados a partir do MACC, permitindo melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da aptidão para que eles deem continuidade à expansão da metodologia para as demais regiões de seus Estados.

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ PROGRAMAÇÃO	9
■ ROTEIRO DE ATIVIDADES	10
■ ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO	10
■ ATIVIDADE 2 – COMPOSIÇÃO DA MESA DE ABERTURA	10
■ ATIVIDADE 3 – CERIMÔNIA DE ABERTURA DO PLANIFICASUS	10
■ ATIVIDADE 4 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: “O QUE É A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE?” ..	11
■ ATIVIDADE 5 – ASSINATURA DO TERMO DE COMPROMISSO	11
■ ATIVIDADE 6 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO	11
■ ATIVIDADE 7 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS	11
■ ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO: “POR QUE TRABALHAR EM REDES?”	12
■ TEXTO 1 – AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	13
■ ATIVIDADE 9 – TRABALHO EM GRUPO: “O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS” ..	21
■ TEXTO 2 – AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
■ ATIVIDADE 10 – PLENÁRIA EXTERNA: DISCUSSÃO AMPLIADA	30
■ ATIVIDADE 11 – ACOLHIMENTO	30

■ ATIVIDADE 12 – TRABALHO EM GRUPO: "A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – A METÁFORA DA CASA"	30
■ TEXTO 3 – A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
■ ATIVIDADE 13 – PLENÁRIA EXTERNA: DISCUSSÃO AMPLIADA	39
■ ATIVIDADE 14 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: "A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM REDE COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"	39
■ ATIVIDADE 15 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: "O CENÁRIO DE TRABALHO: APRESENTANDO O MAPA DA REGIÃO DE SAÚDE"	39
■ ATIVIDADE 16 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: "ADERI AO PLANIFICASUS, E AGORA?"	40
■ ATIVIDADE 17 – ESCLARECENDO DÚVIDAS	40
■ ATIVIDADE 18 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: "A FORMAÇÃO DOS FACILITADORES E TUTORES"	40
■ REFERÊNCIAS	41
■ RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS	43

PROGRAMAÇÃO

DIA 1	
Horário	Atividades programadas
8h	Atividade 1 – Acolhimento e abertura do <i>workshop</i>
9h	Atividade 2 – Composição da mesa de abertura
9h15	Atividade 3 – Cerimônia de abertura do PlanificaSUS
10h30	Atividade 4– Exposição dialogada: "O que é a Planificação da Atenção à Saúde?"
11h10	Atividade 5 – Assinatura do Termo de Compromisso
11h30	Almoço
13h	Atividade 6 – Dinâmica de aquecimento
13h10	Atividade 7 – Orientações para os trabalhos em grupos
13h20	Atividade 8 – Trabalho em grupo: "Por que trabalhar em Redes?"
14h40	Atividade 9 – Trabalho em grupo: "O Modelo de Atenção às Condições Crônicas"
16h	Atividade 10 – Plenária externa: discussão ampliada
17h	Encerramento
DIA 2	
Horário	Atividades programadas
8h	Atividade 11 – Acolhimento
8h20	Atividade 12 – Trabalho em grupo: "A construção social da Atenção Primária à Saúde – a metáfora da casa"
9h40	Atividade 13 – Plenária externa: discussão ampliada
10h10	Intervalo
10h30	Atividade 14 – Exposição dialogada: "A organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária à Saúde"
12h	Almoço
13h30	Atividade 15 – Exposição dialogada: "O cenário de trabalho: apresentando o mapa da Região de Saúde"
14h30	Atividade 16 – Exposição dialogada: "Aderi ao PlanificaSUS, e agora?"
15h20	Atividade 17 – Esclarecendo dúvidas
16h10	Atividade 18 – Exposição dialogada: "A formação de facilitadores e tutores"
16h40	Avaliação
17h	Encerramento

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante ter a flexibilidade para combinar com os participantes as adequações de horários, de acordo com a realidade do lugar, ficando mais confortável para garantir um melhor aproveitamento.

ROTEIRO DE ATIVIDADES

DIA 1 - MANHÃ

● ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO

Seja bem-vindo ao *Workshop* de Abertura do PlanificaSUS!

Hoje e amanhã, temos como **objetivo geral** realizar o alinhamento conceitual da Planificação da Atenção à Saúde e seus principais referenciais teóricos. Além disso, vamos também:

- Apresentar o PlanificaSUS como metodologia para organização da Rede de Atenção à Saúde.
- Definir o conceito de Redes de Atenção à Saúde.
- Definir o Modelo de Atenção às Condições Crônicas.
- Apresentar a organização dos macro e microprocessos, conforme a construção social da Atenção Primária à Saúde.
- Discutir como ocorre a integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada, a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Que tenhamos um ótimo dia de trabalho!

Responsável pela atividade: Grupo Condutor Estadual.

Tempo da atividade: 60 minutos.

● ATIVIDADE 2 – COMPOSIÇÃO DA MESA DE ABERTURA

Neste momento, de acordo com protocolo de cada Secretaria Estadual de Saúde, será composta uma mesa de abertura, com as autoridades locais.

Responsável pela atividade: Grupo Condutor Estadual.

Tempo da atividade: 15 minutos.

● ATIVIDADE 3 – CERIMÔNIA DE ABERTURA DO PLANIFICASUS

Neste momento, cada autoridade deverá apresentar suas expectativas com o PlanificaSUS e firmar o compromisso entre a Secretaria Estadual de Saúde e os municípios que compõem a Região de Saúde designada para ser o piloto em seu respectivo Estado.

Responsável pela atividade: Grupo Condutor Estadual.

Tempo da atividade: 1 hora e 15 minutos.

● ATIVIDADE 4 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: “O que é a Planificação da Atenção à Saúde?”

Vamos, agora, apresentar o que é a Planificação da Atenção à Saúde, sua linha do tempo, seu referencial teórico, seu mapa e alguns resultados alcançados.

Sugiro também a leitura do **Texto de Apoio 1**, intitulado “**Planificação da Atenção à Saúde: um resgate histórico**” para aprofundar um pouco mais seus conhecimentos. Acesse pelo QR CODE ou pelo link <http://qrco.de/bb9zv5>.

Uma dica: para acessar o QR CODE, basta aproximar a câmera do seu *smartphone*.



Responsável pela atividade: representante da SBIBAE.

Tempo da atividade: 40 minutos

● ATIVIDADE 5 – ASSINATURA DO TERMO DE COMPROMISSO

Neste momento, os Excelentíssimos Srs. Secretários de Saúde assinarão o Termo de Compromisso entre Estado e municípios envolvidos no PlanificaSUS.

Responsável pela atividade: Grupo Condutor Estadual.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● INTERVALO PARA ALMOÇO

TARDE

● ATIVIDADE 6 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO

Agora realizaremos um exercício de dinâmica de grupo para nos preparar para o momento da tarde.

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 10 minutos.

● ATIVIDADE 7 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

A partir desse momento, vamos **trabalhar em grupos**. Cada grupo deverá contar de 20 a 30 participantes. Neste *workshop*, a cada atividade em grupo, deverá ser escolhido, entre os participantes, quem desempenhará, naquele momento, o papel de facilitador, que mediará a atividade. Lembre que este será seu papel nos demais *workshops*, e esta é a oportunidade de exercitá-lo.

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 10 minutos.

Será disponibilizada uma apresentação sobre a Planificação da Atenção à Saúde, abordando o histórico e o referencial teórico que servirão de base para a discussão durante estes dois dias de formação. Você também encontrará o Texto de Apoio 1 intitulado “O que é a Planificação da Atenção à Saúde?”, que ajudará a subsidiar a atividade. Sinta-se à vontade para consultar e usar seus trechos para reforçar os conteúdos que aparecerem nos diálogos. Ele é todo seu!

Nesse momento, você deve realizar um exercício de dinâmica de grupo, para ativar os participantes para a parte da tarde. Aqui, você realiza uma proposta de atividade ou percebe que alguém no grupo possa realizar um exercício que conheça, sinta-se à vontade.

Agora, você realizará orientações para os participantes do *workshop* sobre o trabalho com grupos. Essas informações servirão para outras atividades, sendo necessário o resgate em outros momentos. Os participantes deverão se organizar em quantos grupos forem necessários, considerando seu número total - preferencialmente de 20 pessoas, não ultrapassando 30 por grupo.

● ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO: “Por que trabalhar em Redes?”

Nesse momento, é importante realizar a **discussão dos conceitos** do texto, estimulando a reflexão entre os profissionais sobre as realidades de seus serviços, levando à **articulação entre teoria e prática**, e verificando os desafios e as potencialidades encontrados. Esse momento servirá como mote para as próximas atividades.

Nosso processo de formação é pautado na **andragogia**, que trabalha a educação para adultos. Assim, é importante **valorizarmos o conhecimento que cada um tem** sobre a realidade abordada. Nos *workshops*, estarão presentes profissionais de saúde de diferentes formações e cargos, o que pode acarretar diferentes pontos de vista sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde. **Ouvir as diferentes opiniões** é crucial, **buscando o ponto em comum entre as falas**, para que seja possível visualizar a importância da articulação da rede de saúde. Quando trabalhamos com **grupos**, é comum observarmos **posturas diferentes de participação**. Alguns falam mais, outros ficam mais calados. Por isso, é importante estimular a fala e a expressão da opinião, realizando o **convite de forma acolhedora** e reconhecendo que cada participante pode contribuir com a discussão.



Vamos ler agora o **Texto 1 - "Redes de Atenção à Saúde"**. Em seguida, faremos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. Acesse-o pelo QR CODE ou pelo link <http://qrco.de/bb9zX7>.

Dica para leitura em grupo: quando dividimos uma plenária em grupos, o objetivo é fazer com que o maior número de pessoas participe das discussões. Vocês deverão eleger um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. A coordenação do grupo será de responsabilidade do **facilitador**, que deverá ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deverá estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual se deve saber falar e ouvir. O facilitador deverá atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião será responsável pelo **cuidado do tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos estarmos no mesmo tempo, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material, trabalharemos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora e 20 minutos.

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE¹

1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os resultados sanitários e econômicos insatisfatórios dos sistemas fragmentados vigentes, como formas de respostas sociais a situações de saúde com predomínio de condições crônicas, têm levado à proposição de formas alternativas de organização sanitária, aos sistemas integrados de saúde ou às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A implantação das RAS propiciará um formato organizacional que permitirá a superação da atenção episódica, reativa e fragmentada por uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas. Isso ocorre porque a concepção de RAS acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.^[7] As RAS são, portanto, organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.^[4]

Dessa definição emergem os atributos básicos das RAS: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; seu modelo de governança é baseado na cooperação e na interdependência; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da Atenção Primária à Saúde, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e buscam gerar valor para sua população.

As RAS diferem dos sistemas fragmentados de saúde porque apresentam as seguintes características: organizam-se por um contínuo de atenção; organizam-se como uma rede poliárquica; orientam-se equilibradamente para a atenção às condições e aos eventos

¹ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2014 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n3.pdf>.

agudos, e às condições crônicas; voltam-se para uma população a elas adscrita; o sujeito deixa de ser paciente para transformar-se em agente protagônico de sua saúde; o cuidado é proativo da parte do sistema de saúde, das equipes profissionais e das pessoas usuárias; o cuidado é integral; o cuidado é ancorado em equipes interdisciplinares; a gestão é feita com base populacional, a partir das necessidades e das preferências das pessoas vinculadas às redes; e o financiamento faz-se por orçamento global, captação ajustada e/ou atendimento a um ciclo completo de uma condição de saúde.^[4]

Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.^[8]

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nessas redes, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde e os sistemas de apoio, mas existe a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas – novamente, a Atenção Primária à Saúde e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes, e apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Extensa revisão bibliográfica sobre RAS, abrangendo centenas de trabalhos realizados no Canadá, nos Estados Unidos, na Europa e na América Latina, mostrou evidências de que as RAS melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de saúde.^[9]

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi recentemente incorporada oficialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de dois instrumentos jurídicos: a portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS,^[7] e o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8.080, de 1990.^[10]

1.1 Os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde

As RAS constituem-se por três elementos fundamentais: a população e as Regiões de Saúde, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.^[7]

1.1.1 A população das Redes de Atenção à Saúde

O primeiro elemento das RAS, sua razão de ser, é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde com base na população, característica essencial dessas redes.

As RAS, nos sistemas públicos, podem organizar suas populações em territórios sanitários. Porém, há experiências de sistemas públicos de cobertura universal que prescindem da territorialização, em nome de competição entre profissionais de saúde na organização de suas listas de pessoas usuárias. Nesses casos, há possibilidade de livre escolha dos profissionais de saúde pelas pessoas usuárias. Nos sistemas privados, deve haver uma base populacional, mas, em geral, ela não está organizada por territórios sanitários.

Na normativa do SUS, a população deve ser organizada por Regiões de Saúde que conformam diferentes territórios sanitários: o território área de abrangência a uma equipe de Atenção Primária à Saúde; o território municipal; o território regional ou microrregional; o território macrorregional e o território estadual. Esses diferentes espaços de territorialização, construídos a partir da vinculação de uma população a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, demarcam as possibilidades de estruturar as RAS segundo os critérios de economias de escala e escopo, disponibilidade de recursos e garantia de acesso.^[4]

A população de responsabilidade das RAS, no sistema público brasileiro, vive em territórios sanitários singulares. Idealmente, organiza-se socialmente em famílias, sendo cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de RAS, cabe à Atenção Primária a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes ou de gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de saúde é o elemento básico, que torna possível romper a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão amparada pelas necessidades de saúde da população, ou pela gestão de base populacional – elemento essencial das RAS.

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura, suas necessidades e suas preferências.^[11]

1.1.2 A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Em uma rede, conforme entende Castells,^[12] o espaço dos fluxos é constituído por alguns lugares intercambiadores, que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e são os centros de comunicação, e por outros lugares, onde se localizam funções estrategicamente importantes, que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e são seus nós.

A estrutura operacional das RAS é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. É o que se mostra na figura 1.

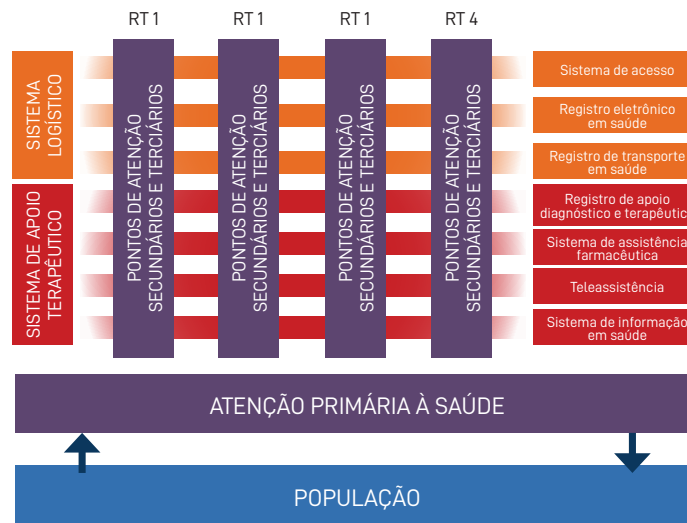


Figura 1. A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.
RT: redes temáticas de atenção à saúde. Fonte: Mendes.^[4]

A observação detalhada da figura 1 mostra a opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as de atenção às mulheres e crianças; às doenças cardiovasculares; às doenças renais crônicas; relacionadas ao diabetes; às doenças oncológicas e outras. As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população se se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg,^[13] "O valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença".

No entanto, essa proposta de estruturação, por meio de redes temáticas, nada tem a ver com a concepção vigente no passado dos programas verticais. Os programas verticais são sistemas de saúde dirigidos, supervisionados e executados exclusivamente por meio de recursos especializados.^[14] Por exemplo, o programa vertical de tuberculose tinha um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose e um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos, e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir seus objetivos.^[15] Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios, como clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente, em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos.^[16] Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade.^[17] Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável

à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, em que se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e a Atenção Primária à Saúde.^[18,19] A forma mais adequada de se organizarem os sistemas, diagonalmente, parece ser por meio das RAS.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RAS manifesta-se, em parte temática restrita, exclusivamente, nos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes dessas redes, como se vê na figura 1, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança, são transversais a todas as redes temáticas, sendo comuns a todas elas.

1.1.3 Os modelos de atenção à saúde

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos, que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica, e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.^[4]

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

Eventos agudos são manifestações mais ou menos exuberantes, de ordem objetiva ou subjetiva, de uma condição de saúde. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, em certas circunstâncias, podem se manifestar sob forma de eventos agudos: são as agudizações das condições crônicas; também algumas condições gerais e inespecíficas podem se manifestar agudamente.

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de saúde às manifestações de condições agudas e de agudizações de condições crônicas.

Os objetivos de um modelo de atenção às condições agudas são prevenir a ocorrência de eventos agudos e identificar, no menor tempo possível e com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Os modelos de atenção aos eventos agudos devem ser organizados por níveis de atenção.^[20] No nível 1, estão ações de promoção da saúde estruturadas intersetorialmente e que, segundo o modelo de determinação social da saúde,^[3] destinam-se aos fatores de risco distais. Como exemplo, pode-se indicar a política de visão zero sobre acidentes de trânsito na Suécia.^[21] No nível 2, incorporam-se as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde,

relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. Inscrevem-se, neste nível, ações sobre uso excessivo de álcool e outras drogas, que devem ser aplicadas nos âmbitos macro, meso e micro. Os programas de controle do álcool em motoristas que estão dirigindo são um exemplo. Nos níveis 3, 4 e 5, estão ações do campo da clínica, que se prestam, conforme a gestão da clínica, à aplicação das tecnologias de gestão das condições de saúde e gestão de caso. A gestão das condições de saúde inicia-se pela classificação de risco e, depois, no ponto de atenção certo, faz-se o diagnóstico, segundo a estratificação de riscos.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos, na perspectiva das RAS, implica a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais mostram que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas em sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos. Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são o australiano (*Australasian Triage Scale – ATS*), modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o canadense (*Canadian Triage Acuity Scale – CTAS*), que é muito semelhante ao australiano, mas mais complexo; o americano (*Emergency Severity Index – ESI*), que trabalha com um único algoritmo e se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o de Andorra (*Model Andorrà del Triage – MAT*), que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de Classificação de Risco, que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores, usado em vários países da Europa.^[22] No Brasil, o Sistema Manchester de Classificação de Risco tem sido usado crescentemente.^[23]

A classificação de risco é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências, porque define, em razão dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde.

Os modelos de atenção aos eventos agudos podem operar com efetividade, quando aplicados às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde manifesta-se quando sua lógica é transplantada para o manejo das condições crônicas não agudizadas. Por essa razão, a superação dessa crise demanda a implantação de novos modelos de atenção às condições crônicas.

Os modelos de atenção às condições crônicas são muito mais complexos, e a variável-chave não é o tempo-resposta em razão dos riscos. Eles serão considerados mais detalhadamente porque constituem o objeto central da crise que se analisa.

A discussão mais robusta, na literatura internacional, sobre os modelos de atenção à saúde, está relacionada às condições crônicas. A razão é que, conforme assinala Ham,^[1] a tradição dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, tem sido

a de privilegiar a atenção às condições e aos eventos agudos, mas esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas.

Perguntas disparadoras

Agora que já leram o texto e conheceram os principais conceitos abordados, vamos à discussão, considerando as questões a seguir. Atenção ao tempo da atividade e lembrem que é importante a participação de todos. A resposta da última pergunta deverá ser colocada em um cartaz com a síntese da discussão do grupo, para ser apresentada em plenária.

1

Qual o conceito de Rede de Atenção à Saúde trabalhado no texto?

2

Quais são os elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde?

3

Qual é a estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde?

4

Qual sua análise para a organização da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde em que você atua?

Registre aqui suas respostas

- INTERVALO

- **ATIVIDADE 9 – TRABALHO EM GRUPO: “O Modelo de Atenção às Condições Crônicas”**



Nesse momento, vamos ler o **Texto 2 - “O Modelo de Atenção às Condições Crônicas”** e **as perguntas disparadoras**. Em seguida, faremos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. É importante estimular a reflexão sobre o conceito do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. É preciso que se discuta a realidade de trabalho, identificando possíveis semelhanças e diferenças locais. Lembre-se de sempre estimular a participação de todos.

Acesse o texto completo pelo QR CODE ou pelo link <http://qrco.de/bb9zaK>.

Novamente, vocês deverão eleger um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. Vale lembrar que a coordenação do grupo será de responsabilidade do **facilitador**, que deverá ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deverá estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual se deve saber falar e ouvir. O facilitador deverá atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião será responsável pelo **cuidado do tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos estarmos no mesmo tempo, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material, trabalharemos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora e 20 minutos.

TEXTO 2

AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE²

1 CONCEITO

As condições crônicas são caracterizadas por possuírem curso mais ou menos longo ou permanente. Podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e agudizadas, devendo ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo, como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; manutenção da saúde por ciclos de vida, como puericultura, hebicultura e senicultura; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais.^[5]

Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas.

2 OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

2.1 O Modelo de Atenção Crônica

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM),^[24] constitui o mais fundamentado e originou diversos outros. Foi desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. A figura 1 representa o CCM.

O modelo deve ser lido de baixo para cima. Assim, para se obterem bons resultados clínicos e funcionais nas condições crônicas, devem-se promover mudanças nos sistemas de saúde, que estabeleçam interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas, e pessoas usuárias ativas e informadas. Para isso, são necessárias mudanças em dois campos: no sistema de saúde e nas relações desses sistemas com a comunidade.

No sistema de saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas em novas formas de articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

² Texto adaptado de Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Planificação da Atenção à Saúde: Oficina 4 – organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conass, 2017.

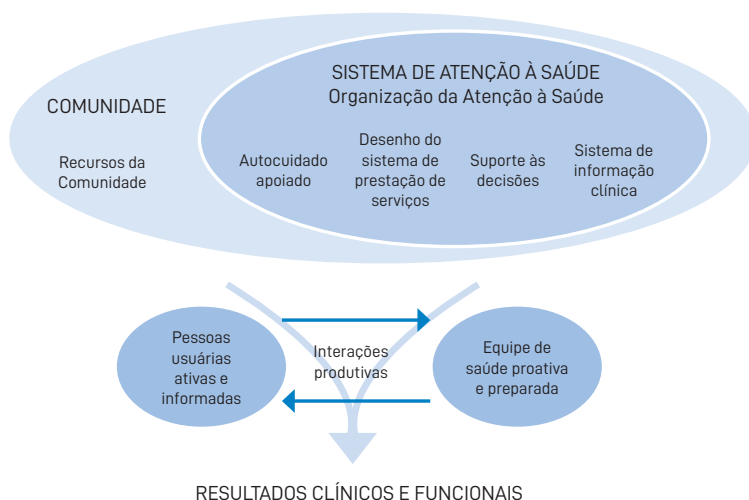


Figura 1. Modelo de Atenção Crônica.

Há evidências, na literatura internacional, dos efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, como os portadores de diabetes terem apresentado decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca terem melhores tratamentos e reduzirem suas internações em 35% (medidas por leitos/dia); os portadores de asma e diabetes receberem tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM terem sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundirem dentro e fora dessas organizações.^[2]

2.2 O Modelo da Pirâmide de Riscos

O Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR)^[25] é conhecido também como modelo da Kaiser Permanente, porque foi essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou em sua rotina assistencial.

Ele assenta-se fortemente na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Dessa forma, o cuidado profissional, em razão dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou de caso. O MPR está representado na figura 2.

A figura 2 mostra que uma população portadora de condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade. Assim, 70% a 80% estão no nível 1, pois são pessoas que apresentam condição simples, possuem capacidade para se autocuidarem e constituem a maioria da população total portadora da condição crônica. Cerca de 20% a 30% estão no nível 2, pois são pessoas que apresentam condição complexa, porque têm fator de risco biopsicológico ou condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de equipe

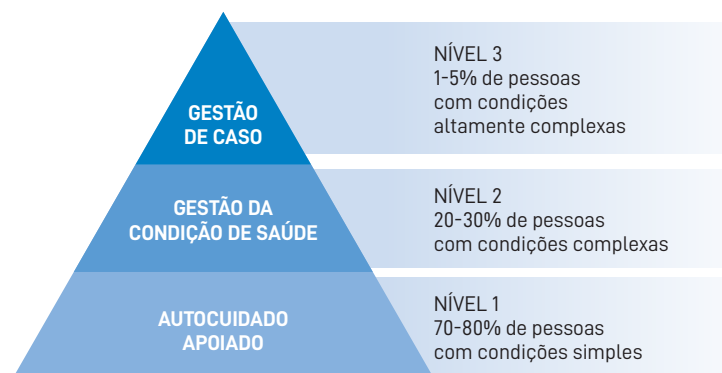


Figura 2. Modelo da Pirâmide de Riscos.

profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por equipe de Atenção Primária à Saúde com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para esta subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nesta população, alto uso de recursos de atenção à saúde. Finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam necessidades altamente complexas e/ou usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nesta subpopulação, uso muito intensivo de recursos de Atenção à Saúde.

A lógica do MPR está em promover a saúde de toda a população; estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples; ofertar a gestão da condição de saúde para que as pessoas a tenham estabelecida e possam manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas, por meio da tecnologia de gestão de caso.

2.3 O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

O modelo de Dahlgren e Whitehead da Determinação Social da Saúde (DSS)^[3] inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até a camada distal, em que se situam os macrodeterminantes. A figura 3 representa esse modelo.

De acordo com o modelo, os fatores macro da camada 5, ou seja, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis, que atuem para reduzir a pobreza e a desigualdade, superar as iniquidades em termos de sexo e de etnicidade, promover a educação universal e inclusiva, e preservem meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho, incluindo o acesso a serviços essenciais, como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são



Figura 3. O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.

fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada é a organização de projetos intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social, que permitem a acumulação de capital social. As alternativas políticas envolvem a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam que as pessoas trabalhem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram.

Os determinantes sociais da camada 2, os proximais, tornam imperativas as necessidades de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criar ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações desenvolvidas no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis.

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros), e/ou as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos e gerenciadas por tecnologias de gestão da clínica.

2.4 Um Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o Sistema Único de Saúde

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes,^[4] baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega àquele modelo seminal o MPR e o Modelo da Determinação Social da Saúde, para ajustá-lo às singularidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.4.1 A descrição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de DSS, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que, tratando-se de modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

O lado esquerdo da figura 4 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS: no nível 1, está a população total e na qual se intervirá em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários; no nível 2, estão subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais); no nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais biopsicológicos e/ou condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; no nível 4, pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e no nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 4 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde, em razão dos determinantes sociais da saúde. O meio da Figura representa as principais intervenções de saúde em relação à população/às subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

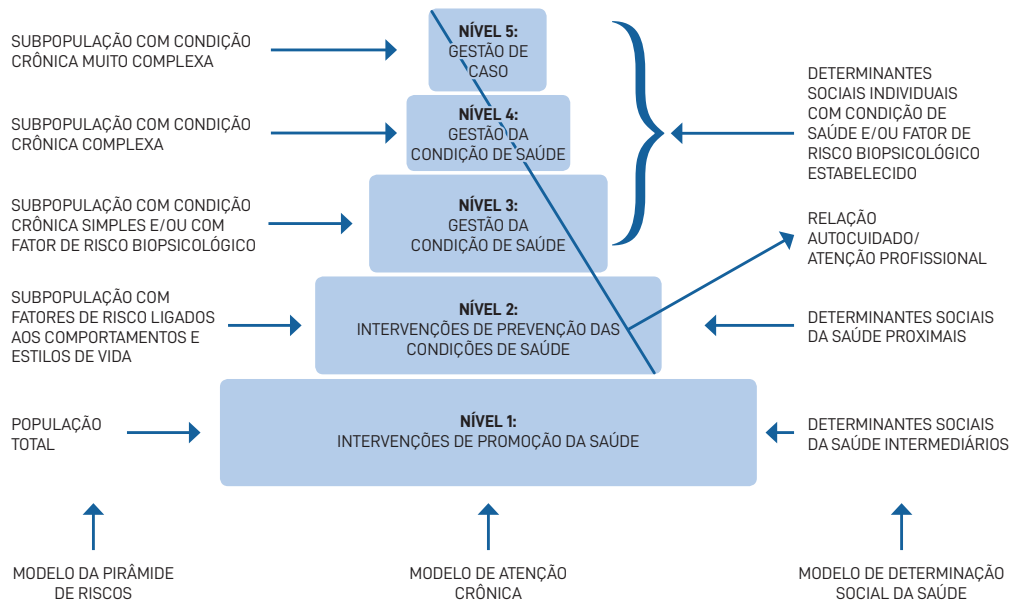


Figura 4. Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários, por meio de projetos intersectoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, geração de emprego e renda, ampliação do acesso ao saneamento básico, melhoria educacional e na infraestrutura urbana etc.

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde, ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, considerados fatores de risco modificáveis e potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

Até o segundo nível, não há condição de saúde estabelecida e nem manifestação de fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou sexo. Somente a partir do nível 3 do MACC é que opera-se com fator de risco biopsicológico individual e/ou condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos – a camada central do modelo de DSS. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão com base na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica em seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos, como idade, sexo, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, opera-se com subpopulações da população total, que apresentam condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco, ou gestante de risco habitual, intermediário e alto).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na figura 4 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR, que demonstram que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, operar-se principalmente por intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por equipe da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional; e, neste nível, necessita-se de atenção cooperativa dos generalistas da Atenção Primária à Saúde e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão também relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de saúde, convocando tecnologia específica de gestão da clínica: a gestão de caso. Há, aqui, alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

Perguntas disparadoras

Agora que já leram o texto, vamos à discussão considerando as questões a seguir. Atenção ao tempo da atividade e lembrem que a participação de todos é importante. A resposta da última pergunta deverá ser colocada em um cartaz com a síntese da discussão do grupo, para ser apresentada em plenária.

1

O que são condições crônicas?

2

Qual importância da estratificação de risco para as condições crônicas?

3

Qual a importância de considerar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, na reorganização do modelo de atenção à saúde no SUS?

Registre aqui suas respostas

Agora, você resgatará as duas perguntas destacadas nos textos anteriores e as lançará para a plenária. Os representantes de cada grupo devem ser instigados a apresentar voluntariamente as sínteses. Não é necessário que todos os grupos apresentem, bastando dois grupos por pergunta. O objetivo é provocar a discussão para fazer uma síntese das discussões. Você deverá se atentar se algum grupo fará algum comentário descontextualizado e reforçar o conceito mais adequado.

● ATIVIDADE 10 – PLENÁRIA EXTERNA: DISCUSSÃO AMPLIADA

Agora que estamos juntos novamente, que tal compartilharmos as discussões nos grupos? Sugiro que dois grupos respondam a pergunta do Texto 1, e outros dois a pergunta do Texto 2. O objetivo desta atividade é alinhar a compreensão de toda a plenária.

Só para lembrar, as perguntas são:

- Texto 1: Qual sua análise para a organização da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde em que você atua?
- Texto 2: Qual a importância de considerar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, na reorganização do modelo de atenção à saúde no SUS?

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 60 minutos.

DIA 2 - MANHÃ

● ATIVIDADE 11 – ACOLHIMENTO

Seja bem-vindo ao segundo dia do *Workshop* de Abertura do PlanificaSUS! Vamos dar continuidade às atividades desenvolvidas ontem. Sugerimos que esta atividade aconteça diretamente em cada grupo, conforme configuração do dia anterior.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● ATIVIDADE 12 – TRABALHO EM GRUPO: “A construção social da Atenção Primária à Saúde – a metáfora da casa”



Nesse momento, vamos ler o **Texto 3 - “A Construção Social da Atenção Primária à Saúde”**. Em seguida, faremos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. É importante estimular a reflexão sobre o conceito abordado e que se discuta a realidade de trabalho, identificando possíveis semelhanças e diferenças locais. Lembre-se de sempre estimular a participação de todos.

Acesse o texto completo pelo QR CODE ou pelo link <http://qrco.de/bbA0Tq>.

Mais uma vez vocês deverão eleger um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. Vale lembrar que a coordenação do grupo será de responsabilidade do **facilitador**, que deverá ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deverá estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual se deve saber falar e ouvir. O facilitador deverá atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião será responsável pelo **cuidado do tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos estarmos no mesmo tempo, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material, trabalharemos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora e 20 minutos.

TEXTO 3

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³

A primeira pergunta que deve ser realizada a respeito da construção social da Atenção Primária à Saúde (APS) é: o que APS se deseja construir? Essa pergunta faz sentido, tendo em vista que existem diferentes decodificações de APS. A interpretação mais restrita da APS seletiva a entende como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade. A interpretação da APS como nível primário do sistema de atenção à saúde concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas de saúde mais comuns. Já a interpretação mais ampla da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde a compreende como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos desse sistema para satisfazer as necessidades, as demandas e as representações da população, o que implica a inserção da APS em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No SUS, ainda que o discurso oficial seja de APS como estratégia, na prática social, essas três vertentes de interpretação dos cuidados primários se apresentam, coetaneamente, na prática social. É tempo de superar as duas primeiras interpretações e consolidar, definitivamente, a APS como estratégia de organização do nosso sistema público de saúde.

Isso implica superar o ciclo vigente da atenção básica em saúde, caracterizado pela expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que, não obstante seus bons resultados, esgotou-se pela permanência de problemas estruturais que permanecem. É necessário instituir um novo ciclo da APS, que consolide a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A APS, na perspectiva das RAS, tem suas funções ampliadas de modo a cumprir três funções: a resolutiva, de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns – não necessariamente os mais simples; a função coordenadora, de ordenar os fluxos e os contrafluxos de pessoas,

³ Texto adaptado de Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Conass; 2015.

produtos e informações ao longo das RAS; e a de responsabilização pela saúde da população usuária adstrita nas RAS, às equipes de ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS.

A APS que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e responsabilidades claras (sanitárias e econômicas), por sua população adstrita.

A construção social da APS, aqui proposta, procura romper com alguns paradigmas convencionais prevalecentes incoerentes com a opção recente que se fez, no SUS, de organização em RAS.

1 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1.1 As bases operacionais da construção social da Atenção Primária à Saúde

Para a construção social da APS, são utilizados o modelo de Donabedian e a gestão por processos.^[26] O modelo de Donabedian é calcado na tríade estrutura – processo – resultados. Esse modelo, mostrado na figura 5, é muito próximo ao modelo da teoria geral de sistemas de *input* – processo – *output*.

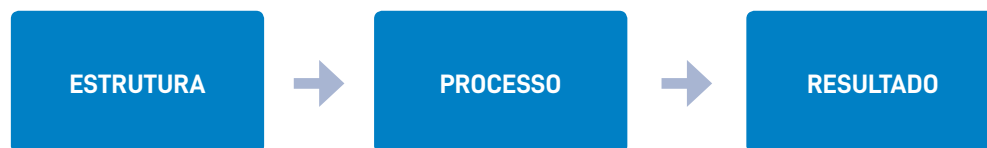


Figura 5. Modelo de Donabedian.

O processo resulta da combinação dos recursos estruturais para desenvolver ações de Atenção à Saúde, que envolvam a relação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de Atenção à Saúde. Refere-se ao que os profissionais de saúde são capazes de fazer pelas pessoas usuárias, e as atitudes, habilidades e capacidades técnicas com que desempenham suas funções. Em geral, refere-se à medição de níveis de saúde e à satisfação com os cuidados recebidos pelas pessoas usuárias, bem como aos resultados de avaliações econômicas.

Há diferentes definições de processos. Hall^[27] define processo como uma série de atividades e tarefas lógicas inter-relacionadas e organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para a realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis. Hammer e Champy^[28] definem processo como um grupo de atividades realizadas em uma sequência lógica, com o objetivo de produzir um bem ou serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. Para outros, processos são quaisquer atividades que tomam *inputs*, adicionam valor a eles e fornecem um *output* a

um cliente específico. Em síntese, processo é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas em uma sequência determinada, conduzirão a um resultado esperado, que assegure o atendimento das necessidades e das expectativas das partes interessadas.

A orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades, pela definição de responsabilidades, pela utilização mais adequada dos recursos, pela eliminação de etapas redundantes e pelo refinamento das interfaces entre os processos executados. Essa abordagem possibilita planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidade e pela utilização mais apropriada dos recursos, com diminuição dos custos e dos desperdícios, reduzindo os custos da não qualidade, eliminando etapas redundantes e evitando o retrabalho. Reconhecer e mapear detalhadamente os processos organizacionais, além de aperfeiçoá-los, para que não se corra o risco de automatizar erros e/ou as atividades não agregadoras de valor, são, hoje, grandes diferenciais na gestão das organizações – inclusive as da área da saúde.^[29]

Na estrutura por processos, os recursos humanos, técnicos, financeiros, de informação e materiais, e os fluxos de trabalho são organizados em função dos processos da organização. A introdução dessa metodologia implica na definição de macroprocessos organizacionais, alinhados ao negócio e direcionados pela estratégia. Em seguida, são definidos os processos finalísticos, os de apoio e os estratégicos, com seus respectivos responsáveis, permitindo a revisão dos fluxos de trabalho, visando à redução das atividades que não agregam valor, e garantindo a organização, a divisão e a realização do trabalho, em alinhamento com os propósitos da organização.

O conhecimento dos processos é de fundamental importância, porque proporciona a melhor utilização dos recursos; a melhoria na comunicação; a redução dos custos administrativos; processos claramente definidos com base em atividades e em padrões de qualidade estabelecidos; a facilidade na implementação de mudanças; e a visão ampla e horizontal do negócio.

Os processos organizacionais podem ser divididos em estratégicos, finalísticos e de apoio. Os processos estratégicos são aqueles que definem o negócio da organização e direcionam os processos finalísticos e, por essa razão, estão ligados diretamente à missão da organização. Os processos finalísticos geram os produtos ou serviços finais da organização e são entregues e atendem às necessidades e às expectativas das partes interessadas, gerando valor para a sociedade – e, por esta razão, estão ligados diretamente à visão da organização. Os processos de apoio são aqueles que dão suporte direto aos processos finalísticos, fornecendo ou criando as condições necessárias para que a organização gere seus produtos e serviços, que vão atender às necessidades dos clientes ou da sociedade.^[29]

A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos, e a implantação e monitoramento dos processos redesenhados. O mapeamento do processo objetiva registrar a situação atual para compreender os trabalhos e resultados, a forma de organização das pessoas para executá-los, e as principais oportunidades de melhoria relacionadas ao processo, principalmente aquelas que possibilitam ganhos de produtividade e tempo. Algumas tecnologias podem ser utilizadas nessa etapa, como diagramas de escopo e interfaces dos processos, e fluxos atuais dos processos com fluxogramas de coluna.

O redesenho dos processos é feito com as pessoas que nele estão envolvidas e engloba a geração, seleção e priorização de ideias (*brainstorming*), para melhoria e inovação dos processos; a elaboração de novos mapas dos processos redesenhados; a identificação das tarefas críticas dos processos redesenhados e elaboração de Procedimentos Operacionais Padrões (POP); a definição dos indicadores de desempenho dos processos redesenhados; o treinamento dos gestores na realização das análises de desvios de metas, proposição de contramedidas e elaboração de POP.

A implantação dos processos redesenhados exige a elaboração dos planos de implantação dos novos processos. Uma forma de implantar os novos processos é por meio de atividade de tutoria, em que o tutor que tem o domínio do processo interage com as pessoas que irão executá-lo no dia a dia, em uma situação educacional de aprender fazendo junto.

O monitoramento dos processos é feito por auditores internos e externos, que periodicamente fazem uma avaliação do tipo *checklist* dos processos implantados.

1.2 O processo da construção social da Atenção Primária à Saúde: a metáfora da casa

O processo da construção social da APS proposto pode ser mais bem entendido utilizando a metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na figura 6. Primeiro, constrói-se um alicerce, que garantirá a solidez da APS. Isso significará implantar mudanças estruturais, e de macro e microprocessos da APS. A partir desse alicerce, edificam-se as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.

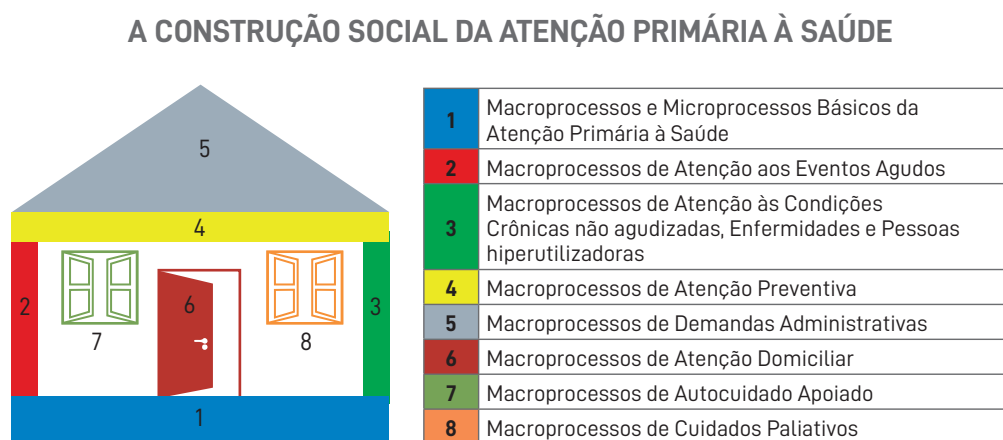


Figura 6. A construção social da Atenção Primária à Saúde.

As mudanças nos processos organizativos nas unidades envolvem a organização dos macro e microprocessos básicos, que devem ser exaustivamente referidos durante todos os momentos pedagógicos, técnicos e políticos.

Os macroprocessos básicos dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população. Representam o alicerce, as paredes, a laje, o telhado, as janelas e a porta, necessitando serem construídos com solidez, para que a casa da APS, não corra o risco de ruir. Por fim, os microprocessos básicos são relacionados à qualidade e à segurança da atenção (Quadro 1).

Quadro 1. Os macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde.

<p>Macroprocessos básicos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Territorialização • Cadastramento das famílias • Classificação de riscos familiares • Diagnóstico local • Estratificação de risco das condições crônicas • Programação e monitoramento por estratos de riscos • Agenda • Contratualização
<p>Microprocessos básicos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepção • Acolhimento e preparo • Vacinação • Curativo • Farmácia • Coleta de exames • Procedimentos terapêuticos • Higienização e esterilização • Gerenciamento de resíduos
<p>Macroprocessos de atenção aos eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Classificação de risco • Atendimento aos eventos agudos de menor gravidade (verde e azul) • Primeiro atendimento das pessoas com eventos agudos de maior gravidade (amarelo, laranja e vermelho) e encaminhamento, se necessário, para pronto atendimento ou pronto-socorro
<p>Macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento das condições crônicas prioritárias • Estratificação de riscos • Elaboração e monitoramento dos planos de cuidado • Autocuidado apoiado • Gestão de caso • Novos formatos da clínica: atenção contínua e atenção compartilhada a grupo • Matriciamento entre especialistas e generalistas • Educação permanente dos profissionais de saúde • Educação em saúde: grupos operativos e educação popular, e mapa de recursos comunitários • Abordagem das pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades

Macroprocessos de atenção preventiva relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos:

- Programa de atividade física
- Programa de reeducação alimentar
- Programa de controle do tabagismo
- Programa de controle do álcool e outras drogas
- Programas de rastreamento
- Vacinação
- Controle das arboviroses
- Prevenção primária, secundária, terciária e quaternária

Macroprocessos de demandas administrativas:

Assistenciais: atestados médicos, renovação de receitas, análise de resultados de exames e relatórios periciais
Gestão da unidade: registro sanitário, CNES, segurança do trabalho, sistemas de informação e relatórios de gestão, prontuário

Macroprocessos de atenção domiciliar:

Visita domiciliar

Atendimento domiciliar

Internação domiciliar

Macroprocessos de autocuidado apoiado:

Ações educacionais e intervenções de apoio voltadas para o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e o aumento da confiança do usuário no gerenciamento da própria situação de saúde

Plano de autocuidado apoiado

Macroprocessos de cuidados paliativos:

Abordagens para melhoria da qualidade de vida, visando ao conforto do usuário, à prevenção e alívio do sofrimento, à prevenção de agravos e incapacidades, e à promoção da independência e autonomia

Ações de suporte familiar

Mobilização da rede social de suporte

Perguntas disparadoras

Agora que já leram o texto, vamos à discussão, considerando as questões a seguir. Atenção ao tempo da atividade e lembrem que a participação de todos é importante. A resposta da última pergunta deverá ser colocada em um cartaz com a síntese da discussão do grupo, para ser apresentado em plenária.

1

Quais as funções da APS na perspectiva da organização da RAS?

2

Quais os macroprocessos da APS?

3

Em que medida você considera que a metáfora da casa provocará a mudança do *modus operandi* das equipes?

Registre aqui suas respostas

● ATIVIDADE 13 – PLENÁRIA EXTERNA: DISCUSSÃO AMPLIADA

Agora que estamos juntos novamente, que tal compartilharmos as discussões nos grupos? O objetivo desta atividade é alinhar a compreensão de toda a plenária.

Só para lembrar, a pergunta é:

Texto 3: Em que medida você considera que a metáfora da casa provocará a mudança do *modus operandi* das equipes?

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 30 minutos.

Agora, você resgatará a pergunta destacada no textos anteriores e a lançará para a plenária. Os representantes de cada grupo devem ser instigados a apresentar voluntariamente as sínteses. Não é necessário que todos os grupos apresentem, bastando dois grupos por pergunta. O objetivo é provocar a discussão para fazer uma síntese das discussões. Você deverá se atentar se algum grupo fará algum comentário descontextualizado e reforçar o conceito mais adequado.

● INTERVALO

● ATIVIDADE 14 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: “A organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária à Saúde”

Nesta exposição dialogada, iremos apresentar para vocês aonde queremos chegar no PlanificaSUS, no que se refere à organização da Atenção Ambulatorial Especializada, baseada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, e de que forma isso se dará a partir da organização dos macro e microprocessos da APS.

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 1 hora e 30 minutos.

O expositor deverá realizar a apresentação provocando a participação do público. A discussão será o ponto forte desta atividade. Caso o público não faça questionamentos durante a apresentação, realizar a exposição em até 30 minutos e provocar uma discussão geral.

● INTERVALO PARA ALMOÇO

TARDE

● ATIVIDADE 15 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: “O cenário de trabalho: apresentando o mapa da Região de Saúde”

Vamos agora conhecer a Região de Saúde escolhida como piloto para o PlanificaSUS neste Estado. Conheceremos seus dados demográficos, epidemiológicos, a Rede de Atenção à Saúde que será trabalhada como prioritária e o desenho que esta rede apresenta neste momento.

Responsável pela atividade: Grupo Condutor Estadual.

Tempo da atividade: 60 minutos

O expositor deverá realizar a apresentação em até 30 minutos, e o restante do tempo servirá para o público fazer as perguntas, para entender melhor o mapa da região.

- **ATIVIDADE 16 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: “Aderi ao PlanificaSUS, e agora?”**

Seu Estado e este conjunto de municípios que fazem parte da Região de Saúde aderiram ao PlanificaSUS. E agora? Que tal, finalmente, entendermos como vamos operacionalizá-lo?

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 50 minutos.

- **ATIVIDADE 17 – ESCLARECENDO DÚVIDAS**

Vamos lembrar que você será facilitador ou tutor deste processo, ou faz parte da gestão estadual e municipal. E aí, ainda tem alguma dúvida sobre o processo? Está é uma ótima oportunidade de tirá-la. Quero que você saia hoje entendendo o máximo possível desta mudança que faremos juntos no sistema de saúde desta região.

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 50 minutos.

- **ATIVIDADE 18 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: “A formação dos facilitadores e tutores”**

Nestes 2 dias, demos início ao processo formativo dos facilitadores e tutores. Agora será apresentado a você como se dará este processo ao longo dos próximos meses. Bem-vindo o este time da Planificação da Atenção à Saúde e boa sorte nesta jornada!

Responsável pela atividade: consultor.

Tempo da atividade: 30 minutos.

AVALIAÇÃO

Vamos avaliar o nosso *workshop* de hoje a partir do QR CODE. Sua opinião é muito importante para melhorarmos este processo. Conto com sua avaliação!

Você pode acessar a avaliação pelo link <http://j.mp/2loSLhn>.



REFERÊNCIAS

1. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991 [cited 2019 Jun 6]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf
4. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
6. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: 2010 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
8. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*. 2008; 1:2.
9. Mendes EV. As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde e a estratégia de implantação da Saúde em Casa em Minas Gerais: o plano diretor da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
11. Halpern R, Boulter P. Population-based health care: definitions and applications [Internet]. Boston, MA: Tufts Managed Care Institute; 2000 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/fbb8/5119a7288821ffa45e58a99a9aa6efef7d46.pdf>
12. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
13. Porter M, Teisberg E. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. São Paulo: Bookman; 2007.
14. Mills A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Soc Sci Med*. 1983;17(24):1971-81.
15. World Health Organization (WHO). Integration of health care delivery: report of a WHO study group [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38408>
16. Oliveira-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *J Int Dev* [Internet]. 2003 [cited 2019 Jun 6];15(1):67-86. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jid.966>

17. World Health Organization (WHO). What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? [Internet]. Copenhagen: Health Evidence Network; 2004 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf
18. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico [Internet]. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006 [cited 2019 Jun 6]. Available from: https://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf
19. Ooms G, Van Damme W, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. The "diagonal" approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Global Health* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 6];4(1):6. Available from: <http://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-4-6>
20. Mendes EV. A atenção às condições crônicas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER, Duncan MS, Giugliani C, editors. *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 124-30.
21. Wiles D. Sweden's road safety vision catches on. 2007.
22. Marques A. Rede de urgência e emergência. In: Marques A, Mendes E, Lima H, editors. *O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Minas Gerais: Autêntica; 2010.
23. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Sistema Manchester de classificação de risco*. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
24. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
25. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Rev Innovación Sanit y Atención Integr* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 6];1(1):5. Available from: http://sefap.es/media/upload/arxiu/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf
26. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
27. Hall R. *Organizações, estrutura e processos*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall; 1982.
28. Hammer M, Champy J. *Reengineering the corporation*. Nova Iorque: Harper Business; 1994.
29. Lima H. Gestão por processos. In: Marques A, Mendes E, Lima H, editors. *O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Minas Gerais: Autêntica; 2010. v. 2.

RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

Acesse aqui algumas das portarias citadas neste guia:

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 816, de 28 de março de 2018 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/marco2018/dia29/portaria816.pdf>

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

PROTOCOLO DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NO BRASIL.



Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil [Internet]. Brasília, DF: OPAS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>

LIVROS



Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>



Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>



Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Anotações

