

**CONASS**

CADERNOS

**documenta**

de informação técnica e memória do Progestores

nº

**21**

**AS OFICINAS PARA A  
ORGANIZAÇÃO DAS REDES  
DE ATENÇÃO À SAÚDE**

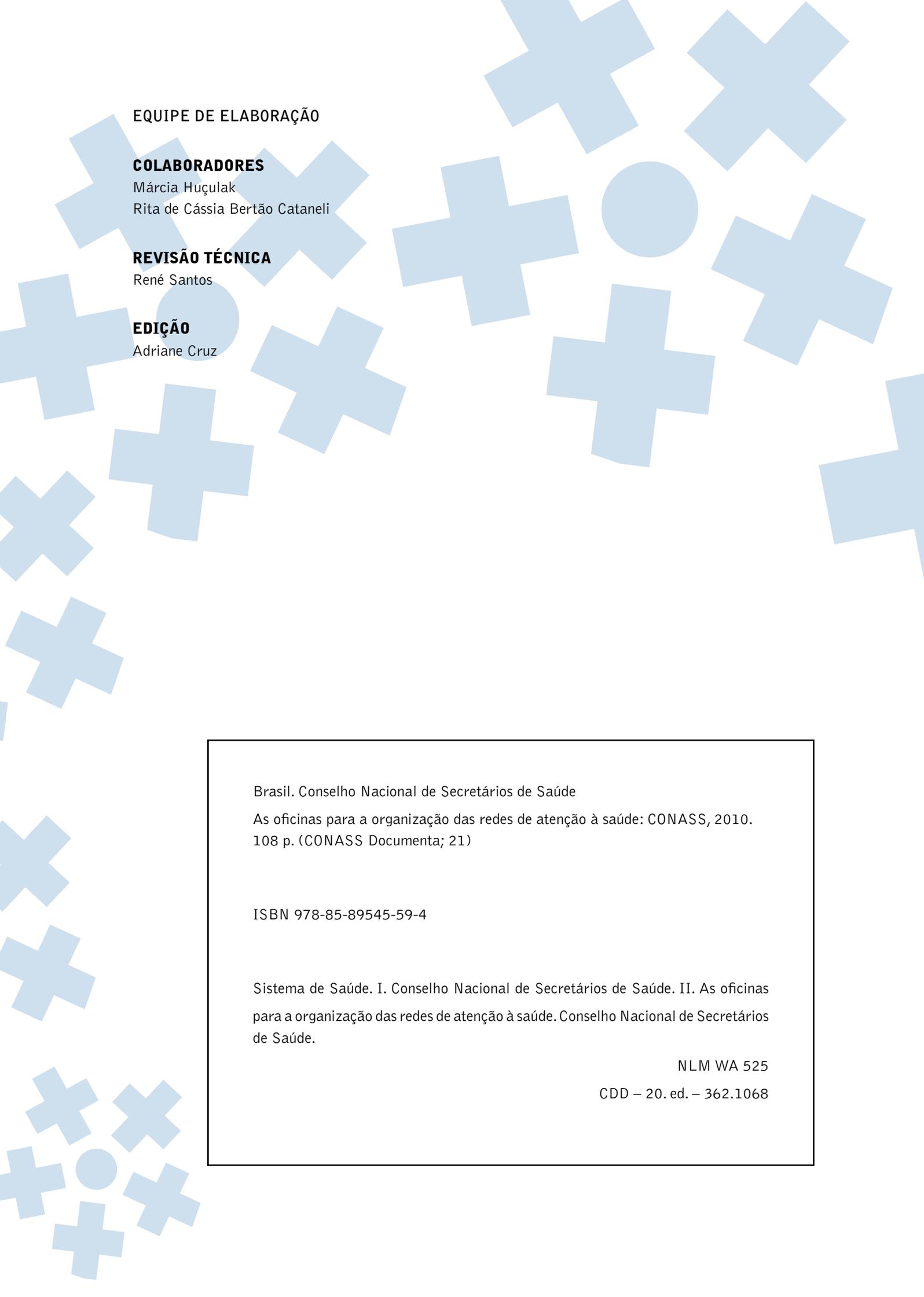




**CONASS DOCUMENTA N. 21**

**AS OFICINAS PARA A ORGANIZAÇÃO DAS  
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Brasília, 2010 – 1.<sup>a</sup> Edição



**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

**COLABORADORES**

Márcia Huçulak

Rita de Cássia Bertão Cataneli

**REVISÃO TÉCNICA**

René Santos

**EDIÇÃO**

Adriane Cruz

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde

As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde: CONASS, 2010.  
108 p. (CONASS Documenta; 21)

ISBN 978-85-89545-59-4

Sistema de Saúde. I. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II. As oficinas  
para a organização das redes de atenção à saúde. Conselho Nacional de Secretários  
de Saúde.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



# CONASS

## **PRESIDENTE**

Beatriz Dobashi (MS)

## **VICE-PRESIDENTES**

### **Região Centro-Oeste**

Irani Ribeiro de Moura (GO)

### **Região Nordeste**

João Soares Lyra Neto (PE)

### **Região Norte**

Milton Luiz Moreira (RO)

### **Região Sudeste**

Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

### **Região Sul**

Gilberto Martin (PR)

## **Comissão Fiscal**

Augustinho Moro (MT)

George Antunes de Oliveira (RN)

Oswaldo de Souza Leal Júnior (AC)

## **SECRETÁRIO EXECUTIVO**

Jurandi Frutuoso

## **SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE**

Agnaldo Gomes da Costa (AM)

Anselmo Tozi (ES)

Antônio Jorge de Souza (MG)

Assis Carvalho (PI)

Augustinho Moro (MT)

Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)

Carmem Emília Bonfá Zanotto (SC)

Francisco Melquíades Neto (TO)

George Antunes de Oliveira (RN)

Gilberto Martin (PR)

Herbert Motta de Almeida (AL)

Irani Ribeiro de Moura (GO)

João Ananias Vasconcelos Neto (CE)

João Soares Lyra Neto (PE)

Joaquim Carlos da Silva Barros Neto (DF)

Jorge José Santos Pereira Solla (BA)

José Maria de França (PB)

Luiz Roberto Barradas Barata (SP)

Maria Sílvia Martins Comarú (PA)

Milton Luiz Moreira (RO)

Mônica Sampaio de Carvalho (SE)

Osmar Terra (RS)

Oswaldo de Souza Leal Junior (AC)

Pedro Paulo Dias de Carvalho (AP)

Ricardo Murad (MA)

Rodolfo Pereira (RR)

Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

# SUMÁRIO

07 APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO 11

13 1. Por que o CONASS está promovendo o debate sobre Modelo de Atenção à Saúde?

27 2. Seminário para a Construção de Consensos sobre Modelo de Atenção à Saúde (CONASS, 2009)

32 3. Como o CONASS está promovendo a discussão sobre Redes de Atenção à Saúde

45 Oficina Rede de Atenção à Saúde no SUS

Guia do Participante

47 Introdução

50 Competência e Objetivos de Aprendizagem

# SUMÁRIO

	52	Estratégias Educacionais
Estrutura da Oficina	52	
	53	Programa Geral da Oficina
Roteiro de Atividades	54	
<b>Aula Interativa 1</b>	65	
O Controle do câncer de mama no Brasil: por quê?		
	73	<b>Aula Interativa 2</b>
		Os Sistemas de Atenção à Saúde
<b>Aula Interativa 3</b>	82	
Os fundamentos da construção de Redes de Atenção à Saúde		
	87	<b>Aula Interativa 4</b>
		Os modelos de Atenção à Saúde
<b>Anexos</b>		
Seminário para a Construção de Consensos do CONASS: "Sustentabilidade da Atenção Primária em Saúde no Brasil"	99	



## Apresentação

O CONASS tem pautado a sua atuação pela busca incessante de construir consensos sobre os vários temas da gestão, da organização e do financiamento do sistema de saúde brasileiro, assim como pelo apoio técnico às equipes estaduais para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, de acordo com as diferentes realidades.

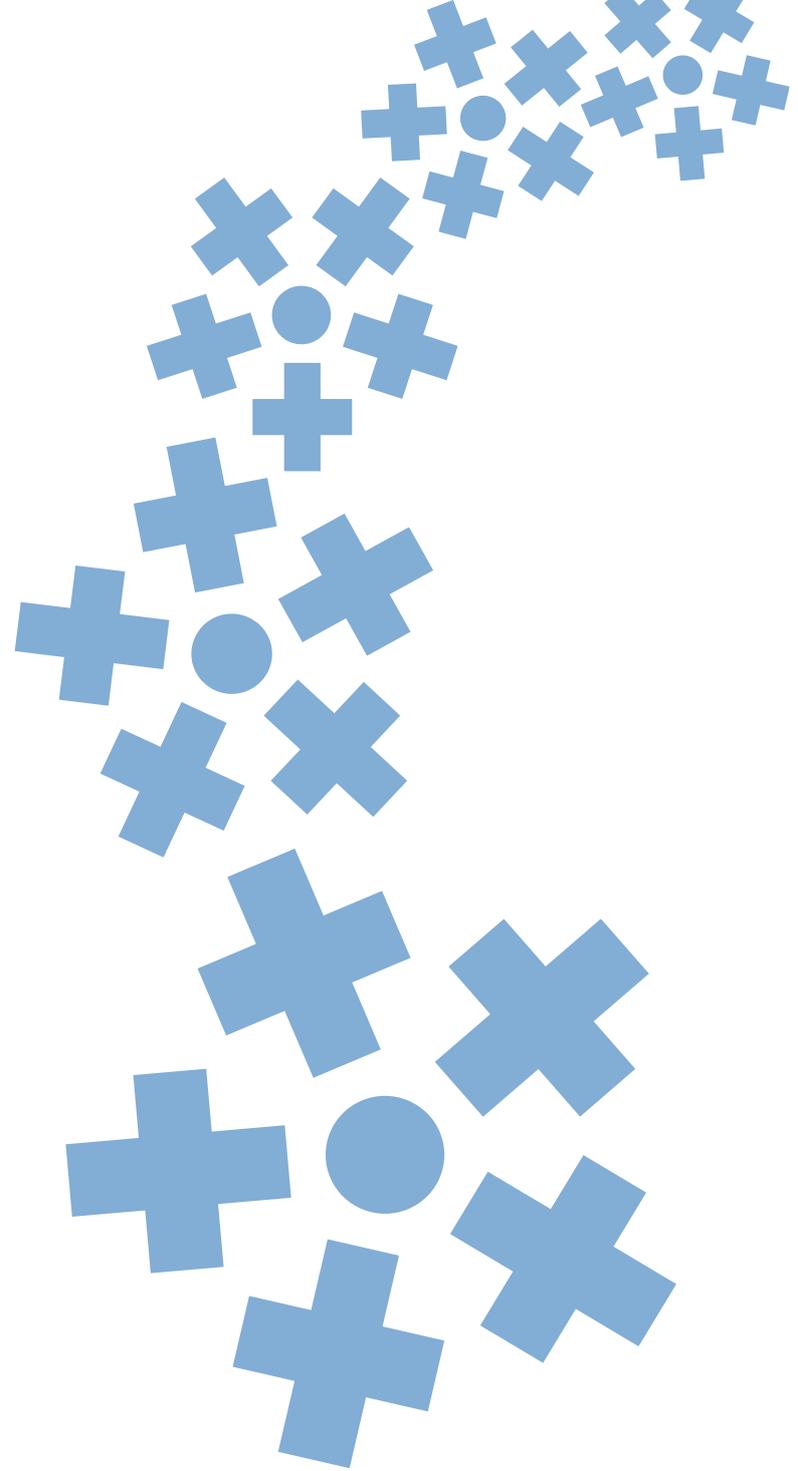
Nesse sentido, desde 2003 foram realizados vários seminários para a construção de consensos em torno de temas relevantes para o aprimoramento do SUS. Entre eles, destacamos a discussão sobre o modelo de atenção à saúde. O grande desafio dos anos futuros para o sistema de saúde brasileiro passa pela mudança do modelo de atenção direcionada para atender às condições agudas para um modelo que, além de atender aos eventos agudos, dê conta de atender às condições crônicas, que representam 2/3 da carga de doença no país.

Ao identificar essa necessidade, o CONASS, com base nas experiências de implantação das Redes de Atenção à Saúde em curso em alguns estados e com a consultoria do Professor Eugênio Vilaça Mendes, produziu um material instrucional para apoiar teórica e conceitualmente as equipes estaduais para a implantação das Redes de Atenção à Saúde.

Neste CONASS DOCUMENTA, apresentamos a proposta metodológica da oficina de Redes de Atenção à Saúde do CONASS e a sua avaliação pelas equipes estaduais. São abordados, também, temas relevantes para a construção de Redes de Atenção, como o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na conformação das redes, a necessidade de reformular a Atenção Primária à Saúde para exercer o papel coordenador do cuidado das pessoas e a importância dessa mudança para o sistema de saúde brasileiro.

Beatriz Dobashi  
Presidente do CONASS





---

## INTRODUÇÃO



## Introdução

Saúde é um direito humano, é importante para o desenvolvimento de um país, é requisito para a boa governabilidade, para a estabilidade social e a sustentabilidade; saúde é considerada por muitos governos um bem público, além de estar no centro da agenda do desenvolvimento (PAHO/WHO, 2007).

Os sistemas de saúde têm vários desafios a serem enfrentados: operacionais, estruturais e de gestão para garantir a proteção de todos, diminuir as iniquidades e melhorar o acesso.

No setor, ainda tem-se de decifrar o absolutismo das médias dos indicadores, que muitas vezes mascaram situações e escondem problemas. É necessário conhecer as causas dos problemas e promover ações para a sua evitabilidade. Há de se considerar que os ganhos obtidos em saúde não são permanentes nem são cumulativos. Portanto, é necessário proteger os ganhos. É necessário quebrar o paradigma do atendimento ao episódio agudo, o paradigma da cura para o cuidado contínuo às condições crônicas, da atenção à saúde e o envolvimento do cidadão e da sociedade para conhecer e compreender os determinantes da saúde. É preciso mudar radicalmente de um sistema reativo de atenção à saúde para um sistema proativo.

Um sistema de saúde precisa cuidar das pessoas para que não adoçam e não apenas cuidar das doenças. Os sistemas de saúde foram organizados ao longo do tempo para atender às condições agudas, resposta importante para dar conta das condições de saúde vigentes no país no século passado. Contudo, o Brasil vive nova realidade tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do demográfico. Essa nova realidade configura-se em nova situação de saúde, da tripla carga de doença (condições crônicas e condições agudas, e os eventos agudos causados pela violência interpessoal e os acidentes, principalmente de trânsito), com predomínio das condições crônicas, contudo o modelo de atenção ainda permanece voltado para atender às condições agudas.

O Instituto de Medicina, uma instituição independente dos Estados Unidos, que produz análises sobre saúde e o sistema de saúde para orientar os decisores políticos, em 2001, em um documento intitulado *Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI* (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001) escreveu a seguinte frase sobre a necessidade de mudar o modelo de atenção: “O sistema de atenção à saúde atual não funciona. Fazer mais do mesmo não é a saída. É preciso mudar o sistema”.

Os fatores contingenciais, as mudanças no estilo de vida das pessoas, o aumento de expectativa de vida, a urbanização acelerada, a diminuição das taxas de fecundidade, têm ocorrido de forma acelerada, enquanto as respostas necessárias do sistema de saúde têm sido muito lentas para dar conta de todo esse processo.

Isso exige uma mudança profunda nos sistemas de atenção à saúde, mudanças do ponto de vista de organização dos serviços e do modelo de atenção. Nesse contexto, o CONASS desde 2006 vem promovendo, com as equipes estaduais, a discussão sobre o modelo de atenção vigente e o seu impacto nos indicadores de saúde e a necessidade de se melhorar a organização da atenção à saúde com base na realidade epidemiológica e demográfica, ou seja, nas necessidades de saúde da população, e não com base na oferta de serviços disponíveis em um território ou uma região.

Em razão disso, apresentamos, neste CONASS DOCUMENTA, os principais pontos dessa importante reflexão, relatamos o trabalho realizado com as equipes estaduais por meio das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS e a avaliação dessas oficinas pelas equipes estaduais.

Espera-se, com esta publicação, contribuir para que o sistema de saúde brasileiro avance no século XXI para um modelo de atenção que dê conta de atender às condições crônicas e agudas e aos eventos agudos, “com a atenção contínua a uma determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa” e com base nas necessidades de saúde da população (MENDES, 2009b). E que a definição das ações e dos serviços e a prestação desses serviços sejam feitos com base nas evidências, proporcionando ao povo brasileiro um sistema de saúde melhor e mais justo.

---

**“Saber não é suficiente; é preciso aplicar. Querer não é suficiente; é necessário fazer.” Goethe**

---

# 1. Por que o CONASS está promovendo o debate sobre Modelo de Atenção à Saúde?

Em 2006, o CONASS publicou o livro *SUS: avanços e desafios*, que aborda os principais avanços do SUS nos últimos 20 anos e apresenta os desafios a superar e as propostas para os anos futuros. Entre os desafios identificados pelos gestores estaduais, destacamos aqui o desafio do Modelo de Atenção. O sistema de saúde brasileiro precisa organizar-se para enfrentar os desafios emergentes do século XXI, entre os quais se destacam:

- o envelhecimento da população;
- os comportamentos de risco;
- a mudança do estilo de vida das pessoas;
- a urbanização acelerada;
- a ampliação das fronteiras, com avanço para áreas de floresta;
- a agenda inconclusa da saúde;
- as mudanças climáticas; e
- a proteção dos ganhos obtidos.

No seu dia a dia, os gestores de saúde enfrentam inúmeros desafios e, inevitavelmente, o foco da atenção é dominado pelas condições agudas. As medidas adotadas são voltadas para o atendimento a urgências e emergências, às epidemias por doenças transmissíveis, a exemplo da gripe H1N1 que muito recentemente assolou o país, ou para implementar mecanismos para a redução de listas de espera para a realização de procedimentos e exames. Contudo, apesar da enorme contribuição dessas ações para melhorar a assistência à saúde das pessoas, o fenômeno das condições crônicas ainda não é reconhecido e não faz parte da agenda de mudanças necessárias para melhorar os resultados do sistema de saúde, talvez porque essas mortes não sejam facilmente identificadas nas estatísticas de mortalidade, por não apresentarem um perfil de mortes urgentes, ou porque as mortes prematuras e as incapacidades causadas por doenças crônicas não sejam facilmente mensuráveis.

Ao enfrentar o fenômeno das condições crônicas, tem-se de encarar o fato de que não existem soluções fáceis. O século XX trouxe grandes avanços com soluções simples, a exemplo da vacinação em massa, das terapias de reidratação oral, dos cuidados padronizados para os casos de infecção respiratória aguda na infância (IPEA, 2007), do acompanhamento da criança. Não obstante, o gerenciamento do cuidado efetivo para condições crônicas demanda a criação de sistemas complexos que incorporam diferentes profissionais e disciplinas e enfrenta dificuldades operacionais, financeiras e cognitivas; assim

como necessita de suporte de tecnologia de informação. Ainda, pela perspectiva política na qual o tempo domina o horizonte, os resultados de inovação são de longo prazo, quando poucos serão capazes de vislumbrar os créditos pelas mudanças implementadas.

O aumento da prevalência de doenças crônicas coloca consideráveis desafios para o sistema de saúde. As condições crônicas requerem modelos complexos, que envolvem colaboração entre profissionais de saúde e instituições que tradicionalmente trabalham separadas. A atenção à saúde ainda é largamente baseada no modelo do cuidado ao evento agudo que é pouco adequado para atender às necessidades daqueles com condições crônicas. Esse modelo faz que o usuário tenha de receber o cuidado de diferentes prestadores, frequentemente em diferentes estabelecimentos de saúde, mesmo quando tem uma condição crônica como o diabetes (NOLTE, E.; MACKEE, M., 2008).

Esse modelo vem sendo questionado por muitos gestores, e diferentes governos têm reconhecido a necessidade de mudar o modelo de atenção para alcançar melhores resultados por meio da coordenação dos serviços por todo o ciclo da condição ou da doença (CONRAD, D. A.; SHORTELL, S. M., 1997).

Há suficiente evidência que a integração dos serviços melhora o cuidado de saúde, a qualidade da atenção, os resultados clínicos e os recursos utilizados (SINGH; HAM, 2005).

Contudo, isso exige uma mudança radical nos sistemas de saúde, do planejamento da oferta para o planejamento da necessidade da população, da atenção às condições agudas por um sistema reativo, para a atenção às condições crônicas e agudas com um sistema proativo (MENDES, 2009b). Essa mudança de paradigmas requer mudanças profundas no modelo de atenção, com envolvimento de profissionais, do usuário e da comunidade. Isso é visto com ressalvas e críticas que consideram uma utopia ou mesmo impossível. Há de se operar profundas mudanças, inicialmente na gestão do sistema que precisa incorporar a tomada de decisão fundamentada em evidências e não com base em opiniões, e para isso os sistemas de saúde precisam operar de acordo com diretrizes clínicas, parâmetros epidemiológicos, e incorporar os conceitos do campo da economia na saúde para ganhar escala e qualidade no planejamento de serviços de saúde necessários e de qualidade.

Essas mudanças requerem gestores preparados e equipes proativas. O sistema de saúde brasileiro, de modo geral, tem sido, com algumas exceções, reativo, atendendo à demanda, sem planejamento das necessidades de saúde da população em determinado território, e os indicadores de morbimortalidade têm sido pouco usados para planejar as ações e os serviços socialmente necessários. Sem falar que avaliação do impacto dos serviços ofertados – seu custo-benefício, seus efeitos adversos – e qualidade, na grande maioria, não são mensuradas rotineiramente; as avaliações são pouco utilizadas para redirecionar o planejamento.

Não obstante todas as dificuldades da gestão do sistema de saúde, soma-se ainda o desafio dos recursos humanos suficientes e preparados para atender a essa nova realidade e para trabalhar com diferentes profissionais, de forma integrada, atuando proati-

vamente durante todo o ciclo de uma condição ou doença, com coordenação do cuidado exercido pelas equipes da APS. O cidadão eixo do sistema requer tratamento integral não fragmentado, diferentes profissionais, diferentes espaços de atenção, em tempos diferentes, que devem ter seus processos integrados para garantir uma resposta adequada a suas demandas e necessidades.

Mudar o modelo da atenção, para enfrentar o aumento das condições crônicas, fortalecer e tornar a APS ordenadora do sistema, instrumentalizar as equipes estaduais para exercer o papel de indutora desse novo modelo são elementos fundamentais para a consolidação das Redes de Atenção no Brasil.

Essa proposta é ainda considerada uma utopia para muitos profissionais e gestores de saúde. E tornar essa proposta uma realidade para todos – usuários, profissionais, prestadores e gestores – é um desafio que o CONASS propôs-se desde 2006, provocado pela reflexão dos gestores estaduais que encaram a mudança do modelo de atenção do SUS como um dos grandes desafios a enfrentar nos anos futuros para responder adequadamente às necessidades de saúde da população brasileira, melhorar os resultados desse sistema e a qualidade. Acrescentar além de anos de vida para as pessoas, mais qualidade de vida a esses anos.

## **1.1 O desafio das doenças crônicas**

Prevenir as doenças crônicas é um investimento vital, considerando que as doenças que mais contribuem para a carga global de doenças são o Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças cardíacas, câncer, doença respiratória crônica, diabetes e hipertensão. Essas são doenças que ocorrem em todo o mundo, são as principais causas de morte em países desenvolvidos e representam 80% dos óbitos em países com renda média ou baixa onde vive a maioria da população.

Até recentemente, o impacto e o perfil das doenças crônicas não eram bem avaliados. O impacto econômico das doenças crônicas é muito significativo. De 2005 a 2015, países como Reino Unido irão perder cerca de 40 bilhões de dólares do produto nacional, China perderá 550 bilhões de dólares e Índia perto 250 bilhões de dólares. Doenças crônicas significam cuidados de longo prazo, que têm profundas implicações para os serviços de saúde.

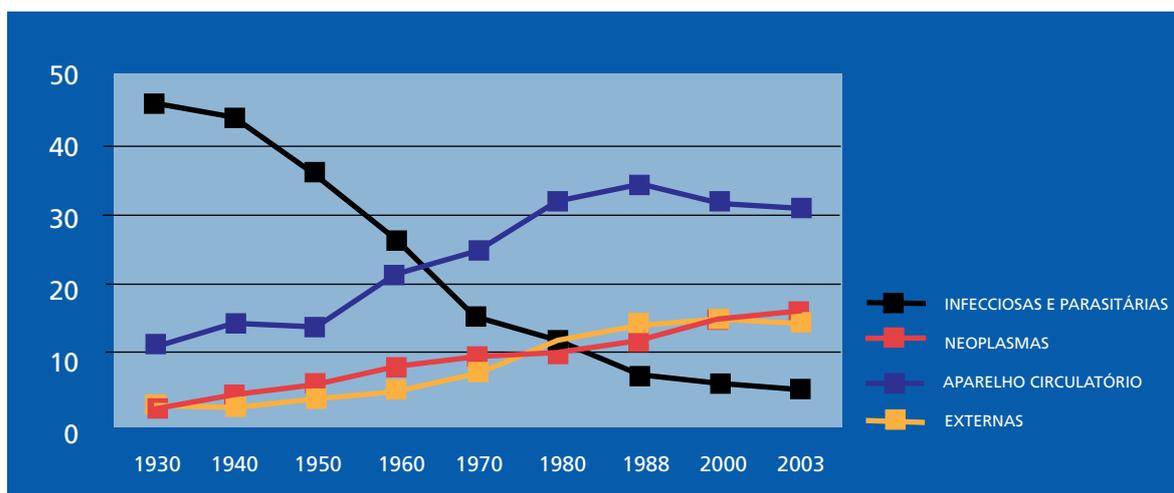
Comumente, fatores de risco estão associados à maioria das doenças crônicas. Esses fatores explicam a vasta maioria das mortes por doenças crônicas em todas as idades, em homens e mulheres, e em todas as partes do mundo. Eles incluem dietas inadequadas, inatividade física e uso de tabaco. Há significativa inter-relação entre diferentes condições crônicas, por exemplo, obesidade aumenta o risco de desenvolver diabetes tipo 2, e diabetes aumenta o risco de ataque cardíaco, AVC, cegueira e disfunção renal. Cerca de 80% das doenças cardíacas, AVC e diabetes podem ser prevenidos. Cada ano pelo menos 4,9 milhões de pessoas morrem pelo uso do fumo; 2,6 milhões morrem por doenças associa-

das ao sobrepeso; 4,4 milhões morrem por aumento do colesterol total; e 7,1 milhões por condições relacionadas ao aumento da pressão arterial. Enfrentar essas condições requer ação local, nacional e internacional (DEPARTMENT OF HEALTH, 2007).

No período de 1990 a 2004, as tendências das causas de óbito no Brasil mostram uma situação avançada da chamada "transição epidemiológica", com a crescente importância das doenças crônicas e das sequelas da violência. O peso da mortalidade por doenças transmissíveis é cada vez menor, tendo passado de 6,2% a 5,1% no período estudado (IPEA, 2007).

Para se ter um termo de comparação, basta mencionar que, em 2004, o número de óbitos por essas doenças era menor que o de homicídios. Enquanto isso, cresce e se diversifica a mortalidade por doenças crônicas, com destaque para doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Esses três grupos de causa somam praticamente 60% dos óbitos registrados em 2004 (ver Tabela 1).

**FIGURA 1 – EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO CAUSAS, BRASIL – 1930 A 2003**



Fonte: Barbosa *et al.*, 2003, In Epidemiologia & Saúde, Rouquayrol, M.Z.; Almeida, F. N.

**TABELA 1 – MORTALIDADE PROPORCIONAL(%) POR CAUSA, BRASIL – 1990 A 2004**

Ano	1990	1995	2000	2003	2004*
Doenças do ap. circulatório	34,3	32,7	32,1	31,5	31,8%
Neoplasias	12,4	13,2	14,9	15,5	15,7%
Doenças do ap. respiratório	10,6	11,1	10,9	11,2	11,4%
Causas externas, exceto homicídios	10,3	10,4	9	8,6	8,8%
Infeciosas e parasitárias	6,2	5,2	5,5	5,4	5,1%
Afecções perinatais	5,7	5,1	4,5	3,7	3,5%
Homicídios	4,8	5	5,6	5,9	5,4%
Diabetes	2,7	3,2	4,4	4,3	4,4%
Demais causas definidas	12,9	14,2	13,1	13,8	13,9%
Total	100	100	100	100	100%

Fonte: Ministério da Saúde/Ripsa/Datasus e SIM 2004.

\*Sujeito à revisão.

As doenças do aparelho circulatório ocuparam o primeiro lugar como causa de óbito, tanto em 1990 quanto em 2004, mas ocorreu uma diminuição de seu peso relativo na estrutura de mortalidade, que passou de 34,3% a 31,8%, no período. Esse resultado deve-se a tendências ainda restritas às regiões mais desenvolvidas do país. Por outro lado, as neoplasias, que são a segunda principal causa, ascenderam de 12,4 a 15,7%. As doenças do aparelho respiratório, por sua vez, sofreram um pequeno acréscimo, passando de 10% a 11,4%.

O aumento das doenças crônicas requer políticas de saúde direcionadas para a melhoria da informação tanto de profissionais de saúde quanto dos indivíduos, que atuem sobre um conjunto complexo de fatores de risco e sociais, bem como nos hábitos cotidianos da população. Mais que tudo, são necessárias políticas públicas integradas, multissetoriais, e não apenas políticas de saúde em sentido institucional limitado.

As implicações para o sistema de saúde e para a sociedade são consideráveis. Pessoas com condições crônicas são as mais prováveis de utilizar os serviços de saúde, principalmente quando têm múltiplos problemas; as condições crônicas são mais complexas de se manejar e têm mais incertezas. Os objetivos para o tratamento das condições crônicas não são a cura, mas o cuidado, minimizar o sofrimento, prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida. Esses objetivos não são alcançáveis com a atual organização dos serviços de saúde, que trata doenças de forma individual com base no relacionamento médico-paciente. Enquanto é igualmente claro que é preciso um modelo de atenção que coloque o indivíduo no centro da atenção trabalhando em conjunto com uma equipe de diferentes profissionais para melhorar os resultados tanto para o indivíduo quanto para o sistema. As condições crônicas requerem uma gama de intervenções e medidas para incentivar mudanças de comportamento, de estilo de vida, promover a atividade física e o bem-estar, a interação da equipe com o indivíduo e o meio onde vive, trabalha e relaciona-se, a adesão ao tratamento, além de tornar o indivíduo parceiro na tomada de decisão.

Portanto, é evidente a complexidade que os sistemas de saúde adquirem para enfrentar o aumento das condições crônicas, por isso essa situação requer novas formas de prestar cuidados em saúde, envolvendo a integração e a coordenação das ações e dos serviços. Promover a integração do sistema, conformando Redes de Atenção, não é uma tarefa fácil e não há modelos transportáveis, pois cada sistema de saúde tem características particulares. Contudo, os modelos de atenção inovadores são mais facilmente implementados em sistemas de saúde que têm forte orientação para a APS, atuando como porta de entrada do sistema e provendo cuidados contínuos a uma determinada população (NOLTE, E.; MACKEE, M., 2008).

## 1.2 O papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde

Atualmente, diferentes sistemas de saúde têm-se organizado fortemente com base na reestruturação da APS. É indiscutível a importância de se organizar o sistema de saúde com base em uma atenção primária atuando como porta de entrada do sistema, ordenadora do cuidado aos usuários e responsável pela grande maioria dos problemas de saúde de determinada população em determinado território. A APS tem um papel crucial para alcançar os objetivos para o desenvolvimento e para enfrentar os determinantes sociais da saúde. A APS é importante para assegurar que os sistemas de saúde possam ser acessíveis às pessoas e para que se alcancem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado que os novos desafios demandam.

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (2008), *Atenção Primária à Saúde – Agora mais do que nunca*,

[...] a APS tem mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais frequentes; tem o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas, embora sejam mais lentos a adotá-las; prescrevem poucas intervenções invasivas, as hospitalizações da sua iniciativa são menos frequentes e mais curtas e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção. Tudo isto resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos, com impactos na saúde pelo menos idênticos e com maior satisfação do doente (WHO, 2008a).

As evidências demonstram-nos que os sistemas de saúde que estruturaram seus modelos com base em uma APS forte, resolutiva e coordenadora do cuidado do usuário têm resultados sanitários melhores que os sistemas com APS frágil (HEALTH EVIDENCE NETWORK, 2009a). Portanto, é necessário que o sistema de saúde brasileiro avance nessa perspectiva e adote-a como uma estratégia de reorganização do sistema de saúde (MENDES, 2009a). Por conseguinte, é preciso ampliar o acesso, mas principalmente é necessário melhorar as estruturas físicas dos pontos de atenção da APS, capacitar os recursos humanos, incorporar novas tecnologias e estruturar os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos, para que a APS possa ser mais eficiente, efetiva e com mais qualidade.

Há no país experiências exitosas nessa área, estados e municípios que se têm proposto a reorganizar os seus modelos de atenção implantando as redes de atenção. Há um movimento das SES no sentido de apoiar a reestruturação da APS para exercer efetivamente o seu papel na coordenação do cuidado, integradora e articuladora dos diversos pontos de atenção, adotando estratégias combinadas de equipes de atenção primária e equipes de saúde da família. Algumas dessas experiências foram apresentadas em reuniões das câmaras técnicas do CONASS e no Seminário "A Sustentabilidade da Atenção

Primária no Brasil”. Realizado pelo CONASS, em 2009, este Seminário teve como finalidade identificar e propor alternativas de apoio das SES aos gestores municipais na APS. No anexo I deste documento, pode-se ver o seu relato e as propostas apresentadas pelas equipes estaduais sobre o tema.

É evidente que muitos são os desafios a serem enfrentados. Como exemplo, cita-se a questão relacionada aos recursos humanos; em muitos municípios, não há profissionais em quantidade suficiente para atender a toda demanda, aliada a uma formação voltada para atuar no atendimento focado nas condições agudas e na cura, enquanto o estudo da carga de doença no Brasil mostra-nos que 2/3 da carga da doença é por condições crônicas. Porém, é consenso entre os gestores do SUS que há condições para se enfrentarem as dificuldades com a implementação de um processo pactuado de responsabilidades solidárias, de acordo com as diferentes realidades regionais e locais e o aumento de recursos financeiros para o setor (CONASS, 2009a).

Nesse contexto, surgiu o Pacto pela Saúde, que reconhece a autonomia dos três entes gestores, não obstante a necessidade da constante pactuação e formulação de consensos para a melhoria da gestão do sistema e a definição das responsabilidades de cada um perante a organização do sistema como um contínuo da atenção e não em níveis hierárquicos, recolocando as necessidades das pessoas como determinantes do planejamento das ações e dos serviços, e não a sua oferta.

Dessa forma, a APS deixa de ter a conotação de apenas um nível de atenção que encaminha indivíduos para os demais níveis, para se tornar o eixo ordenador do sistema de saúde e exercer o seu papel responsável pela saúde de uma população em determinado território. Esses são princípios fundamentais para a construção de um sistema integrado de saúde, ou seja, sem uma APS organizada, com equipe preparada, cumprindo o seu papel no sistema de identificar as necessidades de saúde e planejar os demais níveis de atenção, não haverá Redes de Atenção à Saúde.

Em 2008, em razão dessa compreensão que a APS deveria exercer novo papel no SUS e da avaliação das oficinas de Redes com as equipes estaduais, o CONASS identificou a necessidade de dar concretude à proposta de fortalecimento da APS e de atuar junto às SES nesse sentido. Uma das grandes reflexões emanadas das oficinas foi sobre o papel da APS no sistema de saúde.

Em razão disso, foi elaborada uma proposta metodológica: *As oficinas de planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados* (CONASS, 2009c). A planificação da APS, entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde que leva em consideração todas as suas etapas, estabelece os objetivos a serem atingidos, mas igualmente faz a previsão das diversas etapas do financiamento e das ações necessárias para o seu alcance e, eventualmente, a descrição da estrutura dos organismos a serem criados em vista desta realização.

O CONASS, com base no trabalho desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saú-

de de Minas Gerais das oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, elaborou um conjunto de 11 oficinas com temas distintos, com a proposta de desenvolvimento de atividades de dispersão ao fim de cada uma. Essas atividades de dispersão constituem-se, ao fim do processo, em um plano de intervenção da APS no âmbito locorregional e estadual.

As oficinas têm como temas:

- Oficina 1 – As Redes de Atenção à Saúde;
- Oficina 2 – A Atenção Primária no estado;
- Oficina 3 – A territorialização;
- Oficina 4 – A Vigilância em Saúde;
- Oficina 5 – A organização dos processos de trabalho em saúde;
- Oficina 6 – A organização da atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS);
- Oficina 7 – A abordagem familiar e o prontuário familiar;
- Oficina 8 – A assistência farmacêutica;
- Oficina 9 – Os Sistemas de Informação em Saúde;
- Oficina 10 – Os sistemas de apoio diagnóstico, sistemas logísticos e monitoramento;
- Oficina 11 – A contratualização das equipes da APS.

Cada oficina tem duração de dois dias (16 horas) e propõe uma metodologia de participação ativa por meio da análise da situação local e regional. Os temas estão organizados a fim de estimular a reflexão sobre a forma de organização do sistema de saúde e a inserção da APS e permitir a compreensão dos problemas e a construção de propostas conjuntas (estado e municípios) para o seu enfrentamento.

As oficinas têm como objetivos assessorar as SES na reorganização do seu sistema de saúde, promovendo a integração das ações e dos serviços de saúde, o fortalecimento da APS e a consequente implantação das Redes de Atenção à Saúde; proporcionar às equipes das SES instrumentos, ferramentas e tecnologias de planejamento da atenção à saúde e formas de organizar o processo de trabalho das equipes de APS nos seus municípios; e capacitar equipes estaduais para adequação e reprodução locorregional das oficinas para os municípios.

A proposta metodológica está organizada em duas partes: no primeiro momento, a equipe do CONASS capacita as equipes estaduais para a realização das oficinas no estado, no âmbito das regiões de saúde. Em um segundo momento, a equipe estadual produzirá as oficinas para as equipes municipais. Entende-se que esse processo trabalha a capacitação de equipes com um projeto de intervenção na organização da atenção com foco na APS e implica a adesão e os compromissos das instâncias envolvidas.

### **1.3 O papel das SES na organização das Redes de Atenção à Saúde**

A modelagem e a implantação das Redes de Atenção à Saúde fazem-se com base na combinação dos princípios da economia de escala, qualidade e acesso aos serviços de saúde, para determinada população em determinado território sanitário e em níveis de atenção (MENDES, 2009b).

No Brasil, há enormes diferenças entre estados e dentro dos estados, além do fato de mais de 75% dos municípios brasileiros terem menos de 20 mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde eficientes e de qualidade. Por isso, as Redes de Atenção têm de se organizar com autossuficiência na atenção especializada nas regiões de saúde e com autossuficiência em atenção especializada de alta complexidade nas macrorregiões. Essas situações colocam para as SES o papel preponderante de coordenador e indutor de novo modelo de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população, em territórios sanitários e não de acordo com a oferta disponível em territórios político-administrativos.

Obviamente, as equipes municipais têm papel fundamental na organização do sistema de saúde, não se trata aqui de se estabelecer hierarquia, ou subordinação, mas de reconhecer que é papel das equipes estaduais coordenarem as ações para a integração do cuidado do cidadão, garantindo a integralidade por todo o ciclo de vida das pessoas ou de uma condição ou doença. Para isso, é imprescindível implementar sistemas de informação, logísticos e de apoio diagnóstico e terapêutico, além de sistema de gestão das Redes de Atenção. Sem esses sistemas, não é possível vislumbrar a integração do cuidado. Portanto, é necessário um projeto coerente e uma atuação consistente da gestão estadual, apoiando técnica e financeiramente as equipes municipais, propiciando as ferramentas para a integração do cuidado. A implantação das Redes de Atenção à Saúde requer, portanto, uma atuação conjunta dos gestores do SUS e de equipes capacitadas para, com base nos indicadores, nas evidências e nas distintas realidades, planejarem e implantarem as Redes de Atenção à Saúde.

### **1.4 As Redes de Atenção à Saúde**

Sistemas Integrados de Saúde, terminologia utilizada em vários países, ou Redes de Atenção à Saúde têm-se tornado o tema internacional do momento. Tanto na América do Norte, na Europa e em muitos países tem-se debatido a sua estruturação para desenvolver melhores sistemas de saúde e mais custo-efetivos. Integração está no cerne da teoria dos sistemas e é fundamental para a sua concepção e desempenho (KODNER, D. L. SPREEUWENBERG, C., 2002). Nesse contexto, integração é o elemento que junta as partes de um todo e permite alcançar objetivos comuns e melhora os resultados.

Os Sistemas de Saúde e as instituições de saúde estão entre as mais complexas

e interdependentes instituições da sociedade. Historicamente, muitos fatores têm influenciado na divisão das instituições e dos serviços de saúde, na especialização das profissões de saúde e na administração dos serviços. Sem integração nos vários níveis, todos os aspectos do desempenho do sistema de saúde sofrem. Pacientes ficam perdidos, os serviços necessários não são prestados, ou são postergados, a qualidade e a satisfação do usuário caem e o custo benefício diminui.

De acordo com o *Jornal Internacional de Cuidados Integrados*, integração é um conjunto coerente de métodos e modelos que se aplicam no financiamento, na administração e na organização da prestação de serviços e níveis de atenção, planejado para criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro do setor e entre os prestadores de cuidado. O objetivo é melhorar a qualidade do cuidado e melhorar a qualidade de vida das pessoas, a satisfação do usuário e a eficiência do sistema para pacientes com problemas complexos e de longo termo, que necessitam de múltiplos serviços e de diferentes prestadores (KODNER, D. L.; SPREEUWENBERG, C., 2002).

A necessidade de mudar e reformar os sistemas de saúde parece similar nos diferentes países. Demandas econômicas, políticas e sociodemográficas têm provocado mudanças do modelo de atenção do paradigma do evento agudo para uma visão mais abrangente da saúde. O cerne desse movimento é coordenar um contínuo de serviços para atender àqueles com condições crônicas e melhorar a saúde de determinada população. Muitos gestores acreditam que constituir redes de atenção melhora a qualidade da atenção, diminui custos e melhora a satisfação dos usuários (STRANDBERG-LARSEN, M.; KRASNI, A., 2009).

Em razão dessa necessidade, muitos autores e pesquisadores desde o início dos anos 1990 têm produzido trabalhos apresentando conceitos, métodos e analisando modelos de integração dos sistemas de saúde. Shortell, em 1993, em trabalho precursor sobre Redes de Atenção ou Sistemas Integrados de Saúde, propôs a seguinte definição: "sistemas organizados de prestação de serviços de saúde que configurem um *continuum* coordenado de serviços para uma população definida e que se responsabilizem pelos resultados sanitários e econômicos em relação à população-alvo do sistema".

A rede de atenção consiste em pontos de atenção à saúde que são lugares institucionais (organizações) em que se ofertam determinados serviços por meio de uma função de produção singular. É uma estratégia de organizar serviços de saúde de maneira racional e efetiva, mas não existe consenso sobre a forma mais "correta" ou "melhor" para fazer isso, depende das condições regionais e locais (BANCO MUNDIAL, 2006; CERCONE, J., 2006).

Mendes, em 2009, publicou o livro *Redes de Atenção à Saúde* que traz a seguinte definição:

[...] as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma

atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

A Organização Mundial de Saúde conceitua Redes como:

[...] a organização e o gerenciamento dos serviços de saúde de forma a ofertar às pessoas o cuidado de que necessitam, quando necessário, de forma acessível, que permite o alcance dos resultados esperados com o custo adequado (WHO, 2008).

Nesse documento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça que a integração é um meio para atingir um fim, e não um fim em si mesmo. A integração dos serviços de saúde refere-se à necessidade de se ofertar uma gama de serviços para determinada população em determinado território e sob uma única gestão, a fim de garantir a continuidade do cuidado durante todo o ciclo de uma condição ou doença. Integração também refere-se aos diferentes níveis de atenção, que requer uma gestão que integra esses níveis e os diferentes serviços. Do mesmo modo, requer a integração das políticas para a tomada de decisão.

Em 2007, Mendes realizou extensa revisão bibliográfica sobre o tema Redes de Atenção à Saúde. Nessa revisão, reuniu vários autores que abordam o tema. Além disso, identifica os fundamentos da construção de Redes de Atenção à Saúde, relevantes para a compreensão das bases conceituais que a justificam; reforça o papel da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde, exercendo a coordenação do cuidado como o centro de comunicação; e reúne o relato de experiências de Redes de Atenção à Saúde em vários países (MENDES, 2007).

Mendes, ainda nessa revisão, relata que a discussão sobre Redes de Atenção é recente, com sua origem nos Sistemas Integrados de Saúde, surgidos nos anos 1990 nos Estados Unidos e que, posteriormente, evoluíram para a Europa Ocidental e o Canadá, e mais recentemente para alguns países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (MENDES, 2007).

São consideradas características das Redes de Atenção: missão e objetivos comuns; ação cooperativa e interdependente entre prestadores e profissionais; responsabilidade por uma população definida, articulada em territórios sanitários; organizada de forma poliárquica; organizada por um contínuo de atenção: primária, secundária e terciária; organizada de forma integral: ações de promoção da saúde e de prevenção, cura, cuidado, reabilitação ou tratamento paliativo das doenças; coordenada pela APS, orientada para a atenção às condições agudas e crônicas; e focada no ciclo completo de vida ou de uma condição de saúde.

## **POR QUE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE?**

As condições de saúde não se resolvem em geral em serviços ou unidades isoladas, mas requerem a ação de vários serviços e unidades de maneira articulada e coordenada. Isso é especialmente o caso para condições crônicas que exigem que os sistemas de saúde organizem-se com foco nas necessidades de saúde da população, com correspondência entre a oferta de serviços e as necessidades. Há, portanto, a necessidade de um sistema coordenado e articulado envolvendo diferentes profissionais e prestadores, com sistemas de informação articulando pacientes, prestadores e pagadores e subsidiando a tomada de decisão, com melhoria da qualidade e da efetividade do cuidado e da satisfação do usuário. E que esse sistema tenha incentivos financeiros e estruturas organizacionais para harmonizar os diversos níveis decisórios induzindo o compartilhamento de objetivos.

As Redes de Atenção facilitam a reorganização de uma oferta fragmentada de serviços, pois se beneficiam de economias de escala e escopo e também do relacionamento entre escala e qualidade. Propiciam os investimentos de forma mais racional, a responsabilização (*accountability*) compartilhada para melhorar a saúde populacional, o incentivo para reconhecer as vantagens de serviços de promoção de saúde, a prevenção e o incentivo para reconhecer a continuidade de atenção entre diferentes níveis de cuidado e diferentes organizações (BANCO MUNDIAL, 2006).

De acordo com dados de 2002, do Ministério da Saúde, citados em Mendes (2009), o gasto de tratamento das condições crônicas no Brasil já representa 69,1% dos gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS. Portanto, considerando a realidade brasileira, tanto do ponto de vista demográfico quanto epidemiológico e econômico, e em razão da necessidade premente de melhorar esse sistema, tornando fato os preceitos constitucionais e os princípios basilares do SUS, precisamos implantar as Redes de Atenção à Saúde.

## **OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

A Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO, 2009) em documento intitulado *Redes de Atenção à Saúde baseadas na Atenção Primária à Saúde* propõe uma política regional para formação de Redes de Atenção à Saúde. Considera que não há como prescrever um modelo organizacional único para as Redes de Atenção, contudo as evidências mostram que alguns atributos são essenciais para seu funcionamento, conforme apresentados a seguir (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009):

1. população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;

3. primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e serve de porta de entrada do sistema, que integra e coordena a atenção, que atende à maior parte das necessidades de saúde da população;
4. prestação de serviços especializados em lugar adequado, oferecida preferencialmente em ambientes ambulatoriais;
5. existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. atenção de saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais e de gênero e a diversidade da população;
7. sistema de governança único para toda a rede;
8. participação social ampla;
9. gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede; e
13. ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. A integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justificam-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2008). Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde propôs uma avaliação da evolução das Redes de Atenção, conforme a tabela 2.

**TABELA 2 – AVALIAÇÃO DO PROGRESSO DAS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PAHO, 2008)**

Atributos SISS	I Sistema segmentado	II Sistema parcialmente integrado	III Sistema integrado
População/território	Sem população adscrita.	População/território definido com escasso conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde.	População/território definido com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde as quais determinam a oferta de serviços de saúde.
Oferta de serviços	Limitada e restrita ao primeiro nível de atenção.	Ampla oferta de estabelecimentos e serviços em diferentes locais que funcionam independentes uns dos outros.	Extensa oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, todos sob uma única coordenação organizacional.
1º nível de atenção	Predomínio de programas verticais que funcionam de forma desintegrada.	Atua em teoria como porta de entrada do sistema, mas com baixa capacidade resolutive.	Atua de fato como porta de entrada do sistema, integra e coordena o cuidado assistencial e resolve a maioria das necessidades de saúde da população.
Atenção especializada	Acessos sem regulação a especialistas e predomínio da atenção especializada em ambiente hospitalar.	Acesso sem regulação à atenção especializada, mas de predomínio hospitalar.	Oferta de serviços especializados no lugar mais adequado, os quais se dão preferencialmente em ambientes extra-hospitalar.
Mecanismos de coordenação assistencial	Não há coordenação assistencial.	Existência de mecanismos de coordenação assistencial, mas que não cumprem todo o espectro dos serviços.	Existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o ciclo da condição ou doença.
Tipo de cuidado	Centrado na doença.	Centrado no indivíduo.	Centrado na pessoa, na família e na comunidade/território.
Governança do sistema	Não há função clara de governança.	Múltiplas instâncias de governança que funcionam de forma independente umas das outras. Escassa participação.	Um sistema de governança único e participativo para todo o sistema.
Gestão do sistema	Gestão administrativa débil.	Gestão administrativa integrada sem integração dos sistemas de apoio clínico.	Gestão integrada de sistemas administrativos e de apoio clínico.
Recursos humanos	Insuficientes para as necessidades do sistema.	Recursos humanos suficientes, mas com deficiências nas competências técnicas e no compromisso com o sistema.	Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema.
Sistema de informação	Não há sistema de informação.	Múltiplos sistemas que não se comunicam entre si.	Sistema de informação integrado e que vincula todos os membros do sistema.
Financiamento/incentivos	Insuficiente e descontínuo.	Financiamento adequado, mas com incentivos financeiros não alinhados.	Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema.
Vínculo com outros setores	Não há vínculos com outros setores.	Existem vínculos com outros setores sociais.	Ação intersetorial ampla, além dos setores sociais.

Fonte: PAHO/WHO (2008).

---

**“Em grande parte somos herdeiros das escolhas que foram feitas pelas gerações que nos antecederam: por políticos, líderes empresariais, financistas e pelas pessoas comuns. As futuras gerações, por sua vez, serão afetadas pelas decisões que tomamos hoje. Cada um de nós tem uma escolha a fazer: continuar com o estado atual das coisas ou assumir o desafio e investir agora na prevenção das doenças crônicas.” (OMS, 2005)**

---

## **2. Seminário para a Construção de Consensos sobre Modelo de Atenção à Saúde (CONASS, 2009)**

Além da oficina, o CONASS, na permanente busca de atualização e informação, a exemplo das oficinas de trabalho e das câmaras técnicas, criou uma forma de atuar e produzir conjuntamente posições estratégicas para os próximos passos da sua participação na implantação do SUS, que são os seminários para construção de consensos.

Com base na experiência acumulada nesses seminários, o CONASS realizou, em Brasília, nos dias 26 e 27 de agosto de 2008, o *Seminário para construção de consensos sobre modelos de atenção à saúde no SUS*. O debate desse tema foi considerado prioritário pelos Secretários Estaduais de Saúde na assembleia realizada no mês de junho de 2008.

No primeiro dia do Seminário, foram abordados os seguintes temas: o desafio do modelo de atenção à saúde no SUS; a importância da APS nas Redes de Atenção à Saúde; e a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS e do Pacto pela Saúde: regionalização e governança das redes.

No segundo dia do evento, foram realizados o debate e a construção de consensos entre os Secretários Estaduais de Saúde a partir das propostas apresentadas nas mesas e debates do primeiro dia. Para subsidiar o Seminário, a Secretaria Executiva do CONASS produziu um documento a partir das discussões apresentadas no capítulo 4 do livro *SUS: avanços e desafios* e de outros textos já publicados pelo CONASS, que contemplam um conjunto de informações relacionadas ao tema do Seminário.

Durante o Seminário, algumas propostas identificadas foram apresentadas e debatidas pelos Secretários e, após consenso, chegaram a 49 propostas que estão listadas a seguir. A assembleia deliberou, ainda, pela realização de um Seminário específico para discutir de forma mais aprofundada as questões referentes à APS e a proposta específica sobre os recursos estaduais da APS.

### **2.1 As propostas consensadas**

#### **I. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

1. No Brasil, a situação de saúde caracteriza-se pelo predomínio das condições

crônicas, porém a organização dos serviços está voltada para as condições agudas.

2. Historicamente, foram as condições agudas que, em muitos casos são agudizações de condições crônicas, que induziram a conformação do sistema de saúde no Brasil. Esse modelo de atenção é episódico, voltado para atenuar sintomas e promover a cura, não se aplica para atender às condições crônicas que representam 75% da carga da doença e que exigem mudanças no modelo de atenção e adequação do financiamento.
3. Um modelo de atenção à saúde deve ser coerente com a condição de saúde predominante no país. Para efeitos de organização de serviços, os conceitos que mais bem se aplicam são os de condições agudas e crônicas, estabelecidos pela OMS, em 2003.
4. Os gestores do SUS precisam adotar medidas para que o sistema de saúde evolua de um sistema fragmentado para um sistema integrado de atenção à saúde por meio da conformação das Redes de Atenção à Saúde.
5. É papel preponderante das SES a coordenação e a indução de novo modelo de atenção voltado para atender às necessidades de saúde da população, que leve em conta a integralidade, entendida como um conjunto de serviços sanitários e socialmente necessários.
6. As SES devem desenvolver estratégias e estabelecer mecanismos de coordenação assistencial do processo da atenção integral (primária, secundária e terciária).
7. A APS deve atuar como porta de entrada do sistema de saúde, coordenar o cuidado e resolver a maior parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade.
8. O financiamento do sistema de saúde deve-se adequar às necessidades com incentivos financeiros alinhados com as prioridades e as metas do sistema de saúde.
9. Os gestores do SUS reiteram a importância de estimular a ação intersetorial ampla.
10. Os gestores do SUS devem desenvolver mecanismos de regulação do aparelho formador, para definir quantitativamente e qualitativamente os profissionais de saúde adequados para atender às necessidades da população.
11. Adequar os mecanismos de financiamento, a fim de possibilitar que os serviços de saúde sejam prestados no ambiente mais apropriado e com a melhor relação custo–benefício, superando a atual sistemática por procedimento.

12. As SES devem incorporar mecanismos para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados à população.
13. As novas tecnologias devem ser incorporadas no SUS mediante avaliação comprovada de sua efetividade e custos, e de acordo com as necessidades de saúde.

## **II. A IMPORTÂNCIA DA APS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

14. A APS deve ser entendida como responsabilidade conjunta das três esferas de governo, com apoio técnico e financeiro tripartite, que deve ser assumida de forma pactuada, sendo papel do estado:
  - a. Orientar os municípios no planejamento e na gestão da APS local;
  - b. Executar o monitoramento e a avaliação da APS nos municípios;
  - c. Implementar e desenvolver propostas consistentes de educação permanente para a APS em parceria com as Universidades e os centros formadores.
15. A APS requer vasta gama de conhecimentos e tecnologias para garantir o adequado atendimento das necessidades de saúde de determinada população e a resolutividade de grande parte desses problemas.
16. A APS deve ser o eixo orientador e coordenador das Redes de Atenção à Saúde, para isso é necessário melhorar a sua qualidade.
17. Garantir recursos federais e estaduais para o financiamento para a APS, contemplando para construção, reforma e/ou ampliação (ambiente e ambientação), aquisição de equipamentos e informatização para as UBS.
18. Propor a criação de Departamentos de Saúde da Família nas faculdades de medicina, enfermagem e odontologia das universidades públicas, garantir a regulação das especialidades em saúde junto às universidades (valorização da carreira de generalista e de médico de saúde da família) e criar incentivo diferenciado para equipes com profissionais qualificados em APS.
19. Que sejam garantidas alternativas de financiamento por parte dos governos estaduais e do governo federal em municípios que possuam Equipes de Saúde da Família (ESF) incompletas pelo prazo de 90 dias.
20. Aumentar gradativamente os recursos federais para a APS, a fim de garantir, em 2011, que 20% do orçamento do Ministério da Saúde para ações e serviços de saúde sejam destinados à APS.
21. Aumentar o valor *per capita* do PAB Fixo para R\$ 19,45.
22. Propor ao Ministério da Saúde rever as metas de expansão da ESF à luz da realidade atual.
23. Revisar os critérios dos incentivos para as ESF, buscando aperfeiçoar os mecanismos de diferenciação do financiamento para municípios e regiões em

áreas de difícil acesso, população quilombola, indígenas e outras situações especiais.

24. Instituir recursos federais para o custeio das unidades de pronto-atendimento ambulatorial 24 horas, visando à construção das redes de Urgência e Emergência, observado o disposto na Política Nacional de Urgência e Emergência.
25. Repasse de 13 parcelas anuais de incentivos para as equipes da ESF.
26. Garantia de concurso e plano de carreira de Estado aos profissionais de APS.
27. Observadas as condições municipais, as SES devem criar uma carreira estadual para os profissionais da saúde da família.
28. Propor ao Poder Legislativo a regulamentação do serviço civil obrigatório na área da saúde, para egressos das universidades públicas e privadas.
29. Comprometimento do governo estadual com os incentivos de fixação dos profissionais e, no âmbito nacional, uma política diferenciada para garantir a fixação de profissionais.
30. Abrir uma discussão sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal e as contratações no setor saúde.
31. Propor a criação de uma taxa das indústrias de álcool, armas, automóveis, motos e tabaco para o financiamento das urgências e emergências.

### **III. A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

32. Romper com a concepção hierárquica do atual modelo de atenção à saúde no SUS.
33. No SUS, há uma pequena diversidade de pontos de atenção, precariedade da função de coordenação da APS e ausência de comunicação entre os pontos de atenção à saúde.
34. A Rede de Atenção é uma estratégia de organizar serviços de saúde de maneira racional e efetiva e seu desenho e concepção devem ser de acordo com a realidade de cada estado, feitos de forma pactuada entre estados e municípios nas CIBs.
35. A Rede de Atenção à Saúde é a organização horizontal de serviços de saúde, com centro de comunicação na APS, que permite prestar atenção contínua, para uma população definida, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população.
36. As Redes de Atenção à Saúde permitem organizar a atenção com foco nas necessidades de saúde da população, adequar a oferta de serviços a essas necessidades e melhorar a qualidade e a efetividade do cuidado.

37. Os elementos essenciais para conformar uma Rede de Atenção à Saúde são uma população, em território definido, uma estrutura operacional e um modelo de atenção.
38. A conformação dos territórios sanitários deve observar as distintas realidades locais, buscando guardar coerência com os elementos essenciais para a construção de Redes de Atenção à Saúde, a fim de garantir a integralidade.
39. Para fortalecer o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde é necessário integrar os pontos de atenção à saúde, os sistemas de informação do SUS e desenvolver a gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio.
40. As SES devem desenvolver em parceria com os municípios mecanismos de gestão integrada dos sistemas de apoio e sistemas logísticos.
41. É papel das SES a elaboração das diretrizes clínicas e das linhas de cuidado e o estímulo à adoção da classificação de risco, elementos essenciais para as Redes de Atenção, de forma articulada com os municípios.
42. É preciso promover uma interação entre a construção das Redes de Atenção à Saúde e o arcabouço jurídico legal no âmbito do estado, notadamente em relação aos espaços de pactuação e aos instrumentos legais que sustentam os compromissos sanitários.

#### **IV. O PACTO PELA SAÚDE: REGIONALIZAÇÃO E GOVERNANÇA DAS REDES**

43. A organização das Redes de Atenção à Saúde e a definição dos fluxos assistenciais provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde por meio de uma oferta regulada possibilitarão o cumprimento do conjunto de compromissos sanitários do Pacto pela Saúde.
44. Os compromissos sanitários assumidos no Pacto pela Saúde devem ser expressos por meio de instrumentos como termos de compromisso de gestão ou contratos de ação pública, que explicitem as responsabilidades de cada Ente Federado e que norteiem a valorização dos resultados alcançados com os respectivos incentivos.
45. A qualificação do processo de regionalização implica o fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional como espaços de pactuação das prioridades para a região, das bases para a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde, do desenho do processo regulatório e das linhas de investimento, observadas as competências específicas das CIBs.
46. O planejamento regional deve expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.
47. O Plano Diretor de Investimento deve fortalecer a regionalização do SUS, ex-

pressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas nos processos de planejamento regional e estadual e compatibilizar economia de escala e de escopo com equidade no acesso.

48. No processo de regionalização, é imprescindível a conformação dos territórios sanitários, espaços fundamentais para a construção das Redes de Atenção à Saúde. A conformação desses territórios deve observar as distintas realidades locais e o processo de pactuação entre estados e municípios.

A coordenação do processo de regionalização e da construção de Redes de Atenção à Saúde é uma tarefa inerente às SES e deve ser feita de forma articulada e pactuada com os municípios.

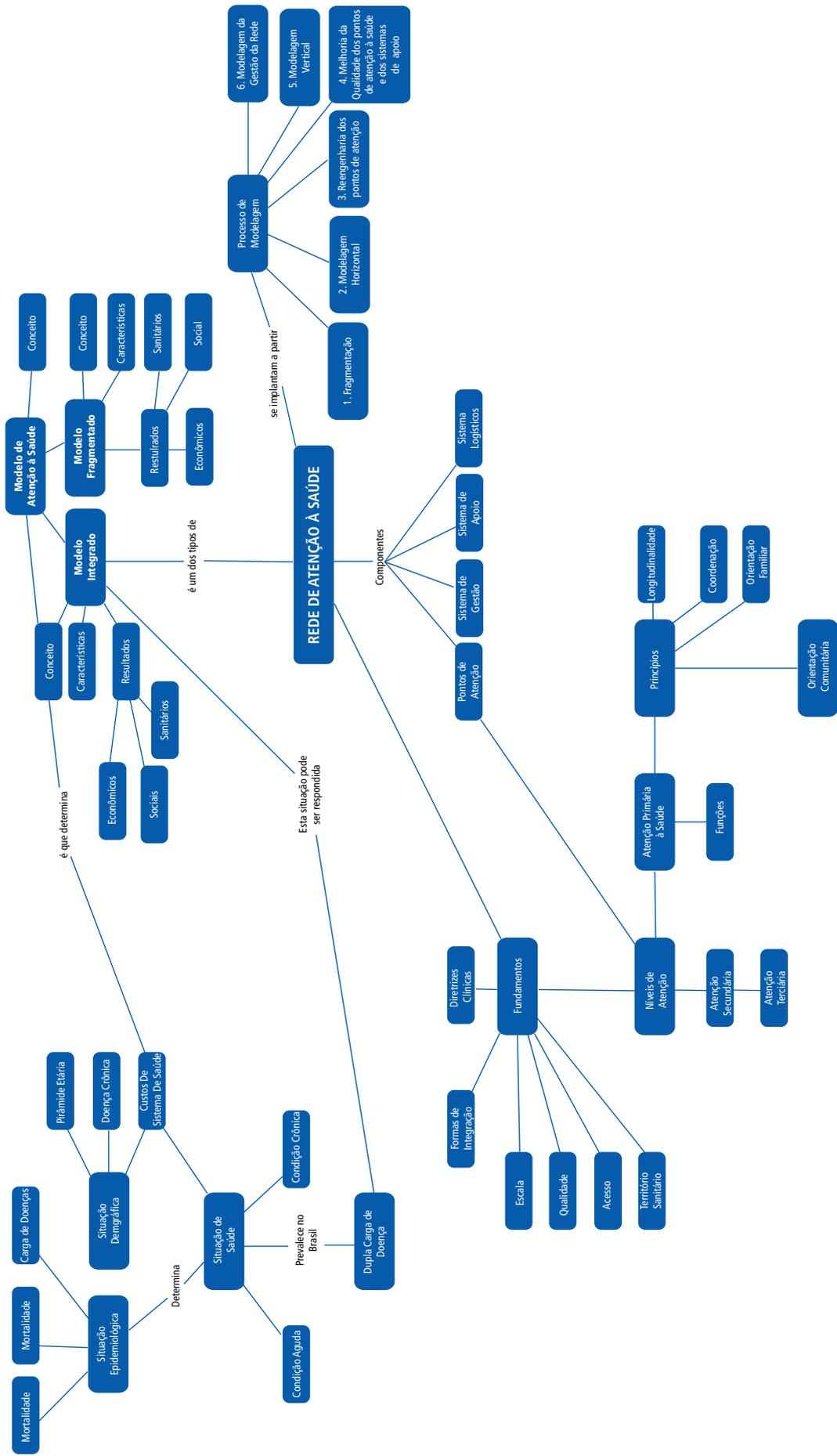
### **3. Como o CONASS está promovendo a discussão sobre Redes de Atenção à Saúde**

Desde 2006, a equipe técnica do CONASS, demandada pelos Secretários Estaduais de Saúde a promover a reflexão sobre o sistema de saúde, o seu modelo de atenção e os seus resultados, desenvolveu uma metodologia para trabalhar com as equipes estaduais. Essa metodologia consolidou-se na oficina de Redes de Atenção à Saúde no SUS.

A oficina foi desenvolvida com base no trabalho precursor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com a consultoria e com os textos do Professor Eugênio Vilaça Mendes, que foram publicados recentemente no seu livro *As Redes de Atenção à Saúde*, e teve a assessoria do Professor João Batista Tomaz, do Instituto Inovare, no desenvolvimento da metodologia de trabalho da oficina.

A oficina foi elaborada pela equipe técnica do CONASS com base no mapa conceitual (ao lado), com a finalidade de desenvolver competências e instrumentalizar técnicos das SES no desenho e na implementação de redes. Durante a oficina, os participantes desenvolvem competências para o domínio do desenho e da modelagem de Redes de Atenção à Saúde.

Durante a oficina, são utilizadas várias estratégias educacionais para estimular a participação ativa de todos no processo de ensino–aprendizagem e a construção coletiva do conhecimento. É utilizada uma série de exercícios em grupos, seguidos de compartilhamento com os participantes e exposições para sistematização das informações trabalhadas. Simulações e dramatizações são também empregadas com o objetivo de trabalhar alguns objetivos do campo atitudinal e no desenvolvimento de habilidades. O CONASS disponibiliza material bibliográfico e a leitura é estimulada para complementação dos objetivos propostos pela oficina.



### 3.1 Estrutura da oficina

A oficina está estruturada didaticamente em duas Unidades:

Unidade 1 – Situação de Saúde e os Modelos de Atenção à Saúde

Esta unidade tem o objetivo de analisar a situação demográfica e epidemiológica e estabelecer a sua interação com os Modelos de Atenção à Saúde.

Unidade 2 – Redes de Atenção à Saúde

Nesta unidade, são abordados os fundamentos e os componentes de rede e é simulada uma metodologia de sua implantação.

### 3.2 Lista de Tópicos trabalhados na oficina

- Situação epidemiológica: morbidade, mortalidade, carga de doença e tripla carga de doença.
- Situação demográfica: conceito de pirâmide etária e suas relações com doenças crônicas e custos do sistema de saúde.
- Condição aguda: conceito, características.
- Condição crônica: conceito, características.
- Modelo Fragmentado e Modelo Integrado.
- Sistemas orientados para atenção às condições agudas (conceito, características, funcionamento, resultados econômicos e sociais, sanitários).
- Fundamentos da construção das Redes de Atenção (economia de escala, de escopo, relações entre escala, qualidade e acesso, e a relação dialética entre escala e acesso, territórios sanitários, integração horizontal e vertical, as relações entre diretrizes clínicas e Redes de Atenção à Saúde).
- Princípios da APS: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.
- Função da APS na rede: resolutividade, coordenação do cuidado e responsabilização.
- Rede de Atenção à Saúde: conceito, componentes (pontos de atenção à saúde, sistema de apoio, sistemas logísticos e de gestão).
- Desenho das redes temáticas ideais.
- Modelagem das redes: Momentos (fragmentação, modelagem horizontal, re-engenharia dos pontos de atenção e dos sistemas de apoio, programa de qualidade dos pontos de atenção e dos sistemas de apoio, modelagem vertical, modelagem do sistema de gestão).

### **3.3 Preparação da oficina pelas equipes estaduais**

A realização de oficina sobre Redes de Atenção à Saúde é precedida de preparação dos guias do participante e do facilitador que são utilizados durante toda a oficina. Os guias são compostos por estudos de caso, estudos dirigidos, aulas, exercícios de elaboração da matriz de desenho de redes e o exercício de modelagem da rede e de programação para a organização dessa rede em uma região de saúde do estado. Os guias do participante e do facilitador são elaborados com base nos dados epidemiológicos e demográficos do estado que deseja realizar a oficina.

Para realizar a oficina, a equipe da SES deve definir uma rede de atenção que deseja implementar no estado e escolher uma região de saúde. Após definir a rede, é necessário disponibilizar os dados sobre o território e os protocolos clínicos de que dispõe, para que seja elaborada a matriz para a modelagem da rede definida. A escolha de uma região de saúde do estado permite que se trabalhe o exercício de acordo com os dados reais de capacidade instalada e oferta de serviços, fluxos assistenciais, entre outros. A realização da oficina tem por objetivo proporcionar aos participantes a reflexão sobre a situação de saúde no estado, o modelo assistencial vigente, a coerência do modelo assistencial com a condição de saúde predominante e as dificuldades de acesso; além de conhecer os fundamentos da construção de redes, o conceito de Redes de Atenção à Saúde, os seus componentes e a elaboração de exercícios para conformação de redes. Portanto, além de apresentar uma proposta de organização de serviços, a oficina visa estimular as equipes das SES para implantar o processo nos seus estados.

Participam da oficina, inicialmente, diretores, coordenadores, gerentes da SES e membros do Cosems. A partir da primeira oficina, a SES poderá replicar a oficina para os demais membros da equipe da SES das regionais de saúde, das unidades de saúde, para os gestores municipais e suas equipes. Em razão da metodologia empregada, o número de participantes por oficina deve ser entre 60 e 70. A oficina está organizada metodologicamente para ser realizada em três dias consecutivos, com duração de aproximadamente 24 horas, para dar conta dos conteúdos previstos.

### **3.4 As oficinas aplicadas pelo CONASS**

O CONASS deu início ao trabalho de realização das oficinas sobre Redes de Atenção à Saúde com as equipes estaduais em setembro de 2006, com a realização da primeira oficina para integrantes da Câmara Técnica da Atenção à Saúde do CONASS. Em 2007, oficinas com as equipes da SES Distrito Federal e Pernambuco, e em outubro foi realizada nova oficina para os integrantes da Câmara Técnica da Atenção à Saúde e da

Câmara Técnica da Atenção Primária à Saúde. Em 2008, foram realizadas oficinas com as equipes das SES Goiás, Espírito Santo, Santa Catarina, Mato Grosso, Piauí, Ceará, Tocantins e da equipe da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde.

Também foi realizada uma oficina tripartite sobre Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, realizada em março, que teve como propósito a organização de uma agenda tripartite para elaboração de um documento contendo os princípios e as diretrizes de organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS. Entretanto, essa proposta não se concretizou, apesar dos esforços do CONASS e do Conasems no sentido de se elaborar um documento de consenso para orientar a implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Portanto, ainda há muito a avançar nesse tema no sentido da construção de uma ação conjunta dos três Entes.

Ainda em agosto de 2008, o CONASS realizou um *Seminário para construção de consensos sobre modelo de atenção e Atenção Primária*, no qual foram discutidas e consensadas várias propostas, já relatadas sobre modelo de atenção à saúde no SUS, o papel da Atenção Primária, a organização das Redes de Atenção à Saúde e os mecanismos de governança regional.

Em 2009, o CONASS realizou uma segunda oficina com as equipes da SES Espírito Santo e Piauí, e com as equipes do Acre, Mato Grosso do Sul, Paraná e para a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno.

### **3.5 A avaliação da Metodologia da oficina de Redes de Atenção à Saúde no SUS**

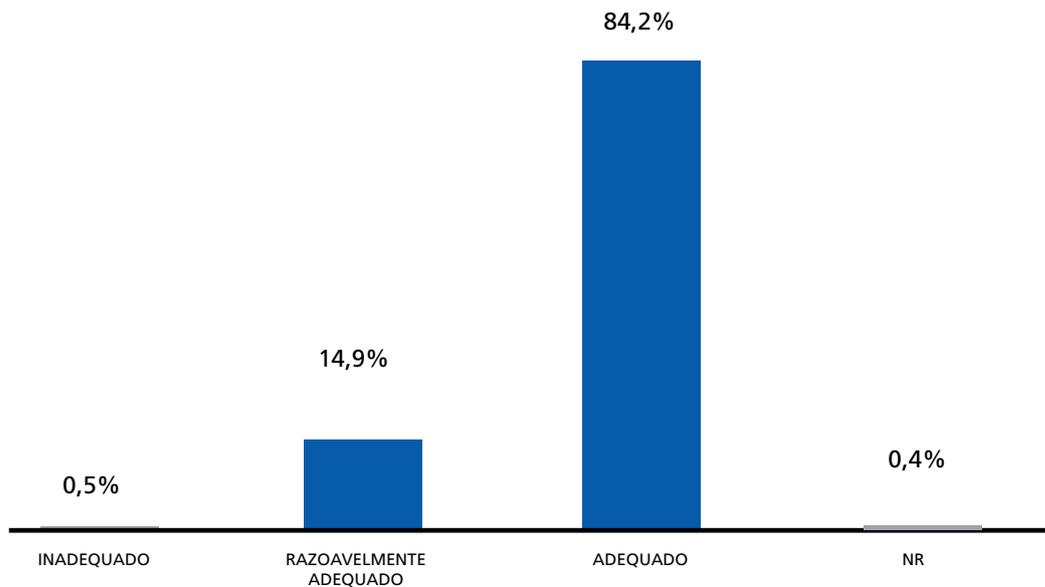
Desde o início do projeto até dezembro de 2009, foram realizadas 19 oficinas, sendo duas nacionais, que reuniram representantes de 22 estados brasileiros, do Ministério da Saúde e do Conasems; duas oficinas realizadas com a equipe da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (maio de 2008 e maio de 2009 – com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase); e em 12 estados, sendo que em três deles a oficina já ocorreu uma segunda vez, totalizando uma média de 1.080 profissionais de saúde capacitados no período (considerando a média de 60 profissionais em cada oficina).

Como parte da metodologia, foi elaborado um formulário para avaliação da oficina, com questões fechadas, que permitiu avaliar a percepção dos participantes quanto a conteúdo da oficina; composição dos grupos; qualidade do material didático, das exposições e da metodologia empregada; conhecimento dos facilitadores em relação ao conteúdo abordado; dinâmica das exposições; qualidade das instalações físicas onde ocorreu a oficina; e uma questão aberta para comentários gerais, críticas e sugestões. Em cinco oficinas, as coordenações locais optaram por utilizar metodologia de avaliação própria e os participantes das 13 restantes foram convidados a participar do processo de avaliação, sendo que, dos 780 participantes dessas oficinas, 569 responderam ao formulário (73% de adesão).

Ao avaliar o conteúdo da oficina, 84,2% dos respondentes consideraram-no adequado ao objetivo proposto, conforme Gráfico 1 a seguir.

### GRÁFICO 1 – PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES QUANTO À ADEQUAÇÃO DO CONTEÚDO DA OFICINA

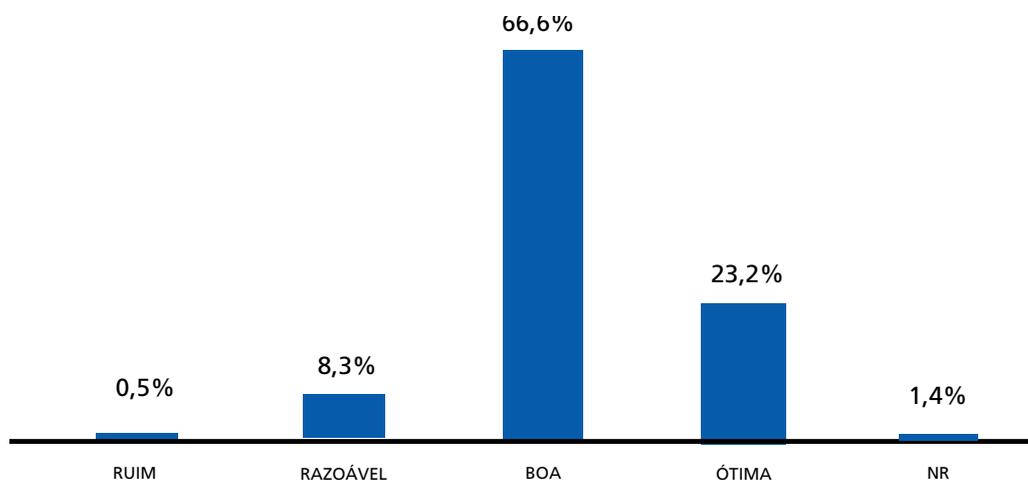
Percepção dos respondentes quanto à adequação do conteúdo da oficina



Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

A qualidade do material didático utilizado nas oficinas, elaborado pela equipe da Secretaria Executiva do CONASS com apoio de consultores especializados, foi considerada boa por 66,6% e ótima por 23,2% dos respondentes, conforme Gráfico 2 subsequente.

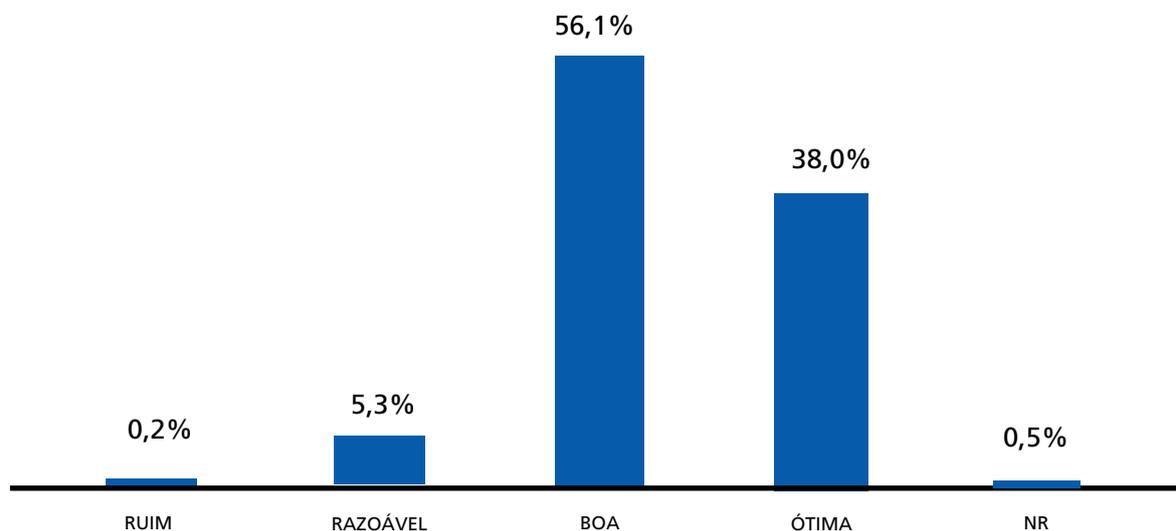
### GRÁFICO 2 – PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES QUANTO À QUALIDADE DO MATERIAL DIDÁTICO



Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

A qualidade das exposições que ocorrem ao longo da oficina foi considerada boa e ótima por 94,1% dos respondentes. Ver o Gráfico 3.

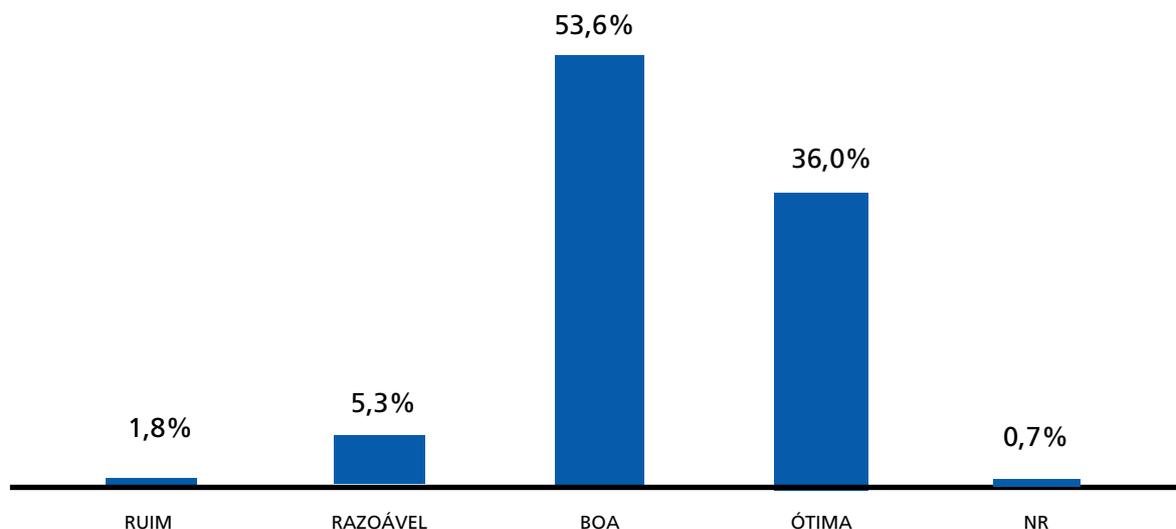
### GRÁFICO 3 – PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES QUANTO À QUALIDADE DAS EXPOSIÇÕES DURANTE OFICINA



Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

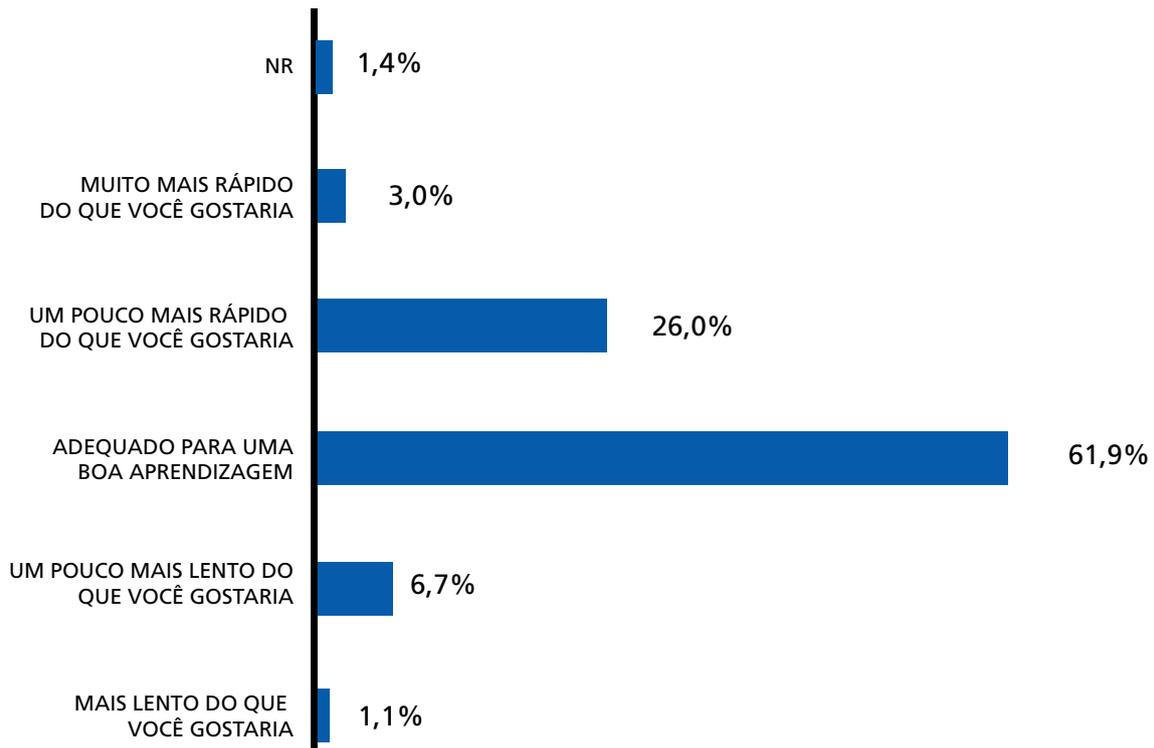
A metodologia da oficina foi considerada boa por 53,6% dos respondentes e ótima por 36,0%, e o ritmo das exposições foi considerado adequado para uma boa aprendizagem por 61,9% dos respondentes, conforme pode ser visto nos Gráficos 4 e 5.

### GRÁFICO 4 – PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES QUANTO À QUALIDADE DA METODOLOGIA EMPREGADA NA OFICINA



Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

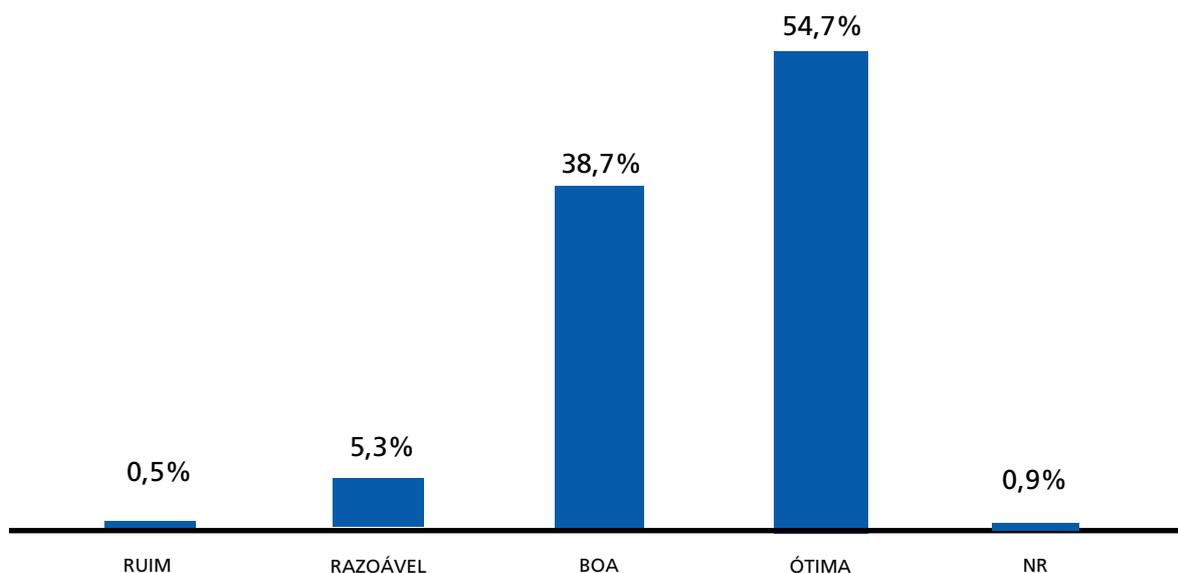
### GRÁFICO 5 – PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES QUANTO AO RITMO DAS EXPOSIÇÕES



Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

Outro aspecto avaliado foi o conhecimento dos facilitadores em relação ao conteúdo abordado que foi considerado bom e ótimo por 93,4% dos respondentes.

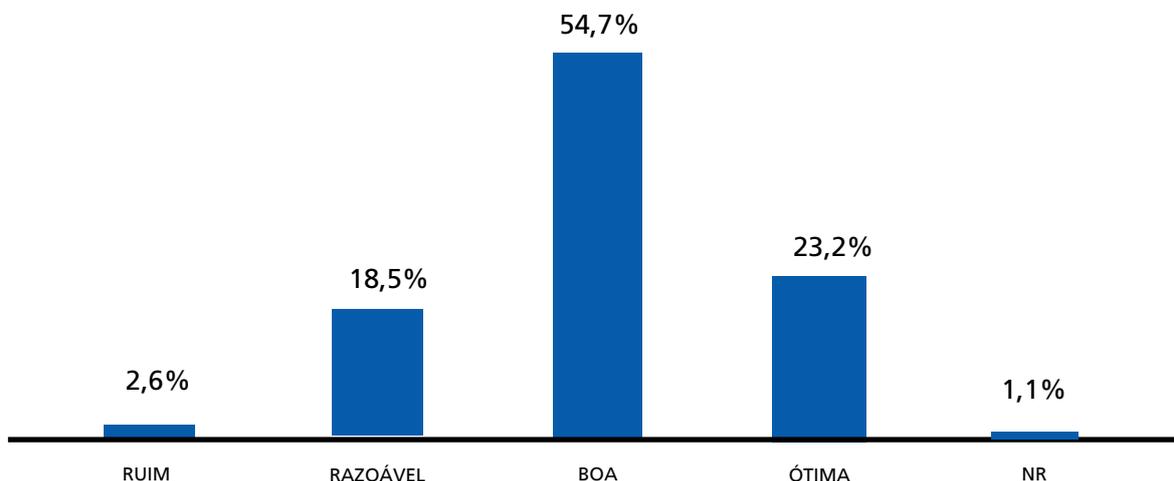
### GRÁFICO 6 – PERCEPÇÃO DOS RESPONDENTES AO CONHECIMENTO DOS FACILITADORES EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO ABORDADO



Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

As instalações físicas onde as oficinas ocorreram foram consideradas boas por 54,7% e ótimas por 23,2%, conforme Gráfico 7.

#### GRÁFICO 7 – PERCEÇÃO DOS RESPONDENTES QUANTO À QUALIDADE DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS ONDE OCORREU A OFICINA

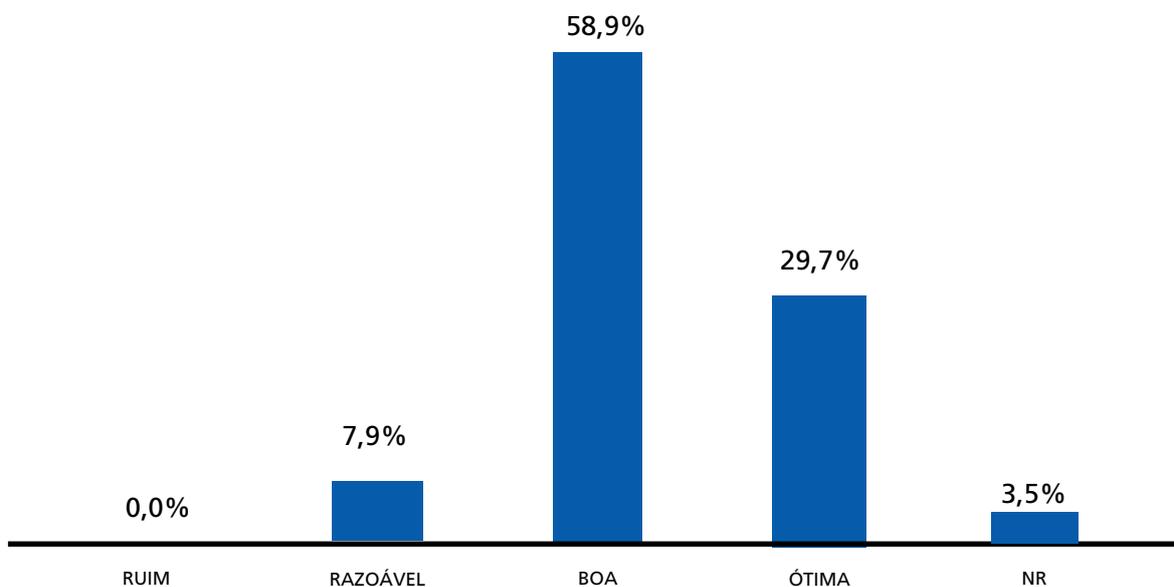


Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

Finalmente, 88,6% dos respondentes consideraram seu aproveitamento individual como bom e ótimo, conforme pode ser verificado no Gráfico 8.

#### GRÁFICO 8 – PERCEÇÃO DOS RESPONDENTES QUANTO AO APROVEITAMENTO INDIVIDUAL AO FIM DA OFICINA

Percepção dos respondentes quanto ao aproveitamento individual ao fim da oficina



Fonte: Secretaria Executiva do CONASS, questionários de avaliação das oficinas de Redes de Atenção à Saúde no SUS, 2007 a 2009.

A avaliação dos participantes, conforme apresentado, foi bastante positiva. A coordenação geral do projeto, com a participação dos facilitadores, sistematizou algumas considerações em relação ao processo de trabalho nas oficinas, a partir da técnica de observação e registro nas oficinas de trabalho: o número de participantes nos grupos variou e a opção de trabalhar com uma média de 60 profissionais por oficina permitiu a participação de muitos técnicos e gerentes que enriqueceram o processo e contribuíram para qualificar os debates; o papel dos facilitadores revelou-se determinante para a condução dos trabalhos, caracterizado pelo conhecimento prévio da metodologia e do conteúdo e pelas orientações e intervenções para esclarecimento das dúvidas; a organização das oficinas foi bem conduzida pelas equipes de coordenação locais contribuindo para o sucesso dos trabalhos, evidenciando a prioridade atribuída à discussão. Destacam-se também o compromisso e a deliberação das equipes estaduais que se têm utilizado dos conceitos e das ferramentas apreendidos na oficina para a organização dos serviços, o que evidencia a preocupação constante com a melhora dos resultados do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL. *Workshop sobre Experiências Brasileiras e Internacionais no Desenho e Implantação de Redes Integradas – Justificativa e Marco Conceitual*. Workshop BIRD. Out. 2006.

CERCONE J. *O Desenvolvimento de Redes Integradas: experiências da Europa do Leste*. Workshop BIRD. Out. 2006.

CONRAD, D. A.; SHORTELL, S. M. *Integrated Health Systems: Promise and Performance*. *Front. Health Serv. Manag*, vol.13, n. 1, p. 3-40, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *SUS 20 anos*. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. *Relatório do Seminário para construção de consensos sobre Modelo de Atenção à Saúde no SUS*. Nota Técnica n. 1. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. *Caderno de Apresentação: oficinas de planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados*. Brasília, 2009c.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Health is Global – Proposals for a UK Government – Wide Strategy a report from the UK's Chief Medical Adviser – Sir Liam Donaldson*. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/index.htm>>. Acesso em 2007.

HEALTH EVIDENCE NETWORK. In: MENDES, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: The National Academy Press, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise*. N. 13, edição especial, Brasília, 2007.

KODNER, D. L.; SPREEUWENBERG, C. *Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications: A Discussion Paper*. *International Journal of Integrated Care*, 14 Nov. 2002.

MENDES, E. V. *Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde*. 2007.

\_\_\_\_\_. *As Redes de Atenção à Saúde*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2009.

NOLTE, E.; MACKEE, M. *Caring for people with chronic conditions*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital*. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **La Renovación de La Atención Primaria en las Américas**. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC, 28 de Octubre de 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud**. 49ª Consejo Directivo. 61ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

PAHO/WHO. **Reunião sobre Sistemas Integrados de Saúde**. Santiago, Chile, Out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Redes Integradas de Servicios de Salud**. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie – La Renovación de La Atención Primaria en las Américas. Washington DC, 28 Oct. 2008.

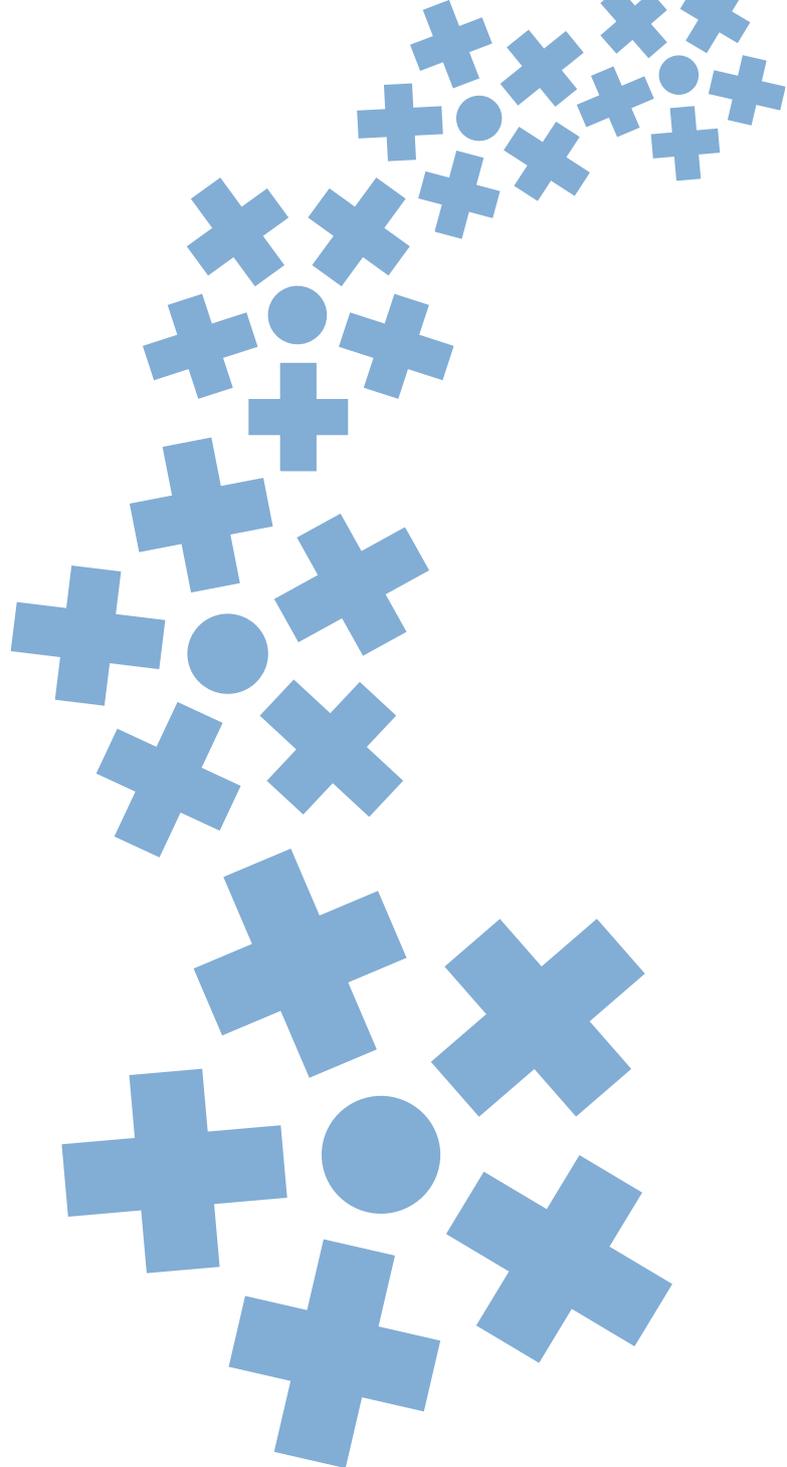
SINGH, D.; HAM, C. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions**. Institute for Innovation and Improvement. NHS, 2005.

STRANDBERG-LARSEN, M.; KRASNI, A. **Measurement of Integrated Healthcare Delivery: a Systematic Review of Methods and Future Research Directions**. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 9, 4 Feb. 2009.

WHO. **Relatório Mundial de Saúde**. Atenção Primária de Saúde. Agora mais que nunca. 2008a.

\_\_\_\_\_. **Integrated Health Services – What and Why?** World Health Organization, Technical Brief n. 1. Geneva, 2008b.





---

## **OFICINA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS GUIA DO PARTICIPANTE**

**EQUIPE DE COORDENAÇÃO DA OFICINA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (CONASS)**

**COORDENAÇÃO DA OFICINA (CONASS)**

**MÁRCIA HUÇULAK**

**MARIA JOSÉ EVANGELISTA**

**CONSULTOR DE CONTEÚDO**

**EUGÊNIO VILAÇA MENDES**



## Introdução

De modo geral, os sistemas de atenção à saúde têm-se organizado, universalmente, a fim de atender às condições agudas. O SUS não se diferencia nesse aspecto organizativo em que as condições agudas prevalecem como orientadoras do modelo de atenção.

De acordo com a OMS, as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo o mundo e, no Brasil, cerca de 75% da carga de doença são resultados das condições crônicas. A tendência de crescimento das condições crônicas nos países em desenvolvimento é agravada pela persistência das condições agudas. O declínio das taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população são fatores demográficos importantes nas últimas décadas e que contribuem enormemente para o crescimento das condições crônicas.

Outro dado relevante diz respeito ao custo ou ao impacto econômico dessas doenças na sociedade de modo geral. Esses custos vão além dos gastos com os serviços de saúde, incorporando gastos sociais como redução da capacidade laboral, da autonomia e da qualidade de vida. No SUS, 70% dos gastos ambulatoriais e hospitalares são em doenças crônicas.

Por consequência, a rede de serviços de saúde no país foi sendo construída e implantada ao longo dos anos na lógica da oferta e não da necessidade de saúde da população, sem o compromisso com o princípio da escala; de forma fragmentada, ou seja, sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção; a rede é muito polarizada entre atenção ambulatorial e hospitalar, existindo poucos pontos de atenção à saúde não convencionais; em razão da baixa escala há baixa produtividade e a qualidade fica comprometida, os serviços não são integrados e poucos conhecem os problemas de saúde na região em que atuam e não têm vinculação com a clientela; os recursos são despendidos para a realização de procedimentos e tratamentos que não têm impacto na saúde da população; trabalhadores de saúde não estão preparados para atender às condições crônicas e interagir com o usuário estimulando a autonomia; e o paciente/usuário do sistema também está insatisfeito com a atenção recebida.

Historicamente, foram as condições agudas que induziram a conformação dos sistemas de saúde. O sistema de atenção à saúde direcionado para atender às condições agudas é episódico, voltado para atenuar os sintomas e promover a cura. Este sistema não se aplica para atender às condições crônicas.

Existe, portanto, no SUS grave crise do sistema de atenção à saúde que é determinada pela incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pela tripla carga da

doença com predominância relativa das condições crônicas e um sistema de organização dos serviços voltado para o privilégio das condições agudas.

Considerando as características distintas das condições agudas e crônicas, há necessidade de os sistemas de saúde organizarem-se, a fim de dar conta dessas diferenças. A reformulação do sistema de atenção voltado para o atendimento das condições crônicas deve ser preocupação dos gestores do sistema de saúde, na busca pela eficiência, pela eficácia e pela efetividade das ações e dos serviços de saúde e no alcance dos resultados.

Mudar significa inovar na busca de um sistema de atenção à saúde que considere tanto os problemas agudos quanto os crônicos; com ação equilibrada na promoção da saúde, na prevenção das doenças e na cura, no cuidado e na reabilitação dos portadores de doenças ou agravos; com base em evidências científicas; integrando os recursos da comunidade; estabelecendo padrões de qualidade e incentivos à saúde; e melhorando a capacitação dos trabalhadores em saúde. Isso só será possível com a adoção de novo modelo de atenção à saúde, voltado para as condições crônicas. A tomada de decisão deve ter como objetivo o alcance de resultados e a melhoria da saúde da população.

A recomposição da coerência entre a situação epidemiológica e o sistema de atenção à saúde far-se-á por meio da implantação de Redes de Atenção à Saúde. Essas Redes são estruturadas por intermédio de uma organização horizontal de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população. As Redes de Atenção à Saúde constituem-se de uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

As Redes de Atenção à Saúde exigem uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção. No Brasil, há enormes diferenças entre estados e dentro dos estados e mais de 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde, eficientes e de qualidade. Por isso, as Redes terão de se organizar com autossuficiência na média complexidade nas microrregiões e com autossuficiência em alta complexidade nas macrorregiões. Essas situações colocam para as SES o papel preponderante de coordenador e indutor de novo sistema de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população.

Para dar conta dessa missão, é necessário que as SES estejam embasadas teórica e conceitualmente, como também possam, a partir das realidades epidemiológica, demográfica e socioeconômica, coordenar a conformação das Redes de Atenção à Saúde nos seus estados.

Nesse processo de fortalecimento institucional, o CONASS está realizando esta

oficina sobre Redes de Atenção à Saúde para técnicos das SES com a finalidade de desenvolver competências e instrumentalizar esses técnicos no desenho e na implementação dessas Redes.

---

**“Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.” (OMS, 2003)**

---

## Competência e Objetivos de Aprendizagem

Espera-se que, no fim da oficina, os participantes tenham desenvolvido a seguinte competência:

- Domínio do desenho e da modelagem de Redes de Atenção à Saúde.

Para isso, os seguintes objetivos gerais e específicos de aprendizagem devem ser alcançados:

### **OG1. Compreender a significação da situação de saúde**

OE1.1 conceituar condição aguda e condição crônica;

OE1.2 compreender que a situação de saúde é determinada pela situação epidemiológica e pela demográfica; e

OE1.3 compreender que a situação de saúde no Brasil e nos estados é marcada pela tripla carga de doença (concomitância das condições agudas e das crônicas) com predominância das condições crônicas.

### **OG2. Compreender os sistemas de atenção à saúde**

OE2.1 conceituar sistema de atenção à saúde e definir seus objetivos;

OE2.2 relacionar a situação de saúde com os sistemas de atenção à saúde;

OE2.3 diferenciar os sistemas fragmentados e as Redes de Atenção à Saúde;

OE2.4 compreender as lógicas de organização dos sistemas fragmentados e das Redes de Atenção à Saúde;

OE2.5 conceituar Rede de Atenção à Saúde;

OE2.6 enunciar os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde;

OE2.7 compreender a incoerência entre a situação epidemiológica e o sistema fragmentado prevalente; e

OE2.8 compreender por que o SUS deve organizar-se em Redes de Atenção à Saúde.

### **OG3. Compreender os fundamentos que dão base à construção de Redes de Atenção à Saúde**

OE3.1 compreender o conceito de economia de escala;

OE3.2 compreender o conceito de qualidade em saúde;

OE3.3 compreender as relações entre economia de escala, eficiência e qualidade;

OE3.4 compreender o conceito de acesso;

OE3.5 relacionar os conceitos de economia de escala e acesso;

OE3.6 compreender o conceito de disponibilidade de recursos;

OE3.7 compreender o conceito de diretrizes clínicas e suas formas de construção (linhas-

guia, protocolos);

OE3.8 entender a importância das diretrizes clínicas para orientação do processo de conformação de Redes;

OE3.9 compreender os conceitos de integração vertical e horizontal;

OE3.10 diferenciar os conceitos de território sanitário e de território político administrativo;

OE3.11 compreender a importância do conceito de território sanitário na conformação das Redes;

OE3.12 compreender o conceito de Níveis de Atenção;

OE3.13 compreender as relações entre território sanitário, níveis de atenção e pontos de atenção à saúde;

OE3.14 relacionar economia de escala, escassez de recursos, qualidade, territórios político-administrativos e sanitários, níveis de atenção e plano diretor de regionalização; e

OE3.15 compreender a lógica dos arranjos produtivos das Redes de Atenção à Saúde.

#### **OG4. Compreender a estrutura operacional de uma Rede de Atenção à Saúde**

OE4.1 compreender o conceito de pontos de atenção à saúde;

OE4.2 entender as relações entre pontos de atenção, níveis de atenção e território sanitário;

OE4.3 compreender os atributos da APS e sua função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde;

OE4.4 compreender o conceito de sistemas de apoio às Redes de Atenção à Saúde (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação);

OE4.5 compreender o conceito de sistemas logísticos das Redes de Atenção à Saúde (cartão SUS, prontuários familiares eletrônicos, centrais de regulação e sistema de transporte sanitário); e

OE4.6 compreender o conceito de sistema de governança das Redes de Atenção à Saúde.

#### **OG5. Compreender os modelos de atenção à saúde**

OE5.1 conceituar modelo de atenção à saúde;

OE5.2 conhecer os principais modelos de atenção à saúde disponíveis na experiência internacional e as evidências de seu funcionamento; e

OE5.3 conhecer e discutir uma proposta de modelo de atenção à saúde para a utilização nas Redes de Atenção à Saúde do SUS.

#### **OG6. Utilizar o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde**

OE6.1 descrever os momentos do processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde;

OE6.2 compreender o momento de análise da situação das Redes de Atenção à Saúde;

OE6.3 compreender o momento de definição de um modelo de atenção à saúde;

OE6.4 compreender o momento de construção dos territórios sanitários e dos níveis de

atenção à saúde;

OE6.5 compreender o momento de desenho das redes temáticas de atenção à saúde;

OE6.6 compreender o momento de modelagem da APS nas Redes de Atenção à Saúde;

OE6.7 compreender a modelagem dos pontos de atenção secundários e terciários nas Redes de Atenção à Saúde;

OE6.8 compreender a modelagem dos sistemas de apoio nas Redes de Atenção à Saúde;

OE6.9 compreender a integração vertical dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas Redes de Atenção à Saúde;

OE6.10 compreender a modelagem do sistema de governança das Redes de Atenção à Saúde; e

OE6.11 exercitar a modelagem de uma Rede de Atenção à Saúde da mulher e da criança.

## **Estratégias Educacionais**

A Oficina utiliza uma série de estratégias educacionais que deverão estimular a participação ativa de todos no processo de ensino–aprendizagem e a construção coletiva do conhecimento. Utiliza também uma série de exercícios em grupos, seguidos de compartilhamento com os participantes e exposições para sistematização das informações trabalhadas. Será realizado também um exercício de desenho e programação de uma rede temática, com o objetivo de trabalhar alguns objetivos do campo atitudinal e no desenvolvimento de habilidades. Material bibliográfico será disponibilizado e sua leitura será estimulada para complementação dos objetivos propostos para a oficina.

## **Estrutura da Oficina**

A oficina está estruturada didaticamente em duas unidades:

Unidade 1 – Situação de Saúde e os sistemas de atenção à saúde

Esta unidade tem o objetivo de analisar a situação demográfica e epidemiológica e estabelecer a sua interação com os sistemas de atenção à saúde.

Unidade 2 – Rede de Atenção à Saúde

Nesta unidade, serão abordados os fundamentos e os componentes de rede e será simulada uma metodologia de implantação de redes.

# Programa geral da oficina

## 1º Dia

Tempo estimado	Atividade	Tema
30min	Abertura	Por que Rede de Atenção à Saúde no SUS?
30min	Apresentação dos participantes e dos objetivos da oficina	Apresentação dos participantes Orientações sobre a oficina
1h e 30min	Trabalho em grupos Estudo Dirigido 1	Situação de Saúde no Brasil
15min	Intervalo	
1h e 15min	Trabalho em grupos Estudo de Caso 1	O controle da hipertensão arterial sistêmica no Brasil
1h e 30min	Intervalo para almoço	
1h	Aula Interativa 1	O controle do câncer de mama no Brasil: por quê?
1h e 30min	Trabalho em grupos Estudo Dirigido 2	Os Sistemas de Atenção à Saúde
15min	Intervalo	
1h	Aula Interativa 2	Os Sistemas de Atenção à Saúde

## 2º Dia

Tempo estimado	Atividade	Tema
1h e 30min	Estudo de Caso 2	A regionalização da atenção à saúde no estado de Montanhas
15min	Intervalo	
1h e 30min	Trabalho em grupos Estudo Dirigido 3	Os fundamentos da construção de Redes de Atenção à Saúde
45min	Aula Interativa 3	Os fundamentos da construção de Redes de Atenção à Saúde
1h e 30min	Intervalo para almoço	
1h e 30min	Trabalhos em grupos Estudo Dirigido 4	A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde
1h	Aula Interativa 4	Os modelos de atenção à saúde
15min	Intervalo	
1h	Aula Interativa 5	A modelagem das Redes de Atenção à Saúde

**3º Dia**

Oficina 1 – Modelagem de Redes de Atenção à Saúde		
Tempo estimado		
1h e 30min	Trabalho em grupo Exercício 1 MATRIZ	Organizando a rede de atenção materno-infantil no estado da Esperança
15min	Intervalo	
2h	Exercício Simulado	Modelando a Rede de Atenção à Gestante
1h e 30min	Intervalo para almoço	
1h	Plenária	
30min	Avaliação da oficina	
30min	Encerramento	

**Roteiro das Atividades****1º DIA****ABERTURA****ESTUDO DIRIGIDO 1 – A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL**

Esta atividade tem o objetivo de desenvolver a compreensão da situação epidemiológica e demográfica que determinam a situação de saúde. Esta é a base sobre a qual se constroem os sistemas de atenção à saúde.

**PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em quatro grupos com no máximo 15 pessoas em cada grupo;
  - escolham um coordenador e relator para cada grupo;
  - leiam o texto em voz alta em grupo, dando oportunidade para todos os participantes lerem;
  - após a leitura, façam uma discussão do texto e depois respondam às seguintes questões:
    1. Como se diferenciam as condições agudas e as condições crônicas?
    2. Qual a razão que justifica essa tipologia?
    3. Que fatores levam ao incremento das condições crônicas?
    4. Qual a característica singular da transição epidemiológica nos países em desenvolvimento?
    5. Como se caracteriza a situação epidemiológica brasileira?
- Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

## **A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL (MENDES, 2009)**

Tradicionalmente, trabalha-se em saúde pública com uma divisão entre doenças transmissíveis e não transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia.

Se é verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, ela não se presta à organização dos sistemas de saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de sua história natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, recentemente, a Organização Mundial da Saúde (2003) propôs uma nova tipologia para ser utilizada na organização dos sistemas de saúde: as condições agudas e as condições crônicas.

Os modelos de atenção à saúde têm sido organizados para a atenção às condições crônicas ou às condições agudas. Nos últimos cinquenta anos, tem prevalecido o modelo de atenção às condições agudas; nesse início de século, deverá impor-se o modelo de atenção às condições crônicas.

As condições crônicas podem ser definidas como aquelas condições ou patologias que têm um ciclo de vida superior a três meses e que não se autolimitam (VON KORFF *et al.*, 1997). Por isso, há grande diferença entre as condições agudas e as condições crônicas.

As condições agudas caracterizam-se por: a duração da condição é limitada; a manifestação é abrupta; a causa é usualmente simples; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos; as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva, em geral, à cura.

Diversamente, as condições crônicas caracterizam-se por: o início da manifestação é usualmente gradual; a duração da doença é longa ou indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; o resultado, em geral, não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes; e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar (HOLMAN; LORIG, 2000).

As condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, hipertensão, câncer etc.) para abarcar, ademais, condições transmissíveis persistentes (tuberculose, Aids, hanseníase, hepatites virais, tracoma etc.), distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais contínuas e condições como gestação, parto e puerpério.

As situações das condições de saúde revelam importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas.

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo

aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há de se ressaltar que há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e beneficia os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas e à medida que cresce a população idosa, incrementando a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes.

À medida que os padrões de consumo modificam-se, alteram-se, concomitantemente, os estilos de vida. Padrões de consumo e comportamentos não saudáveis vão-se impondo e incrementando as condições crônicas. Entre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a inatividade física, a alimentação inadequada, as práticas sexuais de alto risco e o estresse social.

Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países desenvolvidos duplicou e dos países em desenvolvimento quadruplicou. Esse fenômeno da urbanização, de um lado, acelerou a transição demográfica, mas, de outro, pressionou os serviços de saúde, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos. Por isso, menciona-se que as condições crônicas são doenças da urbanização.

Paralelamente ao processo de urbanização, desenvolvem-se estratégias mercadológicas eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados. As estratégias mercadológicas assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde. Como resultado da ação concomitante desses fatores determinantes, as condições crônicas aumentam em ritmo acelerado.

As doenças crônicas e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Presume-se que esse porcentual atingirá 60% até o ano 2020, e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer. Até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A situação das condições de saúde no Brasil não é muito diferente, ainda que singular, conforme se pode analisar por meio das mudanças das situações demográfica e epidemiológica.

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, mais de 50 milhões de pessoas idosas.

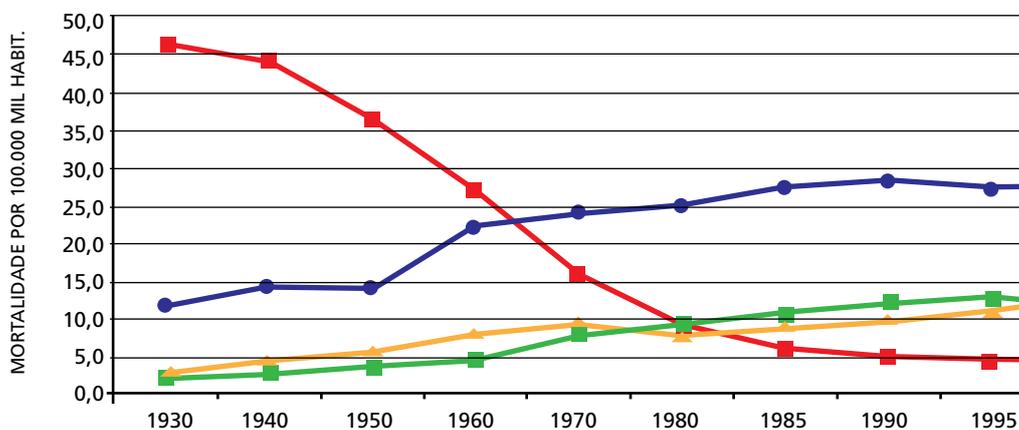
Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo das condições crônicas, porque as doenças crônicas afetam mais os segmentos de maior idade. Pesquisa Pnad 2003, do IBGE, mostra que, em 2003, 77,6% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles, de mais de uma doença crônica.

Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, como se vê no Gráfico 1, indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que este valor decresceu para um valor próximo a 5%, em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes, em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

**GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO CAUSAS, BRASIL, 1930 A 2003**



A Tabela 1 mostra que a mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis, quando se redistribuem as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres.

**TABELA 1 – MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, COM REDISTRIBUIÇÃO DAS CAUSAS MAL DEFINIDAS, POR REGIÃO – BRASIL, 2004**

REGIÕES	PORCENTAGEM
Norte	65,3
Nordeste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sudeste	75,6
Sul	78,5

Fonte: CONASS (2009).

Do ponto de vista da morbidade, tomada na sua vertente da morbidade hospitalar, vê-se na Tabela 2 que, das 13 principais causas de internação no SUS, no ano de 2005, nove são por condições crônicas, considerando-se as causas maternas e perinatais como condições crônicas.

**TABELA 2 – AS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÕES NO SUS EM VALORES PERCENTUAIS – BRASIL, 2005**

CAUSA DE INTERNAÇÃO	%
Parto Normal	13,5
Pneumonia	6,9
Parto Cesáreo	4,9
Enteroinfecção	3,1
Insuficiência cardíaca	2,9
Curetagem pós-aborto	2,1
Doença pulmonar obstrutiva crônica	1,5
Acidente vascular cerebral	1,5
Crise asmática	1,5
Hemorragia inguinal	1,3
Crise hipertensiva	1,3
Pielonefrite	1,2
Diabetes	1,0

Fonte: SIH/SUS, elaboração do autor.

Outra forma de analisar a situação epidemiológica é pela carga de doenças.

A análise da carga de doença no Brasil, exposta na tabela a seguir, mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais – que constituem condições crônicas – representam 75% da carga global das doenças no país, medidas em Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (Avaí). Enquanto isso, as condições agudas, expressas nas doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição e causas externas, representam, apenas, 25% da carga de doença. Contudo, deve-se observar, ainda, que parte significativa das doenças infecciosas, aquelas de longo curso, devem ser consideradas como condições crônicas, o que aumenta, além de 3/4, a presença relativa das condições crônicas na carga das doenças.

**TABELA 3 – CARGA DE DOENÇA EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE (AVAI) – BRASIL, 1998**

GRUPOS DE DOENÇAS	TAXA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitárias e desnutrição	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condições maternas e perinatais	21	8,8
Doenças crônicas	124	66,3
Total	232	100,0

Fonte: Schramm *et al.* (2004).

A prevalência dos fatores de risco no Brasil revela uma produção social de condições crônicas, uma vez que eles respondem pela grande maioria das mortes por doenças crônicas e por fração significativa da carga de doença devida a essas condições de saúde. Observa-se, na Tabela 4, resultado de pesquisa do Ministério da Saúde, que os fatores de risco são muito presentes na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

**TABELA 4 – PORCENTUAL DE ADULTOS COM FATORES DE RISCO EM CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E DISTRITO FEDERAL – VIGITEL, 2006**

FATOR DE RISCO	% (VALOR MÍNIMO E VALOR MÁXIMO)
Tabagismo	9,5 – 21,2
Excesso de peso	34,1 – 48,3
Consumo inadequado de frutas e hortaliças	24,4 – 53,5
Inatividade física	25,4 – 27,2
Consumo abusivo de álcool	12,0 – 21,4
Hipertensão arterial	15,1 – 24,9

Fonte: Ministério da Saúde (2007).

Em conclusão, pode-se afirmar que, a partir das informações analisadas, o mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde caracterizados pela queda das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003).

Há, contudo, padrões diferenciados de transição epidemiológica especialmente verificáveis nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a transição fez-se, classicamente, por etapas sequenciais, segundo o modelo de Omran (1971). Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento em geral e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao superpor uma agenda tradicional e uma nova agenda da saúde pública.

Por isso, em vez de falar de transição epidemiológica nos países em desenvolvimento, é melhor dizer de dupla carga de doenças ou de duplo risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), de acumulação epidemiológica ou modelo prolongado e polarizado (FRENK *et al.*, 1991).

Recentemente, essa transição singular tem sido referida como tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento das causas externas, fruto do incremento das violências (FRENK, 2006).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico.** Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.

\_\_\_\_\_. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Bol. Of. San. Pan.**, 111, p. 458-496, 1991.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, 320, p. 526-527, 2000.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

\_\_\_\_\_. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Vigitel Brasil, 2006-2007.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Mem. Fund.**, 49, p. 509-583, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

SANTOS-PRECIADO, J. I. *et al.* La transición epidemiológica de las y de los adolescentes en México. **Salud Pública de México**, 45, p. 140-152, 2003.

SCHRAMM, J. M. de A. *et al.* Perfil epidemiológico segundo os resultados do estudo de carga de doença no Brasil – 1998. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

VON KORFF, M. *et al.* Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, 127, p. 1.097-1.102, 1997.

## **ESTUDO DE CASO 1 – O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO SUS**

Nesta atividade, o objetivo geral de aprendizagem a ser trabalhado é começar a compreender as formas de organização dos Sistemas de Atenção à Saúde e suas coerências ou incoerências com a situação epidemiológica no SUS. Por meio da leitura e da discussão deste caso, o grupo deverá relacionar a situação de saúde do Brasil com o Sistema de Atenção à Saúde adotado, fazendo, ao mesmo tempo, uma comparação com a situação de saúde e o modo de organização do Sistema de Atenção à Saúde do SUS em relação à hipertensão arterial sistêmica.

### **PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em quatro grupos com, no máximo, 15 pessoas em cada grupo;
- escolham um coordenador e um relator para cada grupo;
- leiam o caso em voz alta em grupo, dando oportunidade para todos os participantes lerem;
- após a leitura, façam a discussão do caso e depois respondam à seguinte questão:

Por que a taxa de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica permanece estável no Brasil apesar do aumento da oferta de serviços e dos gastos crescentes no controle dessa condição crônica?

Cada participante deverá refletir sobre a situação da hipertensão arterial sistêmica no seu estado.

Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

### **O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL (MENDES, 2009)**

A hipertensão arterial sistêmica é grave problema de saúde pública no Brasil, atingindo em torno de 20% da população adulta. Isso significa que há, aproximadamente, 18 milhões de portadores de hipertensão no país. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica varia de 5% na população de 18 a 24 anos a 58% na população de mais de 65 anos.

Um diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica no Brasil inicia-se com a análise da situação demográfica que mostra uma população em processo de rápido envelhecimento: em 2006, 9% da população tinham mais de 60 anos de idade; essa população será de 15% em 2025, o que corresponderá a mais de 40 milhões de idosos.

A análise da mortalidade indica que as três principais causas de morte, no Brasil, são, pela ordem, infartos agudos de miocárdio, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e insuficiência cardíaca, todas relacionadas ao fator de risco hipertensão arterial. As taxas de mortalidade pela hipertensão arterial têm permanecido estáveis, nos últimos anos, em torno de 150 óbitos por 100 mil habitantes na população de mais de 60 anos e de 20 óbi-

tos por 100 mil habitantes na população de 40 a 59 anos de idade. A taxa de mortalidade por AVC estabiliza-se a partir de 2001 em torno de 45 óbitos por 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio, em torno de 35 óbitos por 100 mil habitantes.

Em relação à morbidade hospitalar, das 10 principais causas de internações no SUS, quatro delas estão representadas por doenças cardiovasculares: insuficiência cardíaca, 4,3%; Acidente Vascular Cerebral, 1,9%; insuficiência coronariana aguda, 1,0%; e crise hipertensiva, 1,3%. As internações por crise hipertensiva somaram 135 mil e custaram 25 milhões de reais no ano. Em geral, essas internações são consideradas, internacionalmente, como condições sensíveis à atenção ambulatorial. As internações por doenças cardiovasculares, em geral associadas às hipertensões arteriais sistêmicas, representam 7,4% do total de internações e consomem 13% dos recursos hospitalares do SUS (900 milhões de reais por ano).

Um estudo da carga das doenças feito para o país mostra que as doenças crônicas respondem por 66% do total de Anos perdidos de Vida Ajustados por Incapacidade (Avai) e as doenças infecciosas, apenas, por 9%. Do total dos 66% das doenças crônicas, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 14% da carga dessas doenças.

Estudos populacionais mostram que os fatores de risco estão fortemente presentes na população brasileira. Os valores para as capitais brasileiras situam-se, proximamente, em: tabagismo 16%; sobrepeso: 37%; obesidade: 8,7%; inatividade física: 86%; uso abusivo de álcool: 20%; e consumo inadequado de verduras e legumes: 73%.

Diante dessa situação demográfica e epidemiológica, o país vem, há anos, desenvolvendo uma política de controle da hipertensão arterial sistêmica que apresenta gastos significativos e crescentes sem, contudo, produzir resultados sanitários satisfatórios, uma vez que as taxas de mortalidade por hipertensão arterial sistêmica não apresentam tendência de queda.

Quanto ao modo de organização do sistema de saúde praticado pelo SUS, observou-se que, em geral, não há diretrizes clínicas relativas ao controle da hipertensão arterial sistêmica, formuladas a partir da medicina baseada em evidências. Isso significa que a implementação do programa de hipertensão arterial sistêmica faz-se com grande variabilidade, uma vez que não há parâmetros definidos em diretrizes clínicas que sejam de conhecimento dos profissionais de saúde encarregados de executar o programa nas unidades de saúde. Além disso, não há, como norma, a classificação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica por graus de riscos (baixo, médio, alto e muito alto).

A oferta de cirurgias cardíacas cresceu, nos últimos três anos, em 21%. Há muitos centros de cirurgias cardíacas que ofertam em torno de 50 cirurgias por ano e há, ainda, enorme pressão pelo credenciamento de novos centros. As taxas de mortalidade por cirurgias cardíacas estão estáveis e são de três a quatro vezes superiores àquelas praticadas nos países desenvolvidos, o que se explica, em boa parte, pelo baixo volume de cirur-

gias realizadas nos diferentes centros. Os gastos com cirurgias cardíacas são crescentes e chegam a 420 milhões de reais ao ano.

A oferta de consultas especializadas de cardiologia é de 50 consultas por mil habitantes/ano, o que corresponde ao padrão mínimo do Ministério da Saúde. A oferta desse tipo de consulta está acima desse padrão mínimo em vários estados brasileiros. Contudo, como não há classificação por riscos das hipertensões arteriais sistêmicas e como essa classificação não é um critério incorporado na Programação Pactuada e Integrada (PPI) assistencial, pode-se inferir que a maior parte das consultas especializadas esteja sendo ofertada a portadores de hipertensões arteriais sistêmicas de baixo e médio riscos. Ademais, a comunicação entre a atenção especializada e a APS no manejo dos portadores de hipertensão é precária ou inexistente. Em geral, quando a pessoa é encaminhada ao cardiologista, este especialista assume definitivamente o cuidado, sem comportar-se como interconsultor da atenção, o que ocorre em sistemas de saúde mais maduros, em que a maior parte das hipertensões, especialmente de baixo e médio riscos, é manejada na APS.

O controle da hipertensão arterial sistêmica na APS é definido como uma prioridade. Em torno de 45% da rede de APS funciona com equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e 55% com unidades básicas convencionais. Contudo, mesmo entre as equipes de PSF, uma boa parte opera de forma tradicional, com ênfase no atendimento das demandas espontâneas da população. A quantidade de portadores de hipertensão cadastrados no sistema Hiperdia em relação à população de hipertensos estimada epidemiologicamente é baixa. Não se faz um plano de cuidado para cada portador de hipertensão arterial sistêmica. Em geral, não há ações orgânicas de promoção da saúde e de enfrentamento de fatores de riscos como a dieta alimentar, os problemas de sobrepeso, a atividade física, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo nas unidades básicas de saúde. Os diagnósticos, em geral, são feitos sem classificação de riscos. O tratamento clínico está centrado no cuidado profissional do médico e na prescrição de medicação anti-hipertensiva.

O número de unidades de medicamentos anti-hipertensivos aumentou significativamente nos últimos três anos. O consumo de captopril, comprimidos de 25 mg, cresceu 300% e a de propanolol, comprimidos de 40 mg, subiu 370%. Em geral, não se indica, para os 40% dos portadores de hipertensão arterial sistêmica de baixo risco, intervenções medicamentosas. Não obstante, em geral, estes 7 milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica estão sendo medicalizados, utilizando, não raro, associações medicamentosas. Pode-se estimar, com base em dados internacionais, que a taxa de adesão à medicação anti-hipertensiva é inferior a 40%. Não há um programa de uso racional dos medicamentos efetivo no SUS, estando a assistência farmacêutica voltada, fundamentalmente, para a logística dos medicamentos. Por isso, não há, em geral, atenção farmacêutica, provida por farmacêuticos clínicos que, sequer, compõem as equipes de APS.

Apenas 38% dos médicos de APS receberam algum tipo de capacitação em hipertensão arterial sistêmica; esse porcentual cai para 35% em relação aos enfermeiros.

Não há programas de educação permanente para os profissionais de saúde envolvidos com a APS.

Em geral, não há programas eficazes de educação em saúde, desenvolvidos, com base em linhas de cuidado, para empoderar os portadores de hipertensão e capacitá-los a atuar proativamente no seu próprio cuidado. Não há educadores em saúde nas equipes de APS.

A atenção primária não se comunica eficazmente com os níveis de atenção secundária e terciária. Em geral, não há prontuários clínicos na APS, nem a possibilidade de a equipe de APS agendar diretamente as consultas com cardiologistas e as internações hospitalares, o que torna impossível o desempenho da função de coordenação do sistema de saúde pela APS. A ausência de uma APS efetiva que possa conter o risco evolutivo da doença leva a que a resposta mais comum à hipertensão arterial sistêmica seja dada nos momentos agudos (agudização da hipertensão arterial sistêmica), pela própria atenção primária por meio do atendimento da urgência clínica ou pelas unidades de pronto-atendimento ambulatorial ou hospitalar. Ao longo do tempo, essa forma de enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica levará, inexoravelmente, às doenças cardiovasculares, às doenças renais crônicas e ao diabetes.

Ademais, a ausência de uma concepção sistêmica de Rede de Atenção à Saúde gera soluções econômicas inaceitáveis. A Tabela 5 mostra o custo-efetividade de diferentes intervenções em relação às doenças crônicas.

**TABELA 5 – CUSTO-EFETIVIDADE MEDIDO EM ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE PARA INTERVENÇÕES EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

INTERVENÇÃO	CUSTO POR AVAI (US\$)	AVAIs EVITADOS POR US\$ 1 MILHÃO
Taxação do cigarro	3–50	20.000–330.000
Tratamento do infarto agudo do miocárdio com aspirina e betabloqueador	10–25	40.000–100.000
Tratamento continuado do infarto agudo e do AVC com combinação de quatro medicamentos genéricos	700–1.000	1.000–1.400
Cirurgia de revascularização do miocárdio	Mais de 25.000	Menos de 40

Fonte: (Banco Mundial, 2005).

Observa-se, na Tabela 5, que o custo por ano de vida ganho para o aumento do imposto sobre cigarros é de três a 50 dólares e a cada milhão de dólares investido nesta tecnologia ganham-se de 20 mil a 330 mil anos de vida de qualidade. Na outra ponta, o custo por ano de vida ganho por cirurgia de revascularização do miocárdio é de mais de 25 mil dólares e a cada milhão de dólares investido nesta tecnologia ganham-se menos de 40 anos de vida de qualidade. Portanto, a forma de ação do SUS em relação às doenças cardiovasculares, com alta concentração de gastos na atenção terciária hospitalar, além de determinar resultados sanitários pobres, é de baixo custo-efetividade.

A razão principal desses precários resultados, sanitários e econômicos, no controle da hipertensão arterial sistêmica, reside no enfrentamento de uma condição crônica por meio de um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado para a atenção às condições agudas.

### **AULA INTERATIVA I – O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL: POR QUÊ?**

Esta atividade tem como objetivo proporcionar aos participantes reflexão sobre o impacto da organização do modelo de atenção na mudança dos indicadores.

### **TRABALHO EM GRUPOS – ESTUDO DIRIGIDO 2 – OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Esta atividade apresenta um texto com o relato de uma situação, abordando o conceito de Sistema de Atenção à Saúde, assim como mostra as diferenças entre os sistemas fragmentados e as Redes de Atenção à Saúde. O objetivo é trabalhar a compreensão dos modelos de atenção à saúde.

#### **PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em quatro grupos com, no máximo, 15 pessoas em cada grupo;
- escolham um coordenador e um relator para cada grupo;
- leiam o texto em voz alta em grupo, dando oportunidade para todos os participantes lerem;
- após a leitura, façam uma discussão do texto e depois respondam às seguintes questões:
  1. O que é Sistema de Atenção à Saúde?
  2. Qual o conceito de sistemas fragmentados e de Redes de Atenção à Saúde?
  3. Quais as características dos sistemas fragmentados e de Redes de Atenção à Saúde?
  4. Por que se impõe, no SUS, a organização de Redes de Atenção à Saúde?

Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

### **OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (MENDES, 2009)**

Os Sistemas de Atenção à Saúde são definidos pela OMS como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (World Health Organization, 2000). Daí que os Sistemas de Atenção à Saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, às demandas e às representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo.

Os Sistemas de Atenção à Saúde apresentam os seguintes objetivos: *i.* O alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; *ii.* A garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; *iii.* O acolhimento humanizado de todos os cidadãos; *iv.* A garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; e *v.* A garantia da prestação de serviços com eficiência (MENDES, 2002).

Os Sistemas de Atenção à Saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e Redes de Atenção à Saúde.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária à Saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a Atenção Terciária à Saúde. Diferentemente dos sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde são aquelas organizadas em uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

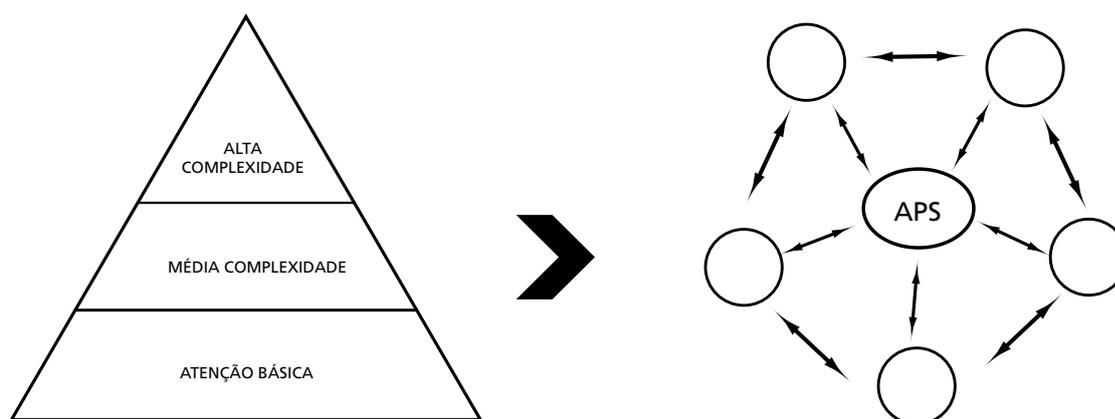
Além da organização por componentes isolados ou por uma rede integrada – o que caracteriza mais fortemente os nomes de fragmentação e de Redes de Atenção à Saúde –, essas formas alternativas de organização dos Sistemas de Atenção à Saúde apresentam outra diferença marcante, dada pelos fundamentos conceituais que as sustentam.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigora uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes e com relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado vigora no SUS que se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão tem sérios problemas. Ela se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a APS é menos complexa do que a atenção no nível secundário e no terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da APS e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas no nível secundário e no terciário de atenção à saúde. Nas Redes de Atenção à Saúde, essa 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, nas Redes de Atenção à Saúde, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

A figura 1 procura ilustrar essa mudança de um sistema hierárquico, nos níveis de atenção básica, de média e de alta complexidade, para uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, o ponto da APS, representado pelo círculo central.

**FIGURA 1 – DO SISTEMA HIERÁRQUICO PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE POLIÁRQUICA**



Fonte: *As Redes de Atenção à Saúde*, Eugênio Vilaça, 2009.

A Figura 1 revela a mudança radical da organização dos Sistemas de Atenção à Saúde que não se pode limitar a uma inversão desses sistemas, como é proposto frequentemente. Porque não se trata, apenas, de inverter a forma piramidal hierárquica, mas de subvertê-la, substituindo-a por outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta, a rede poliárquica de atenção à saúde.

Ademais, o dilema entre os sistemas fragmentados e as Redes de Atenção à Saúde contém dois modos alternativos de organizar os serviços de saúde: sistemas voltados para a atenção às condições agudas, inerentes à fragmentação; ou sistemas voltados para a atenção às condições agudas e crônicas, as Redes de Atenção à Saúde. Em geral, os sistemas fragmentados de atenção à saúde focam-se na atenção às condições agudas; ao contrário, as Redes de Atenção à Saúde voltam-se para as condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas.

Há outras diferenças entre esses dois sistemas-tipo. Uma análise mais detalhada dessas diferenças entre os sistemas fragmentados e as Redes de Atenção à Saúde é feita na Tabela 6.

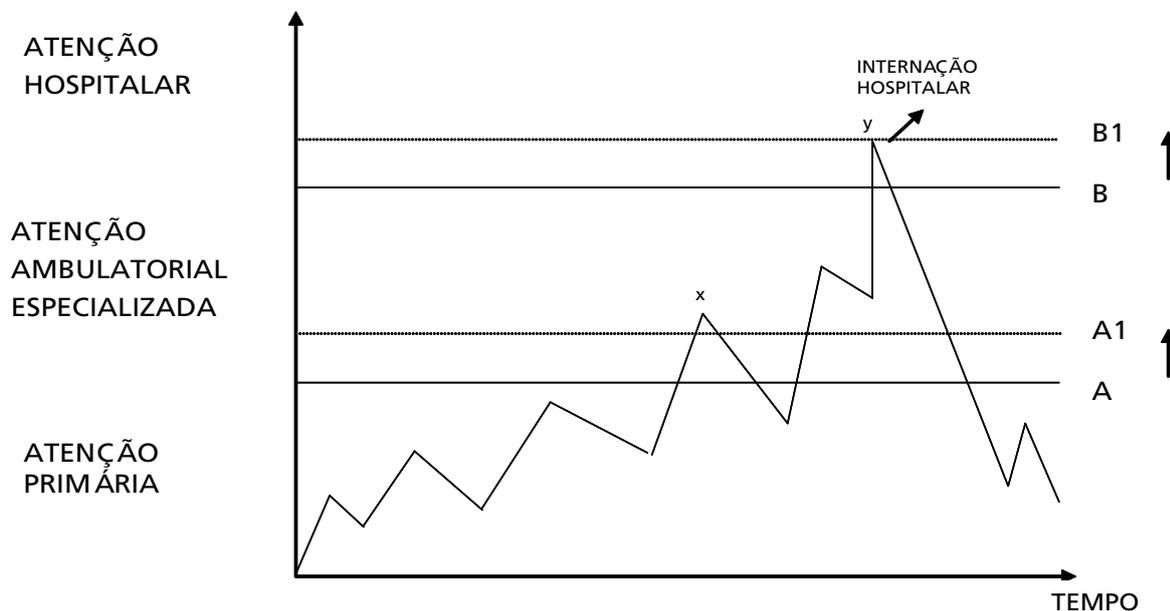
**TABELA 6 – AS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIAIS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS E DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	hierarquia	poliarquia
Coordenação da atenção	inexistente	feita pela atenção primária
Comunicação entre os componentes	inexistente	feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	nas condições agudas, por meio de unidades de pronto-atendimento	nas condições agudas e crônicas, por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde
Objetivos	objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	voltado para indivíduos isolados	população adscrita dividida por subpopulações de risco e sob responsabilidade da rede
Sujeito	paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	reativa, acionada pela demanda dos pacientes	proativa, baseada em planos de cuidados de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos usuários
Ênfase das intervenções	curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas	promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras ou reabilitadoras sobre determinantes sociais da saúde, fatores de risco e doenças ou condições estabelecidas
Modelo de atenção	fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para doenças ou condições estabelecidas	integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos e as doenças ou condições estabelecidas
Planejamento	planejamento da oferta, definido pelos interesses dos prestadores e baseados em séries históricas	planejamento da demanda definido pelas necessidades de saúde da população adscrita
Ênfase do cuidado	nos profissionais de saúde, especialmente nos médicos	na relação entre equipes multiprofissionais e os usuários e suas famílias e com ênfase no autocuidado orientado
Conhecimento e ação clínica	concentrados nos profissionais, especialmente médicos	partilhados por equipes multiprofissionais e usuários
Tecnologia de informação	fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes	integrada a partir de cartão de identidade dos usuários e dos prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede
Organização territorial	territórios político-administrativos definidos por lógica política	territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	financiamento por valor global ou por captação da rede
Participação social	participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

As lógicas subjacentes aos dois sistemas-tipo são definidas pelas singularidades da atenção às condições agudas e crônicas. Dadas essas características singulares das

condições agudas e crônicas, seus manejos, pelos sistemas de saúde, são inteiramente diversos. Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas –, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades ambulatoriais de pronto-atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem. É o que se vê na Figura 2:

**FIGURA 2 – AS LÓGICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS**



Fonte: Adaptado pelo autor, de Edwards *et al.*, 1998

A Figura 2 mostra o curso hipotético da severidade de uma doença em uma pessoa portadora de doença crônica. A região inferior, da base do gráfico até a linha A, representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser gerido rotineiramente pela APS; o espaço entre as linhas A e B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que pode ser enfrentado pela atenção ambulatorial especializada; finalmente, o espaço superior à linha B representa, em determinado tempo, o grau de severidade da doença que necessita de internação hospitalar. Suponha-se que se represente a atenção a um portador de diabetes. Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal ou quando agudiza sua doença aciona o sistema e é atendida, no pronto-atendimento ambulatorial (ponto X); em um segundo momento, descompensa e é internada em um hospital (ponto Y). Contudo, nos intervalos, não há atenção contínua e proativa sob a coordenação da equipe da APS. Esse sistema de atenção – o sis-

tema fragmentado de atenção às condições agudas –, ao fim de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários desastrosos. Esse portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de extremidades etc. A razão disso é que esse sistema só atua sobre as condições ou doenças já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, autopercebidas pelos “pacientes”, desconhecendo os determinantes sociais e os fatores de riscos. Por isso, é imprescindível mudar, radicalmente essa lógica, implantando-se uma Rede de Atenção à Saúde que, além de responder aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da APS e com o apoio dos serviços de Atenção Secundária e Terciária da Rede de Atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde, sobre os fatores de riscos e, também, sobre os danos e as doenças e sua sequelas.

Ainda que os resultados do sistema fragmentado de atenção às condições agudas sejam desastrosos, ele conta com o apoio forte dos decisores políticos e da população que, em geral, é sua grande vítima.

Os resultados dessa forma de atenção das condições crônicas por meio de modelos de atenção à saúde voltados para a atenção a eventos agudos são dramáticos. Tome-se o exemplo do diabetes nos Estados Unidos: há 8 milhões de portadores de diabetes com diagnóstico da doença e outros tantos sem diagnóstico; 35% dos portadores de diabetes desenvolvem nefropatias, 58%, doenças cardiovasculares e, 30% a 70%, neuropatias; os portadores de diabetes têm cinco vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentar um AVC; aproximadamente, 15% dos portadores de diabetes sofrem algum tipo de amputação de extremidade; há 144 mil mortes prematuras de portadores de diabetes, perda de 1.445.000 anos de vida produtiva e incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual é 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tem o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; a carga econômica anual do diabetes foi estimada em torno de 90 bilhões de dólares; e um portador de diabetes custa anualmente, ao sistema de serviços de saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes (BARR; BOUWMAN; LOBECK, 1996).

Outro dado que mostra a irracionalidade da atenção aos portadores de diabetes por meio de modelos fragmentados de atenção à saúde, voltados para as condições agudas, está no fato de que o custo de um único episódio de internação por diabetes corresponde a uma atenção contínua ambulatorial de 10 a 20 de portadores de diabetes durante um ano (ENGLAND; GRANT; SANCHO, 1997).

A razão desses precários resultados está em um completo divórcio entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, com alta prevalência de condições crônicas e um sistema de atenção fragmentado, voltado para a atenção às condições agu-

das. A incoerência entre a situação de saúde brasileira e o sistema fragmentado de atenção à saúde praticado configura a crise fundamental do sistema de saúde no país. Essa crise só será superada com a substituição do sistema fragmentado por Redes de Atenção à Saúde.

As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre essa população. Dessa definição, emergem os conteúdos básicos das Redes de Atenção à Saúde: têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; são organizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; implicam um contínuo de atenção no nível primário, no secundário e no terciário; implicam a atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; operam sob coordenação da APS; e prestam atenção oportuna, em tempo e lugares certos e com a qualidade certa.

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se de três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

A população de responsabilidade das redes vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários.

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde consolida-se a partir de seus cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação localizado na APS; os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico, central de regulação e sistema de transporte sanitário); e o sistema de governança.

O modelo de atenção à saúde é o sistema lógico que permite o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Há vários modelos propostos na literatura internacional que podem ser utilizados como base para a construção de um modelo viável no SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL. **Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília: Banco Mundial/Unidade de Gerenciamento do Brasil, 2005.

BARR, C. E.; BOUWMAN, D. I.; LOBECK, F. Disease state considerations. In: TODD, W. E.; NASH, D. **Disease management: a systems approach to improving patients outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

ENGLAND, R.; GRANT, K.; SANCHO, J. **Health sector reform: a toolkit for communication**. London: Institute for Health Sector Development, 1997.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

## **AULA INTERATIVA 2 – OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Esta exposição visa cumprir o objetivo geral 2: Compreender os Sistemas de Atenção à Saúde.

### **ENCERRAMENTO DO 1º DIA**

### **ESTUDO DE CASO 2 – A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DE MONTANHAS**

Nesta atividade, o objetivo geral de aprendizagem a ser trabalhado é a compreensão dos conceitos de regionalização e a importância do conceito de território sanitário na conformação de Redes de Atenção à Saúde. O grupo deverá ler e discutir o caso apresentado e deverá relacionar os princípios da construção de Redes de Atenção à Saúde.

#### **PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em quatro grupos com, no máximo, 10 pessoas em cada grupo;
  - escolham um coordenador e relator para cada grupo;
  - leiam o caso em voz alta em grupo, dando oportunidade para todos os participantes lerem;
  - após a leitura, façam uma discussão do texto e depois respondam às seguintes questões:
    1. Tendo em vista a situação de saúde de Montanha, quais os principais problemas do Plano Diretor de Regionalização (PDR) elaborado em 2002 no estado?
    2. É possível, a partir do caso, estabelecer uma diferença entre territórios político-administrativos e territórios sanitários?
    3. Que critérios adicionais foram utilizados na elaboração do PDR de 2003 em Montanhas? Por quê?
    4. Por que razão ainda prevaleceram, no estado, algumas microrregiões sanitárias com baixa escala populacional?
    5. Por que razão o estado instituiu as CIBs Microrregionais e as CIBs Macrorregionais?
    6. É possível relacionar na regionalização da atenção à saúde de Montanhas os territórios sanitários com os níveis de atenção e com os pontos de atenção à saúde?
    7. Reflita sobre o PDR do seu estado. Ele incorporou os princípios da regionalização?
- Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

#### **O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE MONTANHAS<sup>1</sup>**

O estado de Montanhas é muito grande e desigual. Compõe-se de mais de 800 municípios, dos quais 75% têm menos de 20 mil habitantes, 50% menos de 10 mil habitantes e 25% menos de 5 mil habitantes. Apenas 25 municípios têm mais de 100 mil habitantes.

1. Texto preparado por Iveta Malaquias, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

O estado teve, com a implantação do SUS, um processo rápido e profundo de municipalização da saúde que levou a uma grande fragmentação dos serviços. Por exemplo, há, no estado, 593 hospitais contratados pelo SUS: 190 hospitais (33%) têm menos de 30 leitos; 162 hospitais (27%) têm entre 30 e 50 leitos; e, apenas, 79 hospitais (13%) têm mais de 100 leitos. A rede hospitalar pública opera com fortes deseconomias de escala, uma vez que a taxa de ocupação média é de 34%, variando de 28% nos hospitais de menos de 30 leitos a 30% nos hospitais de 30 a 50 leitos e a 70% nos hospitais de mais de 100 leitos.

Em 2002, em consonância com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) n. 1/2002 e por força da habilitação do estado em gestão plena, foi elaborado e aprovado na CIB estadual e no Conselho Estadual de Saúde o PDR.

A elaboração do PDR de 2002 foi feita com base em uma combinação de critérios técnicos e negociação política. Os critérios técnicos adotados foram a rede existente de serviços hospitalares, por tipo, e os fluxos em busca da assistência hospitalar. Com base nesses critérios, estabeleceram-se municípios-polo para as diferentes regiões. A diretriz política mais importante era a de se constituírem regiões com o menor número de municípios. A razão subjacente a essa diretriz política era a de proporcionar uma regionalização que tornasse viável, no curto prazo, a habilitação dos municípios das microrregiões em gestão plena da atenção básica, uma pré-condição para a habilitação das microrregiões e o recebimento de recursos financeiros novos. A dinâmica política estabeleceu-se por meio de grupo de trabalho estadual e outros grupos regionais para a discussão do PDR.

O resultado desse processo foi um PDR que dividiu o estado em 280 módulos assistenciais, com autossuficiência em média complexidade 1; em 95 microrregiões sanitárias com autossuficiência em parte da média complexidade 2; em 21 regiões sanitárias com autossuficiência na média complexidade 2 e em parte da alta complexidade; e em sete macrorregiões sanitárias com autossuficiência em alta complexidade.

A Secretaria Estadual de Saúde era dividida, à época, em 28 Diretorias Regionais de Saúde. Essas estruturas regionais foram implantadas nas décadas de 1970 e 1980, como espaços de supervisão das ações de saúde nas regiões, com forte caráter de supervisão de serviços próprios prestados pela Secretaria nos municípios, especialmente na APS. Seus recortes territoriais foram determinados, quase sempre, por uma lógica política, uma vez que resultavam de projetos propostos por deputados estaduais na Assembleia Legislativa do estado. Portanto, não havia coerência entre os espaços sanitários do PDR e os espaços político-administrativos da Secretaria Estadual de Saúde; muitas vezes, uma microrregião sanitária pertencia a mais uma Diretoria Regional. Estabeleceu-se, assim, um conflito no planejamento: os recursos estaduais eram planejados com base nos territórios político-administrativos, enquanto os recursos federais eram planejados com base nos territórios do PDR.

Em 2003, um novo governo estadual tomou posse e implantou programa de go-

verno com base na descentralização da atenção à saúde. Esse programa partiu de uma análise da situação de saúde do estado em que se verificou que 2/3 da carga das doenças era determinada por condições crônicas. Por isso, definiu-se como um projeto estruturante desse governo a regionalização da atenção à saúde.

A regionalização da atenção à saúde no estado de Montanhas tinha como objetivo implantar redes integradas de atenção à saúde, distribuídas otimamente pelos espaços estaduais, visando redistribuir recursos de saúde fortemente concentrados na Região Metropolitana da Capital e em grandes municípios. Isso implicava estabelecer uma base territorial que sustentasse o projeto de regionalização. Outro ponto relevante no projeto de regionalização era o aumento da eficiência dos serviços de saúde, uma vez que o diagnóstico da rede de serviços mostrava enorme fragmentação dos serviços.

Uma análise do PDR existente revelou muitas fragilidades e sua incompatibilidade com o novo projeto. O desenho era muito complexo, com quatro níveis territoriais (módulo assistencial, microrregião, região e macrorregião). Havia número excessivo de territórios com baixa população; eram frequentes microrregiões com 30 a 40 mil habitantes. Esse desenho estimulava a já insustentável fragmentação dos serviços e aumentava, ainda mais, a ineficiência do SUS no estado.

Tomou-se, então, a decisão de fazer uma revisão do PDR. Fixaram-se critérios técnicos mais rígidos. Os territórios seriam reduzidos a dois: microrregiões sanitárias, com autossuficiência em média complexidade; e macrorregiões sanitárias, com autossuficiência em alta complexidade. Os territórios sanitários deveriam ser construídos por municípios contíguos. Para ganhos de escala, em termos ideais, as microrregiões sanitárias deveriam ter, no mínimo, 100 mil habitantes e as macrorregiões sanitárias, no mínimo, 500 mil habitantes. O acesso deveria ser medido utilizando-se critérios viários e geográficos, o que levou à elaboração de mapas viários, por tipos de estradas (pavimentadas, de terra, principal, secundária etc.) e ao estabelecimento das distâncias relativas entre os municípios. Os fluxos assistenciais hospitalares e de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apacs) foram traçados e definiram-se redes de serviços de referência, com municípios-polo e municípios-satélite. A rede de serviços de média complexidade foi estabelecida com critérios mínimos de escala; por exemplo, hospitais deveriam ter, no mínimo, de 70 a 100 leitos. Trabalhou-se com uma tipologia de serviços ambulatoriais e hospitalares de referência para média e alta complexidade e elaborou-se para cada serviço-tipo uma carteira de serviços ideal. A brecha entre a carteira ideal e a oferta real da rede de serviços nas regiões sanitárias permitiu desenhar os vazios assistenciais, por tipo de serviços e por regiões sanitárias, que seria utilizado como insumo para o projeto de regionalização da atenção à saúde e, no futuro, em um Plano Diretor de Investimentos.

Com base nesses critérios técnicos, foi elaborado um novo PDR que tem 75 microrregiões sanitárias e 13 macrorregiões sanitárias.

Durante o processo de elaboração, apareceram situações em que uma microrre-

gião sanitária apresentava menos de 100 mil habitantes. A razão é que, se se fosse atingir essa escala mínima, os usuários do SUS estariam muito distantes dos serviços de atenção à média complexidade, o que prejudicaria o acesso. Nesses casos, o critério do acesso prevaleceu sobre o da escala mínima e, por essa razão, há algumas microrregiões sanitárias com população subótima.

Esse desenho técnico foi submetido à discussão com os Secretários Municipais de Saúde e aprovado na CIB estadual e no Conselho Estadual de Saúde.

Como o projeto de regionalização da atenção à saúde objetiva a implantação de Redes de Atenção à Saúde, foram criadas, no estado, 75 CIBs Microrregionais e 13 CIBs Macrorregionais, como espaços de governança regional das Redes de Atenção à Saúde.

Para adequar os territórios político-administrativos da Secretaria Estadual de Saúde aos territórios sanitários, os territórios das Gerências Regionais de Saúde foram adaptados às 75 microrregiões sanitárias e suas equipes técnicas foram subdivididas em equipes responsáveis por cada microrregião e sua área de abrangência. No momento, desenvolve-se um projeto-piloto de Escritórios Técnicos Microrregionais que, se aprovado, será expandido para todas as microrregiões do estado. Foram instituídos 47 Escritórios Técnicos Microrregionais.

Os técnicos das Gerências Regionais de Saúde, alocados a cada microrregião sanitária, participam e funcionam como secretarias executivas das CIBs Microrregionais. Um curso de gestão microrregional foi desenvolvido e está sendo implementado nas microrregiões de saúde e tem, como seu produto final, o Plano Microrregional de Saúde.

### **TRABALHO EM GRUPOS – ESTUDO DIRIGIDO 3 – OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Este Estudo Dirigido irá trabalhar a compreensão dos fundamentos que dão base à construção de Redes de Atenção à Saúde.

#### **PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em quatro grupos com, no máximo, 15 pessoas em cada grupo;
- escolham um relator para cada grupo;
- leiam o texto em voz alta em grupo, dando oportunidade para todos os participantes lerem;
- após a leitura, façam uma discussão do texto e depois respondam às seguintes questões:
  1. Qual a lógica dos arranjos produtivos das Redes de Atenção à Saúde?
  2. Quais os fatores que determinam a lógica da construção das Redes de Atenção à Saúde?
  3. Na construção das Redes de Atenção à Saúde, que serviços devem ser concentrados e que serviços devem ser desconcentrados?
  4. O que você entende por economia de escala? Dê exemplos. E qual a sua importância?

5. Como o fator de escassez dos recursos orienta a construção das Redes de Atenção à Saúde?
6. O que você entende sobre o conceito de qualidade em saúde?
7. Quais as relações entre escala e qualidade nas Redes de Atenção à Saúde?
8. Que fatores determinam o acesso aos serviços de saúde e quais evidências existem a respeito desses fatores?
9. Quais os conceitos de integração horizontal e vertical das Redes de Atenção à Saúde?

Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

### **OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (MENDES, 2009)**

As Redes de Atenção à Saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de APS devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O modo de organizar as Redes de Atenção à Saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores ante outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se em uma rede de pontos de atenção à saúde composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das Redes de Atenção à Saúde.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2001).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma

de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que, além de determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala. Portanto, a busca de escala é condição imprescindível para um sistema de saúde eficiente.

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, 100 estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais e que revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997).

Outro fator importante para o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados. Por exemplo, é comum concentrarem-se os médicos superespecializados e desconcentrarem-se os médicos de família que são mais numerosos.

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos predefinidos; são submetidos a medidas de desempenho nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários (DLUGACZ; RESTIFO; GREENWOOD, 2004).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, entre outras razões, os profissionais de saúde estariam mais bem capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER; LUFT; ENTHOVEN, 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma proxy de qualidade.

Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e à concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais (BANTA; BOS, 1991). No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente concentração de hospitais, em busca de escala e qualidade (FERGUSON; TREVOR; POSNETT, 1997). No Brasil, verificou-se uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e taxas de mortalidade por essas cirurgias (NORONHA 2003).

Diante dessas evidências, as Redes de Atenção à Saúde devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde.

Os pontos de atenção à saúde são os nós da rede da saúde e configuram-se como um local em que se presta um serviço de saúde singular, segundo uma função de produção específica. Exemplos de pontos de atenção à saúde: o domicílio, a unidade básica de saúde, a unidade ambulatorial especializada, a unidade ambulatorial de pronto-atendimento, o hospital/dia, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) etc. O hospital contém, dentro de si, vários pontos de atenção à saúde: o centro cirúrgico, a unidade de cirurgia ambulatorial, a unidade de urgência, o centro de terapia intensiva etc.

Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços. O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências (CARR-HILL; PLACE; POSNETT, 1997): a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama; não há associação entre distância e acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

Portanto, o desenho de Redes de Atenção à Saúde faz-se sobre os territórios sanitários, combinando, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos. Quando se der – como em regiões de baixa densidade demográfica – o conflito entre escala e acesso, prevalece o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, as microrregiões estarão definidas por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala, porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

Na construção de Redes de Atenção à Saúde, devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

A integração horizontal ocorre entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior produtividade. É o caso das fusões de bancos ou de provedores de internet.

A integração vertical, ao contrário, acontece entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma

empresa que começa com a mineração de ferro, depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço etc.

No desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde, os dois conceitos se aplicam.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde é feita por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão dá-se quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem em um só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica ocorre quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados, a fim de que cada uma se especialize em uma carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá também, na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

A integração vertical, nas Redes de Atenção à Saúde, é feita por meio de um sistema de comunicação fluido entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária à atenção terciária à saúde, e comunicá-los por meio de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical, há uma forma especial, na saúde, de geração de valor em cada nó da rede de atenção, o que se aproxima do conceito de valor agregado da economia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

BANTA, H. D.; BOS, M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. **Health Policy**, vol. 18, p. 1-10, 1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna**. Brasília, 2004. mimeo.

BUNKER, J. P.; LUFT, H. S.; ENTHOVEN, A. Should surgery be regionalised? **Surgical Clinics of North America**, vol. 62, p. 657-668, 1982.

CARR-HILL, R.; PLACE, M.; POSNETT, J. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

DLUGACZ, Y. D.; RESTIFO, A.; GREENWOOD, A. **The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs**. San Francisco: John Wiley & Sons, 2004.

FERGUSON, B.; TREVOR, A. S.; POSNETT, J. Introduction. In: FERGUSON, B.; TREVOR, A. S.; POSNETT, J. **Concentration and choice in healthcare**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. 2.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

NORONHA, J. C. de. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 19, p. 1.781-1.789, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

### **AULA INTERATIVA 3 – OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Esta atividade tem o objetivo geral de trabalhar a compreensão dos fundamentos que dão base à construção de Redes de Atenção à Saúde.

#### **TRABALHO EM GRUPO – ESTUDO DIRIGIDO 4 – A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Este estudo dirigido vai cumprir o objetivo geral de compreender a estrutura operacional de uma Rede de Atenção à Saúde. É preciso ficar claro para os alunos que uma Rede de Atenção à Saúde só se conforma conseqüentemente quando articula, integradamente, esses cinco componentes.

#### **PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em grupos com, no máximo, 15 pessoas em cada grupo;
- escolham um coordenador e relator para cada grupo;
- leiam o texto em voz alta em grupo, dando oportunidade para todos os participantes lerem;
- após a leitura, façam uma discussão do texto e depois respondam às seguintes questões:
  1. O que você entendeu por pontos de atenção à saúde?
  2. Quais são os papéis da APS nas Redes de Atenção à Saúde?
  3. O que você entendeu por sistemas de apoio e quais são esses sistemas?
  4. O que você entendeu por sistemas logísticos e quais são esses sistemas?
  5. O que você entendeu por sistemas de governança da Rede de Atenção à Saúde?

Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

#### **A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (MENDES, 2009)**

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde expressa-se materialmente em seus cinco componentes.

Em uma rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que 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 que são os seus nós.

As Redes de Atenção à Saúde estão compostas, além dos nós e do centro de comunicação, por sistemas logísticos, sistemas de apoio e sistemas de gestão. Nessas redes, os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede, mas o seu centro de

comunicação está localizado na APS. Nesses casos, contudo, não há uma hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas. Assim, não há hierarquia, mas poliarquia entre os pontos de atenção à saúde.

As Redes de Atenção à Saúde estruturam-se por meio de pontos de atenção à saúde que são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos por intermédio de uma função de produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios onde se faz atenção domiciliar terapêutica, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os centros de especialidades odontológicas, o centro Viva Vida, os centros de enfermagem, os lares abrigados, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa etc. Os hospitais, como organizações de alta complexidade, podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto-atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia etc.

O centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de serviços de saúde constituído pelo ponto de APS (unidade básica de saúde/equipe do PSF). Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a APS deve cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de corresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Para isso, a APS deve operar com seis atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar e a orientação comunitária. O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura a APS.

A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de mútua e humanizada relação entre equipe de saúde e os usuários e suas famílias.

A integralidade exige a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que determinam a saúde.

A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o conhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

A orientação familiar torna indispensável considerar a família como o sujeito da

atenção à saúde, o que exige uma integração dos profissionais com essa unidade afetiva e social e a abordagem integral dos seus problemas de saúde.

A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em razão do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem as famílias, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias e de seus membros, na perspectiva da saúde coletiva.

Um terceiro componente das Redes de Atenção à Saúde são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve, portanto, os exames de patologia clínica, os exames de imagem e os outros exames de apoio terapêutico. O subsistema de assistência farmacêutica envolve organização complexa exercitada "por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade" (BRASIL, 1998). Engloba, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento dos medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, à atenção farmacêutica e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação de medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância. Os sistemas de informação em saúde englobam diferentes bancos de dados nacionais e regionais como Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) etc.

Um quarto componente das Redes de Atenção à Saúde são os sistemas logísticos.

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas Redes de Atenção à Saúde. Os principais sistemas logísticos dessas redes são os cartões de identificação dos usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários. O cartão de identificação dos usuários, na proposta do sistema público brasileiro, está representado pelo Cartão SUS. As centrais de regulação são sistemas tecnológicos de informação que se organizam em módulos para prover o acesso regulado da atenção à saúde por meio dos seguintes módulos: internações de urgência e emergência, internações eletivas, agendamento de consultas e exames básicos e especializados, agendamento de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. O prontuário familiar é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde das famílias e dos pacientes e a assistência a eles prestada, de caráter legal, sigiloso

e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002). Os sistemas de transportes sanitários envolvem o transporte de urgência e emergência, o transporte para procedimentos eletivos, o transporte das amostras para exames e o transporte dos resíduos sólidos das unidades sanitárias.

O quinto componente das Redes de Atenção à Saúde são os sistemas de governança das redes. A governança da rede envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de instrumentos gerenciais. A governança da rede é o arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes das Redes de Atenção à Saúde, a fim de gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais a obter resultados sanitários efetivos e eficientes nas regiões de saúde (macrorregiões e microrregiões). A governança da rede é, pois, diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde (gestão hospitalar, gestão dos ambulatórios especializados etc.). No SUS, a gestão da rede será feita por meio de mecanismos interinstitucionais, expressos em Colegiados Regionais, em conformidade com os PDRs. Esses colegiados exercitarão a governança regional das Redes de Atenção à Saúde por meio de um conjunto de instrumentos de gestão que deveriam compor o Plano Regional de Saúde: os observatórios de saúde ou salas de situação; o sistema gerencial da Secretaria de Estado de Saúde, a PPI da assistência, a Programação de Ações Prioritárias (PAP) da vigilância em saúde, o Pacto pela Vida e o Termo de Compromisso de Gestão. O único instrumento gerencial que não pode ser exercitado pelos Colegiados Regionais são os contratos de serviços com prestadores que são realizados pelas Secretarias Estaduais e Municipais, representadas nos Colegiados Regionais, uma vez que estes Colegiados, até agora, não são entes jurídicos, mas organizações virtuais. Contudo, o monitoramento e a avaliação dos contratos devem ser feitos pelos Colegiados Regionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos. **Portaria n. 3.196, de 30 de outubro de 1998**, do Gabinete do Ministro da Saúde. Brasília, 1998.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v.1.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.638**, 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

## **AULA INTERATIVA 4 – OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Esta atividade tem o objetivo geral de compreender os modelos de atenção à saúde, o terceiro elemento constitutivo das Redes de Atenção à Saúde.

## **AULA INTERATIVA 5 – A MODELAGEM DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Esta atividade tem o objetivo geral de compreender o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde.

## **ENCERRAMENTO DO 2º DIA**

### **3º DIA – OFICINA I – A MODELAGEM DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Esta oficina visa cumprir o objetivo geral de aprendizagem: utilizar o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde. É realizado o exercício de elaboração da matriz, um exercício de simulação em grupos e uma Plenária. Veja a seguir o roteiro de cada uma dessas atividades.

### **TRABALHO EM GRUPOS – EXERCÍCIO 1 – ORGANIZANDO A REDE DE ATENÇÃO À GESTANTE E À CRIANÇA NO ESTADO DA ESPERANÇA**

O objetivo geral de aprendizagem a ser cumprido por este exercício é compreender os fundamentos que dão base à construção de Redes de Atenção à Saúde.

#### **PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em quatro grupos com, no máximo, 15 pessoas em cada grupo;
- escolham um relator para cada grupo;
- leiam o texto de apoio que contém a matriz de modelagem de atenção à gestante e à criança no estado da Esperança e atentem para as competências por ponto de atenção e território; e
- após a leitura do texto, o grupo deverá, com base nas diretrizes de atenção à gestante e à criança, desenhar, utilizando a matriz proposta, os pontos de atenção da rede de atenção à gestante.

Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões e apresentação do exercício do grupo em plenária.

Após a discussão da modelagem da rede de atenção à gestante e à criança, o grupo deverá fazer um exercício de desenho da rede à gestante e à criança, usando, para tal, a matriz que se segue. Nesse momento, não há necessidade de fazer a modelagem da rede por meio da explicitação das ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde.

**TABELA 7 – MATRIZ DE DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO À GESTANTE E ATENÇÃO PERINATAL**

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE		MACRORREGIÃO
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE		REGIÃO DE SAÚDE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	----- -----	MUNICÍPIO ----- ÁREA DE ABRANGÊNCIA ----- MICROÁREA

Fonte: SES/MG.

### **TRABALHO EM GRUPOS – EXERCÍCIO SIMULADO – MODELANDO UMA REDE DE ATENÇÃO À GESTANTE E À CRIANÇA**

#### **PROCEDIMENTOS**

- dividam-se em quatro grupos com, no máximo, 15 pessoas em cada grupo;
- escolham um relator para cada grupo;
- se necessário, releiam o Texto 6 – “A organização da rede de atenção à gestante e à criança”. Leiam o texto de protocolos clínicos e a planilha de programação para a região e atentem para os resultados esperados e os parâmetros (na programação da rede de atenção à gestante e à criança);
- utilizando os parâmetros, dimensionem as necessidades por ano (4ª coluna da planilha);
- leiam o item sobre cálculo de necessidade de leitos de risco habitual e dimensionem a necessidade de partos e de leitos; e
- leiam o item sobre cálculo de necessidade de leito de referência para gestação de alto risco e dimensionem as intercorrências, os leitos de UTI, os leitos de UTI neonatal (conforme a matriz).

Cada relator terá cinco minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

---

**“Problemas complexos requerem soluções complexas e sistêmicas.” Eugênio Vilaça Mendes**

---

## **A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NO ESTADO DA ESPERANÇA<sup>2</sup>**

Dos problemas de saúde enfrentados pelo gestor estadual e pelos gestores municipais no estado da Esperança, o de maior relevância é o número de mortes maternas e infantis. Em 2005, ocorreram 3.263 óbitos em menores de 1 ano, correspondendo a um coeficiente de mortalidade infantil de 21,5 mortes por 1 mil nascidos vivos, de acordo com dados do SIM de 2005. A principal causa de morte em crianças menores de um ano são as afecções perinatais (53,8% do total de óbitos). O predomínio é de óbitos neonatais (até 27 dias de vida), com 63,2% de todos os óbitos infantis.

O número de óbitos decorrentes de causas maternas, registrado no período de 2002 a 2004, foi de 344 óbitos. A razão de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos foi de 75,3 no período. Das mulheres que morreram por causas maternas, 15,1% não realizaram nenhuma consulta pré-natal e 20,9% realizaram entre uma e três consultas. A hipertensão materna foi causa de morte de cerca de 20% das mulheres. A proporção de partos cesáreos em 2005 foi de 35,1%.

Em 2005, ocorreu o nascimento de 152.072 crianças vivas, segundo o Sistema de Informação Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), correspondendo a uma taxa bruta de natalidade de 18,1 por 1 mil habitantes. Entre os nascidos vivos, em 2005, destacam-se:

- A proporção de mães adolescentes variou entre as regiões de 22,3% a 30,8%, sendo a média estadual de 23,9%.
- No estado, 5.247 mães de Nascidos Vivos (NV) não realizaram nenhuma consulta de pré-natal (3,4% do total).
- No estado, 16.637 mães de NV realizaram entre uma e três consultas de pré-natal (10,9% do total).
- No estado, ocorreram 1.423 partos domiciliares de NV (0,9% do total).
- A taxa de cesárea foi de 35,6%.
- A proporção de baixo peso ao nascer (<2.500 gramas) foi de 7,5% para o estado.
- O estado apresenta 5,4% do total de NV prematuros.

O nível da mortalidade materna reflete, além das condições de saúde e de vida da população, a organização e a atuação do sistema de saúde. Em mulheres residentes no estado da Esperança, ocorreram 344 óbitos maternos, no triênio 2002-2004. Neste mesmo período, ocorreram 456.632 nascidos vivos. Em relação à mortalidade materna, ressaltam-se:

- A menor idade em que ocorreu morte materna foi 14 anos de idade e a maior, 48 anos de idade. A idade média foi 28,1 anos e 50% dos óbitos ocorreram em

2. Texto preparado pela equipe de coordenação da oficina do CONASS.

mulheres com idade inferior a 27,7 anos (mediana).

- A ocorrência de 11% dos óbitos fora do ambiente hospitalar.
- Apesar de 18,9% dos óbitos não terem informação sobre a realização de pré-natal, destaca-se que 15,1% das mulheres falecidas por causas maternas não realizaram nenhuma consulta de pré-natal e 20,9% só realizaram entre uma e três consultas.
- Após discussão das mortes maternas investigadas, o Comitê Estadual de Estudo da Mortalidade Materna considerou 65,4% dos óbitos evitáveis. Caso esses óbitos não tivessem ocorrido, a Relação de Mortalidade Materna (RMM) do Estado, no período, seria de 26,1 por 100 mil NV.
- A hipertensão materna como primeira causa de morte (cerca de 20% dos óbitos) e as causas que cursam com hemorragia em segunda posição, responsáveis por 14,8% do total de óbitos maternos (atonia uterina, gravidez ectópica, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e outras hemorragias).

Em relação às mortes em menores de um ano, ocorreram 3.263 óbitos em residentes no estado da Esperança, em 2005, correspondendo a um coeficiente de mortalidade infantil de 21,5 por 1 mil NV. Entre os indicadores da mortalidade infantil, em 2005, destacam-se:

- O predomínio dos óbitos neonatais (até 27 dias completos de vida), com 63,2% de todos os óbitos infantis do estado. Entre os óbitos neonatais, predominam as mortes no período neonatal precoce (até seis dias completos de vida), quando a principal causa são as afecções perinatais.
- A importante proporção de óbitos domiciliares (13,9% do total dos óbitos infantis), refletindo, além de questões culturais, problemas de acesso à atenção à saúde.
- No estado, as afecções perinatais como primeira causa de mortes infantis (53,8% dos óbitos), seguidas pelas malformações congênitas (12,7%); doenças infecciosas e parasitárias (9,8%); doenças do aparelho respiratório (6,7%); e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (3,6%).

A rede hospitalar do estado dispõe de 2.509 leitos para atenção obstétrica e 2.938 leitos para atenção pediátrica. Em 2006, foram realizados 100.463 partos de risco habitual e 13.127 de alto risco pelo SUS no estado.

Existe um esforço do gestor de saúde estadual e dos gestores municipais para a redução da mortalidade materna e infantil. Como estratégia de enfrentamento do problema, a gestão estadual está propondo a instituição de protocolos de atenção à gestante e

à criança para orientar a organização da rede integrada de atenção materna e infantil e, por conseguinte, para a consolidação do sistema integrado de serviços de saúde no estado da Esperança.

## 1 A REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

A partir dos protocolos clínicos, o grupo técnico realiza a modelagem da rede de atenção materno-infantil. A modelagem estabelece, no âmbito de cada território – macrorregional, microrregional e municipal –, os pontos de atenção necessários para prestar atendimento e a competência de cada ponto.

A MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL		
TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
MUNICÍPIO MICROÁREA	Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita domiciliar               <ul style="list-style-type: none"> <li>- cadastrar as famílias da microárea</li> <li>- realizar visita domiciliar para a família – pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou demais membros da equipe de saúde</li> <li>- identificar precocemente as gestantes, puérperas e crianças para acompanhamento pela equipe de saúde</li> <li>- realizar visita de acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças da microárea</li> </ul> </li> <li>• Atendimento domiciliar               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde</li> </ul> </li> </ul>
MUNICÍPIO ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS	Unidades Básicas de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-natal e puerpério               <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificar e inscrever as gestantes residentes no território, no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez</li> <li>- realizar as consultas de pré-natal, conforme o protocolo</li> <li>- solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo</li> <li>- imunizar as gestantes, conforme o protocolo</li> <li>- classificar as gestantes por grau de risco, conforme o protocolo</li> <li>- encaminhar as gestantes de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo</li> <li>- monitorar as gestantes de alto risco, conforme o protocolo</li> <li>- realizar visitas domiciliares para as gestantes</li> <li>- realizar atividades educativas para a gestante e familiares</li> <li>- realizar consulta puerperal, conforme protocolo</li> </ul> </li> <li>• Puericultura               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar visita domiciliar para os Recém-Nascidos (RN) residentes no território</li> <li>- inscrever os RN na puericultura</li> <li>- realizar as consultas para as crianças menores de um ano, conforme o protocolo</li> <li>- imunizar as crianças menores de um ano, conforme o protocolo</li> <li>- classificar as crianças menores de um ano por grau de risco, conforme o protocolo</li> <li>- encaminhar as crianças menores de um ano de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo</li> <li>- monitorar as crianças menores de um ano de alto risco, conforme o protocolo</li> <li>- realizar visitas domiciliares para as crianças menores de um ano</li> <li>- realizar atividades educativas para os familiares</li> </ul> </li> </ul>

REGIÃO DE SAÚDE	<p>Centro de referência regional</p> <p>Hospital/ Maternidade microrregional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-natal e puerpério de alto risco               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar as consultas de pré-natal de alto risco, conforme o protocolo</li> <li>- solicitar os exames laboratoriais para a gestante de alto risco, conforme o protocolo</li> <li>- realizar atividades educativas para a gestante de alto risco e familiares</li> <li>- realizar consulta puerperal para puérperas de alto risco, conforme protocolo</li> </ul> </li> <li>• Interconsulta para crianças de alto risco               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar as consultas para as crianças menores de um ano de alto risco, conforme o protocolo</li> <li>- realizar atividades educativas para os familiares</li> </ul> </li> <li>• Internamento – gestantes de risco habitual               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas</li> </ul> </li> <li>• Parto – gestantes risco habitual               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar parto para as gestantes de risco habitual</li> </ul> </li> <li>• Internamento – crianças de baixo risco               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar internamentos para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas</li> </ul> </li> </ul>
MACRORREGIÃO	Hospital/ Maternidade macrorregional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internamento – gestantes alto risco               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas</li> </ul> </li> <li>• Parto – gestantes alto risco               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar parto para as gestantes de alto risco</li> </ul> </li> <li>• Internamento – crianças de alto risco               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas</li> </ul> </li> </ul>
	Casa da gestante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento às gestantes de alto risco               <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar o monitoramento das gestantes de alto risco que necessitam de observação e medidas de apoio médico e social</li> </ul> </li> </ul>

## 2 OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E A PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO PARA A MICRORREGIÃO

### 2.1 A PROGRAMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AMBULATORIAL

Os protocolos clínicos também contêm as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção.

**TABELA 8 – PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MATERNA**

RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	CAPACIDADE INSTALADA	DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADE/ ANO
cobertura de 100% das gestantes no pré-natal dos municípios	inscrever as gestantes no pré-natal das unidades de saúde do município	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 2% da população total dos municípios são gestantes no período de um ano</li> <li>– 100% das gestantes inscritas no pré-natal das unidades de saúde, preferencialmente, no primeiro trimestre de gestação</li> </ul>	Foram realizadas, em 2006, 4.638.660 consultas do PSF, 228.863 consultas médicas para gestantes no estado	
	realizar consultas de pré-natal para as gestantes nas unidades de saúde do município	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 100% das gestantes com no mínimo seis consultas de pré-natal nas unidades de saúde do município, sendo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– uma consulta no primeiro trimestre de gestação</li> <li>– duas consultas no segundo trimestre de gestação</li> <li>– três consultas no terceiro trimestre de gestação</li> </ul> </li> </ul>		
	realizar exames laboratoriais para as gestantes, com coleta no município	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 100% das gestantes com exames laboratoriais solicitados na inscrição do pré-natal: grupo sanguíneo, fator Rh, Coombs indireto se necessário, hemograma, glicemia de jejum, VDRL, toxoplasmose, urina de rotina, urocultura, colpocitologia oncótica, teste anti-HIV (após aconselhamento e consentimento), HbsAg.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– na 30a semana, glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina</li> </ul> </li> </ul>	368.904 exames de VDRL	
acompanhamento de 100% das gestantes de alto risco no centro de referência microrregional	realizar consultas adicionais de pré-natal para as gestantes de alto risco no centro de referência microrregional	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 15% das gestantes são de alto risco</li> <li>– 100% das gestantes de alto risco com, no mínimo, cinco consultas de pré-natal no centro de referência microrregional</li> </ul>	764.264 consultas de ginecologia e obstetrícia	
	realizar ultrassonografia para as gestantes de alto risco no centro de referência microrregional	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 100% das gestantes de alto risco com, no mínimo, duas ultrassonografias realizadas no centro de referência microrregional</li> </ul>	151.652 exames de ultrassom realizados em 2006	
atendimento de 100% das gestantes de alto risco que necessitem de monitoramento na casa da gestante na macrorregião	realizar monitoramento das gestantes de alto risco que necessitem de observação na casa da gestante na macrorregião	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 15% das gestantes são de alto risco e destas (5%) poderão necessitar de atendimento, na casa da gestante, por um período médio de 10 dias</li> </ul>		



## 2.3 O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS NA MATERNIDADE MACRORREGIONAL

Também, a partir da planilha de programação contida no protocolo clínico, pode-se realizar o cálculo da necessidade de leitos na maternidade macrorregional, conforme a planilha a seguir.

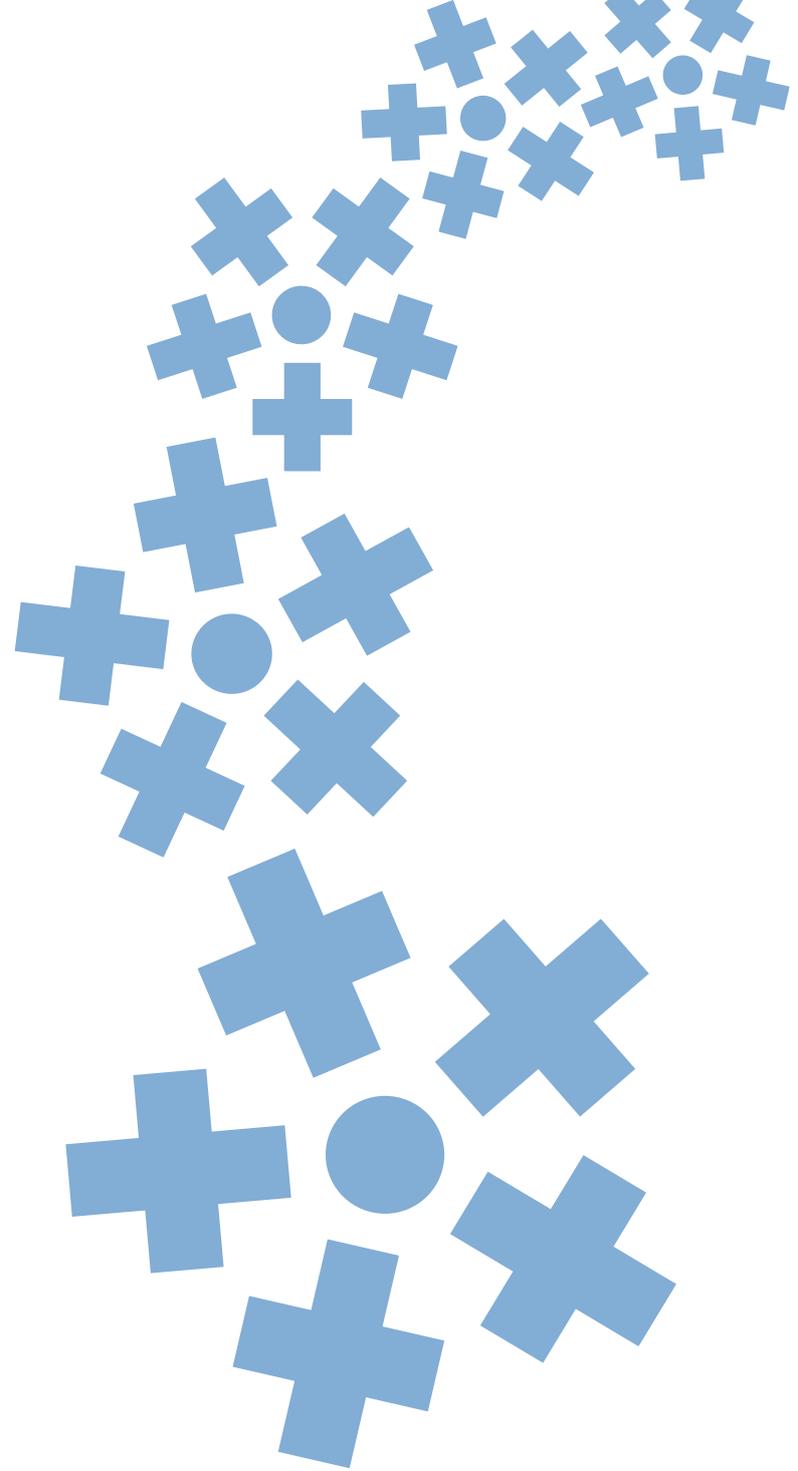
**TABELA 10 – MODELAGEM DA MATERNIDADE MACRORREGIONAL**

DIMENSIONAMENTO – PARTOS							
Partos/ano		Partos/mês		Partos/dia		Necessidade de sala de parto	
Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea	Normal	Cesárea
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO							
Número de internamentos/dia		Tempo de permanência (dias)			Necessidade de leitos de alojamento conjunto		
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE OBSERVAÇÃO MATERNA E INFANTIL							
Número de mulheres com parto cesárea/dia	Tempo de observação pós-operatório (horas)	Necessidade de leito de observação pós-operatório	Tempo de observação do RN (horas)	Necessidade de leito de observação para o RN			
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE UTI ADULTO							
Número de puérperas que necessitam de UTI (10% das gestantes de risco)		Tempo de permanência (dias)			Necessidade de leitos de UTI		
DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE UTI NEONATAL							
Número de RN que necessitam de UTI		Tempo de permanência (dias)			Necessidade de leitos de UTI		
Intermediário	Alto risco	Intermediário	Alto risco	Intermediário	Alto risco	Intermediário	Alto risco

### ATIVIDADES FINAIS

- Plenária final
- Avaliação da oficina
- Encerramento





---

## ANEXO



# SEMINÁRIO PARA A CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS DO CONASS: “Sustentabilidade da Atenção Primária em Saúde no Brasil”

Realizado em 26 de maio de 2009, em Brasília.

- Objetivo Geral

Discutir e propor estratégias para sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

- Objetivos Específicos

1. Discutir estratégias para a implementação da APS no Brasil.
2. Propor outras formas de financiamento da APS relacionadas ao custeio e ao investimento.
3. Discutir estratégias para formação profissional, educação permanente e fixação de profissionais na APS.
4. Discutir o papel da Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização da APS.

- Metodologia: o Seminário está estruturado em dois momentos: o primeiro consta da apresentação do marco teórico e contextualização da situação da APS no Brasil e regiões do país e apresentação de experiências estaduais e municipais; e o segundo refere-se à construção de propostas que garantam a sustentabilidade da APS no país.

- Clientela: Secretários Estaduais de Saúde e Coordenadores Estaduais de Atenção Primária

## PROGRAMAÇÃO

9h30	ABERTURA Beatriz Dobashi – Vice-presidente do CONASS
INTERVALO	
10h15	METODOLOGIA DO SEMINÁRIO DE CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS
10h30	A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DO SUS Eugênio Vilaça Mendes
11h10	SITUAÇÃO ATUAL DA APS NOS ESTADOS Maria José de Oliveira Evangelista

11h30	EXPERIÊNCIAS DA GESTÃO ESTADUAL NA IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICAS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE Beatriz Figueiredo Dobashi – Secretária de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul Marcos Pestana – Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais Rogério Carvalho Santos – Secretário de Estado da Saúde de Sergipe
13h	ALMOÇO
14h30	EXPERIÊNCIA DA GESTÃO MUNICIPAL Curitiba – PR Vitória da Conquista – BA
15h30	DISCUSSÃO E PROPOSTAS Maria José de Oliveira Evangelista – as propostas identificadas nos diversos fóruns do CONASS Debate e propostas
18h	O que o CONASS propõe para o fortalecimento da APS
18h30	Encerramento e <i>Coffee break</i>

## Estratégias de implementação da APS no Brasil

A partir do fim da década de 1970, surgiram várias iniciativas objetivando a ampliação das práticas nos centros tradicionais de saúde. Entre elas, destacam-se a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) no Nordeste, posteriormente estendido para todo o país, o que promoveu grande expansão da rede ambulatorial de saúde. Muitas mudanças foram empreendidas nos últimos 20 anos.

Uma característica marcante no sistema foi a descentralização da gestão e da competência da prestação dos serviços aos municípios, com o suporte técnico e financeiro do estado e do governo federal. Nesse contexto, os municípios apresentam um papel relevante na execução dos serviços de assistência à saúde e, mais amplamente, da gestão do nível de APS (GIL, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Para a reconstrução da prática na APS, foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), que inicialmente foi implantado em 12 municípios com a missão de reorientar o modelo de atenção, vislumbrando a possibilidade de transformação da prática hegemônica da atenção à saúde do Brasil. No período de 1998 a 2004, o PSF apresentou expansão bastante significativa na implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) em todas as regiões do país, embora ainda com maior concentração em municípios de menor porte. Atualmente, existem 29.300 equipes, em 5.235 municípios, o que corresponde à seguinte cobertura:

- 96,2% de municípios com agentes comunitários de saúde;
- 94,1% de municípios com equipes de saúde da família; e
- 82,6% de municípios com equipes de saúde bucal.

Entretanto, a cobertura populacional é de 49,5% considerando-se como base de cálculo o quantitativo de 3.450 pessoas acompanhadas por cada equipe. Embora tenha sido uma expansão de cobertura relevante, evidencia-se que supostamente 50,5% da população ainda se encontram sendo assistidos no modelo tradicional, todavia não se dispõe de dados que permitam analisar como essa população está sendo assistida. Provavelmente, essa demanda procura as unidades básicas de saúde para consultas médicas (ginecologia, pediatria e clínica médica) que não incorporaram os princípios de territorialização e adscrição de clientela e/ou unidade de atendimento 24 horas e hospitais nos eventos agudos, deixando de usufruir dos atributos da APS.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), pela Portaria GM n. 648, que se transformou em importante instrumento norteador para a organização do modelo de saúde do país. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde também lançou o Pacto pela Saúde: um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão, redefinindo as responsabilidades de cada gestor em razão das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

A partir de uma análise da situação atual realizada pelo CONASS e das falas dos gestores e dos profissionais de saúde, por ocasião de alguns eventos, podem ser destacadas algumas fragilidades comuns na maioria dos serviços:

- Fragilidade na estrutura física e organizacional da Atenção Primária, em vista do entendimento de alguns gestores do que seja baixa complexidade tecnológica.
- Desintegração e desarticulação entre os diversos setores, tanto das SES como das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).
- Dificuldade no processo de colaboração das áreas de planejamento, auditoria e informação com a APS.
- Falta de planejamento e de integração entre as diversas ações.
- Distanciamento entre a atenção especializada, a hospitalar e a realidade da APS.
- Atuação de forma isolada entre os diversos setores das SES envolvidos com o processo de implantação/implementação da ESF.
- Processo de trabalho individualizado e fragmentado, prevalecendo o modelo hospitalocêntrico.
- Não utilização da informação relativa aos indicadores de saúde na tomada de decisão e no planejamento do trabalho das equipes.
- Deficiência de estruturas de supervisão e coordenação das ações de saúde.
- Discrepância de informações geradas pelos diversos sistemas.
- Elevada rotatividade dos profissionais das equipes, especialmente o profissional médico.
- Número de médicos insuficientes para o número de equipes, gerando um quantitativo significativo de ESF sem esse profissional.

- Capacitações realizadas de forma desorganizada e desintegrada.
- Deficiência na formação de profissionais da área da saúde para trabalhar com a APS.
- Dificuldade no diálogo com os municípios ou no estabelecimento da cooperação técnica.
- Dificuldade na produção, na circulação e na utilização da informação.
- Fragilidades do sistema de referência e contrarreferência que incidem negativamente sobre os princípios da integralidade e da continuidade da assistência, decorrentes de excessiva concentração da média e alta complexidade em um ponto único do sistema.

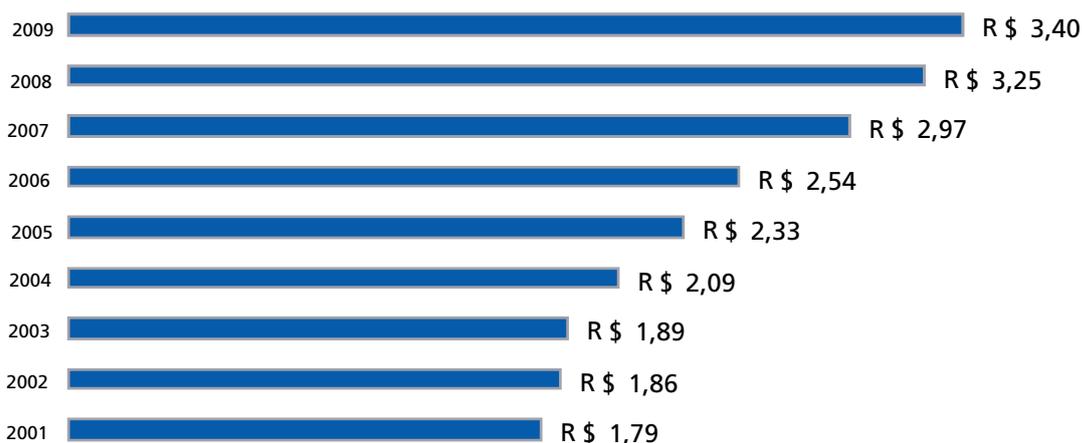
### FINANCIAMENTO DA APS – CUSTEIO E INVESTIMENTO

O financiamento federal da Atenção Primária é composto de uma parte fixa e outra variável. PAB Fixo – transferência *per capita*, fundo a fundo de recursos para os municípios.

- 1998: valor mínimo de R\$ 10,00 habitante/ano;
- 2004: valor variando de R\$ 13,00 a R\$ 18,00 habitante/ano;
- 2008: a partir da competência de dezembro valores variando entre R\$ 17,00 e R\$ 18,00 habitante/ano.

O gráfico 1 apresenta a evolução (2001 a 2009) da execução/alocação orçamentária para o PAB fixo, em bilhões de reais.

### GRÁFICO 1 – EXECUÇÃO/ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA PAB FIXO 2001 A 2009 – EM R\$ BILHÕES



Fonte: Valor 2001 a 2009 Relatório de Execução Orçamentária e Financeira da CAA/CGOF/SPO/MS, 2009; LOA 2009, IBGE 2008.

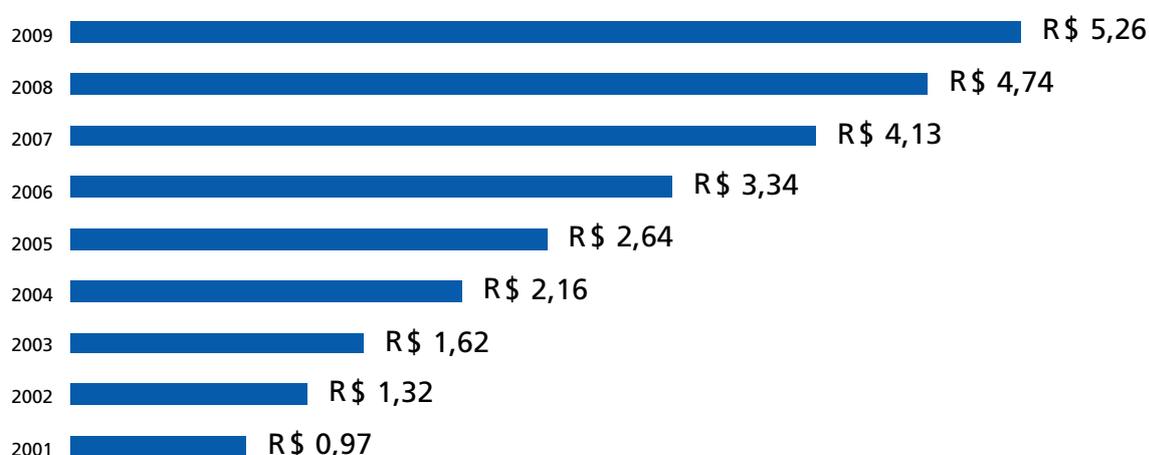
Nota: anos de 2001 a 2008 – valores executados; 2009 – valor alocado na LOA 2009.

O PAB Variável, outra forma de financiamento da Atenção Primária, é composto pelas seguintes estratégias: Saúde da Família (SF); Agentes Comunitários de Saúde

(ACS); Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (Portaria GM/MS n. 204/2007).

O gráfico 2 apresenta a evolução da execução/alocação orçamentária do PAB variável, em que se nota um incremento nominal de 442,71%, de 2001 a 2009, em razão, principalmente, da ampliação da cobertura da ESF.

### **GRÁFICO 2 – EXECUÇÃO/ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA PAB VARIÁVEL 2001 A 2009 – EM R\$ BILHÕES**



Fonte: Valor 2001 a 2008. Relatório de Execução Orçamentária e Financeira da CAA/CGOF/SPO/MS, 2009; LOA 2009, IBGE 2008.  
Nota: anos de 2001 a 2008 – valores executados; 2009 – valor alocado na LOA 2009.

Apesar dos incrementos de recursos no PAB fixo e variável nesses últimos anos, ainda não é condizente com a importância da APS para organização do SUS, sendo necessária a ampliação dos recursos nessa área.

Não existe uma política específica para investimentos na APS, a não ser o incentivo de implantação previsto na Pnab, R\$ 20.000,00 por cada ESF implantada; R\$ 8.100,00 e R\$ 5.400,00, respectivamente, para equipes de saúde bucal, modalidades 1 e 2; recursos do Proesf para municípios acima de 100 mil habitantes; e convênios com recursos de emendas parlamentares.

### **GESTÃO DO TRABALHO NA APS, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NA APS**

Nos diversos eventos realizados pelo CONASS nos últimos anos, assim como em diversos fóruns promovidos por outras entidades, evidenciam-se dificuldades tanto na gestão como na operacionalização da APS, notadamente no PSF. Entre essas fragilidades, destaca-se a elevada rotatividade dos profissionais das equipes, especialmente o médico. Estudos realizados revelam que o número de médicos tem sido insuficiente para o número

de equipes, gerando um quantitativo significativo de ESF sem esse profissional, além do não cumprimento da carga horária, deixando a população sem a devida atenção.

Desde 2002, o Brasil vem promovendo políticas indutoras para a construção de currículos enfocados na APS, tais como o Promed, em 2002, e o Prosaúde, em 2005. Essas políticas devem ser avaliadas para identificar a existência da APS nas atividades teóricas e práticas dos currículos de formação para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia; fomentar o desenvolvimento adequado da medicina de família e da APS dentro das estruturas acadêmicas de faculdades e escolas de formação dos profissionais de saúde; desenhar novas estratégias nacionais que permitam a introdução da disciplina de medicina de família e de APS nos currículos de formação dos profissionais de saúde; e fomentar a formação de professores e líderes docentes em APS.

Em relação à educação permanente, nota-se que as capacitações, quando existem, são realizadas de forma desorganizada e desintegrada, além da deficiência na formação de profissionais da área da saúde para trabalhar com a APS. Todos esses fatores fazem que os profissionais da APS sejam pouco valorizados e desmotivados.

#### **O PAPEL DA SES NA ORGANIZAÇÃO DA APS**

De acordo com a Pnab e com o Seminário para Construção de Consensos na Atenção Primária, ocorrido em Salvador, em 2003, é de competências da SES:

- Acompanhar a implantação e a execução das ações de APS em seu território, analisando cobertura populacional, perfil de necessidades e oferta de serviços, integração aos demais pontos da rede de atenção e acompanhando a evolução dos indicadores e das metas pactuados.
- Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à APS e o estímulo à adoção da ESF pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes.
- Regular as ações intermunicipais.
- Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território. As SES são responsáveis pelo processo de capacitação das equipes em municípios com menos de 100 mil habitantes.
- Cofinanciar as ações da APS e da ESF e ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios.
- Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da APS/ESF.
- Prestar assessoria técnica aos municípios no processo de organização da APS e da implementação da ESF, bem como seus processos avaliativos.
- Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da APS.
- Submeter as irregularidades constatadas no funcionamento das equipes que atuam com a estratégia saúde da família para deliberação na CIB, visando à aplicação de sanções e ao descredenciamento de equipes.

Os desafios são muitos e algumas iniciativas foram implementadas, considerando os limites da ESF nas responsabilidades mencionadas pelos gestores estaduais, principalmente no que se refere à reorganização do modelo de atenção à saúde, como uma estratégia de mudança. Franco e Merry (2006) consideram que o PSF é hoje, de fato, uma das principais respostas do modelo de saúde à crise vivenciada no setor, porém pode não ter mecanismo efetivo para reverter a configuração do modelo hegemônico.

Nunca é demais reafirmar o consenso geral de que a APS deve ser a organizadora dos sistemas, podendo não ser, entretanto, a ESF o único caminho para que a APS possa ser viabilizada, embora se reconheça que, atualmente, seja um dos melhores. Todavia, deve-se refletir sobre o que está ocorrendo com a outra parcela da população que não está coberta pela ESF (50,5%) e, por isso, o único recurso que recebe do nível federal é o PAB Fixo. Além disso, não possui um sistema de informação que permita conhecer a realidade local, ferindo o princípio da equidade. Para essa parcela da população, poder-se-ia investir mais e melhor nas unidades de saúde existentes, incentivando a implantação do Pacs até que os municípios tenham condições para avançar na ESF.

A partir dessas considerações, questiona-se por que não se organiza a atenção à saúde para toda essa população, com territorialização e adscrição de clientela, incentivando a implantação do Pacs ou mesmo o modelo tradicional?

As coordenações estaduais da forma como estão estruturadas têm condições de cumprir o papel das SES, no que se refere à organização da APS?

Por que não se organizar a APS para a população não coberta pelo PSF, com territorialização e adscrição de clientela?

Por que não pensar em um financiamento diferenciado, escalonado, valorizando quem efetivamente se esforça em cumprir o que preconiza a Portaria n. 648, diminuindo o percentual de quem não está com a equipe completa, nesse caso seria Pacs com financiamento e estimulando aqueles que ainda não conseguiram sair do modelo de saúde tradicional?

Experiências exitosas estão sendo apresentadas pelos estados e pelos municípios que se propuseram a organizar o sistema em Rede de Atenção, uma vez que têm conseguido avançar com a APS na coordenação do sistema, integradora e articuladora dos diversos pontos de atenção e não necessariamente utilizando o PSF em todas as suas localidades. Os secretários aprovaram proposta a ser apresentada ao Ministério da Saúde de rever as metas de expansão da ESF à luz da realidade atual; revisar os critérios dos incentivos para as ESF, buscando aperfeiçoar os mecanismos de diferenciação do financiamento para municípios e regiões em áreas de difícil acesso, população quilombola, indígenas e outras situações especiais; e repassar 13 parcelas anuais de incentivos para as ESF.

Não se pode deixar de ressaltar os avanços ocorridos nesses últimos anos, contudo as reflexões em torno do legado da APS e suas estratégias dos cuidados primários de saúde suscitam constantemente debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde.

No seminário, foram apresentadas várias propostas para o fortalecimento da APS nos estados. Essas propostas foram formuladas nas câmaras técnicas do CONASS e pelos Secretários de Estado da Saúde em Assembleias e outros fóruns.

As propostas foram apreciadas pelos gestores estaduais e, ao fim do seminário, foram condensadas as seguintes propostas:

### **EIXO 1 – ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA APS NO BRASIL**

- Implantar Redes de Atenção à Saúde nos estados, objetivando ajudar a fortalecer a APS.
- Garantir referência médica e vincular outros profissionais às equipes do Pacs.
- Aumentar o incentivo da Estratégia Saúde da Família para os municípios que efetivamente cumprem a Pnab.
- Redirecionar o incentivo da Estratégia Saúde da Família dos municípios que não estão cumprindo a Pnab, propondo aumento do PAB fixo, atrelado à organização da APS com territorialização e adscrição de clientela.

### **EIXO 2 – FINANCIAMENTO DA APS – CUSTEIO E INVESTIMENTO**

- Utilizar recurso do PAC para construir e equipar Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o país, estabelecendo padrão que atenda às necessidades, considerando as especificidades da Amazônia Legal.
- Criar incentivo para o enfermeiro que integra e coordena a equipe do Pacs.

### **EIXO 3 – GESTÃO DO TRABALHO NA APS: FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA APS E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

- Os secretários estaduais propõem a criação de Departamentos de Saúde da Família nas faculdades de medicina, enfermagem e odontologia das universidades públicas e a garantia de regulação das especialidades em saúde junto às universidades (valorização da carreira de generalista e Médicos de Saúde da Família (MSF).
- A criação de incentivo diferenciado para equipes com profissionais qualificados em Atenção Primária.
- Viabilização de mecanismos de garantia de concurso e plano de carreira de estado aos profissionais de APS.
- Criação, pelas SES, de uma carreira estadual para profissionais da saúde da família, observadas as condições municipais.
- Propor ao Poder Legislativo a regulamentação do serviço civil obrigatório, por um prazo de, no mínimo, um ano, na área da saúde, para egressos das universidades públicas e privadas.
- O Ministério da Saúde deve reconhecer o papel das SES e não desenvolver ações no âmbito da APS sem a efetiva participação dos gestores estaduais.

- Solicitar que CONASS e Conasems integrem a Comissão criada pelo Ministério da Saúde para revalidar os diplomas dos médicos estrangeiros.
- Instituir, de forma ampla, residências multiprofissionais.
- Articular para além do setor saúde, a fim de discutir os problemas advindos da Lei de Responsabilidade Fiscal, que gera problemas para a contratação do pessoal da APS, em especial das ESF.
- Elaborar diagnóstico dos reais motivos das dificuldades de fixação de médicos nos diversos estados brasileiros e construir políticas de acordo com as realidades de cada região – o que dificulta a fixação na região Norte não é a mesma que dificulta a fixação na região Sul.
- As SES devem desenvolver ações de educação permanente que possam atrair esses profissionais.
- As SES devem apoiar a formação dos gestores municipais para garantir a sustentação da APS de qualidade e das demais políticas que estão dando certo.
- As SES devem fomentar a implementação das Fundações Estatais como alternativa para a contratação das ESF e da APS.
- Desenvolver ações de sensibilização dos docentes das universidades, para que propostas como o Prosaúde tenham maior efetividade.
- Rever as residências médicas custeadas pelos estados para que elas sejam voltadas às suas necessidades.
- Apoiar a estruturação das instâncias/setores de gestão de trabalho e da educação em saúde dos municípios, até mesmo com o estabelecimento de incentivos financeiros para os profissionais da área.
- Garantir a integração das áreas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde nas SES.
- Buscar uma aproximação com Poder Judiciário e Ministério Público para aumentar o conhecimento do SUS e das suas relações de trabalho.

#### **EIXO 4 – O PAPEL DA SES NA ORGANIZAÇÃO DA APS**

- Instituir a APS formalmente e com relevância, na estrutura da SES.
- Apoiar a formação técnica dos gerentes das UBS e solicitar ao Ministério da Saúde a garantia de que o Programa de Capacitação Gerencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha, na sua estruturação, a participação dos profissionais dos serviços.
- Solicitar ao Ministério da Saúde que busque integrar os seus sistemas e ações para fomentar a integração nas SES e nas SMS.
- Proporcionar uma interação permanente com as instituições de ensino.
- Envolver todos os profissionais nas capacitações e/ou nos cursos sobre APS.
- Participar do financiamento da APS junto aos municípios, por meio de incentivos.
- Implantar e operacionalizar o Pacto pela Saúde (PDR, PPI, Regulação e outros

instrumentos), com coordenação e liderança.

- Trabalhar o planejamento da SES em conjunto com os outros setores da SES, incluindo a APS.
- Criar e/ou implementar um sistema de monitoramento e avaliação efetivo, com base no cumprimento de metas, pactuadas nas CIB.